

vivências que transformam

1

volume



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 300 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



Série Vivências em Educação na Saúde

Vivências que transformam

Volume 1

1ª Edição
Porto Alegre
2026



Copyright © 2026 by Carolina Araujo Londero, Jaqueline Miotto Guarnieri, Alana Santos de Souza, Camila Fontana Roman, Daniel da Silva Fernandes, Virgínia de Menezes Portes, João Batista de Oliveira Junior, Alcindo Antônio Ferla, Júlio César Schweickardt e Associação Rede Unida



Este trabalho está licenciado sob a licença Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

Coordenador Geral da Associação Rede Unida

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editores-Chefes: Alcindo Antônio Ferla e Héider Aurélio Pinto

Editores Associados: Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Fernanda Cornelius Lange, 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, Sheila Rubia Lindner, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, 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);
Àngel 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);
Èrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Héider 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);
João 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 Pellegri (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman
Carolina Araújo Londero

Equipe organizadora

Carolina Araujo Londero
Jaqueline Miotto Guarnieri
Alana Santos de Souza
Camila Fontana Roman
Daniel da Silva Fernandes
Virgínia de Menezes Portes
João Batista de Oliveira Junior
Alcindo Antônio Ferla
Júlio César Schweickardt

Diagramação

Lucia Pouchain

Capa

Kethlyn Martinez Gomes

Revisão por pares

Afonso Ricardo de Lima Cavalcante
Alana Santos de Souza
Ana Elizabeth Sousa Reis
Ana Suelen Pedroza Cavalcante
Astrid Sarmento Cosac
Augusto Pícolo Furini
Binô Mauirá Zwetsch
Camila Ferraz Bortolini
Camila Fontana Roman
Carolina Araujo Londero
Cleilson Nobre
Cristian Da Cruz Chiabotto
Diego Floriano de Souza
Diego Francisco
Fernanda Lange
Gabriela do Nascimento Toniolo Bertolo
Gabriela Pedroso
Gabriella Bastos Ferreira
Graziele Alves Flores

Gustavo Dantas

Hervilson Nascimento Santos
Izi Catherine Paiva Alves
Jaciane Ramos de Sousa
Jaqueline Miotto Guarnieri
Joana de Lima
João Batista de Oliveira Junior
João Pedro Milani de Toni
Karol Veiga
Lairton Bueno Martins
Manuella Melo Cezar Vilar
Margarete Isoton De David
Mariana Gomes de Oliveira
Melannie Pinhatti Schisler
Miriane Menezes Lovisi
Patrícia da Costa Shibayama
Raphael Braibante Flores
Robert Passos
Roger Flores Cecom
Stephany Yolanda Ril
Verushka Aparecida Silvério Teresa Oliveira
Virgínia de Menezes Portes
Waldeise Pereira

Revisão da língua portuguesa e normas técnicas

Tiago Estrela da Cunha Moraes
Luiz Henrique Moreira Soares

Equipe técnica - VER-SUS

Alcindo Antônio Ferla
Júlio César Schweickardt
Daniel da Silva Fernandes
Virgínia de Menezes Portes
Alana Santos de Souza
Camila Fontana Roman
Carolina Araujo Londero
Daniel Schneider Bastos
Elenise da Silva Coelho
Jaqueline Miotto Guarnieri
João Batista de Oliveira Junior
João Pedro Milani De Toni
Kethlyn Martinez Gomes



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

- P962** Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde. Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS.
- Vivências que Transformam:** volume 1/ Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde (Vivências no SUS). Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS). – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2026.
- 268 p. (Série Vivências em Educação na Saúde, v. 43).
- E-book: 6.5 Mb; PDF
- Inclui bibliografia.
- ISBN: 978-65-5462-278-3
- DOI: 10.18310/9786554622783
1. Educação em Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Vivências. 4. VER-SUS. I. Título. II. Assunto. III. Araujo Londero, Carolina. IV. Guarnieri, Jaqueline Miotto (Org.). V. Souza, Alana Santos de (Org.). VI. Roman, Camila Fontana (Org.). VII. Fernandes, Daniel da Silva (Org.). VIII. Portes, Virgínia de Menezes (Org.). IX. Oliveira Junior, João Batista de (Org.). X. Ferla, Alcindo Antônio (Org.). XI. Schweickardt, Júlio César (Org.).

NLM WA 18
CDU 614.2:37(81)

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede Unida
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Sumário

APRESENTAÇÃO O ENCONTRO: TERRITÓRIOS, EXPERIÊNCIAS E FORMAÇÃO NO SUS	11
--	----

João Batista de Oliveira Junior

PREFÁCIO ENTRE TERRITÓRIOS E ENCONTROS: EXPERIÊNCIAS DO VER-SUS PELO BRASIL	14
---	----

Andreia Lopes Ferreira de Lima, Carolina Veras Pessoa da Silva, Emille Sampaio Cordeiro, Mainara Duarte Eulálio, Willian Fernandes Luna

EDUCAÇÃO PELO ENCONTRO: A POTÊNCIA DAS VIVÊNCIAS NO SUS NA CONSTRUÇÃO DO SABER EM SAÚDE.....	19
--	----

Amanda Cruz Pereira

DIVERSIDADE, CUIDADO E RESISTÊNCIA: EXPERIÊNCIAS DE UMA VIVÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL	34
--	----

João Victor Luiz, Beatriz Sousa da Silva

FORMAÇÃO EM SAÚDE E A VIVÊNCIA EM UM ACAMPAMENTO DO MOVIMENTO SEM TERRA: O TERRITÓRIO COMO ESPAÇO PEDAGÓGICO	49
--	----

Isadora Gomes Misquita, Vanessa Alves da Silva, Júlia Campos Bessa dos Santos, Luiza Zannon Carneiro, Isabella Villar Monteiro

A EXPERIÊNCIA DO VER-SUS VITÓRIA: TECNOLOGIAS SOCIAIS E REPLICAÇÕES POSSÍVEIS	63
---	----

Carolyne Reduzina Queirós, Maria Eduarda Ramos dos Santos, Ryan Lopes de Freitas, Lara Luciana Lima Santana, Jean Carlos Gomes dos Santos, André Dias Araujo

ATRAVESSAMENTOS DO VER-SUS NORDESTE 2025: ENTRE SOTAQUES, TERRITÓRIOS E AFETOS NA AMPLIAÇÃO DO SUS75

Camila da Silva Torres

FORMAÇÃO PARA O CUIDADO INTEGRAL: A IMPORTÂNCIA DAS VIVÊNCIAS NO SUS NA CONSTRUÇÃO DE UMA PERSPECTIVA MULTIPROFISSIONAL..... 90

Ana Leticia Medeiros de Lima, Gabryhellen Alves de Sousa, Isabelly Soares de Medeiros Henriques, Laiza Gabrielle de Almeida, Max Fernando Silva de Lima

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO SUS: RELATO DE VIVÊNCIAS E APRENDIZAGENS PELO PROGRAMA VER-SUS 110

Giovanna Maria Rebouças dos Reis, Beatriz Neves Guedes, Alessandra Batista Sabino Lopes

RELATO DA EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA DE VIVÊNCIAS NO SUS 2025: VIVÊNCIAS E REFLEXÕES A PARTIR DA INICIATIVA-PILOTO EM RECIFE, PERNAMBUCO 125

Maiara Muniz Neres

O QUE VIVEMOS E O QUE QUEREMOS VIVER: O DESPERTAR PARA O COMPROMISSO ÉTICO-POLÍTICO AO QUAL O SUS NOS CONVOCA..... 139

Marielle Giovanna da Silva Teixeira, Mayara Ferreira Alves de Melo, Queila Joana Nascimento Silva, Rafaela Aquino da Silva, Raphael Ribeiro de Camargo, Alexandre Rodrigo Miranda Ferreira, Mariana Gomes de Oliveira

DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA PSICOLOGIA HUMANIZADA E TERRITORIALIZADA NO SUS AMAZÔNICO 161

Ana Carolina Moraes, Ana Paula Amaral Pequeno

VIVÊNCIAS NO SUS DA AMAZÔNIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES E ACADÊMICOS DA SAÚDE NA REGIÃO NORTE DO BRASIL 180

Max Amaral Balieiro, Caio Henrique Silva da Silva, Flávia Rodrigues da Cruz, Karinne Carneiro de Castro, Mariana Martins de Souza, Pedro Denis Pinheiro Fernandes Buriti, Tayssa Vitória Moreira Costa

**CUIDADO E TERRITÓRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO VER-SUS
COM POPULAÇÕES INDÍGENAS URBANAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE DE MANAUS 199**

Ivanilce Ferreira da Silva

**NOSSOS ENCONTROS POTENTES NO VER-SUS EM MANAUS/AM:
ANDANÇAS PELOS TERRITÓRIOS VIVOS DA AMAZÔNIA 212**

**Alex Silva de Souza, Jennifer Karollayne Gomes Aleoni, Robert Filipe dos
Passos, Fabiana Mânica Martins**

**RIOS DE VIDA: UMA CARTOGRAFIA DE AQUILOMBAMENTOS E
BEM VIVER AMAZÔNIDAS DO VER-SUS NORTE..... 234**

**Ana Beatriz Dias Angelim, Carlos Eduardo Lima Leão de Araújo, Márcio
Mariath Belloc**

SOBRE A EQUIPE ORGANIZADORA 251

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES 254

ÍNDICE REMISSIVO 264

APRESENTAÇÃO

O ENCONTRO: TERRITÓRIOS, EXPERIÊNCIAS E FORMAÇÃO NO SUS

João Batista de Oliveira Junior

Há experiências que ampliam conhecimentos. Outras, porém, transformam a maneira como compreendemos o mundo, nos relacionamos com as pessoas e assumimos nosso lugar na defesa da vida em sociedade. O Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde - VER-SUS/Brasil nasce dessa segunda perspectiva. Muito além de aproximar estudantes, residentes, trabalhadores, docentes, gestores e movimentos sociais dos diferentes cenários do Sistema Único de Saúde (SUS), o VER-SUS convida à experiência do encontro: com o território, com o outro, com as diferenças e, inevitavelmente, consigo mesmo.

Ao longo de mais de duas décadas, o VER-SUS consolidou-se como um movimento nacional de formação comprometido com a construção e o fortalecimento do SUS. Sua potência não está apenas na diversidade dos cenários vivenciados, mas na intencionalidade pedagógica que transforma o cotidiano dos serviços, dos territórios e das comunidades em espaços vivos de aprendizagem. Cada vivência desloca certezas, provoca perguntas, amplia horizontes e reafirma que formar para o SUS exige muito mais do que transmitir conteúdos: exige produzir experiências capazes de mobilizar sujeitos ética, política e socialmente comprometidos com a transformação da realidade.

As vivências constituem um princípio educativo que reconhece o trabalho, o território e as relações como produtores de conhecimento. Ao romper com modelos tradicionais de ensino centrados exclusivamente na sala de aula, o VER-SUS aposta na aprendizagem significativa, na problematização da realidade, na integração entre ensino, serviço e comunidade e na construção coletiva do saber. Nesse percurso, diferentes profissões, saberes, instituições e movimentos sociais encontram-se para compartilhar experiências, reconhecer desafios e construir novas possibilidades de cuidado, gestão e participação social.

É justamente o encontro que dá sentido ao VER-SUS. Encontro entre diferentes profissões, entre universidades e serviços, entre gestores, trabalhadores, usuários e movimentos sociais. Encontro entre distintas regiões do país, culturas, modos de viver e produzir saúde. Encontro que desafia perspectivas únicas, tensiona privilégios, amplia repertórios e fortalece a compreensão de que o SUS é construído cotidianamente por pessoas que fazem do cuidado um compromisso coletivo.

Os capítulos que compõem esta obra reúnem narrativas produzidas a partir das vivências-piloto realizadas em 2025, no âmbito do Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde (VER-SUS). Desenvolvidas em diferentes territórios do país, essas experiências evidenciam a diversidade de sujeitos, contextos e modos de produzir cuidado que constituem o SUS. Embora singulares em seus percursos, compartilham uma mesma compreensão: é no encontro com os territórios, os serviços, os movimentos sociais e as pessoas que a formação em saúde se torna experiência, compromisso e transformação.

Mais do que relatos de experiências, os textos registram processos de aprendizagem construídos na convivência, na escuta e na problematização da realidade. As narrativas revelam um SUS vivo, marcado por desafios e potências, e reafirmam que produzir memória sobre essas experiências também é fortalecer uma trajetória coletiva que, há mais de duas décadas, mobiliza estudantes, trabalhadores, docentes, gestores e movimentos sociais em defesa do sistema público de saúde.

A institucionalização do Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde representa um importante marco nessa trajetória, ao reconhecer e fortalecer uma estratégia de formação comprometida com a Educação Permanente em Saúde, a integração ensino-serviço-comunidade, a participação social e a constituição de sujeitos ética e politicamente implicados com a defesa do SUS.

Este livro integra esse movimento ao compartilhar experiências que ultrapassam o registro do vivido e se transformam em patrimônio coletivo da formação em saúde. Cada capítulo amplia esse legado ao inspirar novos encontros, novas reflexões e novas formas de compreender o SUS como espaço de aprendizagem, produção de conhecimento e compromisso com a vida.

Que a leitura destas páginas também seja um convite ao encontro. Um encontro com histórias, territórios e sujeitos que demonstram, em cada narrativa, que o SUS é permanentemente construído por pessoas dispostas a aprender, compartilhar, transformar e defender o direito à saúde. Em tempos de tantos desafios, reafirmar a potência do VER-SUS é reafirmar a força dos coletivos, da educação comprometida com a realidade e da convicção de que ninguém fortalece o SUS sozinho. É no encontro que nos reconhecemos, aprendemos e seguimos mobilizando corações e mentes para sua defesa e fortalecimento.

PREFÁCIO

ENTRE TERRITÓRIOS E ENCONTROS: EXPERIÊNCIAS DO VER-SUS PELO BRASIL

Em um tempo marcado por profundas transformações sociais, epidemiológicas, ambientais e políticas, refletir sobre a formação e a reorientação em saúde, bem como sobre o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), é uma tarefa urgente e necessária. Os desafios impostos pelas desigualdades sociais e territoriais, as emergências climáticas e ambientais, as novas demandas em educação na saúde e a permanente defesa da equidade, do direito universal e da integralidade da saúde exigem profissionais competentes e que possam lidar com a complexidade do cuidado para além dos indicadores e espaços institucionais.

Pensar o SUS é compreendê-lo como um sistema que abrange um território diverso, de dimensão continental, permeado por desafios permanentes e instigantes, na medida em que o processo de cuidado ultrapassa a perspectiva estritamente biomédica e alcança territórios vivos, habitados por sujeitos ricos em saberes, que constroem seus lugares de pertencimento com identidade, cultura e a afirmação de quem conhece a própria história. São histórias múltiplas, de sujeitos ávidos por cuidado, direitos e pertencimento. É com essa perspectiva sobre o SUS que se insere esta obra, que se apresenta como um convite para percorrer caminhos, perceber histórias, reconhecer saberes e fortalecer o compromisso ético, político e social com a saúde enquanto direito de todas as pessoas.

Este livro constitui um registro vivo das experiências produzidas por estudantes e residentes que participaram de experiências imersivas, quando um grupo de pessoas se reúne em um local previamente definido e permanece integralmente dedicado às atividades teórico-práticas, reflexivas e vivenciais. São pessoas que escrevem a partir da experiência concreta dos territórios, dos serviços de saúde, das comunidades, das populações historicamente vulnerabilizadas e dos múltiplos encontros que constituem o cotidiano do cuidado.

Essa iniciativa resulta do projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), da Associação Rede Unida, articulado com o Programa Nacional de Vivências no SUS, do Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Trata-se de uma iniciativa que reafirma a formação em saúde como um processo coletivo, territorial, crítico e comprometido com a consolidação do SUS, tendo como foco principal estimular os viventes na defesa da Reforma Sanitária Brasileira e no fortalecimento do SUS, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa, democrática e equânime.

Nessa perspectiva, os manuscritos reunidos nesta obra traçam uma verdadeira cartografia afetiva do SUS no Brasil. Do extremo Sul aos territórios amazônicos do Norte, das matracas do Maranhão ao manguebeat de Pernambuco, das veredas do cerrado às paisagens capixabas, cada experiência narrada revela um sistema tecido pelas singularidades culturais, sociais e geográficas do país. São narrativas que mostram um SUS pulsante, construído no encontro entre saberes, trajetórias e pessoas que transformam o cuidado em prática cotidiana de cidadania e defesa da vida.

Percorrer esses territórios por meio do VER-SUS significa compreender que o cuidado em saúde ultrapassa os limites de unidades habituais do serviço de saúde. É reconhecer que os rios amazônicos também são caminhos de acesso aos serviços de saúde, que as estradas de terra conduzem aos assentamentos da reforma agrária, onde o cuidado é construído coletivamente, que comunidades

quilombolas preservam modos próprios de viver e compreender a saúde, e que povos indígenas, nos contextos mais diversos, reafirmam diariamente seus conhecimentos, sua cultura e seu direito à atenção integral e diferenciada, no caminho do bem-viver.

Construir esse entendimento crítico e reflexivo com estudantes e residentes em formação é reconhecer a importância de uma educação contextualizada aos territórios e integrada à relação ensino-serviço-comunidade, fundamentada em práticas dialógicas e horizontais, onde os saberes científicos e populares são partilhados e complementados numa prática cotidiana que exige sensibilidade e respeito às diferenças com a equidade social. É compreender que a saúde também está presente no agir e na política, no caminho da valorização da diversidade dos modos de vida existentes no Brasil.

Também é importante considerar que esse livro constitui um dos primeiros registros nacionais produzidos a partir da retomada do VER-SUS em 2025. Ao reunir experiências desenvolvidas simultaneamente em diferentes regiões do país, o livro documenta um momento histórico singular da política de formação em saúde brasileira, transformando experiências locais em patrimônio coletivo na trajetória do e para o SUS. Também é um convite ao fortalecimento e ampliação do Programa Nacional de Vivências no SUS, entendendo-o como uma estratégia potente de formação, mobilização social e compromisso ético-político com o direito à saúde, em especial na formação de facilitadores de vivências no SUS.

A coletânea apresenta manuscritos em que as pessoas autoras narram a retomada de um projeto político-pedagógico comprometido com a formação de profissionais críticos, sensíveis às realidades dos territórios e engajados na defesa e no fortalecimento da saúde pública no país. Descrevem o SUS em sua concretude, reconhecendo sua grandiosidade, compreendendo suas potencialidades e analisando seus desafios. Dessa forma, o conjunto traz uma importante reflexão sobre questões fundamentais para o presente e o futuro da saúde pública brasileira: quais

são as necessidades de saúde da população que demandam respostas urgentes? Que compromissos éticos, políticos e sociais devem orientar a atuação das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde? Como produzir cuidado e saúde de forma implicada, solidária e comprometida com a transformação das realidades sociais? E, sobretudo, que caminhos exitosos já temos e quais novas direções criativas precisam ser construídas?

Nas narrativas, não é difícil perceber que o VER-SUS pode ser um marco divisor na vida dos estudantes e residentes de saúde, como relatado por antigos viventes. É por meio dessa experiência que muitos imergem de forma crítica pela primeira vez na organização da rede de saúde, dos níveis de atenção, da relação do sistema com o território. Imersão essa realizada em grupo, com afetos permeados pela cultura, na criação de laços que permanecem em rede mesmo após o fim da vivência. Dessa forma, após serem viventes, estudantes e residentes muitas vezes fazem escolhas de atuação no SUS e na defesa do direito à saúde pública e de qualidade.

Apesar de existirem estudos sobre educação na saúde, educação popular, integração ensino-serviço-comunidade e experiências do VER-SUS, poucos trabalhos reúnem, em um mesmo volume, registros tão diversos, atuais e territorialmente abrangentes sobre a implementação e a renovação das vivências no SUS, como essa obra.

Sendo assim, acreditamos que esse livro vai provocar nas pessoas leitoras novas reflexões sobre a educação na saúde no e para o SUS. Ele oferece caminhos para estudantes, trabalhadores, gestores, pesquisadores e movimentos sociais compreenderem as potências das vivências como estratégia de formação crítica e transformação social no âmbito do trabalho, cuidado, educação e participação social.

A partir desse ponto, convidamos todas as pessoas a vivenciarem o SUS através da perspectiva nas narrativas de estudante e residentes viventes. Permitam-se ser atravessadas pelo SUS! Que cada capítulo possa ser entendido para além de um relato de experiência, mas como uma reflexão dos muitos

Brasília, com suas profundas diversidades, assimetrias e até controvérsias. Que os encontros narrados nestas páginas despertem provocações, reflexões e fortaleçam a construção coletiva por um sistema de saúde cada vez mais democrático, equânime e comprometido com a defesa da vida

Andreia Lopes Ferreira de Lima
Carolina Veras Pessoa da Silva
Emille Sampaio Cordeiro
Mainara Duarte Eulálio
Willian Fernandes Luna

EDUCAÇÃO PELO ENCONTRO: A POTÊNCIA DAS VIVÊNCIAS NO SUS NA CONSTRUÇÃO DO SABER EM SAÚDE

Amanda Cruz Pereira

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) fundamenta-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, que possibilitam a ampliação e o aprimoramento das ações de promoção à saúde e suas políticas públicas. A partir desses pilares, o sistema se constrói e se reconstrói continuamente por meio de lutas coletivas, com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar o atendimento à população. Além de orientar o cuidado em saúde, tanto individual quanto coletivo, o SUS impulsiona transformações necessárias para o fortalecimento da sua efetividade com estratégias e métodos de ensinar e aprender (Weber; Aldair *et al.*, 2016; Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Diante desse cenário, repensar os modos de organização e produção de trabalho em saúde, sobretudo no que se refere à formação profissional, é essencial para favorecer práticas mais humanas e integrais. Embora avanços importantes tenham sido conquistados, ainda predomina o modelo biomédico, tanto nos processos formativos quanto nas práticas institucionais, marcado pela centralidade do núcleo profissional em detrimento do saber coletivo. Nesse sentido, os cenários de prática acadêmica assumem sua relevância pois

possibilitam a discentes, docentes e profissionais a construção compartilhada de conhecimento e experiências que se alinham às demandas do SUS (Burille; Andreia *et al.*, 2013).

Como uma alternativa de alinhamento à essas expectativas, surge em 2004, um projeto do Ministério da Saúde (MS), no âmbito da Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), como estratégia da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), os Estágios e Vivências na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS). Posto isto, seu objetivo é proporcionar aproximação de graduandos e profissionais residentes de várias áreas do conhecimento (e não só dos cursos da saúde) ao cotidiano do SUS, em distintos municípios e regiões do Brasil. Para tanto, são previamente definidos cenários de prática que possibilitam vivências e visitas, permitindo reconhecer os desafios e as potencialidades do sistema, a fim de ampliar o olhar sobre os problemas sociais e de saúde do território (Burille; Andreia *et al.*, 2013; Ferla *et al.*, 2017; Brasil, 2018).

Ademais, em 2024, foi instituído, por meio da Portaria MS n. 6.098, um novo programa de vivências no SUS, o Programa Nacional de Vivências no SUS (Vivências no SUS), com finalidade de promover as vivências em distintos espaços do SUS para estudantes e residentes, porém agora com a participação de docentes, trabalhadores, gestores da saúde e movimentos sociais. Desse modo, busca-se fortalecer a formação orientada pelo trabalho em equipe, promovendo, ao mesmo tempo, a equidade e a transformação dos modelos de atenção e de gestão, por meio da aglutinação entre ensino, serviço e comunidade e, além disso, no estímulo à participação social como eixo fundamental e consolidação do SUS (Brasil, 2024).

Outrossim, para o desenvolvimento desse projeto, conta-se com a atuação de facilitadores em uma vivência piloto, os quais exercem o papel de guias do processo formativo e, ao mesmo tempo, constroem aprendizagens em conjunto com todos os envolvidos. Nesse contexto, a finalidade desses momentos formativos, é ressaltar a importância de iniciativas que abordem

e fortaleçam o SUS, especialmente por ocorrerem em diversas localidades do Brasil e, ainda, pela possibilidade de expansão para outros territórios. Consequentemente, busca-se reorientar a formação em saúde de modo a alinhá-la aos princípios e pilares do SUS, aos fundamentos da saúde coletiva e às diretrizes da Reforma Sanitária, para assim, promover maior compromisso com a transformação social (Rede Unida, 2025).

Portanto, faz-se necessário adotar estratégias pedagógicas que utilizem metodologias ativas no campo do ensino na saúde, a fim de transformar o perfil dos futuros profissionais do SUS. Para tanto, é fundamental que o desenvolvimento desses sujeitos esteja pautado na interprofissionalidade e no conceito ampliado de saúde, bem como se baseie na PNEPS, incorporando práticas de cogestão e de humanização no ambiente de trabalho. Dessarte, os dois programas de vivências no SUS apresentados neste texto constituem-se como exemplos desse modelo formativo, pois propõe a intersecção entre comunidade, territórios, ensino, discentes, docentes e profissionais da saúde, com o propósito de promover uma formação mais crítica, reflexiva e alinhada à realidade do sistema de saúde brasileiro (Fettermann; Fernanda Almeida *et al.*, 2018; Weber; Aldair *et al.*, 2016).

Descrição da experiência

A produção deste trabalho trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo a partir da vivência de uma residente enfermeira da Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), na área de Saúde Coletiva – Gestão em Saúde, que participou do projeto VER-SUS/ Vivências no SUS como facilitadora. A vivência, para categoria facilitadores, foi voltada para estudantes de graduação em cursos com interface com o SUS, de cursos técnicos da área da saúde e de programas de residência em saúde, por conseguinte, os facilitadores participaram de dois dias adicionais de

imersão para capacitação e preparação de atividades destinadas a recepcionar os viventes, para atuar como guias, esclarecendo dúvidas e aliviando receios ao longo de toda a experiência.

Para tal edição, ocorreram dois projetos concomitantemente, o programa Vivências no SUS se articulou com a iniciativa VER-SUS, da Rede Unida, que assumiu a mobilização das vivências a partir de 2024, conjuntamente com a comissão organizadora local, iniciativa da Executiva Estadual dos Estudantes Gaúchos de Enfermagem (EEGenf), além da Pró-Reitoria de Extensão e da Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em parceria com o GHC, SGTES e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS).

A experiência teve duração de sete dias, de sábado a sexta-feira, com atividades desenvolvidas em regime de imersão e período integral, durante o mês de janeiro de 2025, totalizando 100 horas ao final do projeto. Os selecionados ficaram imersos em atividades práticas (visitas a instituições de ensino, serviços de saúde, comunidades tradicionais), teóricas (leitura e discussões para aprofundamento do tema central) e atividades culturais, sendo obrigatória a disponibilidade integral durante os dias da vivência.

Além disso, o projeto forneceu a hospedagem, nas salas da Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e a alimentação (café da manhã, almoço e jantar) dos participantes, bem como os deslocamentos necessários durante os turnos de vivência para as localidades de visitas.

Nesta edição participaram em torno de 140 pessoas, distribuídos entre: acadêmicos viventes, acadêmicos facilitadores, acadêmicos comissão organizadora, e professores apoiadores. À vista disso, para o desenvolvimento das atividades teóricas e vivenciais, os grupos foram organizados conforme os ônibus de transporte nos dias de visitação. Durante o trajeto, cada pessoa podia decidir os locais que gostaria de visitar, sempre mantendo ao menos dois facilitadores em cada grupo para acompanhar os viventes. As visitas

guiadas ocorreram em localidades de saúde nos municípios de Porto Alegre e Nova Santa Rita, ambos no Rio Grande do Sul, Brasil, apenas no turno da manhã, durante três dias diferentes. Além disso, para melhor organização dos locais de convívio coletivo, foram formados núcleos de base (NB), nos quais facilitadores e viventes se revezavam em tarefas básicas, como limpeza dos banheiros, alvorada e organização de dinâmicas integrativas.

Para a efetivação das atividades de visitas, foram contemplados quatro eixos: GHC, Coordenadoria Municipal Norte de Porto Alegre, Coordenadoria Municipal Leste de Porto Alegre e serviços da rede de atenção à saúde do município de Nova Santa Rita.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), localizado em Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, constitui-se como o maior complexo de atenção à saúde da Região Sul do Brasil, com atendimentos integralmente pelo SUS. É constituído por quatro unidades hospitalares, a UPA, as 12 unidades básicas, os três CAPS e a Escola GHC, além de um Consultório na Rua, um Ambulatório de Identidade de Gênero (AMIG) e um Núcleo de Abordagem Familiar (NAF). As localidades disponíveis para visita no GHC foram as Unidades de Saúde Nossa Senhora Aparecida, Coinma, Conceição e Costa e Silva; Caps AD III; Recreação do Hospital Criança Conceição; Centro de Oncologia; AMIG; Caps II.

No município de Nova Santa Rita, desde agosto de 2024, a população tem mais qualidade e agilidade no acolhimento das demandas de saúde devido a abertura de uma policlínica 24 horas, construída com recursos próprios da Prefeitura Municipal com oferta de mais de dez especialidades médicas, duas alas de emergência (adulto e pediátrica), área para execução de exames laboratoriais, ultrassonografia e raios X. Esta estrutura potente pode ser visitada pelos verusianos, como também a UBS Morretes; UBS Coronel Olímpio Guimarães Ferreira; ESF Adão Pretto; Academia de Saúde; CAPS; Centro de Especialidades; UPA.

Imagem 1. Vista externa da Policlínica de Nova Santa Rita.



Fonte: Acervo pessoal da autora, 2025.

Nas demais localidades em Porto Alegre, os locais disponíveis para visitação na Coordenadoria Norte incluíam: Clínica da Família Navegantes, US Vila Elizabeth, US Nova Brasília, US Farrapos e US Domênico Feoli. Já na Coordenadoria Leste, os locais eram: CF Campo da Tuca, US Morro Santana, US Ceres, US São José e US Tijuca.

Durante as vivências, no primeiro dia, tive a experiência de estar nas Unidades de Saúde do GHC. Inicialmente, a ideia era que cada grupo fosse designado para uma unidade específica, porém todos os versusianos puderam conhecer todas as unidades. Assim, conheci as Unidades de Saúde Nossa Senhora Aparecida, Coinma, Conceição e Costa e Silva, foi uma experiência muito positiva, pois pude identificar as diferentes estruturas físicas e vulnerabilidades dos territórios, bem como o seu impacto na qualidade do serviço e na equipe de atuação, visto que, um bom espaço físico contribui

significativamente para um melhor acesso dos usuários e para a qualidade do ambiente de trabalho dos profissionais. Durante as visitas, observei que duas das unidades possuíam áreas externas arborizadas, o que não apenas proporciona um ambiente agradável e relaxante para os intervalos dos trabalhadores, mas também serve como um espaço valioso para atividades de grupos de saúde.

Imagens 2 e 3. Visita às Unidades de Saúde do GHC.



Fonte: Acervo pessoal da autora, 2025.

No segundo dia de vivência, estive no município de Nova Santa Rita, onde fui designada para conhecer a Academia Municipal de Saúde, um local extremamente acolhedor, mas com estrutura física pequena, dessa forma, conheci espaços próximos, como a US Adão Preto e também a Farmácia Básica Municipal. Por meio dessa visão mais ampla dos serviços e da estrutura de saúde do município, nota-se que proximidade dos locais facilita a interação entre os profissionais, um exemplo inspirador de como o cuidado em saúde pode ser amplo, eficiente e centrado nas necessidades da comunidade com abordagem integrada, acessível e resolutiva, refletindo um compromisso com

a saúde preventiva, curativa e promocional, como um ciclo, em que a Unidade de Saúde garante o primeiro acolhimento, a Policlínica amplia o acesso a especialidades, a Academia de Saúde incentiva práticas de vida saudável, e a Farmácia Municipal assegura o acesso a medicamentos, fechando a rota do cuidado, com uma demonstração de planejamento estratégico e visão coletiva, que fortalece o SUS e faz da saúde pública um espaço de cuidado humanizado.

No terceiro dia de vivência, retornei ao GHC como facilitadora responsável para visitar o CAPS AD III. Infelizmente, acredito que não foi a melhor escolha de dia e horário para visitar o serviço, pois nas quintas-feiras a equipe realiza a sua reunião mensal, restringindo o acesso ao local. No entanto, mesmo com essa limitação, os profissionais foram acolhedores e apresentaram todos os fluxos de atendimento e espaços de convivência, evidenciou-se a importância do serviço como um dos pilares no cuidado da saúde mental para a reconstrução da autonomia do usuário.

Imagem 4. Pintura na parede do CAPS AD III.



Fonte: Acervo pessoal da autora, 2025.

Portanto, a experiência de visitar diferentes serviços de saúde em três turnos distintos foi uma experiência verdadeiramente enriquecedora. Ao percorrer as unidades, é como enxergar o SUS em sua forma mais ampla, compreendendo o quanto ele é essencial e funcional para atender às necessidades da população, além de ter a oportunidade de observar o trabalho de diversos profissionais, cada um com sua função indispensável, desde a acolhida inicial até o cuidado especializado.

Além disso, o momento posterior às visitas foi igualmente significativo, todos os versusianos, divididos em grupos menores, discutiram percepções e transformaram as vivências em materiais reflexivos, proporcionando trocas ricas de conhecimento e experiências. Esses momentos de diálogo reforçam a compreensão de como o SUS é vivo, dinâmico e essencialmente construído por pessoas, tanto pelos profissionais quanto pelos usuários. Por fim, essas visitas foram muito mais do que simples observações, foram oportunidades de aprendizado profundo e de reforço da responsabilidade enquanto futuros profissionais e cidadãos comprometidos com a saúde pública.

Imagem 5. Facilitadora em trocas de experiências.



Fonte: Acervo pessoal da autora, 2025.

Discussão

A realização da imersão permitiu evidenciar a potencialidade do SUS e do seu espaço de formação com destaque aos serviços articulados em rede, uma vez que os estudantes tiveram a oportunidade de entrar em contato com a realidade social. Isto posto, Mendes *et al.* (2012) retratam em seu artigo a importância de presenciar os territórios de saúde e o contato direto com suas comunidades, a fim de compreender como os usuários acessam o sistema, tal prática configura-se como um instrumento fundamental para o exercício profissional, permitindo que os estudantes reconheçam seu campo de saber em diferentes espaços e estabeleçam vínculos entre a teoria aprendida e a prática vivenciada.

Ademais, o reconhecimento dos espaços de saúde torna-se fundamental para compreender e visualizar as demandas que emergem nesses contextos, as quais são majoritariamente multiprofissionais, mas frequentemente acabam sendo assistidas por apenas um núcleo profissional que atua de forma isolada. Nesse sentido, a reformulação da formação deve estar continuamente alinhada às atualidades globais, considerando as diversas mudanças, como desastres climáticos e políticas públicas emergentes, que dão origem a novas realidades de saúde. Esses cenários precisam ser observados, estudados e abordados de maneira integrada, de modo a promover estratégias de mitigação eficazes. Assim, torna-se essencial compreender a importância da atuação articulada das mais diversas profissões nesses contextos, favorecendo práticas colaborativas e mais efetivas (Fettermann *et al.*, 2018).

Nesse sentido, o convívio com pessoas de diferentes profissões durante o programa vivências no SUS, enriquece a vida profissional conforme destacam Fettermann *et al.* (2018), que reiteram a importância do trabalho em uma equipe multiprofissional para favorecer a colaboração e troca de saberes. Embora cada profissão possua seu núcleo específico de conhecimento, todas estão inseridas em um campo comum cujo objetivo é a resolução de problemas

em saúde de maneira eficaz e integrada. Assim sendo, fica evidente que a Educação Permanente em Saúde é um princípio essencial no fortalecimento do SUS. Por meio dela, é possível construir conhecimentos de forma colaborativa, permitindo que os profissionais sejam sujeitos ativos na busca por soluções para os desafios do sistema. Esta pedagogia dinâmica e transformadora reforça a importância de planejar ações que vão além do tratamento, abrangendo tanto a promoção de saúde quanto a redução das desigualdades sociais.

Além disso, o objetivo da saúde coletiva compreende a investigação da organização dos serviços de saúde com caráter interdisciplinar devido aos profissionais com múltiplas formações. Neste contexto, os diferentes saberes da equipe são princípios fundantes da promoção em saúde por meio das atividades de educação, que são baseadas na articulação e planejamento de ações na busca da equidade e no combate às vulnerabilidades. Diante do exposto, identificar as necessidades de saúde individuais e coletivas de uma determinada população se atravessa como um dos desafios do SUS, assim como a formação de profissionais e gestores que possuam habilidades, conhecimentos e atitudes necessárias para planejar, executar e coordenar intervenções capazes de promover autonomia, fundamentadas em uma pedagogia que os habilite a atuar como sujeitos ativos na construção permanente de conhecimento (Lima; Oliveira; Noro, 2021; Ravioli; Soárez; Scheffer, 2018; Brito; Santos, 2006; Vieira; Paim; Schraiber, 2014).

Diante desse cenário, Ceccim e Feuerwerker (2004) destacam a preocupação com a forma como ocorre a formação dos profissionais de saúde, muitos desses permanecem alheios aos debates críticos sobre modelos de atenção e o cuidado em saúde. Consequentemente, esses profissionais encontram dificuldades para se posicionar de maneira crítica frente à gestão que orienta e sustenta tais práticas.

Por esse motivo, essa vivência não foi apenas um aprendizado técnico, mas também um reforço do nosso papel enquanto cidadãos e futuros profissionais comprometidos com a saúde pública. Por meio do SUS, vimos

a possibilidade real de transformar vidas, reafirmando a relevância de um sistema que não só cuida, mas também promove, educa e integra.

Durante os dias de imersão e visitas aos territórios, percebi que a gestão participativa e o controle social são fundamentais para garantir a qualidade e a eficácia dos serviços de saúde. No entanto, também identifiquei desafios presentes nessa dinâmica, como a motivação dos funcionários para manter a autogestão. Para superar esses desafios, é essencial que os profissionais de saúde tenham dimensão da importância da sua atuação para os usuários. Além disso, a mobilização popular e a articulação entre esses profissionais de saúde e gestores locais são fundamentais para garantir uma assistência à saúde de qualidade.

Conforme Brito e Santos (2006), a criação da SGTES representou um marco para o desenvolvimento do ensino em saúde, uma vez que possibilitou a elaboração de planos e estratégias voltados à articulação entre trabalho e educação. Nesse sentido, a instituição dessa secretaria constituiu um avanço na defesa do SUS, ao propor mudanças e transformações nos espaços de atuação profissional, especialmente por meio de Educação Permanente em Saúde. Dessa forma, busca-se enfrentar o modelo biomédico fragmentado, centrado na doença e insuficiente diante das necessidades atuais do país. Consequentemente, torna-se indispensável a troca de saberes e a integração entre as diferentes áreas, a fim de construir equipes engajadas e comprometidas com as reais demandas de saúde da população.

Por fim, a participação popular é fundamental para garantir que as políticas públicas de saúde atendam às necessidades da população, como exemplos são as conferências de saúde e os conselhos de saúde, que garantem a participação social nas políticas públicas de saúde e no seu processo decisório. Tal representatividade é importante, pois a maior parte das ações e serviços de saúde encontram-se sob a responsabilidade de gestores municipais, devido ao princípio da descentralização. Portanto, é essencial que esses gestores atendam às demandas da sociedade e aloquem recursos necessários para a execução das políticas públicas de saúde.

Considerações finais

A proposta do VER-SUS/Programa Nacional de Vivências no SUS (Vivências no SUS) consiste em promover, além da superação da própria bolha de conhecimento, uma conexão efetiva com o mundo real. Dessa forma, busca-se favorecer uma transformação social que impacta tanto na vida pessoal quanto na profissional dos participantes. Nesses projetos, os sujeitos são imersos em uma compreensão histórico e cultural dos fenômenos que constituem a saúde em sua forma atual e, ao mesmo tempo, fortalecem sua formação interdisciplinar e ética, visto que há formação de sujeitos críticos com compartilhamento de saberes e sentimentos sobre as práticas de saúde, com busca de diálogo intersetorial, multiprofissional e também com a comunidade devido a prática de ensino-aprendizagem.

Para além, tais vivências possibilitam o discente assumir o protagonismo sobre seu próprio processo de aprendizagem, utilizando metodologias ativas que incluem oficinas, rodas de conversas e místicas. Desse modo, essas atividades que vão além das previstas nos planos de ensino tradicionais de cada curso, oferecendo experiências mais integradas e reflexivas. Além disso, é fundamental que as instituições de ensino forneçam os meios adequados para a formação desses profissionais, de forma a garantir que esses estejam preparados para atender às demandas e necessidades do SUS e contribuir para sua implementação eficaz, como também, esta formação deve ser suficientemente flexível para permitir o controle social, garantindo que os profissionais formados sejam capazes de promover serviços de saúde com qualidade e relevância social.

Consequentemente, as atividades de Educação Permanente, por sua vez, são pontos chaves para entender como o SUS vai além do tratamento, promovendo a formação contínua de profissionais e a construção de saberes coletivos, fundamentais para a melhoria contínua dos serviços e da atenção à saúde.

Por fim, essa vivência reforçou a relevância do SUS como um modelo de saúde pública que, apesar das dificuldades, segue sendo a principal ferramenta para garantir o direito à saúde para todos. O SUS é, sem dúvida, um dos maiores patrimônios da sociedade brasileira, e ao longo das visitas fortalece a convicção de que, com a formação adequada, a articulação dos serviços e o comprometimento de cada profissional, o SUS pode se tornar cada vez mais eficiente e acessível, atendendo de forma mais justa e digna a todos os cidadãos.

Referências

BALDISSEROTTO, J. *et al.* Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: uma estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. In: **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. p. 355-372.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 6.098, de 16 de dezembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação MS n. 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa Nacional de Vivências no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRITO, A. C. de; SANTOS, C. M. Especialização Integrada em Saúde Coletiva: uma experiência de formação em Residência Multiprofissional no modelo Saúde Todo Dia. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 63-79.

BURILLE, A. *et al.* Do VER-SUS: do que é, do que foi e do que ficou. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 7, n. 4, 2013.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, p. 41-65, 2004.

FERLA, A. *et al.* **Residências e a Educação e Ensino da Saúde: tecnologias formativas e o desenvolvimento do trabalho**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

FETTERMANN, F. A. *et al.* Projeto VER-SUS: influências na formação e atuação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2922-2929, 2018.

GHC – GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Institucional. Disponível em: <https://www.ghc.org.br>

com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=1. Acesso em: 9 set. 2024.

LIMA, J. C. S.; OLIVEIRA, A. G. R. da C.; NORO, L. R. A. Avanços e desafios da formação no Sistema Único de Saúde a partir da vivência dos docentes da área de Saúde Coletiva nos cursos de Odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 8, p. 3323-3334, 2021.

MENDES, F. M. de S. *et al.* Ver-Sus: relato de vivências na formação de Psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, p. 174-187, 2012.

RAVIOLI, A. F.; SOÁREZ, P. C. de; SCHEFFER, M. C. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00114217, 2018.

REDE UNIDA. **Edital n. 01/2025**: Vivências no SUS Facilitadores – Região Sul. Porto Alegre: Rede Unida, 2025. Disponível em: https://www.redeunida.org.br/media/ckeditor_files/2025/01/01/edital-2025-vivencias-no-sus-facilitadores-regiao-sul.pdf. Acesso em: 12 fev. 2025.

VIEIRA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva. In: **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3-12.

WEBER, A. *et al.* Vivências e estágios na realidade do SUS (VER-SUS) e a formação profissional em saúde: relato de experiência. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 13, n. 23, p. 112-122, 2016.

DIVERSIDADE, CUIDADO E RESISTÊNCIA: EXPERIÊNCIAS DE UMA VIVÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

**João Victor Luiz
Beatriz Sousa da Silva**

O presente relato de experiência tem como objetivo apresentar as vivências, reflexões e aprendizados construídos durante a participação no projeto Estágios e Vivências na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), realizada no Distrito Federal. Esta experiência proporcionou uma imersão profunda na realidade do SUS, permitindo o contato direto com diferentes serviços, profissionais e comunidades, ampliando significativamente a compreensão sobre os desafios e potencialidades do sistema público de saúde brasileiro.

Realizada no Distrito Federal, a vivência foi uma travessia que extrapolou os limites acadêmicos e institucionais, gerando reflexões críticas sobre os encontros, visitas e atividades desenvolvidas ao longo da vivência em Brasília, capital do Brasil, com toda sua arquitetura imponente e aparência de ordem, revelou-se um território vivo, desigual e pulsante, como tantos outros espalhados pelo território brasileiro. Dessa forma, ao chegarmos, estávamos carregados de expectativas e referências teóricas sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), mas nenhuma delas nos preparou para o que significaria, de fato, vivenciar o sistema em sua concretude, com suas conquistas e contradições.

Logo nos primeiros dias, percebi que essa seria uma experiência coletiva e profundamente atravessada pelas diferenças. Cada colega, vindo de uma região diferente, trazia consigo um repertório de vivências, sotaques, olhares e sensibilidades. Em especial, era marcante a presença de participantes de diversas partes do Centro-Oeste brasileiro, estudantes e profissionais oriundos do próprio Distrito Federal, mas também de cidades do interior de Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Neste lugar, havia colegas que cresciam em grandes centros urbanos, acostumados à lógica dos serviços de saúde mais estruturados, enquanto outros vinham de pequenas cidades onde o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) ainda é um desafio cotidiano (Figura 1).

Figura 1. Mandala com bandeiras e representações de lutas sociais.



Fonte: Arquivo Drive VER-SUS, 2025.

Ademais, entre nós, havia também participantes de comunidades quilombolas, que traziam uma riqueza cultural imensurável e relatos sobre

práticas de cuidado ancestral, territorialidade e resistência. Assim, suas narrativas romperam com o silêncio histórico ao qual muitas vezes esses saberes são submetidos, trazendo à tona uma dimensão profunda do cuidado que não se limita ao espaço clínico, a troca entre essas realidades foi intensa, provocadora e essencial. Sendo assim, cada encontro, cada relato, expandia nossa visão sobre o que significava, de fato, lutar pelo direito à saúde em um país tão diverso e marcado por desigualdades.

Então, essa diversidade de trajetórias me fez lembrar da metáfora proposta por Machin *et al.* (2022), que comparam a formação em saúde diante da diversidade a um “tecido entrelaçado por múltiplos fios de cor, espessura e textura diferentes, que só ganha sentido e força quando costurado com sensibilidade e escuta”. Assim como esse tecido, nossa vivência somente se tornou potente porque foi construída na interseção entre diferenças, e não apesar delas. Essa perspectiva dialoga diretamente com o conceito de integralidade em saúde proposto por Cecílio (2001), que compreende o cuidado como uma articulação entre diferentes saberes, práticas e sujeitos, reconhecendo que a saúde se constrói na interseção de múltiplas dimensões da vida humana. Bem como, a convivência com essas realidades tão distintas ampliou nossa compreensão sobre o SUS como um sistema que precisa ser sensível às singularidades culturais, sociais e territoriais de cada sujeito e comunidade.

A priori, durante os primeiros dias da vivência, foram realizadas diversas rodas de conversas e debates centrados na saúde pública brasileira, momentos que se revelaram fundamentais para a construção de um olhar mais amplo e crítico sobre essa temática. Ademais, cada participante trouxe consigo uma singularidade única, suas experiências pessoais, formações acadêmicas distintas, vivências profissionais e perspectivas regionais diferenciadas, que enriqueceram significativamente as discussões. Além disso, essa diversidade de olhares e trajetórias permitiu que fossem abordadas múltiplas dimensões dos desafios enfrentados pelo SUS, desde questões estruturais e de gestão, até aspectos relacionados à equidade, acesso e qualidade dos serviços prestados à população brasileira.

Essa experiência coletiva encontra ressonância em reflexões clássicas da Saúde Coletiva, como as de Donnangelo (1976) e Paim (2009), que enfatizam a necessidade de compreender o SUS a partir da determinação social da saúde, reconhecendo os condicionantes históricos, políticos e sociais que estruturam o cuidado. Paralelamente se articula às contribuições de Merhy (2002), ao destacar que o trabalho em saúde não se limita a protocolos técnicos, mas se realiza nas práticas relacionais e na produção de sentido que surgem dos encontros entre profissionais, usuários e comunidades.

Outrossim, no decorrer da vivência, tivemos a oportunidade de visitar algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Brasília, experiência que nos permitiu conhecer de perto a rotina de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na linha de frente da Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, essas visitas proporcionaram um contato direto com a realidade cotidiana desses serviços, possibilitando observar não apenas os processos de trabalho, mas também as dinâmicas relacionais estabelecidas entre profissionais, usuários e comunidade. Foi neste contexto de imersão prática que pudemos compreender, de forma mais concreta e sensível, os desafios e as potencialidades do trabalho desenvolvido na APS (Figura 2).

Figura 2. Grupo de estudantes durante visita nos serviços de saúde.



Fonte: Autores, 2025.

A observação desses processos de trabalho dialoga com as reflexões de Merhy (2002) sobre as tecnologias do cuidado em saúde. O autor distingue entre tecnologias duras (equipamentos), leveduras (saberes estruturados) e leves (relacionais), destacando que é justamente nas tecnologias leves, aquelas que se materializam no encontro entre trabalhador e usuário, que reside grande parte da potência transformadora do cuidado em saúde.

Além disso, as rodas de conversa com profissionais da APS, especialmente com enfermeiros das UBS, foram um dos momentos mais marcantes da vivência. Esses encontros revelaram não apenas os desafios operacionais enfrentados no cotidiano, como a escassez de insumos, a sobrecarga de trabalho e a rotatividade de profissionais, mas também a potência do cuidado construído na relação com o território. Outrossim, os enfermeiros, muitas vezes responsáveis pela coordenação das equipes e pela escuta qualificada dos usuários, demonstraram um compromisso afetivo e ético com o cuidado, que transcende protocolos e se ancora na sensibilidade diante das necessidades reais da população.

A posteriori, em uma dessas conversas, o enfermeiro relatou que mesmo diante da falta de recursos, a equipe buscava estratégias criativas para garantir o acolhimento e a continuidade do cuidado. Assim, essa postura remeteu-se à concepção de cuidado como prática relacional e situada, conforme propõe a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que reconhece a centralidade das equipes multiprofissionais e a importância da escuta, do vínculo e da responsabilização como elementos estruturantes da APS. Igualmente, a PNAB destaca que o cuidado deve ser construído “a partir das necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidades, considerando as especificidades locais e culturais” (Brasil, 2017), o que se materializava de forma concreta nas falas e ações desses profissionais.

Paralelamente, tivemos a oportunidade de visitar o Acampamento 8 de Março, organizado pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) ao qual teve sua origem em 8 de março de 2012, quando aproximadamente

600 famílias do movimento ocuparam uma área às margens da BR-020, em Planaltina, no Distrito Federal. A ocupação foi realizada em terras consideradas improdutivas, constituindo-se como mais uma ação do movimento na região, que já havia sido palco de outros conflitos fundiários. Dessa forma, o nome do acampamento carrega duplo significado: além de marcar simbolicamente o Dia Internacional das Mulheres, representa também um ato de resistência e luta pela reforma agrária na capital federal (MST, 2022) (Figura 3).

Figura 3. Grupo de estudantes durante visita nos territórios.



Fonte: Autores, 2025.

Além disso, a experiência foi profundamente inspiradora e nos conectou com uma dimensão da saúde que vai além dos muros das unidades básicas: a saúde como expressão da soberania alimentar, da luta por terra e

da dignidade coletiva. Logo ao chegar, fomos recebidos com acolhimento e orgulho pelos moradores, que nos apresentaram a plantação de frutas, um espaço vivo, cultivado com cuidado e resistência. Ali, tudo é plantado sem o uso de agrotóxicos, respeitando os ciclos da natureza e os saberes tradicionais do campo. Assim, a alimentação saudável, nesse contexto, é um ato político e uma forma de cuidado com o corpo e com a terra.

No entanto, apesar de toda essa potência, a realidade da saúde no acampamento é marcada por negligência e invisibilidade. Os relatos que ouvimos foram unânimes: o atendimento médico chega, quando chega, a cada três meses, muitas vezes, de forma superficial e desarticulada com as reais necessidades da comunidade. Essa ausência de cuidado contínuo e territorializado contraria frontalmente os princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que defende a equidade, a integralidade e a intersetorialidade como pilares para a construção de uma saúde que atue sobre os determinantes sociais e promova qualidade de vida (Brasil, 2006).

Além disso, a PNPS afirma que a promoção da saúde deve “fortalecer a autonomia e a capacidade das pessoas e comunidades para exercerem o controle sobre sua saúde e seus determinantes” (Brasil, 2006), o que claramente não se concretiza quando populações como a do Acampamento 8 de Março são sistematicamente excluídas das ações regulares do SUS. Essa contradição nos leva a refletir sobre o quanto o acesso à saúde ainda é condicionado por fatores como classe, território e projeto político. A luta do MST por terra e por vida digna é, também, uma luta por saúde, e o SUS precisa estar presente nesses espaços, não como concessão, mas como direito.

Outrossim, no transcorrer da vivência, visitamos o Hospital Universitário de Brasília (HUB), vinculado à Universidade de Brasília (UnB), o qual representa uma das mais importantes instituições de saúde da capital federal, combinando assistência hospitalar de alta complexidade com ensino, pesquisa e extensão universitária. Fundado em 1972, ainda com o nome de Hospital do Distrito Federal Presidente Médici (HDFPM), passou a ser

considerado hospital universitário em 1979, apesar de a UnB só ter assumido a gestão oficialmente em 1990 (Brasil, 2020).

Desse modo, tivemos a oportunidade de conhecer diversos setores que compõem a complexidade do cuidado hospitalar no SUS, passamos por áreas como Infectologia, Oncologia, Simulação, Saúde Indígena e o setor voltado à saúde da população LGBTQIAPN+. Logo, cada espaço nos ofereceu aprendizados únicos, ampliando nossa compreensão sobre os desafios e as potências da atenção especializada. Dessa forma, em setores como Infectologia e Oncologia, fomos recebidos por equipes engajadas, que nos apresentaram com clareza os fluxos de atendimento, os protocolos clínicos e os desafios enfrentados no cotidiano hospitalar. A visita ao setor de Simulação também foi extremamente enriquecedora, pois nos permitiu visualizar, de forma prática, como a formação em saúde pode ser aprimorada por meio de metodologias ativas e tecnologias educacionais (Figura 4).

Figura 4. Representação visual educativa.



Fonte: Arquivo Drive VER-SUS, 2025.

No entanto, nem todas as experiências foram positivas, a visita ao setor de Saúde Indígena foi especialmente impactante, e infelizmente, por motivos tristes. O espaço encontrava-se visivelmente sucateado, com estrutura precária, ausência de profissionais em número suficiente e, mais grave ainda, sem a presença de profissionais indígenas. Sendo assim, essa ausência compromete diretamente a efetividade do cuidado, uma vez que desconsidera os aspectos culturais, linguísticos e espirituais fundamentais para o atendimento dessa população. Tal realidade contraria os princípios da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que preconiza um modelo de atenção diferenciado, intercultural e participativo, com valorização dos saberes tradicionais e da presença de profissionais indígenas nas equipes de saúde (Brasil, 2002). O Conselho Indigenista Missionário (CIMI), denuncia o desmonte das estruturas e a precarização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, o que configuram um processo político de exclusão, que ameaça a sobrevivência física e cultural desses povos (CIMI, 2022).

Nesse ponto, é importante destacar que a saúde não se separa da terra, da espiritualidade e da coletividade. O ambientalista e filósofo brasileiro Krenak (2019), nos provoca a pensar a saúde em diálogo com a preservação da vida e dos ecossistemas. Kopenawa, (2015), denuncia como a invisibilidade das cosmovisões indígenas compromete a própria sobrevivência dos povos originários. Assim, a negligência do Estado em garantir atenção integral e intercultural à saúde indígena não é apenas uma falha técnica, mas um ataque à própria existência desses povos e à concepção ampliada de saúde que eles representam.

Do mesmo modo, no setor de saúde para população LGBTQIAPN+, a expectativa era de dialogar sobre as estratégias de acolhimento e cuidado voltadas a essa população historicamente marginalizada. No entanto, a ausência da pessoa responsável pela coordenação comprometeu a profundidade da troca, as perguntas feitas pelos participantes foram respondidas de forma vaga, revelando uma lacuna de preparo técnico e político. Isso evidencia a distância entre o que está previsto na Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIAPN+,

que visa garantir acesso equânime, acolhimento qualificado e combate à discriminação no SUS, realidade concreta de muitos serviços (Brasil, 2013).

Ademais, visitamos também a Casa de Saúde Indígena (CASAI) de Brasília que constitui uma unidade estratégica da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde, desempenhando papel fundamental no sistema de atenção à saúde dos povos indígenas do Distrito Federal e regiões circunvizinhas. Assim, a CASAI-DF recebe indígenas de várias etnias e de diversas localidades que são atendidos pela rede do SUS de atenção à saúde ambulatorial e hospitalar de Brasília (Brasil, 2023) (Figura 5).

Figura 5. Registro da visita ao CASAI.



Fonte: Arquivo Drive VER-SUS, 2025.

Dessa forma, a visita a CASAI-DF foi um dos momentos mais significativos e enriquecedores de toda a experiência. Sendo extremamente valioso conhecer de perto esse espaço que acolhe indígenas em trânsito para

tratamento de saúde, especialmente aqueles oriundos de territórios distantes e de difícil acesso. O ambiente, embora ainda apresente limitações estruturais e não seja totalmente adequado às especificidades culturais e territoriais dos povos indígenas, é sustentado por uma equipe de profissionais que se mostrou profundamente atenciosa, respeitosa e comprometida com o cuidado.

Nessa perspectiva, o esforço constante desses profissionais em adaptar as práticas de saúde às realidades culturais dos povos atendidos foram os pontos que mais marcaram a visita. Logo, havia um cuidado evidente em respeitar os saberes tradicionais, os rituais, os tempos e as formas de expressão dos indígenas. Essa postura dialoga diretamente com os princípios da PNASPI, que reconhece a necessidade de um modelo de atenção diferenciado, intercultural e participativo, pautado no respeito à diversidade étnica e cultural dos povos originários (Brasil, 2002).

Assim, a visita à CASAI nos fez refletir sobre o quanto o SUS, ao incorporar a atenção à Saúde Indígena, amplia sua potência como projeto civilizatório. A saúde, nesse contexto, não é apenas ausência de doença, mas também afirmação de identidade, território e dignidade. Como aponta a própria PNASPI, é fundamental garantir que os serviços de saúde respeitem os modos de vida indígenas e promovam o diálogo entre os saberes tradicionais e os saberes biomédicos, sem hierarquização ou imposição de um sobre o outro. Essa experiência, evidenciou que o cuidado em saúde só é efetivo quando se constrói com escuta, humildade e reconhecimento da alteridade. Com isso, a CASAI, mesmo com suas limitações, é um espaço onde essa construção é possível, e onde o SUS se reinventa, diariamente, como um sistema que busca ser verdadeiramente universal, equitativo e inclusivo.

Paulo Freire, educador e filósofo brasileiro, nascido em 19 de setembro de 1921, formou-se em direito, mas nunca exerceu sua profissão como advogado, sempre se dedicou à uma paixão maior, a educação, dizia que “a educação não transforma o mundo. A educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo” (Freire, 1980). Essa frase ecoou durante toda a vivência,

a cada encontro, a cada conversa com usuários e trabalhadores da saúde, sentia que algo se modificava. Começava a enxergar o SUS não apenas como uma política pública, mas como um projeto ético de sociedade, e isso, por si só, já era transformador. Ao aproximar-se do pensamento de Paulo Freire, abre-se também espaço para reconhecer a tradição da Educação Popular em Saúde no Brasil (Vasconcelos, 2012; Stotz, 2014), que orienta práticas pedagógicas e de cuidado voltadas às necessidades reais da população. Essa perspectiva reforça que a formação em saúde precisa se ancorar na escuta, no diálogo e na valorização dos saberes populares.

A pedagogia freiriana, ao propor o diálogo horizontal, a problematização da realidade e a valorização dos saberes dos sujeitos, encontra profunda ressonância com o projeto do SUS (Freire, 1987). Desde sua criação, o SUS assumiu como princípio a participação social e o controle popular, que só se concretizam quando trabalhadores e usuários se reconhecem como protagonistas do processo de cuidado e gestão (Brasil, 2013). Nesse sentido, a Educação Popular em Saúde, reforça a importância de metodologias que coloquem em evidência as experiências vividas pelos sujeitos, em contraposição a modelos verticalizados de transmissão de conhecimento. Assim, o encontro entre Paulo Freire e o SUS não é apenas metafórico, mas constitui uma base epistemológica e ética para que o sistema de saúde se torne, de fato, universal, equitativo e participativo. As rodas de conversa, os processos de formação pelo trabalho e a escuta ativa em territórios são expressões concretas dessa pedagogia aplicada ao cotidiano do SUS (Vasconcelos, 2012).

Essas experiências nos colocam diante de uma contradição dolorosa: enquanto o SUS avança em diretrizes e políticas públicas que reconhecem a diversidade e a equidade como princípios estruturantes, a implementação dessas políticas ainda esbarra em desigualdades estruturais, falta de formação adequada e ausência de compromisso institucional em alguns contextos. Como futuros profissionais da saúde, saímos dessa vivência com a responsabilidade ética de não apenas reconhecer essas falhas, mas de atuar ativamente para

transformá-las. Afinal, como nos lembra a própria Constituição de 1988 (Brasil, 1988), saúde é direito de todos, e isso inclui respeitar e acolher as singularidades de cada corpo, cultura e identidade.

Destarte que durante os dias em que estivemos imergidos na vivência, vivendo de forma mais intensa a convivência com os colegas participantes, os momentos de diálogo informal se tornaram tão ricos quanto os espaços formais da programação. Esses momentos de troca sincera sobre as realidades dos territórios de onde cada uma vinha foram profundamente transformadores. Assim sendo, dialogávamos sobre os desafios enfrentados nos serviços de saúde das nossas regiões, as estratégias criativas desenvolvidas pelas comunidades, os avanços conquistados e os retrocessos impostos. Relatos de estudantes do interior, de povos tradicionais e de comunidades urbanas periféricas se entrecruzavam, criando um verdadeiro mapa afetivo e político da diversidade do SUS em cada canto do Brasil.

Portanto, essas rodas de conversas espontâneas foram, sem dúvida, um espaço privilegiado de educação. Um espaço em que o conhecimento não vinha de slides ou palestras, mas da escuta e da presença. Essa vivência coletiva, marcada pela escuta ativa e pelo respeito, nos proporcionou o reconhecimento de que só é possível defender o SUS de forma crítica e comprometida quando compreendemos a pluralidade dos contextos que o compõem. Conhecer outras realidades amplia nosso campo de visão e fortalece o desejo de transformação. Sendo assim, essas conversas, foram um verdadeiro exercício de empatia política e sensibilidade social.

Concluo essa escrita com a certeza de que essa experiência foi mais do que uma vivência: foi um rito de passagem. Carregamos os olhares que encontrei, os nomes que aprendi, as histórias que escutei. E mais do que isso, carrego o compromisso ético de seguir lutando por um SUS mais justo, potente e verdadeiramente universal. Dessa forma, que essa vivência siga germinando dentro dos versusianos, como sementes de um Brasil que ainda estamos por cultivar.

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 23 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 31 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**: princípios, diretrizes e recomendações. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/publico-lgbt>. Acesso em: 23 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 25 set. 2025.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **História do Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB)**. [S. l.]: EBSEH, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hub-unb/acesso-a-informacao/institucional/historia>. Acesso em: 19 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Relatório situacional da Casa de Saúde Indígena de Brasília**. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/chamamentos-publicos/2023/chamamento-publico-sesai-no-5-2023/anexo-xi-relatorio-situacional-casai-brasilia.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2025.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. **Relatório violência contra os povos indígenas do Brasil**: dados de 2021. Brasília: CIMI, 2022. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2022/08/relatorio-violencia-povos-indigenas-2021-cimi.pdf>. Acesso em: 20 set. 2025.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FREIRE, P. **Teoria e prática da libertação**: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

KOPENAWA, D.; ALBERT, B. **A queda do céu**: palavras de um xamã yanomami. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

MACHIN, R.; PAULINO, D. B.; PONTES, J. C. de; RODRIGUES, R. R. N. Diversidade e diferença: desafios para a formação dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3797-3806, 2022.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. Acampamento 8 de Março: Sem Terra comemoram 11 anos de resistência e luta pela Reforma Agrária. Brasília, DF, 27 mar. 2023. Disponível em: <https://mst.org.br/2023/03/27/acampamento-8-de-marco-sem-terra-comemoram-11-anos-de-resistencia-e-luta-pela-reforma-agraria/>. Acesso em: 19 ago. 2025.

PAIM, J. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

STOTZ, E. N. **Educação popular, saúde comunitária e práticas sociais**. São Paulo: Cortez, 2014.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2012.

FORMAÇÃO EM SAÚDE E A VIVÊNCIA EM UM ACAMPAMENTO DO MOVIMENTO SEM TERRA: O TERRITÓRIO COMO ESPAÇO PEDAGÓGICO

**Isadora Gomes Misquita
Vanessa Alves da Silva
Júlia Campos Bessa dos Santos
Luiza Zannon Carneiro
Isabella Villar Monteiro**

Território como sujeito da formação em saúde

A edição Centro-Oeste da formação de facilitadores do Programa Nacional de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) aconteceu em Brasília (DF), nos dias 7 a 13 de junho de 2025. Essa formação teve como objetivo formar estudantes e residentes para serem multiplicadores das próximas vivências em seus respectivos territórios, além de oferecer a estes a experiência de aprofundamento do entendimento do SUS, seu funcionamento, princípios e diretrizes de forma teórica e prática. Ao longo dos dias, os participantes estiveram em imersão integral e realizaram atividades dentro e fora do local onde estavam hospedados, como atividades didáticas e pedagógicas de ensino em grupo, rodas de conversa e visitas em Unidades Básicas de Saúde e comunidades do território do Distrito Federal. Entre as atividades realizadas, destacamos a visita ao Acampamento 8 de Março do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST).

No contexto desta experiência, a visita ao Acampamento 8 de Março, organizado pelo MST, revelou-se uma oportunidade singular e extraordinária, que permitiu o contato direto com um dos mais importantes movimentos sociais da América Latina. A atividade foi marcada por trocas intensas, diálogos com lideranças, vivência das práticas agroecológicas e comunitárias, além do conhecimento sobre as estratégias de saúde popular adotadas no acampamento, os quais discorreremos ao longo do presente trabalho.

Nesta experiência, pôde-se ver, na prática, a interdisciplinaridade dentro do território, perceber como os diferentes setores se complementam e como é rica essa abordagem de trabalho que, de forma articulada, busca superar a fragmentação dos saberes e das estruturas sociais, a fim de gerar resultados mais impactantes para a saúde da população (Warschauer; Carvalho, 2014).

O presente trabalho teve como objetivo analisar sobre como o contato com o Acampamento 8 de Março do MST, suas lideranças e atividades impactaram a formação de estudantes e residentes da área da saúde, além de trazer reflexões sobre a importância do MST, o trabalho no território e a Educação Popular como centro dessa vivência. As reflexões realizadas neste manuscrito foram pensadas a partir da ótica e da experiência de estudantes e residentes de Psicologia e Saúde Coletiva que estiveram presentes na edição Centro-Oeste do VER-SUS 2025.

Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra é um dos mais importantes e longevos movimentos sociais da América Latina, surgido formalmente no Brasil em 1984. Sua gênese está diretamente ligada à histórica e desigual estrutura fundiária do país, que concentra vastas extensões de terra nas mãos de poucos, e ao processo de modernização conservadora da agricultura que, a partir da década de 1960, expulsou milhões de camponeses

do campo, privando-os de seus meios de subsistência. O movimento, portanto, nasce da resistência a esse processo de expropriação e da luta pelo direito constitucional à terra (Fernandes, 2000).

Seu objetivo central não é apenas a distribuição de terras, mas a implementação de um projeto mais amplo e profundo denominado Reforma Agrária Popular. Esse projeto compreende a terra não como uma simples mercadoria, mas como um território para a produção de vida digna. Seus pilares incluem a soberania alimentar (produzir alimentos saudáveis para a população brasileira, e não commodities para exportação), a agroecologia como modelo produtivo sustentável e a cooperação como base das relações sociais e econômicas, em contraposição ao individualismo do mercado (Stedile; Fernandes, 1999).

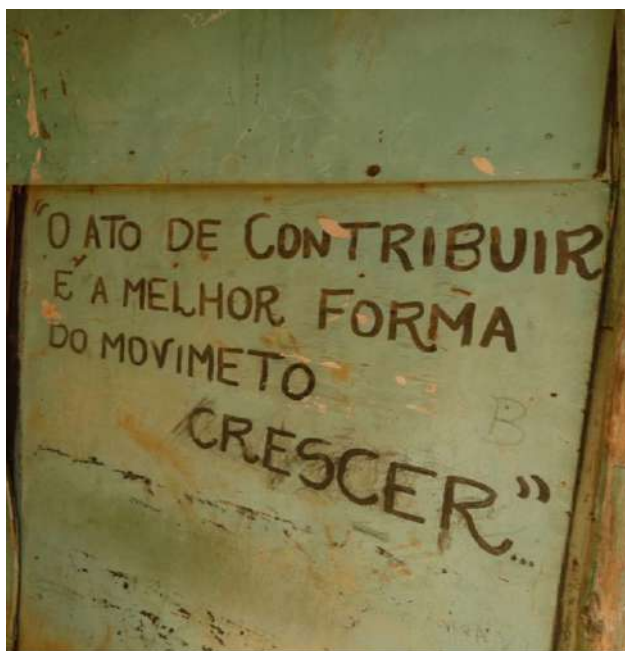
A estrutura organizacional do movimento é um de seus traços mais marcantes, baseada na democracia de base. A organização parte dos Núcleos de Base, pequenos grupos de famílias que discutem e deliberam sobre o cotidiano. As decisões fluem de baixo para cima, garantindo alta participação. A vida coletiva se organiza em setores, como equipes de trabalho responsáveis por áreas estratégicas como Educação, Saúde, Gênero, Comunicação e Produção. Essa estrutura complexa permite que as comunidades construam um alto grau de autonomia e respondam coletivamente aos seus desafios (Fernandes, 2000; Caldart, 2012).

É fundamental distinguir seus dois principais tipos de território: o acampamento e o assentamento. O acampamento é o território da luta imediata, uma ocupação provisória sob barracos de lona preta, marcada pela precariedade, pela tensão da ameaça de despejo e por um intenso processo de organização e formação política. O assentamento, por sua vez, é a conquista, a terra legalmente desapropriada onde as famílias podem, enfim, construir suas casas, produzir de forma permanente e desenvolver a comunidade em todas as suas dimensões (Stedile; Fernandes, 1999).

Em suma, o MST é um sujeito político coletivo que, a partir da luta pela terra, disputa os rumos do desenvolvimento rural e propõe um projeto

alternativo de sociedade, pautado na justiça social, na sustentabilidade ambiental e na dignidade humana, consolidando-se como um ator central na sociedade civil brasileira (Gohn, 2011). Esses valores foram demonstrados durante a experiência dos participantes tanto na fala das pessoas que compõem o Acampamento 8 de Março, quanto nas mensagens espalhadas pelo local, como ilustrado na Figura 1.

Figura 1. Mensagem registrada no acampamento 8 de Março.



Fonte: Arquivo pessoal, 2025.

Atitudes marcantes como movimento social e coletivo

As práticas do MST não são ações isoladas, mas constituem um corpo coeso de atitudes políticas e pedagógicas que forjam sua identidade e expressam seus objetivos mais profundos. A mais emblemática e visível dessas atitudes

é, sem dúvida, a ocupação de latifúndios improdutivos. Longe de ser um ato espontâneo ou desordenado, a ocupação é uma ação de desobediência civil, meticulosamente planejada e organizada, que funciona como uma ferramenta de pressão política. Ao erguer um acampamento de lona preta em uma terra que não cumpre sua função social prevista na Constituição, o movimento não apenas dá visibilidade a milhares de famílias invisibilizadas pela desigualdade agrária, mas também cria um território de resistência e formação onde a luta se materializa (Stedile; Fernandes, 1999).

A partir do momento em que o território é ocupado, outra atitude marcante se revela: a aposta na agroecologia como um modelo de produção e de resistência. Esta não é uma mera escolha técnica, mas uma profunda decisão política que confronta diretamente o modelo do agronegócio. Em contraposição à monocultura dependente de agrotóxicos e sementes transgênicas, o movimento promove um paradigma baseado na produção de alimentos saudáveis e diversificados, em harmonia com o meio ambiente. Essa prática representa um ato de resistência contra o controle das grandes corporações sobre os alimentos e, fundamentalmente, se constitui como uma ação de saúde pública, protegendo os agricultores, a terra e os consumidores dos efeitos nocivos dos venenos (Stedile; Fernandes, 1999).

Para sustentar um projeto de transformação social tão complexo, o movimento compreende que é preciso ir além da produção material, investindo no desenvolvimento de conhecimento e consciência. Por isso, uma de suas atitudes mais admiráveis e estratégicas é a prioridade dada à educação e à formação política. A criação de escolas nos acampamentos e assentamentos, com uma proposta pedagógica própria, a “Pedagogia do Movimento”, inspirada em Paulo Freire (Caldart, 2012), demonstra o compromisso com a formação integral de crianças, jovens e adultos. Essa prática se estende à formação política contínua de toda a sua base, capacitando os militantes a ler e interpretar a realidade para, assim, intervir de forma qualificada. Partindo da compreensão de construção coletiva de saberes, deveres e direitos, a Educação

Popular emerge desse contexto, de forma complementar e com poder de transformação igualmente revolucionário.

A Educação Popular se distancia da educação técnica e bancária, valorizando o caráter emancipatório do conhecimento popular, que é contextual e territorializado. A partir dessa perspectiva, a Educação Popular se estabelece enquanto instrumento de transformação e fortalecimento social, consolidando-se como um pilar fundamental nos movimentos sociais e na promoção da saúde.

Finalmente, a força interna construída por meio da organização, da produção agroecológica e da formação se projeta para o restante da sociedade em uma de suas atitudes mais potentes: a prática da solidariedade de classe. Em momentos de vulnerabilidade comunitária como o período de Pandemia de covid-19 e o mais recente evento de enchentes no Rio Grande do Sul, o MST demonstrou seu compromisso com o povo brasileiro ao doar toneladas de alimentos para populações urbanas. Destaca-se esse gesto, longe do assistencialismo, mas como um ato político que provou a capacidade da Reforma Agrária Popular de produzir alimentos de qualidade para quem mais precisa, expondo as contradições de um país que, embora seja uma potência agrícola, ainda convive com a fome e a miséria.

Contrapondo os preconceitos que o cercam, em momentos de crise o MST ainda sim reafirma seu papel como um ator relevante para a sociedade civil (Gohn, 2011). Durante a visita os visitantes foram levados a conhecer a plantação de morangos sem agrotóxico do acampamento (Figura 2) demonstrando na prática a estima pela alimentação de qualidade.

Figura 2. Plantação de morangos.



Fonte: Arquivo pessoal, 2025.

Impactos na formação profissional

A imersão de futuros profissionais da saúde em territórios como acampamento ou assentamento do MST é uma experiência de formação de impacto profundo e transformadora. Primeiramente, ela proporciona uma compreensão concreta dos determinantes sociais da saúde. É no território que conceitos abstratos como moradia, saneamento e segurança alimentar se materializam como fatores diretos no processo saúde-doença.

O estudante aprende a “ler o território” e a entender que um quadro de disenteria infantil está ligado à qualidade da água, ou que a ansiedade de

uma agricultora pode estar relacionada à ameaça de despejo. Isso promove a transição de um olhar puramente biológico para um olhar social e integral sobre a saúde (Ceccim; Ferla, 2009).

Essa compreensão da realidade leva a uma consequência natural e fundamental: a ruptura com preconceitos e o desenvolvimento da empatia. O contato direto com as famílias, suas histórias de vida, sua organização e sua cultura permite desconstruir os estereótipos negativos frequentemente associados aos movimentos sociais. Essa vivência humanizadora é essencial para o desenvolvimento da empatia, uma competência fundamental para a construção de uma relação de cuidado baseada no vínculo e no respeito mútuo entre profissional e usuário.

A partir dessa nova perspectiva, o estudante e o profissional da saúde passam a ter um aprendizado sobre o SUS real e a importância da participação popular. No território em luta, ele testemunha as potências e as contradições do sistema em sua forma mais crua, observando como a comunidade se organiza para lutar por seus direitos e participar de conselhos de saúde, compreendendo na prática o que é o controle social (Tavares, 2014).

O culminar de todo esse processo de aprendizado é o desenvolvimento das bases para uma clínica ampliada e um cuidado horizontal. A experiência desafia a postura hierárquica do profissional “detentor do saber”, colocando o estudante em uma posição de aprendiz que precisa ouvir e valorizar os saberes populares. Isso o prepara para uma prática que constrói projetos terapêuticos compartilhados com os sujeitos, considerando seu contexto de vida, e não apenas prescrevendo condutas de forma vertical.

Ao adentrar no território, o profissional e estudante precisam se despir da postura de pré-julgamento, de querer impor seus saberes num lugar em que não se teve as vivências. Dessa forma, é preciso que se olhe para esse lugar e para os que lá se organizam, de uma forma integral, e segundo Silvia Lane (2002):

A análise só estará completa se considerarmos o ser humano, ontogeneticamente, como um ser sócio-histórico, ou seja, ele se desenvolveu através de ferramentas inventadas e de uma linguagem articulada a fim de transmitir a utilidade dessas para os seus pares.

Dessa forma, adentrar esses territórios qualifica a formação técnica, mas, acima de tudo, promove uma formação ética e política, preparando profissionais mais conscientes de seu papel social e mais comprometidos com a defesa da vida e do direito universal à saúde, que olham e cuidam do sujeito de forma integral, sem separá-lo de seu contexto (Ceccim; Ferla, 2009).

A importância da educação popular

A Educação Popular em Saúde ocupa um lugar estratégico nos movimentos sociais ao promover a construção coletiva e contínua dos saberes e fortalecer a consciência crítica frente às desigualdades que atravessam o acesso à saúde. Inspirada nos princípios de Paulo Freire, como o diálogo enquanto prática libertadora, a problematização da realidade, a valorização dos saberes populares, a conscientização e a práxis, compreendida como ação reflexiva orientada à transformação social, essa abordagem rompe com modelos verticalizados e bancários de ensino, priorizando a troca horizontal de saberes como caminho de emancipação. Nessa perspectiva, reconhece-se cada indivíduo como portador de conhecimento e protagonista de sua própria história, reafirmando a educação como um processo coletivo, ético e politicamente comprometido com a libertação dos sujeitos e com a transformação das condições concretas de vida (Freire, 1987; Freire, 1996).

Nesse sentido, a educação não se limita a um direito formal, mas se afirma como instrumento de luta por dignidade. Destacamos a juventude, representada no Programa VER-SUS pelos estudantes e residentes, como personagens essenciais para o processo de mobilização e multiplicação das

transformações sociais, pois conectam territórios, experiências e ampliam a defesa da saúde enquanto direito humano inalienável. Assim, a Educação Popular em Saúde se consolida como prática política e pedagógica que, ao mesmo passo em que promove a autonomia, semeia possibilidades concretas de resistência e de construção de um futuro mais justo e solidário.

As pontes para o cuidado na articulação entre vivência, política e ação popular

A construção da saúde nos territórios de luta do MST é um processo complexo que se fortalece por meio da articulação entre diferentes frentes: a formação acadêmica, a política pública e, fundamentalmente, a ação comunitária. A iniciativa do VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) funciona como uma ponte essencial nesse processo, um dispositivo pedagógico que promove um encontro transformador. Para a comunidade, receber estudantes da saúde é uma oportunidade de quebrar estigmas, mostrando a complexidade de sua organização e suas reais necessidades. Para os estudantes, essa imersão humaniza o movimento e pode criar futuros aliados dentro do sistema de saúde, profissionais mais sensíveis e dispostos a adequar os serviços do SUS à realidade específica do campo (Tavares, 2014).

Enquanto o VER-SUS promove o diálogo, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA) atua como o principal instrumento de luta política. Esta política, uma conquista histórica da mobilização social, é crucial por dar legitimidade às demandas do campo, transformando reivindicações em direitos reconhecidos. Com base na PNSIPCFA, a comunidade pode cobrar dos gestores a implementação de ações concretas. Ela é o respaldo legal que fortalece a luta da comunidade pela efetivação do seu direito à saúde (Brasil, 2013).

É na concretização dos princípios dessa política e na prática cotidiana que a figura do Agente Popular de Saúde se torna o ator central. Reconhecendo a potência dessa prática, já existente nos movimentos sociais, o Ministério da Saúde a institucionalizou por meio do programa AgPopSUS. Conforme o próprio governo descreve, o programa visa formar e fortalecer uma rede nacional de agentes que atuam em seus próprios territórios para combater a desinformação, incentivar a participação nos conselhos de saúde e promover o bem viver. O AgPopSUS, portanto, capacita e legitima a figura que personifica a Educação Popular em Saúde (Brasil, 2025).

A força e a eficácia deste agente residem precisamente no fato de ele ser, estar e pertencer ao território. Esta não é uma característica secundária, mas a própria essência de sua função. Primeiramente, ele já possui o vínculo e a confiança da comunidade. Por ser um vizinho, um parente, um companheiro de luta, as portas se abrem para ele de uma forma que jamais se abriria para um estranho, permitindo um acesso genuíno às questões de saúde mais íntimas e a construção de um cuidado baseado na afetividade e no respeito mútuo.

Além da confiança, o agente local possui uma competência cultural e um conhecimento do território que são insubstituíveis. Ele compreende a linguagem, os valores e as crenças locais, sabendo como traduzir uma orientação técnica de forma que faça sentido para a comunidade, sem desrespeitar seus saberes tradicionais. Ele conhece o “mapa vivo” do lugar: sabe onde mora o idoso que vive sozinho, a gestante que precisa de mais atenção e qual a melhor forma de mobilizar a comunidade. Essa imersão total na realidade local fortalece o empoderamento comunitário, pois a comunidade se vê como protagonista do seu próprio cuidado, consolidando a verdadeira Atenção Primária: popular, contextualizada e resolutiva.

Toda essa articulação entre a vivência acadêmica, a política pública e a ação do agente popular materializa, de forma exemplar, os princípios fundamentais do SUS. A participação social é visível tanto na luta que originou a PNSIPCEFA quanto no papel do AgPopSUS de incentivar a atuação

nos conselhos de saúde, mostrando que a comunidade é um sujeito ativo na construção da saúde. O princípio da equidade se manifesta na própria existência de uma política e de um programa voltados para populações historicamente invisibilizadas, buscando diminuir desigualdades ao tratar os desiguais de forma desigual.

Por fim, a integralidade do cuidado é a essência do trabalho do agente do território, que enxerga o sujeito em sua totalidade e promove ações que vão da prevenção e promoção do bem viver ao acompanhamento de condições específicas. Essa sinergia, portanto, não apenas fortalece a saúde local, mas revitaliza e concretiza a própria alma do Sistema Único de Saúde (Ceccim; Ferla, 2009).

Considerações finais

A vivência no Acampamento 8 de Março, no contexto da formação de facilitadores do VER-SUS Centro-Oeste 2025, reafirma o território como um potente espaço pedagógico e político para a formação em saúde. Ao deslocar o processo formativo para além dos muros institucionais, essa experiência possibilitou compreender, de forma concreta e sensível, que a saúde é produzida nas relações sociais, nas condições materiais de existência e nas lutas coletivas por dignidade e direitos. Nessa perspectiva, o território deixa de ser compreendido apenas como um recorte geográfico e passa a ser reconhecido como sujeito ativo da formação, capaz de ensinar, interpelar e transformar aqueles que nele se inserem de forma ética e comprometida, conforme defendem Ceccim e Ferla (2009) ao tratarem da Educação Permanente em Saúde ancorada na realidade dos serviços e das comunidades.

O contato direto com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra evidenciou que a luta pela terra, pela soberania alimentar e pela organização coletiva está intrinsecamente relacionada à promoção da saúde e do bem

viver. As práticas agroecológicas, a Educação Popular, a solidariedade de classe e a auto-organização comunitária demonstram que é possível construir modos de vida que enfrentam os determinantes sociais da saúde de maneira estrutural, articulando cuidado, política e emancipação. Nesse sentido, o MST se apresenta não apenas como objeto de análise, mas como sujeito produtor de saberes, práticas e estratégias fundamentais para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, em consonância com o projeto da Reforma Agrária Popular e com os princípios da justiça social e da sustentabilidade (Stedile; Fernandes, 1999; Caldart, 2012).

Para a formação profissional, especialmente no campo da Saúde Coletiva e da Psicologia, a imersão em territórios de luta provoca deslocamentos éticos, políticos e epistemológicos significativos. Romper com preconceitos historicamente construídos, reconhecer os saberes populares e compreender a centralidade da participação social no cuidado em saúde são aprendizados que qualificam a prática profissional e ampliam a capacidade de atuação no SUS real, diverso e marcado por desigualdades. Essa experiência reforça a necessidade de uma formação comprometida com a clínica ampliada, com o cuidado horizontal e com a compreensão do sujeito enquanto ser sócio-histórico, inseparável de seu contexto de vida (Lane, 2002; Ceccim; Ferla, 2009).

Por fim, a articulação entre vivência acadêmica, políticas públicas como a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas e iniciativas de Educação Popular, exemplificadas pelo AgPopSUS, evidencia caminhos concretos para a consolidação dos princípios do SUS nos territórios do campo. Ao fortalecer o protagonismo comunitário e reconhecer o território como espaço legítimo de produção de saúde e conhecimento, reafirma-se que formar em saúde é, antes de tudo, formar para a vida, para o cuidado e para a transformação social, em consonância com os princípios da equidade, da integralidade e da participação social que sustentam o SUS (Brasil, 2013; Brasil, 2025).

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **AgPopSUS**. Brasília, DF, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/agpopsus>. Acesso em: 30 set. 2025.
- CALDART, R. S. **Pedagogia do Movimento Sem Terra**. 4. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. (org.). **Educação e saúde: ensino e cidadania como produção de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2009.
- FERNANDES, B. M. **A formação do MST no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2000.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GOHN, M. da G. **Movimentos sociais e redes de mobilização civil no Brasil contemporâneo**. Petrópolis: Vozes, 2011.
- LANE, S. T. M. A dialética da subjetividade versus a objetividade. In: FURTADO, O.; GONZÁLEZ-REY, F. (org.). **Por uma epistemologia da subjetividade: um debate entre a teoria sócio-histórica e a teoria das representações sociais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 11-17.
- STEDILE, J. P.; FERNANDES, B. M. **Brava gente: a trajetória do MST e a luta pela terra no Brasil**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 1999.
- TAVARES, M. de F. L. A territorialização do cuidado na formação em saúde: a experiência do VER-SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 889-899, out./dez. 2014.
- WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M. de. O conceito “intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, p. 191-203, 2014.

A EXPERIÊNCIA DO VER-SUS VITÓRIA: TECNOLOGIAS SOCIAIS E REPLICAÇÕES POSSÍVEIS

Carolyn Reduzina Queirós
Maria Eduarda Ramos dos Santos
Ryan Lopes de Freitas
Lara Luciana Lima Santana
Jean Carlos Gomes dos Santos
André Dias Araujo

Introdução

Aos seus 35 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado o maior sistema de saúde pública do mundo, atendendo a mais de 190 milhões de pessoas no território brasileiro. Criado pela Constituição Federal de 1988 e instituído em 1990, o SUS é fruto da luta pelos direitos humanos em saúde e do Estado democrático, visando garantir acesso de forma integral, universal e equitativa para todos os indivíduos nos diferentes níveis de atendimento (Brasil, 1990). O SUS é o pilar da saúde brasileira, pois tem contribuído para o controle de doenças transmissíveis, a inclusão para todos e o reconhecimento de saúde como seguridade social (Mendes, 2019).

Apesar de sua soberania, entende-se o SUS como uma experiência histórica, sendo passível de desafios contínuos. A sustentabilidade e a efetivação de seus princípios dependem da participação social, da gestão e da constante atualização das normas operacionais dentro da rede. Para além disso, o SUS é feito por seus trabalhadores, os quais segundo o Conselho Nacional de Saúde:

Atualmente, a força de trabalho do SUS é composta por mais de 3 milhões de trabalhadores, sendo mais de 50% deles do nível técnico. Outro dado alarmante é sobre a formação desses trabalhadores. Segundo Bruno, 80% dos técnicos em saúde formados no Brasil são oriundos da educação privada, o que não dialoga com a organização e as necessidades do SUS (Conselho Nacional de Saúde, 2025).

Dado a contextualização, a formação de profissionais alinhada aos princípios do SUS é um desafio que implica significado e cuidado no processo de ensino-aprendizagem. Por vezes, o ideal de trabalho no SUS não condiz com o trabalho real vivenciado, assim, o reconhecimento da voz, necessidade e potencial criativo de cada profissional em formação é a chave fundamental para o resgate dos valores do SUS e ao fortalecimento e qualificação desses futuros trabalhadores (Batista; Gonçalves, 2011; Azevedo *et al.*, 2024).

Buscando trabalhar essa problemática, a Associação da Rede Unida, em parceria com o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) criaram o Programa Nacional de Vivências no Âmbito do Sistema Único de Saúde, instituído pela Portaria MS n. 6.098, de 16 de dezembro de 2024. O programa em sua iniciativa piloto foi voltado para estudantes de graduação e residentes da área da saúde, visando formar estes enquanto facilitadores do SUS. Dessa forma, por meio de um processo de aprendizagem significativa e mútua, os participantes são responsáveis por replicar novas vivências (Associação da Rede Unida, 2025).

Nesse sentido, destaca-se a validade de metodologias ativas e sobretudo de novas tecnologias sociais para a formação profissional em interface com o SUS. Compreende-se por tecnologia social os produtos, técnicas e metodologias replicáveis que foram desenvolvidas a partir da participação comunitária com o intuito de resolver problemas de ordem social e/ou socioambiental (De Archanjo Junior *et al.*, 2020).

O Programa Nacional de Vivências do Sistema Único de Saúde, na forma de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), proporcionou aos “viveres” um contato imperial com uma realidade que deve ser preservada para que não se perca: aproximação com as tecnologias sociais, a forma qual elas sejam aplicadas. O objetivo deste trabalho é compartilhar a experiência do VER-SUS Vitória sob a visão de graduandos e residentes.

Justifica-se esse trabalho a partir da premissa da necessidade de valorizar os saberes leves construídos pela comunidade para resolução de problemas.

Metodologia

Este é um estudo qualitativo, do tipo relato de experiência, descritivo, produto da participação de graduandos e residentes no Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS), Região Sudeste. O programa teve seu retorno em 2025, pela Associação da Rede Unida, em parceria com o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) (Associação Rede Unida, 2025). Nesta edição, o programa aconteceu como uma iniciativa piloto de formação de facilitadores para as vivências no SUS, na modalidade de estudantes de graduação e residentes na área da saúde, em cursos com interface com o SUS. Foram realizadas sete vivências, distribuídas em todas as regiões do país (Associação da Rede Unida, 2025).

A vivência aqui relatada, diz respeito à Região Sudeste, que abrange os estados de Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo. Essa vivência aconteceu na cidade de Vitória, no Espírito Santo, promovida pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), em abril de 2025, com duração de dez dias de imersão (Associação da Rede Unida, 2025).

A vivência teve a programação organizada pela comissão local, envolvendo rodas de conversa, visitas a serviços da rede de atenção à saúde,

encontro com gestores, trabalhadores e usuários, além de momentos de integração e discussão coletiva. A construção metodológica, fundamentou-se na Educação Popular em Saúde, valorizando a troca de saberes entre estudantes, profissionais e comunidade. As atividades foram realizadas em formato participativo, estimulando a análise crítica da realidade, a problematização de situações vivenciadas e a produção coletiva de conhecimento.

Priorizando a escrita colaborativa, que expressa o caráter coletivo das vivências, este relato foi escrito por estudantes graduandos e residentes de diferentes categorias profissionais e dos diferentes estados que compõem a vivência sudeste. Por se tratar de um relato de experiência, este estudo dispensa submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, em consonância com o disposto na Resolução n. 510 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A vivência do VER-SUS Vitória, realizada entre 10 e 17 de abril de 2025, foi marcada por intensa programação, diversidade de experiências e integração entre estudantes e residentes da Região Sudeste. Desde o acolhimento inicial, percebeu-se a intencionalidade de construir uma experiência coletiva, horizontal e participativa. A divisão dos participantes em núcleos de base (NBs) ocorreu de forma lúdica, possibilitando a convivência de participantes de diferentes cursos e estados, o que favoreceu vínculos, partilha de experiências e corresponsabilidade na condução das atividades.

Figura 1. Formação dos Núcleos de Base.



Fonte: Acervo dos autores, 2025.

Nos primeiros dias, foram realizadas atividades de integração e discussão sobre a intencionalidade da vivência, inspirada no pensamento de Josué de Castro, trazendo a fome e os determinantes sociais da saúde como elementos centrais da reflexão. Os grupos também discutiram os eixos de formação, como métodos, organicidade e tempos de formação. As atividades contemplaram momentos de formação teórica e rodas de conversa, abordando temáticas como Vigilância Popular em Saúde, análise de conjuntura do SUS, políticas de saúde e formação profissional e os desafios da saúde indígena.

Figura 2. Apresentação sobre o método da Educação Popular em Saúde.



Fonte: Acervo dos autores, 2025.

Essas discussões possibilitaram aos participantes compreender o caráter contra-hegemônico do SUS, os processos de mercantilização da saúde e a relevância dos saberes e práticas tradicionais. No campo, a programação incluiu visitas a diferentes realidades, como territórios vivos de saúde popular, serviços de saúde da atenção primária, secundária e terciária, bem como espaços de gestão em saúde.

No âmbito dos territórios vivos promotores de saúde, os participantes tiveram a oportunidade de vivenciar uma imersão na comunidade ribeirinha de Jacaraípe, no município de Serra (ES), a partir do olhar sensível de uma líder comunitária. A experiência possibilitou conhecer a dinâmica política, cultural e histórica do território, evidenciando como esses aspectos se refletem diretamente na saúde da população local. Por meio de múltiplas linguagens, incluindo peças de teatro, ciranda e cortejo de folia de reis, a comunidade demonstrou aos participantes visitantes a potência dos seus saberes ancestrais

e populares. Essa vivência mostrou que a promoção da saúde vai muito além do acesso a serviços: ela se enraíza e se desenvolve na cultura, na memória coletiva e na organização social que sustenta os territórios. Em Jacaraípe, o encontro com os saberes ancestrais e populares evidenciou que a comunidade não é apenas cenário, mas protagonista de sua própria história.

Figura 3. Visita ao território ribeirinho de Jacaraípe, Serra/ES.



Fonte: Acervo dos autores, 2025.

Na esfera dos espaços de assistência e de gestão em saúde, os participantes tiveram a oportunidade de conhecer uma ampla rede de serviços: Unidades de Saúde da Família, Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Especializados em Reabilitação, Saúde da Pessoa Idosa e Infectologia, além de Hospitais de Alta Complexidade. No campo da gestão, vivenciaram o trabalho da Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, do setor de Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, responsável por coordenar políticas de inovação no SUS e qualificação da formação profissional.

Essas vivências revelaram que a saúde se constrói na articulação entre a gestão e a assistência, em um movimento contínuo de diálogo e cooperação. Ao aproximar os viventes desses diferentes cenários, tornou-se possível compreender, de forma mais ampla, como a integração entre planejamento, execução e cuidado em saúde é essencial para a efetividade das políticas públicas e para a promoção de um sistema de saúde mais justo, resolutivo e ancorado na justiça social.

Ao longo da semana, os NBs também se reuniram diariamente para organizar tarefas, refletir sobre as vivências e sistematizar os aprendizados. Esses momentos reforçaram o caráter coletivo da experiência e fortaleceram o vínculo entre os participantes. O encerramento, marcado por trocas afetivas e reuniões por estado, reafirmou o compromisso dos viventes com a continuidade das ações em seus territórios e com a luta por um SUS justo, inclusivo e democrático.

Figura 4. Tecendo vínculos e afetos entre os viventes.



Fonte: Acervo dos autores, 2025.

Discussão

A vivência no VER-SUS Vitória confirma a eficácia das metodologias ativas e da Educação Popular em Saúde como abordagens educativas que estão em sintonia com os princípios do SUS. Ao proporcionar experiências autênticas nos serviços de saúde e na comunidade, a vivência se afasta do modelo convencional de ensino tradicional e adota uma abordagem crítica, dialógica e horizontal. Pesquisas indicam que as metodologias ativas promovem o protagonismo dos alunos, aprendizagem significativa e corresponsabilidade no processo educativo, incentivando a análise crítica das questões sociais e de saúde (Barros *et al.*, 2018; Koubik, 2018).

No âmbito do SUS, a capacitação profissional deve transcender a simples transmissão de conhecimentos técnicos, integrando a perspectiva ética, social e política do cuidado. Nesse contexto, a Educação Popular em Saúde atua tanto como prática quanto como política, reforçando a gestão participativa e a integração entre ensino, serviço e comunidade (Pedrosa, 2008; Stahl; Leal, 2017). A experiência em Vitória ilustrou essa diretriz ao reunir estudantes, trabalhadores e usuários em rodas de conversa e atividades conjuntas, possibilitando um diálogo horizontal entre diferentes conhecimentos. Essa visão é essencial para fortalecer o SUS como uma política contra-hegemônica, capaz de resistir às pressões da mercantilização da saúde (Santorum; Cestari, 2011).

As tecnologias sociais são compreendidas como produtos, técnicas e metodologias criadas por meio da participação coletiva, com o objetivo de solucionar questões sociais de maneira sustentável e replicável, fortalecendo a Atenção Primária e o engajamento comunitário (Machado *et al.*, 2023). Nesse contexto, a experiência demonstra que essas práticas não são opções marginais, mas sim abordagens legítimas de cuidado e inclusão, em consonância com o conceito de tecnologias leves na área da saúde (Mangini; Kocourek; Silveira, 2018).

Ao capacitar facilitadores, o VER-SUS não só proporciona uma experiência pontual, mas também um processo multiplicador, ou seja, a

possibilidade de replicar essas experiências. A literatura destaca que a replicação de tecnologias sociais deve ser vista não apenas como uma reprodução simples, mas como uma ressignificação que leva em consideração as particularidades locais (Brito *et al.*, 2024).

Figura 5. Viventes na entrega da bandeira de recordação do Vivências no SUS em Jacaraípe.



Fonte: Acervo dos autores, 2025.

Conclusão

Durante a vivência, foi possível conhecer algumas formas de cuidado em saúde que diferem das tecnologias duras do dia a dia na assistência em saúde. O Programa Vivências no SUS foi um exemplo de como as tecnologias leves de cuidado, para além disso, as tecnologias sociais, desenvolvidas pela sociedade civil são potentes dentro do setor de saúde. Foi possível perceber

como a participação popular e a criatividade devem ser incentivadas e valorizadas dentro da assistência em saúde. O aprendizado adquirido na vivência será continuado nos setores de serviço, sejam públicos, privados, no terceiro setor ou como profissionais liberais.

A real proposta do VER-SUS parece ter sido fazer os viventes perceberem a potência de cada espaço e como utilizá-la para criar e executar projetos frutíferos. Para além de preparar profissionais para o trabalho em saúde, o projeto de vivências prepara pessoas para viver, para o seu agir-usuário articulado com o seu agir-trabalhador de saúde, entrelaçados em prol de uma postura ética de defesa da vida.

Referências

ASSOCIAÇÃO REDE UNIDA. Sobre o Programa Vivências no SUS. Disponível em: <https://www.redeunida.org.br/en/versus/menu/sobre-o-programa-vivencias-no-sus/> . Acesso em: 16 ago. 2025

AZEVEDO, M. M. de *et al.* Metodologias de ensino para a formação de profissionais da saúde: revisão integrativa da literatura. **Saberes Plurais Educação na Saúde**, v. 8, n. 1, 2024.

BARROS, et. al. Emprego de metodologias ativas na área da saúde nos últimos cinco anos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 19, n. 2, p. 108-119, 2018.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 884-899, 2011.

BRASIL. Lei n. 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 dez. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44, 24 maio 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 6.098, de 16 de dezembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação MS n. 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa

Nacional de Vivências no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/vivencias-no-sus/legislacao>. Acesso em: 25 set. 2025.

BRITO, P. N. A. *et al.* O que se tem discutido sobre Educação Popular em Saúde nos últimos anos: uma revisão narrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 6, p. e12542023, 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Não há SUS sem trabalhadoras e trabalhadores da saúde. Brasília, 7 fev. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/fevereiro/nao-ha-sus-sem-trabalhadoras-e-trabalhadores-da-saude>. Acesso em: 20 ago. 2025.

DE ARCHANJO JUNIOR, M. G.; GEHLEN, S. T. A Tecnologia Social e sua Contribuição para a Educação em Ciências. **Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências**, p. 345-374, 2020.

KOUBIK, N. A. dos S. **Metodologias ativas de ensino nos cursos de graduação em saúde: uma revisão integrativa**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Ensino Médico) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Curitiba, 2018.

MACHADO, L. de S. *et al.* “Caminhos do SUS”: a gamificação como tecnologia social para a educação popular em saúde. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, v. 22, n. 2, p. 322–338, 2023.

MANGINI, F. N. da R.; KOCOUREK, S.; SILVEIRA, L. V. Serviço Social e tecnologias de saúde: o desafio da subversão democrática. **Serviço Social e Saúde**, v. 17, n. 1, p. 65-94, 2018.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019.

MERHY, E. E. Ver a si no ato de cuidar: Educação Permanente na Saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio *et al.* (org.). **Caderno de Textos do VER-SUS/Brasil**. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. p. 58-70.

PEDROSA, J. I. dos S. Educação popular em saúde e gestão participativa no Sistema Único de Saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 3, p. 303-313, 2008.

SANTORUM, J. A.; CESTARI, M. E. A educação popular na práxis da formação para o SUS. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 223-240, 2011.

STHAL, H. C.; LEAL, C. R. A. A. Educação popular como política de saúde: interfaces com a formação profissional em saúde. **Cadernos de Pesquisa**, v. 24, n. 2, p. 125-138, 2017.

ATRAVESSAMENTOS DO VER-SUS NORDESTE 2025: ENTRE SOTAQUES, TERRITÓRIOS E AFETOS NA AMPLIAÇÃO DO SUS

Camila da Silva Torres

Introdução: relato de experiência no Projeto VER-SUS Nordeste – 2025

Participar do VER-SUS NORDESTE, mais precisamente no meu “país” Maranhão, vivência esta que se deu entre os dias 25 e 31 de maio de 2025, foi uma passagem que me atravessou por completo, pessoal, acadêmica e existencialmente.

Em meio aos afetos, aos deslocamentos físicos e simbólicos, à diversidade de perspectivas e conhecimentos, encontrei não apenas outras realidades, mas partes de mim mesma que há tempos, estavam adormecidas. Foi também durante essa imersão que celebrei o meu aniversário, um marco simbólico que selou esse reencontro interno provocado pela vivência.

O VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) é uma estratégia que parte do princípio da Educação Popular em Saúde, que preconiza a escuta ativa, o diálogo e o respeito aos saberes populares, tendo como referência o educador Paulo Freire. É importante destacar que essa abordagem está formalmente instituída pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde, estabelecida pela Portaria n. 2.761, de 19 de novembro

de 2013, do Ministério da Saúde, que visa consolidar práticas educativas participativas no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada, o controle social e a valorização dos saberes populares.

Dessa maneira, o projeto teve como propósito desenvolver práticas educativas que possibilitassem o compartilhamento de conhecimentos entre profissionais de saúde, estudantes e usuários, fortalecendo o vínculo com os territórios, as políticas coletivas e, sobretudo, com as pessoas que constroem cotidianamente o SUS, desde seus gestores e trabalhadores até os cidadãos que vivenciam, na prática, os desafios e as potências da atenção pública em saúde no Brasil.

Minha motivação para participar dessa atividade imersiva, nasceu do desejo profundo de me reaproximar do que já existia em mim e ir além das teorias. Após anos dedicada às diversas formações acadêmicas e trabalhando como mentora em produções científicas, percebi que, embora tenha acumulado conhecimento, não estava conseguindo alinhar este conhecimento em prol do que realmente importa, havia me afastado das práticas reais de pertencimento e transformação. Sentia falta de estar no território, com as comunidades, ouvindo suas histórias e sendo tocada por elas. Nunca havia participado de algo semelhante ao VER-SUS. E isso foi, justamente, o que me moveu a me lançar ao novo, ao sensível, ao coletivo.

Sou graduada em Serviço Social, com pós-graduação em Docência no Ensino Superior e MBA em Gestão e Políticas Públicas Municipais. Também transito pelas ciências da saúde, tendo concluído a graduação em Biomedicina este mês de julho de 2025 e atualmente em curso na graduação de Farmácia, Centro Universitário Estácio de Sá.

Com essa formação híbrida, aliada à minha atuação como mentora acadêmica, me confere uma escuta qualificada e uma sensibilidade aguçada para perceber as nuances entre teoria e aplicação, entre ciência e vivência. No entanto, foi no VER-SUS que compreendi, com o corpo e com a alma, o verdadeiro significado de cuidado, de presença e de política pública viva.

Este texto é uma narrativa-reflexão sobre minha participação na imersão formativa do VER-SUS. Mais do que um relato linear, busco compartilhar os atravessamentos, os encontros, os aprendizados e os desconfortos que me transformaram como mulher, cidadã e futura profissional da saúde integrante e efetiva na organização, implementação e produção de saúde.

A narrativa-reflexão apresentada neste relato aproxima-se da metodologia da escrevivência, termo cunhado pela escritora e pesquisadora Conceição Evaristo. Segundo Evaristo, a escrevivência é uma dimensão da escrita que incorpora a experiência de vida da autora, especialmente no contexto das vivências de mulheres negras, contando histórias que unem corpo, memória, afeto e resistência. Essa metodologia reconhece a escrita como uma forma de produção de saber que opera a partir das vozes historicamente silenciadas, entrelaçando o pessoal e o coletivo em uma perspectiva crítica e emancipatória.

No contexto do VER-SUS e da Educação Popular em Saúde, a narrativa-reflexão como forma de escrevivência permitiu que a experiência vivida e os aprendizados fossem transpostos para além de um relato descritivo, tornando-se ferramenta de transformação social e política. A escrita, assim, não é apenas instrumento de registro, mas também de posicionamento ético-político e ressignificação das práticas de cuidado em saúde.

Essa metodologia de escrevivência oferece um caminho para fortalecer a pesquisa participativa e a construção coletiva do conhecimento, em consonância com os princípios da Educação Popular em Saúde e com as práticas que buscam ampliar o SUS como projeto ético, político e coletivo.

Escrevo com o coração exposto, com a escuta atenta e com a esperança de que essa experiência possa ecoar em outras pessoas, despertando-as para a beleza e a urgência de defender um SUS que seja, de fato, de todas e todos.

Essa vivência ultrapassou os limites institucionais e nos proporcionou um mergulho no SUS real: com suas complexidades, contradições, forças e, acima de tudo, com os encontros humanos que o sustentam, foi palpável

que a imersão se revelou um reencontro com a potência de nossa capacidade transformadora de realidades.

Justamente nesse lugar entre a escuta e o fazer, entre a dúvida e a partilha, que a formação em saúde ganha seu real sentido. Como um processo que não apenas informa, mas transforma e é nesse intervalo entre o saber técnico e o saber do povo que compreendi o SUS como projeto ético, político e coletivo de emancipação.

Trilhas da Vivência: uma travessia pelos dias

Nossa chegada aconteceu no dia 25 de maio. Fomos acolhidos com alegria e afeto, por meio da música cultural proporcionada e em homenagem a todos nós, “os vivos”, o que nos fez compreender, desde cedo, que a vivência não seria apenas uma experiência institucional, mas um convite ao encontro com o outro.

Fomos hospedados em alguns *hostels* no coração do centro histórico de São Luís, capital maranhense, e posso dizer com propriedade que linda e acolhedora é o município de São Luís, e, ao longo do dia, passamos por dinâmicas de integração e apresentação da proposta do que seria o VER-SUS.

A atmosfera era de encantamento, olhares curiosos, abraços e uma sensação coletiva de estarmos prestes a viver algo inesquecível. O segundo dia começou com uma apresentação ampla sobre a estrutura do SUS no estado do Maranhão.

Conhecemos como se dá a distribuição dos serviços entre o governo estadual e os municípios. À tarde, realizamos uma atividade coletiva chamada “Árvore da Vida”, onde cada grupo foi convidado a refletir e construir, de forma simbólica, os fundamentos e fragilidades do Sistema Único de Saúde.

Meu grupo foi o número 02 e tentamos realizar o processo mesmo sem nos conhecermos, mas com um objetivo em comum, entregar atitude, reflexão e resolutividade as problemáticas propostas.

À noite, fomos surpreendidos com a apresentação do grupo “Mandingueiros do Amanhã”, uma manifestação cultural local que mescla ancestralidade e resistência. Os tambores que ecoavam em nossos corpos naquele momento, pareciam ressoar também o chamado profundo do SUS que desejamos construir.

No terceiro dia, visitamos a prefeitura de Paço do Lumiar (MA), onde fomos recebidos pelo prefeito municipal e seus assessores. Enquanto parte do grupo se encantava com o aparato institucional, confesso que minha formação em Gestão e Políticas Públicas me fez observar com cautela e algum ceticismo, a política, por vezes, ainda carece de escuta real.

Seguimos para a maternidade municipal de Paço do Lumiar que por anos estivera desativada, ela voltou a sua efetividade em 2022, após ter passado por reestruturação e ampliação no então governo de Flávio Dino, atualmente ministro do STF. Na maternidade foi possível, vivenciarmos um cenário muito mais tocante: como ocorriam os partos humanizados, dialogamos com profissionais sensíveis e uma estrutura que, mesmo com desafios, funcionava com dignidade. Nos mostraram cada espaço e como cada um dos espaços acolhe quem vier a precisar utilizar os serviços desta.

À tarde, conhecemos a UBS das Mercês, também no município de Paço do Lumiar. Lá, entre gestos simples e afetos espontâneos, percebemos como a saúde da família se materializa no cotidiano do cuidado, mesmo com falhas, mas existem as tentativas de dar certo. Logo após, fomos ao CAPS também de Paço do Lumiar, foi onde observamos, como a saúde atua nestes espaços de cuidado da saúde mental, e creio que foi perceptível a tentativa dos profissionais de demonstrar o melhor.

Já no quarto dia, foi inteiramente dedicado à saúde mental e ao sistema prisional. Pela manhã, visitamos o CAPS III Bacelar Portela (São Luís [MA]), onde refletimos sobre os limites e potências do cuidado, os profissionais desta unidade em particular, mostraram cada parte, deste como aconteciam as distribuições de medicamentos aos usuários, até a área de lar, onde são

realizadas as refeições, as atividades de integração, ou seja, foi demonstrado todo o aparato de acolhimento ofertado pela unidade.

E logo a tarde, o tão esperado momento de adentramos os muros do Complexo Penitenciário de Pedrinhas (São Luís [MA]), foi algo quase que indescritível. O silêncio era ensurdecedor. Estar diante daquelas grades, observar os corredores, os rostos, os pavilhões e, sobretudo, os protocolos de saúde ali dentro, foi uma das experiências mais intensas da vivência.

Figura 1. Vivência real – visita ao complexo de Pedrinha.



Fonte: 28 de maio 2025; Acervo pessoal.

Encerramos o dia em roda, compartilhando sentimentos, tensões e esperanças – a proposta era exatamente essa: visitar e, depois, elaborar sentidos, em coletivo.

O quinto dia nos levou a Itapecuru Mirim (MA), pela manhã, conhecemos o Espaço do Idoso, a Farmácia Viva e a Casa da Criança. O almoço foi especial: além da comida compartilhada, recebi uma homenagem surpresa pelo meu aniversário. Cantaram parabéns e me arrancaram lágrimas.

Nunca imaginei passar meu aniversário em uma situação como essa, cercada de pessoas que até pouco tempo eram desconhecidas e, agora, eram afeto. À tarde, visitamos duas UBSs: uma localizada na área urbana de Entroncamento (Itapecuru-Mirim) e outra inserida no território de um quilombo urbano, a Unidade de Saúde da Família Antônio Hugo Belfort. Lá, o cuidado se entrelaçava com a cultura, e o papel dos profissionais, o que foi possível perceber, vai muito além da técnica, era pertencimento.

Dentro desta UBS em particular, o contato com a sabedoria ancestral e com a realidade de vida daquelas famílias evidenciou as tensões entre os modelos biomédicos e o popular. Um exemplo que me marcou foi a de uma médica urbana, deslocado para atuar na região, tentando compreender e respeitar modos de vida que não cabem nos manuais. E o cuidado que uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) falava a respeito da sua propriedade de oferta de saúde àquela comunidade.

No sexto dia, pela manhã, tivemos a honra de ouvir falas potentes: dona Ofélia, representante do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) no Maranhão, e o senhor José Pereira, membro do Conselho Estadual de Saúde do estado e participante da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, tudo foi de uma riqueza de detalhes, que nos deixava perplexo a cada novo momento, e então, retomamos atividades simbólicas como a vivência da “Senhora X”, uma construção coletiva sobre os caminhos e entraves do SUS através de um corpo fictício.

À tarde, conhecemos o Hospital Infantil Dr. Juvêncio Matos, referência em cuidado pediátrico no Maranhão. É o único hospital do estado a dispor de uma área destinada exclusivamente ao tratamento da Fibrose Cística, uma doença genética e crônica que ainda não tem cura e que afeta inúmeras pessoas. Importante destacar que todo o tratamento é ofertado pelo SUS. Os corredores, repletos de histórias, demonstram como o SUS pode ser amoroso e acolhedor, mesmo diante da escassez de recursos.

O sétimo e último dia foi um ritual de fechamento. Revisitamos os marcos de todas as vivências e uma última atividade que envolveu nosso

pensamento crítico de transformação que cultivamos ao longo da semana para construir metodologias de educação formativa em saúde, agora fortalecida pela experiência.

Ao final, não havia apenas um encerramento, havia um recomeço. Cada um partiu carregando dentro de si não apenas lembranças, mas transformações profundas.

Entre a chegada e a partida, caminhamos entre instituições, observamos corpos, ouvimos alguns territórios e afetos. Conhecemos a cultura, a resistência e os limites de um sistema que pulsa e sobrevive, apesar de tudo. E essa é, afinal, a grande lição do SUS: ele é vivo, múltiplo e profundamente humano.

Encontros e acolhimento

A chegada ao VER-SUS foi marcada por uma mistura de expectativas e curiosidade. Ao me ver cercada de rostos diversos, pensava, quem são essas pessoas? Cada uma com seu sotaque, suas maneiras de vestir, suas trajetórias, percebi estar realmente diante de algo novo. Fomos acolhidos na Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESPMA), onde ocorreram os primeiros momentos da vivência: ambientação, acolhida, reflexões iniciais, treinamentos necessários, momentos de afeto, refeições coletivas, enfim, as orientações gerais. Ali, já começava a se formar uma grande rede de cuidado e pertencimento.

Apesar de nunca ter participado de nada semelhante, senti-me pertencente desde o primeiro dia. Havia algo de profundamente simbólico naquele espaço: o cuidado com os detalhes, o carinho nas palavras, a escuta ativa de todos os envolvidos, desde os facilitadores até os próprios viventes. Nos reconhecíamos como sujeitos de uma mesma travessia, ainda que viessem de realidades tão distintas.

Fomos chamados de viventes, e esse nome não foi escolhido por acaso. Mais que simples participantes, estávamos todos ali para viver intensamente aquela semana, com o corpo, a mente e o carinho fraterno.

Os momentos de integração foram fundamentais para dissolver barreiras e medos, permitindo não apenas a aproximação entre nós, mas também um encontro profundo com nosso próprio ser. Desde os primeiros encontros, percebi o quanto seria transformador estar naquele espaço, um ambiente em que o conhecimento não era transmitido de maneira vertical, mas fluía entre todos, como numa ciranda viva.

Reconhecimento de si e do SUS

À medida que os dias passavam, fui percebendo que aquela vivência não se tratava apenas de conhecer instituições e equipamentos públicos de saúde. O VER-SUS nos convocava a um exercício contínuo de autopercepção e de reconhecimento coletivo.

Fomos instigados a olhar para dentro, a nos escutar, a refletir sobre o lugar que ocupamos na sociedade e no cuidado em saúde. Ao mesmo tempo, aprendíamos a enxergar o SUS como um organismo vivo, que pulsa a partir dos territórios, dos vínculos e das relações humanas, de acordo com a concepção de Gastão Wagner de Sousa Campos (2000), “para quem o SUS é um campo de disputas simbólicas, técnicas e políticas, que se realiza nos territórios através das relações humanas e institucionais.”

Os encontros formativos trouxeram vídeos, falas e atividades que nos apresentavam o SUS para além da lógica burocrática. Compreendemos sua natureza política, histórica e social, atravessada por disputas, por invisibilizações e por resistências. Redescobrimos o SUS que acolhe em sua totalidade, que escuta, que protege vidas em todas as esferas, da Atenção Primária ao cuidado especializado em saúde mental, da política de equidade ao enfrentamento das violências estruturais.

E nesse percurso, também descobri a mim mesma, a forma como me relatei com os outros indivíduos presentes, a escuta que exercitei, o

acolhimento que recebi, tudo isso me levou a resgatar minha identidade como profissional do cuidado, algo que, mesmo com tantas formações, ainda carecia de sentido. Foi um mergulho profundo, onde cada palavra dita, cada gesto coletivo, cada silêncio respeitado se tornou ferramenta de construção de saberes.

Nesse processo, o SUS deixou de ser apenas objeto de estudo, tornou-se um espelho que refletia as desigualdades, os desafios e as potências do país e de mim mesma. Entendi que o reconhecimento de si é também reconhecimento do outro, e que o cuidado em saúde começa no acolhimento de nossa própria incompletude. O SUS, com suas frestas e lutas, revelou-se como um espaço de cuidado que pulsa na contramão da indiferença.

Territórios e impactos

Uma das partes mais marcantes da vivência foram as visitas aos diversos espaços onde o SUS atua, lugares que, muitas vezes, só conhecemos por estatísticas ou reportagens calamitosas. Estivemos em hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e também em territórios vulnerabilizados, como comunidades quilombolas e o próprio Complexo Penitenciário de Pedrinhas, um dos mais emblemáticos do país.

Durante a imersão, a comunidade quilombola Santa Rosa dos Pretos, situada no município de Itapecuru-Mirim, Maranhão, o território da comunidade fica às margens da rodovia BR-135 e está localizado a aproximadamente 86 km da capital São Luís.

Essa comunidade possui uma forte trajetória de luta pela regularização fundiária e preservação de seus direitos socioambientais. Conhecida também como Santa Rosa do Barão, a comunidade resiste há décadas a ameaças relacionadas à expansão da rodovia BR-135 e conflitos fundiários com fazendeiros e setores econômicos da região. A memória coletiva, as narrativas orais e a cultura ancestral são elementos centrais para a manutenção da identidade quilombola da comunidade.

Paralelamente, realizamos uma visita ao Complexo Penitenciário de Pedrinhas, localizado em São Luís, Maranhão, composto por várias unidades prisionais que enfrentam desafios históricos como superlotação e condições precárias. O complexo é referência no sistema penitenciário estadual e nacional, *locus* de intensas tensões sociais e políticas, onde o SUS atua como espaço fundamental para o cuidado em saúde da população privada de liberdade.

Cada local revelava uma nova camada da realidade: estruturas precárias, iniciativas inovadoras, resistências silenciosas. No presídio, fui tomada por sentimentos contraditórios, inquietação, empatia, frustração e uma urgente necessidade de refletir.

Como garantir saúde em contextos de negação sistemática de direitos? Como cuidar onde tantas outras garantias são violadas diariamente?

Desta forma, Merhy (2002) destaca que a clínica ampliada e o cuidado em saúde exigem o reconhecimento dos sujeitos em seus contextos sociais, o que inclui suas vulnerabilidades e modos de viver.

Foi ali, entre os corredores estreitos e os olhares silenciados, que compreendi o quanto o SUS precisa ser radicalmente humano para continuar a existir, a saúde, naquele espaço, torna-se resistência, um gesto ético diante da exclusão.

Nas comunidades quilombolas, o contraste entre os saberes tradicionais e a lógica biomédica desafiava os modelos instituídos. Um episódio emblemático foi o de uma médica urbana tentando dialogar com práticas ancestrais que não cabem em protocolos convencionais. Ali, o SUS se faz negociação, escuta, adaptação, algo que seria impensável num modelo técnico rígido, foi impossível não se sensibilizar com essas realidades.

Essas experiências ampliaram minha compreensão de saúde como direito garantido, e como exercício que precisa ser construído a partir da escuta, do acolhimento e da história de cada sujeito.

Aprendi que garantir cuidado é, antes de tudo, reconhecer histórias, respeitar territórios e construir presença. E com isso, surgiu mais questionamentos, como garantir saúde em contextos de negação sistemática de direitos? Como cuidar onde tantas outras garantias são violadas diariamente?

Desta forma, essas perguntas continuam reverberando em mim. Porque o que vi, não cabe em gráficos nem em pareceres: são pessoas que insistem em sobreviver com dignidade onde o Estado muitas vezes não chega. São profissionais que, mesmo sem recursos, entregam presença e afeto.

Integração, diversidade e sentido político

A convivência com pessoas de diferentes estados foi, mais do que tudo, um processo educativo. Eram diversos sotaques, ritmos, cores, experiências e modos de se expressar, uma verdadeira colcha de retalhos culturais costurada pelo fio do SUS, o VER-SUS nos ensinou que a diversidade não é obstáculo, mas sim potência para o cuidado em saúde.

Segundo Paim (2008), a construção do SUS representa um projeto de democratização da saúde, centrado na promoção da inclusão social e na redução das desigualdades. Sua implantação reconhece a diversidade das situações locais e sociais, apoiando-se na municipalização da saúde e no fortalecimento da participação social como elementos essenciais para a formulação de políticas públicas equitativas e democráticas.

Quanto mais plurais são os territórios, mais complexas e profundas são as lições que eles nos oferecem. Nas rodas de conversa e nos momentos espontâneos, no café, no transporte, nos intervalos entre atividades, surgiam trocas que transcendiam o conteúdo programático.

Compartilhávamos histórias de vida, inquietações políticas, estratégias de resistência e sonhos comuns. Era como se estivéssemos, ali, desenhando juntos uma nova forma de viver o SUS, uma forma que não cabe nos relatórios oficiais, mas que pulsa em cada vínculo criado.

Essa integração durante o processo transitório do VER-SUS, foi também uma aula viva sobre a política do cuidado. Perceber as realidades diversas do país, dialogar com colegas de trajetórias tão distintas, fez-me compreender

com mais profundidade que o SUS, não tem como não ser um projeto coletivo, construído diariamente por pessoas que acreditam na saúde como direito. E isso exige mais do que técnica: exige escuta, humildade, empatia e, sem sombras de dúvidas, muito posicionamento ético diante das desigualdades.

Ao final, ficou claro para mim que a formação política proporcionada pelo VER-SUS é tão potente quanto sua proposta pedagógica. Ela nos convoca à ação, nos desperta para os atravessamentos históricos e estruturais que afetam o acesso à saúde e nos responsabiliza como sujeitos transformadores da realidade.

Figura 2. Integração multidisciplinar e multiprofissional.



Fonte: 30 de maio de 2025; Acervo pessoal.

Estar no VER-SUS, neste curso de formação de facilitadores para o VER-SUS, para tentar disseminar esta política, foi e é, mais que um ato político, é a defesa pública e do público atendido por esta força de cuidado que pulsa, foi maravilhoso estar fora do comum e ver como a vida é real.

Nesse cruzamento de vozes e vivências, compreendi que o SUS é, sobretudo, um lugar de disputa de sentidos, e que formar-se em saúde pública é também escolher de que lado se quer estar. É assumir a luta cotidiana por uma

saúde que reconhece os corpos na sua totalidade: como biológicos, sociais, históricos, territoriais e afetivos.

Considerações finais

Ao revisitar essa vivência pelas palavras, compreendo ainda mais o quanto o VER-SUS foi um divisor de águas na minha trajetória. Não apenas me ofereceu conteúdos e experiências novas, mas também me reconectou com propósitos antigos, que estavam adormecidos sob o peso das rotinas acadêmicas e da aceleração da vida.

Durante aquela semana, fui atravessada por histórias e territórios que ressignificaram meu modo de entender o cuidado, a formação em saúde e o próprio sentido de ser cidadã. Vi, ouvi, toquei e fui tocada. Descobri que o SUS é mais que uma política pública: é uma construção coletiva, sensível e política sim, que exige envolvimento e coragem.

Ao mesmo tempo, pude perceber que minhas múltiplas formações, do Serviço Social às Ciências Biomédicas e Farmacêuticas, convergem nesse lugar de encontro entre técnica e humanidade. A experiência no VER-SUS me fez desejar ainda mais estar nos territórios, fazer parte das soluções, atuar com escuta e pertencimento. Senti que posso, sim, contribuir com um SUS mais justo, acolhedor e transformador.

Compartilhar essa vivência neste texto é, portanto, um gesto de gratidão e de continuidade. Gratidão por viver algo tão potente. E continuidade porque acredito que, ao narrar, também semeio. Espero que estas palavras possam inspirar outras pessoas a se lançarem ao encontro com o SUS vivo, aquele que pulsa nas comunidades, nos serviços e, sobretudo, nas pessoas.

O VER-SUS me ensinou que viver é verbo coletivo, e que saúde é, antes de tudo, relação. Saio da experiência não apenas com mais conhecimento, mas com mais desejo de construir caminhos possíveis, junto com quem acredita no cuidado como ferramenta de transformação social.

Agora sei que cuidar não é somente um ato técnico, mas político. E que cada território ensina, se estivermos dispostos a escutar com os ouvidos abertos, com o corpo e com o coração.

O que levei comigo não foram apenas lembranças, mas a certeza de que uma outra formação em saúde é possível, uma que nasce da rua, do chão, das vozes silenciadas e dos afetos partilhados. E se o SUS é feito por gente, é com gente que devemos continuar construindo essa história viva.

A vivência nos fez sair da zona de conforto e nos lembrou que saúde não é apenas ausência de doença, é dignidade, é acesso, é território e o SUS, quando respeita esses territórios, se torna uma ferramenta potente de transformação social.

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2016.

EVARISTO, C. **Escrevivência**: identidade, gênero e violência na obra de Conceição Evaristo. Organizado por Constância Lima Duarte, Cristiane Côrtes, Maria do Rosário Alves Pereira. Belo Horizonte: Editora Malê, 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro Paz e Terra, 1987.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 71-112.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA, 2008.

SCHERER, M. D. A.; VIEIRA, M.; GONALVES, M. R. VER-SUS e a formação para o SUS experiências e reflexões. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, supl. 1, p. 759-770, 2013.

WAGNER, Gasto. **Clínica, trabalho e política ensaios sobre o SUS**. São Paulo: Hucitec, 2009.

FORMAÇÃO PARA O CUIDADO INTEGRAL: A IMPORTÂNCIA DAS VIVÊNCIAS NO SUS NA CONSTRUÇÃO DE UMA PERSPECTIVA MULTIPROFISSIONAL

**Ana Letícia Medeiros de Lima
Gabryhellen Alves de Sousa
Isabelly Soares de Medeiros Henriques
Laiza Gabrielle de Almeida
Max Fernando Silva de Lima**

Introdução

O Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde (VER-SUS), Região Nordeste, aconteceu durante os dias 25 a 31 de maio do ano de 2025, de forma integral, na cidade de Recife, Pernambuco. O evento contou com a participação de 78 estudantes de graduação, cursos técnicos e residências da área de saúde vinculados a instituições de ensino de Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia e Paraíba.

Nesse contexto, o VER-SUS tem contribuído para o fortalecimento da Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC), da Educação Permanente em Saúde (EPS), da gestão democrática e participativa do SUS e do fortalecimento da Educação Popular. Assim, essa edição do programa

foi voltada para a formação de facilitadores, que apoiarão as iniciativas em maior escala, atuando como multiplicadores nos cenários de vivências em outras etapas do programa.

Destaca-se que a iniciativa da ação é fruto da articulação entre o VER-SUS Brasil, tendo como entidade executora a Associação da Rede Unida, sendo realizada por meio de Carta Acordo com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde (SGETS/MS), secretarias municipais e estaduais de saúde, universidades, movimentos estudantis, serviços e movimentos sociais.

Este manuscrito tem como objetivo retratar diferentes facetas do VER-SUS, pelo olhar de estudantes/facilitadores de diferentes cursos e estados do nordeste, abordando, de forma crítica, e com base nas experiências vividas durante a imersão, como o programa contribui para a formação integral dos estudantes da saúde, destacando as formações em saúde ofertadas atualmente nas instituições de ensino superior, a abordagem da multidisciplinaridade e a IESC.

Como hipótese, inferimos que “O Programa Nacional de Vivências no SUS contribui de forma singular, sendo essencial na formação de estudantes e residentes para o cuidado integral na saúde”.

A formação em saúde: do tradicional ao humanizado

A vivência no SUS, promovida por iniciativas como o VER-SUS, permite aos estudantes uma experiência mais humana de cuidado, onde o território, as relações sociais e os determinantes sociais da saúde passam a fazer parte do processo de formação. Como pré-estabelecido no Artigo 200, inciso III da Constituição Federal de 1988, uma das atribuições do SUS é a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, incluindo a promoção de incentivos para projetos voltados a estudantes dessa área, como bolsas de estudo, estágios e parcerias com instituições de ensino, para

qualificar e expandir a força de trabalho, garantindo a qualidade dos serviços, um atendimento mais eficaz, humanizado e uma formação contínua que atenda as necessidades do sistema de saúde, com atualização dos profissionais de acordo com as inovações e mudanças do setor. Assim, o fortalecimento dessa formação no SUS é uma oportunidade para melhorar a saúde ofertada à população e garantir um SUS mais fortalecido e eficiente.

Segundo Freire (1996), o modelo tradicional de ensino, que privilegia a transmissão de conhecimento de forma expositiva, não favorece o desenvolvimento do senso crítico e do diálogo entre educador e educando, tendo como foco a transmissão de conhecimento teórico, sem a devida articulação com a prática, onde o professor é a figura detentora do conhecimento e o aluno é apenas o depósito para esse conhecimento, não oportunizando o debate, o senso crítico ou a troca de saberes. A abordagem reducionista, onde o processo de formação desconsidera a complexidade das relações sociais e dos contextos em que a saúde se insere, limita a compreensão dos estudantes e os conceitos de saúde e doença.

Outra questão que fragiliza a qualidade da formação em saúde, abordada durante as atividades da vivência, é a educação tecnicista, onde o foco é, única e exclusivamente, a formação prática e técnica, cujo intuito seja suprir a demanda do mercado de trabalho, limitando assim o incentivo a visão crítica e reflexiva dos estudantes e a integralidade do cuidado.

Apesar de muitas instituições de ensino já avançarem para além das metodologias tradicionais, como é o caso da Faculdade de Medicina da USP e da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), que adotam a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL), a incorporação de novas práticas pedagógicas ainda se apresenta como um grande desafio. Mais do que substituir completamente modelos anteriores, o caminho aponta para a construção de práticas formativas que integrem o domínio técnico-científico a competências reflexivas, éticas e humanizadoras, possibilitando que o estudante em saúde seja, ao mesmo tempo, crítico de sua prática, acolhedor e aberto a outros saberes.

Conforme defende Freire (1996), a educação precisa romper com o modelo bancário e se constituir como um processo dialógico e problematizador, no qual o estudante é protagonista do seu aprendizado. Essa perspectiva não se limita à transmissão de conteúdos, mas busca promover a autonomia, a consciência crítica e a capacidade de intervir na realidade. Assim, a formação em saúde deve articular o conhecimento técnico às dimensões sociais, éticas e humanas do cuidado, reconhecendo que as mudanças pedagógicas ocorrem de forma gradual, mas são essenciais para a consolidação de práticas profissionais mais justas, integradoras e transformadoras.

A partir da década de 1990, deu-se início uma gradual transição para modelos de formação mais integrativos e centrados no aluno, que trazem o foco para a prática e a formação contínua. Junto a isso, a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) foi a resposta à necessidade de reformulação da educação em saúde, promovendo uma formação mais abrangente e contextualizada, alinhando conhecimento teórico à prática clínica.

Antecedendo a elaboração das DCNs, foi promulgada em 1996, a Lei n. 9.394, conhecida como Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a qual estabelece as diretrizes gerais para a educação no Brasil. Esta, tem abrangência desde a educação infantil até a superior e enfatiza a educação como um direito de todos e um dever do Estado, assim como consta na Constituição Federal de 1988, para promover a igualdade de acesso e a qualidade do ensino, destacando a importância da formação integral, considerando aspectos sociais, culturais e éticos (Brasil, 2021).

A LDB também garante autonomia às instituições de ensino superior para definir seus currículos, respeitando as diretrizes gerais estabelecidas pelo Ministério da Educação (MEC), o que à primeira vista parece positivo, mas atualmente é um dos problemas enfrentados para alcançar uma formação superior de qualidade em todo o Brasil visto que a mercantilização da universidade afeta a sua qualidade e as condições de trabalho dos docentes (Leher, 2004).

Assim como apontado em uma das palestras da vivência, a abertura desenfreada de cursos superiores de saúde vem causando prejuízos significativos

na qualidade de formação dos profissionais, pois muitas instituições se utilizam de falhas na legislação ou “brechas” para suprimirem pontos importantes, como por exemplo a extensão curricular e a pesquisa. Além disso, as práticas e estágios, principalmente em instituições particulares, têm contato reduzido com o SUS, sendo realizadas em sua maioria em instituições de saúde privada, inviabilizando ao estudante a experiência da vivência na realidade do SUS. Quando formados, os novos profissionais chegam ao mercado de trabalho com limitações advindas da graduação e pouco preparo para a realidade do SUS. Como consequência, há significativa evasão desses profissionais do sistema público de saúde, migrando assim para a rede privada (Cotta *et al.*, 1998).

Durante as trocas de experiências realizadas no período de vivência com outros estudantes, evidenciou-se que, em grande parte dos cursos de graduação da área da saúde, persiste uma lacuna significativa no que se refere à abordagem aprofundada do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Saúde Coletiva enquanto campo de conhecimento fundamentado na interdisciplinaridade e na integralidade do cuidado. A insuficiência de conteúdos que tratem de forma crítica e sistematizada esses temas compromete não apenas a compreensão sobre a organização e os princípios do SUS, mas também a formação de profissionais capazes de atuar de maneira integrada, humanizada e alinhada às necessidades sociais e de saúde da população.

A existência de uma base curricular frágil e que não inclui a discussão sobre o SUS e a Saúde Coletiva torna-se um grande obstáculo à cobrança sobre a humanização, por exemplo, no atendimento aos usuários. Como podemos esperar que profissionais da saúde atuem de maneira empática e humanizada se não receberam a formação adequada durante sua graduação? Esse papel fundamental para a humanização exige que seja trabalhado desde o início da formação (Mélo *et al.*, 2021).

Nos debates em grupo, estabelecidos durante a vivência, também percebemos que durante a graduação, a percepção dos estudantes sobre o SUS, tanto na teoria quanto na prática é, muitas vezes, limitada pela própria estrutura da

grade curricular. Quando, enfim, ocorre essa aproximação com o SUS, a primeira mediação passa pela condução do preceptor, resultando, às vezes, em uma “visão polida” e parcial, centrada principalmente em procedimentos ou no funcionamento técnico do serviço. Nesses momentos, seria deveras importante a vivência direta com a população atendida e o diálogo aberto com os demais profissionais da equipe, o que ampliaria as possibilidades de discussões críticas e construtivas.

A experiência de imersão no VER-SUS transformou o olhar de diversas pessoas e ressignificou o entendimento no que concerne a atenção e a escuta qualificada dos profissionais que atuavam nos serviços visitados. Isso permitiu compreender de forma mais ampla o trabalho desenvolvido, o contexto das práticas e o SUS, literalmente, como um organismo vivo, que apresenta suas potencialidades, fragilidades, desafios, a importância do diálogo Inter profissional e da inserção do estudante nesses serviços.

Com as atividades destinadas à troca de experiências, os viventes tiveram a oportunidade de refletirmos através do outro e olharem para si. A diferença dos olhares/percepções dos estudantes, foi fundamental para a elaboração de ideias, debates e práticas que resgataram tudo que construímos e reconstruímos, afinal como Jung (1964) afirma “a verdade não é uma questão de certo ou errado, mas de compreensão”.

Formar juntos para cuidar melhor

O Programa de Vivências na Realidade do SUS (VER-SUS) busca oferecer aos estudantes e profissionais da saúde uma experiência imersiva no cotidiano do sistema, articulando teoria e prática. Para isso, estabelece objetivos que orientam o processo formativo e fortalecem a compreensão crítica sobre os desafios da saúde coletiva no Brasil. Esses objetivos são norteadores não apenas das atividades desenvolvidas, mas também da postura ética, política e colaborativa esperada dos participantes.

Alguns dos objetivos do programa de Vivências na Realidade do SUS são:

III – Promover espaços dialógicos e intersetoriais de reflexão crítica que possibilitem o desenvolvimento de um compromisso ético-político nos processos de transformação social na área da saúde;

VII – Articular o Projeto de Vivências na Realidade do SUS com os demais programas de formação ensino-serviço, como as Residências Multiprofissionais em Saúde, a fim de potencializar a integração das estratégias de educação no cotidiano do trabalho em saúde;

IX – Promover o debate sobre a Educação Interprofissional em Saúde e o trabalho colaborativo nos espaços das instituições de ensino e nos serviços de saúde.

A partir desses objetivos, podemos iniciar um debate importante sobre a diferença entre equipes multidisciplinares e interdisciplinares. Todavia, para compreender essa distinção, é necessário, antes, diferenciar os conceitos de profissão e disciplina. A profissão se refere à qualificação de trabalhadores especializados em determinadas atividades, nas quais dominam os conhecimentos que fundamentam sua prática. Já a disciplina é uma categoria organizadora do conhecimento científico, sendo por meio dela que se define o objeto de estudo de cada profissão (Gelbcke, 2012), ou seja, o “olhar” que orienta suas ações e as diferencia das demais. Por exemplo, na Terapia Ocupacional, o objeto da profissão é a ocupação.

O trabalho multiprofissional caracteriza-se pelo estudo de um objeto por diferentes disciplinas, que contribuem com saberes específicos. Nessa lógica, o cuidado é resultado da soma de olhares e métodos distintos. No entanto, essa modalidade ainda preserva relações hierárquicas, com predominância do “saber médico” sobre os demais, o que pode gerar subordinação entre as profissões. Em contrapartida, o trabalho interdisciplinar propõe uma integração efetiva dos saberes, com intersecção de conhecimentos e práticas

profissionais, onde o objetivo é superar as barreiras disciplinares, promovendo aprendizagem mútua e enriquecimento dos profissionais envolvidos.

Essa perspectiva está alinhada com as diretrizes da própria Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que estabelece, como atribuição comum a todos os profissionais de saúde: “Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações” (PNAB, p. 45). Apesar disso, reconhecemos que existem obstáculos à integração eficaz entre as disciplinas, principalmente devido à resistência dos profissionais e à inércia das instituições de ensino, que ainda perpetuam a fragmentação do conhecimento (Lopes *et al.*, 2021).

Durante o segundo dia de vivência, Gustavo Dantas, um dos organizadores e palestrantes da vivência, pontuou a diferença entre o modelo anterior ao SUS, tecnicista e centrado na doença, e o modelo pós-SUS, que propõe uma visão ampliada de saúde, focada no cuidado, na integralidade e nos determinantes sociais. No entanto, o modelo biomédico que “não vê o corpo como uma máquina perfeita, mas como uma máquina que tem, ou terá, problemas, que só especialistas podem constatar” (Koifman, 2001), com foco na identificação e tratamento de doenças por diagnósticos precisos e específicos, negligenciando fatores sociais, psicológicos e ambientais ainda prevalece em grande parte no ensino e nos serviços de saúde, mantendo uma lógica hierárquica e fragmentada do cuidado.

Essa realidade foi evidenciada, na prática, em visita a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), localizado na Região Metropolitana de Recife, no terceiro dia de vivência. Apesar de contar com uma equipe multiprofissional, a unidade “não apresenta um cuidado verdadeiramente integrado com perspectiva interdisciplinar”, como relatado pela própria gestora, que também destacou a “falta de profissionais realmente engajados no cuidado e centrados no usuário”.

Quando nos referimos ao cuidado com seres humanos, é fundamental estarmos centrados nas questões dos Direitos Humanos e da

ética profissional. Para além de consultarmos os códigos de ética de cada profissão, é necessário compreender que ser uma pessoa ética vai muito além do cumprimento de normas. É algo que envolve assumir uma postura de respeito à dignidade, à autonomia e à singularidade de cada pessoa. Isso implica olhar para o usuário que está sendo atendido no Sistema Único de Saúde, por exemplo, não apenas como um paciente, mas como um cidadão detentor de direitos, cuja história, contexto sociocultural e necessidades devem ser consideradas. A ética no cuidado demanda sensibilidade, escuta qualificada e compromisso com a equidade, assegurando que todos recebam atenção justa, sem discriminação e com foco na promoção do bem-estar e na proteção de sua integridade física, mental e social.

Dessa forma, ao retomarmos os princípios do programa de vivência os quais são coerentes com os princípios do SUS, reforçamos a importância da humanização do cuidado como estratégia para romper com o modelo biomédico. A busca é pela construção de processos mais articulados entre gestores, trabalhadores e usuários, promovendo uma atuação conjunta e possibilitando um cuidado integral (Ferla *et al.*, 2025, p. 16).

Durante a vivência na Atenção Básica, especialmente através das Unidades de Saúde da Família, vivenciamos práticas de acolhimento, educação em saúde e cuidado interprofissional. Essas experiências nos mostram que “o trabalho em equipe e a escuta ativa são elementos essenciais para a construção de um cuidado mais humanizado e resolutivo” (Gonçalves *et al.*, 2012). Além disso, nos aproximou da realidade dos usuários e da complexidade dos contextos sociais em que vivem, o que não é possível alcançar apenas por meio do ensino teórico.

O contato com os profissionais do SUS também contribui para a formação ética, solidária e consciente, visto que, os trabalhadores da saúde pública, muitas vezes, enfrentando situações com recursos escassos, demonstram que é possível construir práticas de cuidado baseadas no vínculo, na escuta e na criatividade. Como ressaltado por Mendes (2013), os desafios

enfrentados pelo SUS são, em sua maioria, políticos, e exigem o engajamento da sociedade para a sua superação. Essa consciência crítica é despertada ativamente durante os estágios e vivências do VER-SUS.

Por outro lado, também nos deparamos com as contradições e fragilidades do sistema, como a desvalorização da Atenção Básica, a medicalização excessiva e o distanciamento entre gestão e população, elementos que evidenciam a necessidade de transformação permanente. Ainda assim, como observa o cordel produzido durante as atividades da vivência, “o SUS é conquista, é chama que cintila” mantendo-se vivo graças ao compromisso dos que o constroem no dia a dia.

Durante o VER-SUS, também enfrentamos nossos próprios preconceitos e limitações, porém, a escuta das histórias de vida dos usuários, a imersão em contextos de vulnerabilidade e a convivência com outras realidades provocaram transformações internas importantes. Essa dinâmica de convívio interprofissional e com as diferenças possibilita que os profissionais de saúde atuem com respeito à diversidade e à diferença, principalmente no âmbito da saúde coletiva, o qual exige um olhar mais crítico frente às desigualdades estruturais, se opondo à lógica da mercantilização da saúde e à fragmentação do cuidado. Nesse sentido, o VER-SUS possibilita o desenvolvimento de uma consciência ampliada de saúde, em que o cuidado é compreendido como construção coletiva.

Do ensino à comunidade: SUS em prática

Um dos principais eixos estruturantes do Programa Nacional de Vivências no SUS é a Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC), efetivada por meio da inserção dos estudantes nos serviços de saúde. Essa vivência oportunizou trocas significativas entre os discentes, profissionais da assistência, gestores e a própria comunidade, fortalecendo uma formação em saúde pautada nos princípios

do SUS e rompendo com modelos pedagógicos conservadores e tecnicistas, historicamente centrados na sala de aula, nos laboratórios e nas tecnologias.

Nessa perspectiva, a articulação entre os diferentes atores nos cenários de prática configura-se como uma estratégia potente para a formação de profissionais mais sensíveis às necessidades reais da população. Ao promover o estreitamento entre as instituições de ensino, os serviços de saúde e os usuários, contribui-se para a consolidação de vínculos e para a humanização da atenção. Ademais, estudos apontam que a presença ativa dos estudantes nos serviços favorece processos de educação permanente entre os profissionais que já integram a rede, possibilitando reflexões críticas sobre as práticas e fortalecendo a qualidade da assistência prestada à comunidade (Cardoso *et al.*, 2021).

A vivência direta nas comunidades também nos despertou o entendimento de que saúde não se resume à ausência de doenças, mas envolve bem-estar, acesso a serviços públicos, segurança alimentar, habitação e trabalho digno. Essa percepção amplia o olhar sobre o cuidado e permite ao estudante propor ações intersetoriais e coletivas, como preconizado pelas políticas públicas de saúde, e nos relembra que “O SUS é, ao mesmo tempo, um espaço de cuidado e de luta política por direitos” (Ferreira; Ferreira, 2023).

No Brasil, as estratégias de integração entre instituições de ensino e os serviços de saúde antecedem a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído em 1988. Já na década de 1970, o Ministério do Trabalho e Previdência Social sinalizava a necessidade de qualificar a formação em saúde, destacando a importância de aproximá-la das reais demandas sociais e dos contextos regionais. Contudo, foi apenas nos anos seguintes que surgiram iniciativas estruturadas com esse propósito, como o programa Integração Docente-Assistencial (IDA), implementado em 1981, e o projeto Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde (UNI), lançado em 1990. Ambas as propostas contribuíram para o fortalecimento das relações entre universidades, serviços de saúde e comunidade, promovendo transformações no processo formativo e valorizando a atuação em cenários reais de prática (Matos; Schott; Jardim, 2021).

Entretanto, por terem se configurado como uma experiência restrita ao âmbito universitário e por estabelecer relações hierárquicas com os serviços de saúde, seu impacto na formação profissional mostrou-se limitado. Para que o processo formativo possa ser efetivamente transformado, é necessário incorporar novas concepções e práticas que promovam a democratização por meio da criação de espaços de poder compartilhados.

Nesses espaços, representantes de diferentes setores, legitimados e capacitados, devem articular-se estrategicamente para fomentar a reflexão crítica, estabelecer canais eficazes de comunicação e viabilizar a deliberação coletiva, ampliando o alcance de suas ações. Dessa forma, a interdependência entre teoria e prática, assegurada pelo engajamento efetivo dos atores envolvidos, configura-se como condição indispensável para o alinhamento do processo formativo às demandas do SUS (Neto, 2024).

Nesse contexto, a Associação Rede Unida se destaca como um importante ator na promoção de práticas colaborativas entre instituições de ensino, serviços de saúde e comunidade. A Rede articula iniciativas que visam a construção coletiva de sistemas públicos de saúde pautados pelos princípios da universalização, equidade, participação social, respeito à diversidade, preservação ambiental e defesa da democracia (Rede Unida, 2025).

A atuação da Rede Unida baseia-se na premissa de que a transformação dos sistemas de saúde requer a adoção de novas formas de pensar e organizar a formação dos profissionais, integrando experiências nas redes de cuidado, o protagonismo dos movimentos sociais e a participação ativa na defesa da saúde em todas as suas dimensões. Para isso, a Rede promove iniciativas colaborativas que envolvem universidades, serviços de saúde, organizações comunitárias, além de expressões artísticas e culturais, tanto no Brasil quanto em outros países onde mantém Núcleos Internacionais (Rede Unida, 2025).

Essa coletividade valoriza as contribuições multiprofissionais e interprofissionais oriundas dos campos da saúde, educação, meio ambiente,

diversidade, arte e cultura. Destaca-se, ainda, o papel central da participação ativa de estudantes, docentes, profissionais de saúde, gestores, usuários dos serviços públicos, militantes de movimentos sociais e demais representantes da sociedade civil nacional e internacional. Dessa forma, a troca de experiências e saberes compartilhados contribui para ampliar a compreensão sobre saúde, fortalecer a sua defesa e consolidar seu papel na sociedade.

Com o avanço das políticas de integração ensino-serviço, destacam-se iniciativas como a da Associação Rede Unida, em cooperação com o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que lançou uma iniciativa piloto voltada à formação de facilitadores para as Vivências no SUS. A ação integra o Programa Nacional de Vivências no Âmbito do Sistema Único de Saúde e tem como objetivo proporcionar experiências formativas em diferentes contextos do SUS.

O Programa Nacional de Vivências no SUS se consolida como uma potente estratégia pedagógica de formação em saúde, orientada pela perspectiva da Educação Permanente. A proposta parte da compreensão do Sistema Único de Saúde como campo de práticas, saberes e disputas, e busca contribuir para a formação de sujeitos ético-políticos comprometidos com os princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social. A perspectiva do controle social, discutida nas vivências, durante as reuniões pelos estudantes, evidencia que a participação da sociedade em conselhos locais de saúde ou em conferências municipais é de suma importância, pois se compreende que esses espaços democráticos reforçam a noção de que o SUS pertence ao povo e deve ser defendido coletivamente. Além disso, “a participação popular é condição para a legitimidade e efetividade das ações em saúde” (Brasil, 2003).

A vivência nos serviços e nos territórios possibilitou a problematização das condições de saúde e de vida da população, ampliando o olhar para os determinantes sociais da saúde e para os desafios estruturais enfrentados pelo SUS. Essa aproximação, para além do campo técnico-científico, permitiu

o diálogo entre saberes acadêmicos, populares e tradicionais, valorizando práticas de cuidado integradas, colaborativas e humanizadas.

Nesse sentido, o projeto se configura como um dispositivo formativo essencial para a consolidação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ao reconhecer os espaços de trabalho como espaços educativos e ao promover a articulação entre ensino, serviço e comunidade. A atuação da Rede Unida como articuladora desse processo exerce papel fundamental na consolidação de um SUS democrático, inclusivo e alinhado às demandas efetivas da população.

Durante a participação no Programa, evidenciou-se a presença consistente da integração ensino-serviço-comunidade (IESC) nas atividades realizadas, especialmente nas visitas aos territórios e nos serviços de saúde. Em grande parte dos locais visitados, a atuação de estudantes/viventes foi percebida não apenas pela sua presença física, mas também pela existência de materiais educativos e pelos relatos dos profissionais de saúde. Estes, destacaram as contribuições dos discentes em termos de trocas de saberes, promoção da humanização no cuidado e desenvolvimento de pesquisas voltadas às demandas locais, resultando em soluções inovadoras com repercussões diretas e indiretas para a comunidade assistida.

A integração entre o saber científico e o saber popular é um pilar muito valorizado nas experiências do VER-SUS, ao escutar lideranças comunitárias, agentes de saúde e usuários, os estudantes aprendem que os conhecimentos produzidos no cotidiano também são fundamentais para a construção de práticas em saúde mais justas e eficazes. As experiências relatadas por estudantes indicam que o estágio na atenção básica é o momento em que mais se vivencia o trabalho em equipe e o vínculo com a comunidade. Ainda que as aulas de saúde coletiva sejam bem avaliadas, é no campo da prática que o aprendizado se consolida.

No contexto brasileiro, a promulgação da Lei n. 8.080/1990 estabeleceu o marco legal para a organização do sistema de formação de recursos humanos

na área da saúde, constituindo a base para o desenvolvimento progressivo de práticas alinhadas aos princípios da Educação Permanente em Saúde (Jacobovski; Ferro, 2021). O fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido impulsionado por políticas que visam reorientar a formação e o trabalho em saúde, buscando superar historicamente barreiras que dificultam a efetivação dos princípios do sistema. Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde destaca-se como a política oficial do SUS voltada para a qualificação contínua dos profissionais da saúde (Ogata *et al.*, 2021).

A EPS propõe a superação do modelo tradicional de ensino ao promover a integração dinâmica entre ensino, serviço e comunidade, reconhecendo a necessidade estratégica de articular, de forma transformadora, as ações educativas aos processos cotidianos de trabalho em saúde. Essa integração fortalece as relações interprofissionais, capazes de impactar diretamente a realidade concreta dos territórios, por meio de um ensino problematizador e crítico que valoriza a produção de conhecimento no dia a dia laboral, a construção de novas práticas assistenciais, soluções inovadoras e movimentos transformadores no cuidado à saúde (Jacobovski; Ferro, 2021).

Mais que um método pedagógico, a Educação Permanente em Saúde deve ser compreendida como um processo político-pedagógico em que os diversos atores sociais envolvidos assumem, de maneira socialmente engajada e indissociável, o compromisso mútuo de construir conhecimento e relações comunitárias que promovam transformações significativas na promoção da saúde (Jacobovski; Ferro, 2021).

Participação na vivência: desafios e contribuições para a formação em saúde

Para a participação integral dos estudantes na vivência, é imprescindível a articulação do projeto com as instituições de ensino, às quais os estudantes

estão vinculados, de modo a estabelecer uma comunicação direta entre as partes e garantir-lhes a presença nesse importante processo de formação. Todavia, alguns participantes relataram dificuldades na articulação com as instituições para a liberação das atividades acadêmicas durante o período da vivência, especialmente no que diz respeito ao abono de faltas ou à possibilidade de reposição de trabalhos, provas e cargas horárias. Há que se destacar também que alguns estudantes/viventes, por ausência de incentivo/auxílio, tiveram que custear transporte de seus estados até a cidade de Recife.

Alguns “ruídos de comunicação” apresentaram-se como obstáculo inicial entre algumas instituições de ensino (IE’s) e a comissão organizadora do VER-SUS, o que ocasionou fragilidades na assistência à alguns viventes PCD’s (pessoas com deficiência). O fato foi apresentado em reunião de avaliação e fica como aprendizado para as próximas edições. Foi algo que ficou como aprendizado para todos os participantes do evento. Entretanto, faz-se também necessário apresentar relatos positivos, como o de estudantes da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), que receberam ajuda de custo para transporte e possíveis despesas durante o período, e o dos estudantes da Paraíba, que contaram com apoio da ESP-PB (Escola Pública de Saúde). Essa instituição disponibilizou transporte e kit escolar.

É comum, entre os participantes do VER-SUS, o relato de que a experiência foi um divisor de águas em sua formação. A convivência com usuários e com os profissionais da rede pública, bem como a reflexão crítica sobre o próprio papel como agente de saúde, marca profundamente a identidade desses futuros profissionais. Essa transformação ocorre porque o estudante é desafiado a pensar a saúde como “um fenômeno social que envolve direitos, justiça e participação política” (Cortes, 2002).

Durante a vivência, muitas habilidades foram desenvolvidas. A comunicação foi amplamente exercida, tanto nas atividades realizadas entre os estudantes, quanto nos serviços visitados, nos quais os participantes assumiram o papel de agentes ativos. Também acreditamos no aprimoramento do senso

crítico, fruto dos debates promovidos e das visitas, que incluíram entrevistas e discussões com movimentos sociais e profissionais sobre os problemas existentes na rede. Ademais, ocorreu o fortalecimento, e, em alguns casos, o resgate, do senso de militância a favor do SUS que, a nosso ver, foi um dos principais objetivos da vivência.

O aperfeiçoamento de habilidades como organização, liderança, mediação, articulação e planejamento também foi algo perceptivelmente marcante nas atividades cotidianas durante os dias de vivência em cada núcleo de base.

Há que se destacar que os participantes do VER-SUS também são incentivados a trilhar o caminho da produção científica a partir das atividades realizadas no campus virtual da Fiocruz com a criação do “vivenciário” onde registramos os atravessamentos que nos marcaram durante a vivência, e a criação do “trilhando caminhos possíveis” que tem como objetivo a elaboração de um projeto-base para realização de novas vivências na realidade do SUS. Esse processo foi realizado por grupos divididos durante o período de formação para que enquanto facilitadores em formação e integrantes de futuras comissões organizadoras possamos compreender a complexidade envolvida na realização de um evento que contempla a experiência da imersão no SUS e que nos capacita à sermos transformadores de realidades.

Dentre as habilidades/competências que desenvolvemos durante o VER-SUS, passamos a incorporar em nosso cotidiano de jornada acadêmica e que, certamente, levaremos em nossa futura atuação profissional, destacamos o hábito do “questionar para compreender” como o serviço funciona, quem é o público atendido e de que forma esses aspectos se relacionam com a qualidade do cuidado oferecido/ofertado, seja por nós enquanto estudantes, seja pelos profissionais que já atuam.

Ao ingressarmos em novos campos de prática, torna-se essencial adotarmos uma postura investigativa e crítica, buscando compreender não apenas a estrutura e o fluxo do serviço, mas também seu impacto social. Isso envolve reconhecer o viés social presente nas demandas de saúde, conectando-

nos a questões mais amplas, como a atuação dos movimentos sociais e a defesa dos direitos dos usuários. Além disso, é fundamental mantermos um olhar integral sobre o serviço e sobre cada paciente, considerando não apenas suas necessidades clínicas, mas também aspectos de sua realidade, como o local onde vive, suas condições socioeconômicas e outros marcadores sociais que influenciam seu processo de saúde e adoecimento. Essa perspectiva amplia a compreensão do cuidado e favorece práticas mais humanas, éticas e contextualizadas.

Ao final da vivência, muitos estudantes relataram uma mudança profunda em sua percepção sobre o SUS. Aquilo que antes era visto apenas como política pública “utópica” ou conteúdo teórico, passa a ser reconhecido como um espaço vivo, permeado por contradições, mas também por esperanças e conquistas. Portanto, experiências como o VER-SUS são mais do que atividades de extensão universitária, elas são dispositivos formativos que nos oportunizam ter um novo olhar para o modo como nós, estudantes, compreendemos nosso papel na sociedade.

Portanto, confirmamos que o Programa Nacional de Vivências no SUS exerce um papel singular e indispensável na formação de graduandos e residentes, fortalecendo competências e perspectivas necessárias para a efetivação do cuidado integral em saúde, refletindo principalmente na atuação futura enquanto profissionais, mais preparados para lidar com a realidade do SUS, mais atentos às necessidades da população e cientes da necessidade de articulações políticas e sociais para um melhor o funcionamento dos serviços de saúde com a participação popular e, principalmente, seguindo os princípios e diretrizes do SUS.

Referências

AGOSTINHO NETO, J. **A interface do campo da saúde coletiva com a pós-graduação stricto sensu ensino na saúde e a integração ensino-serviço-comunidade**. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2024.

ASSOCIAÇÃO REDE UNIDA. Apresentação. Disponível em: <https://www.redeunida.org.br/>

en/institucional/apresentacao/. Acesso em: 1º ago. 2025.

BRASIL. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm. Acesso em: 3 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2003.

BRASIL. Escola Superior de Ciências da Saúde. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Brasília: ESCS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

CARDOSO, V. V. *et al.* Integração ensino-serviço-comunidade na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 32, n. 03, 2021.

CASTRO, F. S.; CARDOSO, A. M.; PENNA, K. G. B. D. As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde abordam as políticas públicas e o sistema único de saúde? **Revista Brasileira Militar de Ciências**, v. 5, n. 12, 2019.

CORTES, S. V. O processo de construção do SUS: avanços e impasses. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 381-392, 2002.

COTTA, R. A. C.; MUNIZ, J. N.; MENDES, F. F.; COTTA FILHO, J. da S. A crise do Sistema Único de Saúde e a fuga para o mercado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 94-105, jun. 1998.

FERLA, A. A. *et al.* (org.). **Caderno de facilitadoras(es): vivências e estágios na realidade do SUS (VER-SUS Brasil) e Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde (Vivências no SUS)**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2025. (Série Conhecimento em Movimento, v. 12).

FERREIRA, G. A.; FERREIRA, C. A. O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: trajetória e perspectivas. **Revista de Direito e Desenvolvimento**, v. 32, n. 59, p. e11861, 2023.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GELBCKE, F. L.; MATOS, E.; SALLUM, N. C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p. 31-39, 2012.

GONÇALVES, F. G.; CARVALHO, B. G.; TRELHA, C. S. O ensino da Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina: da análise documental à percepção dos estudantes. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, p. 301-314, 2012.

JACOBOWSKI, R.; FERRO, L. F. Educação permanente em saúde e metodologias ativas de ensino: uma revisão sistemática integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e39910313391, 2021.

JANKEVICIUS, J. V.; HUMEREZ, D. C. **Conceitos básicos das diretrizes curriculares**

nacionais (DCNs) dos cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2015. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/11/Artigo-Conceitos-B%C3%A1sicos-das-Diretrizes-Curriculares-Nacionais-Dcns-dos-cursosd-Gradua%C3%A7%C3%A3o-da-%C3%81rea-de-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2025.

JUNG, C. **O homem e seus símbolos.** São Paulo: Cultrix, 1964.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 8, p. 49-69, 2001.

LEHER, R. A reforma do ensino superior: da mercantilização da universidade à reestruturação da organização do trabalho docente. **Avaliação**, Campinas, v. 9, n. 1, p. 77-96, mar. 2004.

LOPES, N. S. dos S. *et al.* A equipe interdisciplinar no contexto hospitalar. **Revista Brasileira de Pós-graduação**, v. 17, n. 38, p. 1-20, 2021.

MARCONDES, D. de F.; COUTO, L. H. P. do. Percepção de alunos e professores sobre a implantação do Aprendizado Baseado em Problemas na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 250-256, set. 2007.

MATOS, L. E. O.; SCHOTT, M.; JARDIM, R. Olhares discentes para a integração ensino-serviço-comunidade na formação em saúde. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, v. 5, n. 1, p. 133-150, 2021.

MÉLO, C. B. *et al.* Humanização nos cursos de graduação da área de saúde: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e491101019241, 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013.

OGATA, M. N. *et al.* Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03733, 2021.

VIRGENS, J. H. A.; TEIXEIRA, C. F. Reforma Sanitária Brasileira: uma revisão sobre os sujeitos políticos e as estratégias de ação. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 534-550, 2022.

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO- COMUNIDADE NO SUS: RELATO DE VIVÊNCIAS E APRENDIZAGENS PELO PROGRAMA VER-SUS

**Giovanna Maria Rebouças dos Reis
Beatriz Neves Guedes
Alessandra Batista Sabino Lopes**

Introdução

A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) foi impulsionada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que articulou diversos segmentos sociais em defesa de uma saúde pública, universal, equitativa e integral. Os marcos históricos desse movimento incluem a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a consolidação dos princípios do SUS na Constituição Federal de 1988 (Cohn; Gleriano, 2021). Apesar desses avanços institucionais, a efetivação do SUS enfrenta desafios, como a dificuldade de integrar saberes técnicos às realidades locais, revelando lacunas na formação dos profissionais de saúde (Marioto; Rocha, 2024).

Para enfrentar essas lacunas e fortalecer a articulação entre ensino, serviço e comunidade, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo diversas estratégias voltadas ao aprimoramento da formação em saúde e à integração entre os diferentes níveis de atenção. Entre essas iniciativas, destaca-se o Programa Nacional de Vivências no SUS, instituído pela Portaria GM/MS n. 6.098, de 16 de dezembro de 2024, que atualiza a Portaria de Consolidação MS n. 5, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2024).

Nesse contexto, destaca-se o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), criado em 2002 pela Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), em parceria com a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS). Inicialmente voltado para estudantes de Medicina, o projeto foi ampliado em 2003 para outras áreas da saúde, consolidando-se como um espaço de formação crítica e cidadã. Após uma interrupção temporária em 2007, o VER-SUS foi retomado em 2012, reunindo mais de 5.900 participantes em 114 municípios de 11 estados brasileiros em sua edição nacional (Abreu *et al.*, 2021).

Os fundamentos do programa, conforme a nova portaria, incluem justiça social no acesso à saúde, gestão democrática com participação cidadã, valorização das diversidades culturais e territoriais, envolvimento comunitário, solidariedade, acolhimento e escuta qualificada nos serviços (Brasil, 2024). Essas diretrizes fortalecem a concepção de um SUS dinâmico, construído a partir das singularidades dos territórios e das necessidades reais da população.

A Reforma Sanitária Brasileira também inspirou transformações importantes no campo da educação e do trabalho em saúde, alinhando a formação profissional aos princípios do SUS. O VER-SUS funciona como um dispositivo estratégico de Educação Popular em Saúde, promovendo a escuta sensível, o reconhecimento dos determinantes sociais e a valorização das práticas locais de cuidado (Lima, 2024).

Este relato de experiência tem como objetivo compartilhar as percepções e aprendizagens de três estudantes de Enfermagem de uma universidade privada do Recôncavo Baiano, participantes da edição especial do Programa Nacional de Vivências no SUS realizada em Recife (PE), com foco na formação de futuros facilitadores de vivências em saúde. Espera-se que esse registro contribua para reflexões sobre formação crítica, territorialização do cuidado, participação social e integração ensino-serviço-comunidade no âmbito do SUS.

Metodologia

Este trabalho configura-se como um relato de experiência. Esta edição especial do VER-SUS, teve como foco a formação de facilitadores, sendo o principal público dessa edição estudantes e residentes que, futuramente, poderão conduzir novas vivências em saúde com diferentes grupos pelo Brasil.

A formação ocorreu em formato de imersão, entre os dias 25 e 31 de maio de 2025, sendo promovida em tempo integral, com atividades desenvolvidas ao longo de todo o dia e noite. Participaram cerca de 78 estudantes e residentes previamente selecionados, oriundos de cursos técnicos e de graduação da área da saúde, bem como de programas de residência, com idade igual ou superior a 18 anos, vinculados preferencialmente a instituições dos estados de Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia e Paraíba. Além desse público, estima-se a presença de aproximadamente dez pessoas envolvidas na facilitação e coordenação do projeto, entre profissionais da Rede Unida e apoiadores locais, totalizando quase 90 pessoas diretamente envolvidas na experiência.

O processo seletivo incluiu o preenchimento de formulário eletrônico, envio de comprovante de matrícula e de uma carta de apresentação com até 600 palavras, na qual os candidatos deveriam demonstrar seu interesse, experiências prévias em vivências ou projetos relacionados à saúde e possíveis contribuições para as próximas etapas do programa. Também foram valorizadas experiências em projetos de extensão, eventos científicos e participação em movimentos sociais. O edital previu ações afirmativas, com reservas de vagas para pessoas autodeclaradas negras (pretas e pardas), indígenas, quilombolas, com deficiência e pessoas trans (travestis e transexuais), promovendo uma composição plural e representativa dos diversos segmentos sociais.

As atividades foram cuidadosamente organizadas e contaram com uma programação diversificada, composta por palestras, rodas de conversa, debates, oficinas, atividades lúdicas e momentos de integração nos núcleos de base. As vivências em território ocorreram durante o período da manhã de três dias da

semana de formação dos facilitadores, sendo os territórios predeterminados e distribuídos por núcleo de base, cada núcleo de base participava da vivência e pelo período da tarde era realizada uma discussão da temática. Cada uma das autoras deste relato participou de um núcleo de base diferente, o que possibilitou uma abordagem mais abrangente nas experiências relatadas.

Participaram da vivência alunos e profissionais dos cursos de Enfermagem, Medicina, Odontologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Educação Física, incluindo pessoas com diferentes níveis de formação como técnicos, graduandos e residentes, o que favorece um intercâmbio rico de saberes e práticas. A formação ocorreu de forma híbrida, com atividades presenciais e complementares realizadas virtualmente. O projeto contou com apoio logístico da Associação da Rede Unida, com suporte da Fiocruz para a disponibilização do curso de aprimoramento e entrega das atividades formativas via plataforma Moodle. Foram também oferecidos alojamento, alimentação e materiais de apoio, garantidos por meio de parceria com o Ministério da Saúde.

Resultados e discussão

Abertura e reflexões iniciais

O VER-SUS iniciou muito antes da vivência em si, representando uma busca sincera por autoconhecimento e reflexão sobre expectativas acadêmicas e profissionais. As três alunas de Enfermagem questionaram-se: “O que esperamos do Ver-Sus? O que ele significa? Como poderá impactar nossa trajetória acadêmica e nosso desejo de atuar no SUS com qualidade?” O processo seletivo do programa demonstrou grande rigor e respeito, considerando critérios de cotas, diversidade de estados e número de vagas, o que permitiu um processo inclusivo, amparado por dispositivos legais, como a Lei

n. 12.288/2010 (Estatuto da Igualdade Racial) e a Lei n. 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), além de dialogar com o princípio da equidade, um dos fundamentos do Sistema Único de Saúde (Lei n. 8.080/1990). Destaca-se, ainda, o cuidado da organização do evento ao perguntar sobre aspectos e limitações alimentares, providenciando dieta conforme as especificidades de cada participante. Todo esse processo propiciou reflexões profundas e aguçou a expectativa pela confirmação da participação.

Após a confirmação da participação, fomos calorosamente acolhidos pela equipe do VER-SUS que, mesmo à distância, forneceu orientações essenciais para a chegada ao local da vivência, realizada em Recife, capital de Pernambuco. As participantes se deslocaram da Bahia até a cidade e foram recebidas com atenção e cordialidade, iniciando a programação com uma atividade de acolhimento, na qual todos os viventes se apresentaram, compartilhando nome, instituição e curso. Em seguida, foram apresentados os facilitadores da V, responsáveis pela condução das atividades. Posteriormente, ocorreu a formação dos núcleos de base, por meio de uma dinâmica em que uma grande toalha disposta no chão apresentava diversas fotografias representando manifestações culturais pernambucanas, como dança de rua e folclore local.

Cada vivente escolheu uma imagem, determinando, ao se sentar, a composição de seu núcleo de base. Essa atividade permitiu, simultaneamente, a formação dos grupos e a aproximação com a cultura regional. Foram constituídos 8 núcleos de base, cada um com cerca de dez viventes.

O núcleo de base (NB) é formado por um grupo heterogêneo de viventes e facilitadores que contribuem de forma participativa para a organização e o andamento dos processos de aprendizagem. É um espaço que valoriza o coletivo, a troca de experiências, a cooperação e o desenvolvimento de habilidades em conjunto.

Em geral, cada núcleo de base é composto por cerca de dez viventes e um ou dois facilitadores. Esse grupo é responsável por algumas atividades e também é utilizado para dividir determinadas vivências ou tarefas durante o processo

do Ver-SUS. Dentro dos núcleos acontecem reuniões, em que o grupo escolhe um nome e define alguns representantes que, em certos momentos, guiam as atividades. Mesmo com essas funções, todos os integrantes vivem de forma comunitária, participando ativamente e compartilhando responsabilidades e experiências. O NB, portanto, representa um espaço de convivência, aprendizado coletivo e construção conjunta, que reforça o espírito colaborativo e o senso de pertencimento entre os participantes do Ver-SUS (Rede Unida 2025).

Após a definição dos grupos, cada núcleo de base se reuniu para apresentar seus membros, compartilhar expectativas, origem e curso, e construir um cartaz com palavras que expressavam suas expectativas em relação ao VER-SUS. Cada grupo também definiu um nome para seu núcleo de base. Por fim, os viventes retornaram ao salão e apresentaram seus cartazes, o nome do núcleo de base e as palavras que expressavam suas expectativas e emoções ao participar da vivência, consolidando o sentido coletivo e a experiência formativa do programa.

Durante a vivência, mergulhamos profundamente nas raízes e na potência transformadora do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo convidados, logo na abertura oficial, a revisitar a trajetória do SUS, do VER-SUS e se reconhecer no papel de instrumento de formação crítica e política. Sabendo que a Educação em Saúde também dá origem a movimentos de luta e de representação social, reforçando a saúde como um direito de todos. Como destacam Ceccim e Ferla (2008), a educação e a saúde caminham juntas e permitem que o profissional desenvolva uma atuação mais cidadã e transformadora dentro do SUS. O VER-SUS também faz parte desse movimento tanto no aprender a educar, quanto no educar e se permitir participar dessa cadeia transformadora que une educação. Ele é um elo no fortalecimento da proteção ao SUS e de reafirmação da luta por um sistema de saúde público e de qualidade para todos.

A retomada desse espaço de construção coletiva após um período de adormecimento, simbolizou para nós resistência e reinvenção coletiva, e as

falas iniciais trouxeram reflexões importantes sobre a construção histórica do SUS, seus avanços e os desafios que ainda enfrentamos, reforçando a urgência da luta coletiva como força de transformação. A defesa do Sistema Único de Saúde vai além da garantia de acesso, pois, conforme destacam os autores “O SUS não representa somente a possibilidade de garantia de acesso à saúde universal, integral e equânime, mas também de apostar em uma saúde que se faz coletivamente” (Paulon; Pasche; Passos, 2023)

Ao longo das atividades, fomos provocados a pensar sobre as redes de saúde e a compartilhar nossas compreensões e experiências sobre o funcionamento dessas estruturas dentro do SUS. Nos núcleos de base, construímos conhecimento de forma colaborativa, entrelaçando diferentes olhares sobre o cuidado em saúde, e refletimos sobre as mudanças na formação dos profissionais antes e depois da criação do SUS, reconhecendo transformações profundas que impactam diretamente nossa prática e nosso modo de pensar o cuidado.

Visitas técnicas e modelos de atenção

A organização das equipes e a estruturação das visitas técnicas nos permitiram compreender, na prática, a relevância do território e da territorialidade como eixos fundamentais do cuidado em saúde no âmbito do SUS. Em um dos serviços visitados, foi possível observar como o vínculo com o território orienta as ações da equipe e favorece a construção de um cuidado mais integral e resolutivo. Nesse contexto, práticas como a farmácia viva ilustram a integração entre o saber científico e o saber popular, expressando uma abordagem que ultrapassa o modelo biomédico e reafirma o compromisso do SUS com a equidade e a humanização da atenção. Além disso, é fundamental discutir o papel das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no SUS, que ampliam as possibilidades de cuidado, promovem o bem-estar físico, mental e emocional.

Nos encontros com facilitadores, refletimos sobre nosso papel como profissionais de saúde, compreendendo que somos pontes entre os territórios e as pessoas, e que o cuidado efetivo depende de escuta ativa, empatia e disposição para construir juntos. A visita a um hospital especializado nos impactou ao revelar tanto as potências quanto às contradições de um serviço estruturado para acolher com dignidade: embora os serviços oferecidos fossem de alta qualidade, a localização periférica do hospital nos fez refletir sobre as barreiras de acesso enfrentadas pela população mais vulnerável, comprometendo o princípio da equidade. Segundo Paschoal e Passos (2020), a Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo Ministério da Saúde, busca qualificar as práticas de atenção e gestão no SUS, promovendo a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder e valorização do trabalho em saúde.

As provocações sobre o papel do facilitador nas redes de cuidado nos chamaram à responsabilidade, levando-nos a compreender que saúde não se faz apenas com estruturas bem estabelecidas, mas com compromisso político, voz ativa e mobilização coletiva. A defesa do SUS exige de nós um olhar atento às suas práticas e omissões, além de uma postura ativa na construção de um modelo de saúde que una acesso, cuidado e escuta.

Ao visitarmos uma organização não governamental voltada ao cuidado de pessoas que vivem com HIV/AIDS, fomos tocados pela força de um coletivo que resiste e promove cuidado autêntico, pautado na escuta, no acolhimento e no reconhecimento da dignidade humana. Mesmo sustentado por editais e apoios externos, o espaço nos mostrou que o cuidado vai além de diagnósticos e estruturas formais, sendo um gesto ético e afetivo que reafirma o valor da vida.

Participamos também de uma dinâmica simbólica inspirada na metáfora da ciranda, que nos sensibilizou para as desigualdades que atravessam os territórios e os sujeitos. Ao observar como vidas em situação de privilégio

avançam com fluidez, enquanto outras enfrentam barreiras constantes, fomos confrontados com a urgência do princípio da equidade, sendo lembrados de que a verdadeira justiça se constrói quando reconhecemos as desigualdades e agimos sobre elas, não tratando todos igualmente, mas garantindo que cada um tenha o que precisa para viver com dignidade.

O modelo da Unidade Canguru foi valorizado como estratégia humanizada de acolhimento, fortalecendo o vínculo entre mãe e recém-nascido e representando um importante avanço no cuidado neonatal. Também foi ressaltada a centralidade da autonomia reprodutiva, com ênfase no acesso a métodos contraceptivos, como o DIU e a laqueadura, além da necessidade de uma abordagem ética e qualificada frente ao abortamento, de modo a respeitar os direitos das mulheres e evitar práticas negligentes.

A violência obstétrica emergiu como tema amplamente debatido, sendo apontada como uma das causas da recusa ao parto vaginal, resultado da desumanização hospitalar, da precarização dos serviços e da ausência de preparo adequado das equipes. Nesse contexto, evidenciou-se a importância de fortalecer práticas humanizadas e protocolos assistenciais que garantam dignidade às mulheres durante o processo de parto. O atendimento às vítimas de violência sexual foi igualmente discutido como urgência de saúde pública, revelando carências estruturais e formativas que comprometem um cuidado integral e acolhedor. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral da Mulher (PNSIM) desempenha papel fundamental, ao orientar ações de promoção, prevenção, assistência e atenção especializada, garantindo a integralidade do cuidado, a proteção dos direitos reprodutivos, a humanização do parto e nascimento.

Equidade e Formação em Saúde: desafios para um SUS inclusivo

Outro ponto relevante foi o debate sobre o acesso da população LGBTQIAPN+ à Rede de Atenção à Saúde. As discussões possibilitaram compreender melhor as terminologias relacionadas à diversidade de gênero e orientação sexual, ao mesmo tempo em que evidenciaram lacunas na formação dos profissionais de saúde e na organização dos serviços, o que dificulta a oferta de um cuidado equitativo e livre de preconceitos. Esse cenário reforça a importância da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, instituída pelo Ministério da Saúde, que tem como diretriz o combate à discriminação e a garantia do acesso universal, integral e equânime a todos os usuários do SUS (Brasil, 2011; Popadiuk *et al.*, 2017).

Em paralelo, destacou-se a persistência da mortalidade materna no Brasil, ainda associada a causas evitáveis, como hemorragias, hipertensão e infecções. Tal realidade reafirma a urgência de políticas públicas eficazes, da qualificação permanente das equipes e da integração entre vigilância e cuidado humanizado, especialmente nas regiões mais vulneráveis socialmente (Brasil, 2012; Rede Unida, 2020).

As experiências vivenciadas revelaram, portanto, a potência do encontro coletivo, da escuta ativa e do diálogo como práticas fundamentais na formação em saúde. Tais práticas se articulam com os princípios da educação problematizadora de Paulo Freire, ao reafirmar que a construção do conhecimento e do cuidado se dá de forma coletiva, dialógica e mediada pelo mundo. O pensamento freireano oferece subsídios para compreender o papel do facilitador como mediador do processo educativo, capaz de promover reflexões críticas e fortalecer o compromisso ético-político com a defesa do SUS (Freire, 1987; Freire, 1996).

Essas reflexões dialogam também com as experiências do VER-SUS, que têm contribuído para o fortalecimento da formação crítica e interdisciplinar

em saúde. As vivências possibilitam o encontro entre estudantes, profissionais e usuários, ampliando a compreensão sobre os determinantes sociais e a complexidade das práticas de cuidado, além de fomentar o protagonismo dos participantes na defesa de um sistema público universal e inclusivo (Rede Unida, 2016; Saúde em Redes, 2019).

O percurso realizado mostrou, assim, que a saúde coletiva deve ser entendida como território de vida, resistência e transformação, em que a humanização e a equidade no cuidado se tornam princípios centrais para a consolidação de um SUS inclusivo, democrático e emancipador. O papel do facilitador nesse processo é o de potencializar o diálogo, articular saberes e incentivar o protagonismo dos sujeitos na construção de práticas mais justas e solidárias, reafirmando a saúde como direito e cidadania (Freire, 1996; Rede Unida, 2020).

Figura 1. Experiências vivenciadas no âmbito do VER-SUS, retratando ações desenvolvidas em articulação com a comunidade e os serviços de saúde.



Fonte: Arquivo pessoal.

Conclusão

A participação no VER-SUS em Recife constituiu uma vivência profundamente transformadora, capaz de ultrapassar os limites da formação tradicional em saúde e abrir espaço para reflexões críticas sobre o papel dos profissionais no fortalecimento do SUS. O percurso realizado revelou que a experiência vai além de um estágio ou prática supervisionada: trata-se de um movimento de Educação Popular que promove encontros, diálogos e trocas que ressignificam tanto a trajetória acadêmica quanto a vida pessoal.

O contato com diferentes cenários da rede de atenção, com coletivos sociais e com práticas inovadoras de cuidado trouxe à tona a complexidade do sistema de saúde brasileiro e, ao mesmo tempo, suas potências. Foi possível compreender, na prática, que a saúde não se limita à oferta de procedimentos, mas está enraizada em vínculos, no respeito às singularidades e na valorização das culturas locais. A escuta ativa, a empatia e o reconhecimento das desigualdades emergiram como elementos centrais para que o cuidado seja efetivamente integral e justo.

As atividades realizadas também mostraram a importância do trabalho interprofissional e colaborativo, no qual nós estudantes e profissionais de diferentes áreas construímos juntos saberes e práticas. As aprendizagens adquiridas ultrapassam os muros da universidade, impactando diretamente a atuação em projetos de extensão, em serviços e nas comunidades, fortalecendo o protagonismo estudantil e a responsabilidade social dos futuros trabalhadores da saúde.

Concluimos, portanto, que essa vivência contribuiu para o amadurecimento acadêmico, pessoal e político de nos participantes, reforçando a compreensão de que a consolidação do SUS depende não apenas de recursos e políticas públicas, mas também do engajamento de profissionais sensíveis às necessidades reais da população. O aprendizado compartilhado inspira práticas inovadoras, amplia o compromisso com a defesa de um sistema público inclusivo e fortalece a esperança de que, por meio da integração

ensino, serviço, comunidade, é possível construir um cuidado em saúde verdadeiramente humano, democrático e transformador.

O momento vivido também evidenciou a relevância da formação territorializada, que considera as especificidades locais como elementos fundamentais na construção de políticas públicas eficazes. Ao reconhecer os territórios como espaços vivos de produção de saúde, os participantes puderam compreender que o cuidado exige sensibilidade às dinâmicas sociais, culturais e econômicas que atravessam cada comunidade. Essa perspectiva amplia o olhar sobre o SUS, revelando sua capacidade de adaptação e resposta às demandas reais da população.

Outro aspecto marcante foi o fortalecimento da consciência coletiva entre os envolvidos, que se expressou na valorização da diversidade, na escuta das diferenças e na construção de vínculos solidários. A convivência com pessoas de distintas origens, formações e trajetórias gerou um ambiente de aprendizado mútuo, onde o respeito e a horizontalidade foram pilares das relações estabelecidas. Essa vivência reafirma que a formação em saúde deve ser pautada por princípios éticos que promovam a inclusão, a justiça social e o reconhecimento da alteridade.

Para as viventes, o VER-SUS revelou-se de grande relevância, proporcionando uma compreensão mais ampla sobre o funcionamento do SUS e seus territórios vivos. Ademais, contribuiu significativamente para a atuação das alunas no PET Equidade, projeto no qual são bolsistas e desenvolvem atividades voltadas à promoção da equidade em saúde. Essa vivência possibilitou complementar a formação acadêmica e prática das participantes, permitindo levar os temas discutidos no VER-SUS às populações atendidas pelas unidades básicas de saúde, fortalecendo o compromisso com uma atuação qualificada e ética no SUS.

Dessa forma, a participação no VER-SUS reafirmou a potência dos espaços de educação não formal como catalisadores de transformação social. Ao promover o encontro entre saberes acadêmicos e experiências populares,

o projeto contribui para a construção de profissionais mais comprometidos com a defesa da vida e com a promoção da equidade. Trata-se de uma aposta na formação de sujeitos críticos, capazes de atuar com responsabilidade, criatividade e afeto nos diversos cenários do cuidado, fortalecendo o SUS como projeto coletivo e civilizatório.

Referências

- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, 20 set. 1990.
- BRASIL. Lei n. 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. **Diário Oficial da União**: Brasília, 21 jul. 2010.
- BRASIL. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**: Brasília, 7 jul. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.836, de 1º de dezembro de 2011**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- LIMA, R. R. T. VER-SUS Potiguar: reflexões sobre uma experiência. **Revista Diálogos em Saúde Pública**, v. 3, n. 1, 2024.
- MARIOTO, D. M. S.; ROCHA, M. G. L. Projeto “VER-SUS”: a influência de vivências no Sistema Único de Saúde na formação discente. **CPAH Science Journal of Health**, v. 7, n. 1, 2024.
- PASCHE, D. F.; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **BIS - Edição Especial**, v. 7, p. 13-21, 2020.

PAULON, S. M.; PASCHE, D. F.; PASSOS, R. F. Análise institucional e apoio institucional: coletivização como prática de resistência. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, Salvador, v. 4, e16522, p. 1-19, 2023.

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. S.; SIGNORELLI, M. C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) e o acesso ao SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, 2017.

REDE UNIDA. **Projeto VER-SUS**: vivências e estágios na realidade do SUS. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2016.

REDE UNIDA. **Saúde em redes**: práticas, formação e gestão em saúde coletiva. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020.

REDE UNIDA; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caminhos para as vivências no SUS**: vivências e estágios na realidade do SUS (VER-SUS Brasil) e Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde (Vivências no SUS). Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2025.

SAÚDE EM REDES. **Revista da Rede Unida**: experiências e reflexões sobre o SUS e a formação em saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2019.

RELATO DA EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA DE VIVÊNCIAS NO SUS 2025: VIVÊNCIAS E REFLEXÕES A PARTIR DA INICIATIVA-PILOTO EM RECIFE, PERNAMBUCO

Maiara Muniz Neres

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema público de saúde do Brasil, de acesso universal e gratuito, instituído pela Constituição Federal de 1988. Sua criação foi resultado de intensas mobilizações sociais, como pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

O SUS é também um espaço formativo, conforme dispõe o art. 200 da CF/88, que lhe atribui a responsabilidade pela ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde.

Nesse sentido, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), criada em 2004, é uma estratégia importante para fortalecer a formação dos trabalhadores no SUS. A Educação Permanente em Saúde (EPS) configura-se como uma estratégia formativa que articula serviço, ensino e cuidado em saúde, visando a formação do sujeito em seu fazer e a qualificação da assistência. Fundamenta-se nos princípios da aprendizagem significativa e da problematização da realidade que a pessoa está inserida, e

que o próprio trabalho é fonte de aprendizado, utilizando-se metodologias que promovam reflexão crítica e construção coletiva de saberes (Almeida; Teston; Medeiros, 2019).

A partir dela, os serviços públicos de saúde têm servido de espaço para a formação de estudantes e trabalhadores na área da saúde, sendo um ambiente potente de aprendizados e transformações.

Nessa direção, o projeto Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) é uma iniciativa formativa inovadora, voltada para a aprendizagem significativa por meio da vivência nos serviços de saúde e territórios, promovendo a articulação entre teoria e prática. O programa tem como objetivo principal contribuir para a formação crítica e interprofissional dos participantes, permitindo que problematizem a realidade e construam soluções que a transformem (Souza *et al.*, 2019). Segundo Rodrigues, Dalbello-Araujo e Lazarini (2024), ao proporcionar uma vivência imersiva nos territórios e nas realidades dos usuários, essa integração favorece a construção de saberes por meio da articulação entre teoria e prática, promovendo uma formação crítica, comprometida e alinhada aos princípios do SUS.

A Educação Popular também deve ser considerada na formação em saúde, por favorecer a autonomia e o protagonismo dos sujeitos. Isso implica conhecer os territórios e dialogar com as pessoas que os habitam, de modo que as práticas de saúde estejam alinhadas aos saberes comunitários e à sua cultura. Dessa forma, é importante assegurar a participação do sujeito nas decisões sobre sua própria saúde, bem como a participação social nos processos de saúde coletiva. Ademais, é necessário compreender que as questões sociais atravessam a saúde e não podem ser analisadas de forma fragmentada (Brito *et al.*, 2024).

Diante desse contexto, este relato de experiência tem como objetivo apresentar minha participação, em uma iniciativa piloto de formação de facilitadores do Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS), que se articula ao VER-SUS, realizada em maio de 2025, ao longo de

sete dias, na cidade de Recife, em Pernambuco (PE). Neste relato, compartilho reflexões sobre as vivências em diferentes cenários que vivenciei, incluindo uma Unidade de Saúde da Família (USF), um hospital especializado em saúde materno-infantil e uma organização sem fins lucrativos na região de Recife, assim como sobre as metodologias pedagógicas adotadas durante o programa.

Busco evidenciar não apenas os principais aprendizados e desafios encontrados, mas também refletir sobre as contribuições dessa imersão para a minha trajetória formativa e para o fortalecimento de uma atuação crítica.

Primeira teia de aprendizados

Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.
E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão.

João Cabral de Melo Neto

As atividades do Programa de Vivências iniciaram-se em um domingo, quando cerca de 75 estudantes e residentes, dos estados da Bahia (BA), Pernambuco (PE), Alagoas (AL), Sergipe (SE) e Paraíba (PB), se reuniram em um auditório em Recife para se conhecerem. Embora as atividades tenham

começado oficialmente no domingo, a vivência se iniciou muito antes, nos preparativos para viajar a outro estado. O processo de organização, troca de informações sobre passagens, encontros para planejar a ida conjunta, já revelava a potência da vivência, pois desde esse momento vivenciamos a coletividade, no cuidado e na solidariedade.

Os Núcleos de Base (NB), compostos por cerca de 11 viventes, foram definidos de forma criativa, a partir de imagens que simbolizavam conexões e que foram escolhidas aleatoriamente. O meu grupo se formou pela imagem onde as pessoas dançavam Frevo, dança popular da cultura de Pernambuco. O NB recebeu o nome “Diversidade, Inclusão e Acessibilidade (DIA)”. Aos poucos, fomos nos apresentando, compartilhando expectativas e construindo vínculos que se fortaleceram ao longo da vivência.

Cada núcleo tinha responsabilidades específicas, como a organização dos momentos culturais, atividades de bem-estar, mediação, sistematização e facilitação das atividades. Essas tarefas fortaleceram as nossas relações e mostraram a importância da corresponsabilidade, cada pessoa se envolvia em algo, ao mesmo tempo em que apoiava os demais.

Durante os dias seguintes, o NB tornou-se a minha principal comunidade. Foi com ele que explorei os territórios visitados, participei das discussões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), das rodas de conversa e das metodologias propostas. Esse pertencimento ao núcleo reforçou o caráter coletivo da experiência e mostrou a potência de aprender em grupo. No entanto, não restringiu a minha interação e trocas com os outros viventes dos demais NBs, construí vínculos com eles também, participei de muitas outras atividades das vivências, além de memoráveis momentos de descontração.

Antes de iniciarmos as visitas aos territórios, que aconteceram em três dias consecutivos, participamos da abertura oficial do evento. Esse momento foi fundamental para ampliar a compreensão sobre o programa, além de promover debates sobre as políticas de saúde, o SUS e a Reforma Sanitária, temáticas que permanecem centrais, sobretudo em um contexto marcado por

tentativas de privatização e retrocessos nos direitos conquistados. Refletimos também sobre o trabalho em saúde, a precarização dos vínculos e os desafios da gestão, dimensões indispensáveis para compreender a realidade dos trabalhadores e das trabalhadoras.

A metodologia adotada foi muito relevante. Como não era possível que todos visitassem os mesmos serviços, no período da tarde, fazíamos a síntese coletiva, momento no qual cada NB compartilhava suas experiências em diferentes territórios aos quais visitaram. Além das rodas de conversas com convidados que vinham discutir temáticas relacionadas ao SUS. Aos poucos, pude sentir a ansiedade chegar, a agitação e inquietação apareciam à medida que se aproximavam os dias para iniciar as visitas aos territórios.

Vivências na Atenção Primária: reflexões em uma Unidade de Saúde da Família

Não esmorecer para não desmerecer.

Oswaldo Cruz

A visita a uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada em uma comunidade de Recife mostrou como a Atenção Primária é potente na realização de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e resposta às necessidades locais.

Essas ações de cuidados contemplam mulheres, crianças, homens e idosos, considerando as especificidades de cada grupo. Historicamente, os homens procuram menos os serviços de saúde em comparação às mulheres, um comportamento relacionado ao machismo que contribui para o diagnóstico tardio de doenças e dificulta a adoção de práticas de prevenção e cuidado com a saúde do homem (Pereira *et al.*, 2021). Por isso, é fundamental adotar estratégias que rompam esse padrão e incentivem o autocuidado. Nesse

sentido, a unidade realiza atividades em espaços de socialização masculina, como bares, promovendo rodas de conversa e orientações sobre cuidados em saúde, incluindo a prevenção e o enfrentamento do alcoolismo.

As mulheres também recebem atenção, com ações de prevenção e rastreamento do câncer, indo além das campanhas nacionais. São desenvolvidos ainda grupos educativos para gestantes, com distribuição de kits e orientações sobre cuidados durante a gestação. Essas iniciativas fortalecem os cuidados com a saúde da população assistida, além da promoção da saúde e a prevenção de doenças e outros agravos.

É necessário refletir também sobre a saúde dos trabalhadores da própria unidade, infelizmente a unidade não realiza ações específicas para os trabalhadores e trabalhadoras, e eles procuram o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) em casos de doenças relacionadas ao trabalho. Além de cuidar da população adscrita, é preciso pensar em estratégias que previnam doenças laborais e promovam o bem-estar físico e mental desses profissionais, valorizando o seu trabalho e garantindo melhores condições para o cuidado em saúde.

Também tive a experiência de acompanhar o Programa Saúde na Escola (PSE), e as práticas desenvolvidas na escola e compará-las com aquelas realizadas em meu território, o que inspira novas ideias e possibilidades de aprimoramento. Nesse processo, destacam-se a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate de Endemias (ACE), que realizam algumas atividades no programa junto a UBS, como a identificação de casos suspeitos de hanseníase em crianças, em conjunto com os médicos e enfermeiros. Também são promovidas ações educativas de higiene bucal com distribuição de kits de higiene bucal e orientação de escovação correta realizadas pelos odontólogos.

Esporadicamente é realizada a vacinação dentro das escolas, pela equipe de enfermagem, mas sempre mediante autorização dos responsáveis. De acordo com o Ministério da Saúde (2025), a vacinação no ambiente escolar

tem importância estratégica, uma vez que a oferta da imunização nas escolas tem o objetivo de reduzir o risco de adoecimento, ampliar a cobertura vacinal e combater a desinformação.

Essa importância se torna ainda mais evidente diante da onda de desinformação sobre vacinas, que contribuiu para a redução da cobertura vacinal no país (Ramos *et al.*, 2023). Assim, levar a imunização para as escolas também contribui para ampliar o acesso, alcançando famílias que muitas vezes não conseguem comparecer às unidades de saúde.

Por fim, ressalto a participação dos estudantes de graduação inseridos no PSE, e a importância da articulação entre universidade e Unidade Básica de Saúde, fortalecendo a integração ensino-serviço-comunidade. Essa relação possibilita que estudantes vivenciem na prática o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto futuro profissional da saúde, compreendendo o seu tamanho.

Essa vivência na Atenção Primária à Saúde mostrou na prática que o cuidado integral vai muito além do atendimento clínico restrito às unidades de saúde, englobando a articulação com a comunidade, a promoção da saúde, a prevenção de doenças e estratégias para inclusão de todos os grupos, sem deixar nenhuma população de fora.

Experiência em uma unidade de referência em saúde materno-infantil

Não se nasce mulher, torna-se mulher.

Simone de Beauvoir

A visita a uma unidade de referência em saúde materno-infantil, localizada em Recife (PE), possibilitou compreender como o SUS concretiza políticas públicas que garantem direitos historicamente negados às mulheres.

O serviço acolhe demandas diversas, desde partos humanizados até situações de violência doméstica e sexual, sendo também referência no atendimento a adolescentes e mulheres que necessitam acessar o direito ao aborto legal.

O contato com um serviço específico, voltado ao acolhimento de vítimas de violência sexual foi um dos pontos mais marcantes da vivência. Em um espaço físico acolhedor e reservado, a equipe multiprofissional, composta por assistente social, médico, enfermeira e psicólogo, garante sigilo, privacidade e atendimento ético e humanizado. Desde a chegada, as mulheres recebem acolhimento, atendimento profilático e contraceptivo, rastreamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e, sobretudo, uma escuta qualificada que lhes permite exercer sua autonomia.

Durante a vivência, emergiu também uma reflexão sobre a formação profissional. Embora ocorram, no âmbito da própria unidade, oficinas de sensibilização voltadas aos trabalhadores, realizadas de forma pontual, não há processos sistematizados de Educação Permanente em Saúde sobre a temática da violência de gênero e do aborto legal no serviço visitado. Essa ausência revela a necessidade de fortalecimento e efetivação, no âmbito desse serviço, das políticas já existentes que asseguram uma formação contínua e crítica, preparando os profissionais para lidar com essas situações sem impor opiniões pessoais ou religiosas que possam constranger a paciente, e reproduzir práticas discriminatórias ou violências institucionais.

Além desse serviço, a unidade dispõe de cuidados voltados à saúde materna e neonatal, como salas de parto natural planejadas para oferecer conforto e humanização, e a chamada “Casa da Gestante”, espaço de acolhimento que permite às mães permanecerem próximas de seus filhos durante a hospitalização. O método canguru, também presente na unidade, que de acordo com o Ministério da Saúde (2019) constitui uma política pública de saúde que reúne estratégias direcionadas à melhoria da qualidade da atenção prestada ao recém-nascido (RN) e aos seus familiares, pois fortalece o vínculo entre mãe, pai e bebê, além de orientar para o cuidado após a alta.

Há ainda banco de leite, sala de vacinação e serviços de atenção especializada, evidenciando a integralidade da assistência oferecida pelo SUS.

A visita permitiu reconhecer, na prática, como políticas públicas e legislações são aplicadas no cotidiano do sistema de saúde e quais desafios ainda persistem, e fica evidente que a existência de serviços como este precisa ser multiplicado em outros estados do país. Garantir acesso seguro e equitativo, por meio de políticas públicas comprometidas com os direitos sexuais e reprodutivos, é importante para reduzir a mortalidade materna, que está alinhado ao terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030, e fortalecer a equidade no cuidado.

Em síntese, a vivência reafirmou a potência do SUS que garante direitos, mesmo diante dos desafios. Ao mesmo tempo, trouxe a reflexão de que é preciso investir em processos de Educação Permanente em Saúde, para qualificar o atendimento, fortalecer práticas humanizadas e assegurar o cuidado qualificado.

Vivência em uma ONG de mulheres: aprendizados sobre Educação Popular em Saúde

Muitas vezes basta ser:

o colo que acolhe,
o braço que envolve,
a palavra que conforta,
o silêncio que respeita,
a alegria que contagia,
a lágrima que corre,
o olhar que acaricia,
o desejo que sacia,
o amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,
é o que dá sentido à vida.

Cora Coralina

A vivência também nos levou à visita de uma organização não governamental (ONG) localizada em uma comunidade periférica de Recife. O grupo, formado por mulheres, exerce um papel importante no cuidado comunitário.

Uma das integrantes nos recebeu com música, dizendo que era preciso “acordar” o corpo para partilhar a vivência. A canção entoada abriu o momento com leveza e descontração, mostrando como a Educação Popular em Saúde se fortalece justamente nesses gestos.

Ali, nos emocionamos com histórias de vida, nos alegramos com conquistas e aprendemos com saberes compartilhados. Foi possível perceber como a Educação Popular se faz presente naquele espaço. As integrantes contaram sobre práticas de saúde de décadas atrás no sertão pernambucano, em que os saberes populares eram usados para diagnosticar, tratar e curar doenças.

Durante a roda de conversa, fomos atravessados por um relato delicado: uma das mulheres compartilhou a experiência de violência obstétrica que sofreu há algumas décadas. Disse que, à época, sabia que o procedimento estava errado, mas, mesmo relatando o erro, não foi escutada. O silêncio imposto a ela repetiu-se na história da filha, anos depois. Entretanto, quando presenciou a neta passar pela mesma situação, essa mulher diz que “aprendeu a falar”, palavras utilizadas por ela mesma, então ela “gritou” a situação de violência e finalmente foi ouvida.

Esse relato evidencia como, apesar dos avanços e da existência de hospitais humanizados, a violência obstétrica persiste em alguns lugares, atingindo de forma ainda mais cruel mulheres negras e periféricas. A diferença é que, hoje, já existe nome para essa violência, já é possível reconhecê-la e denunciá-la, e isso representa um avanço.

A comunidade ainda enfrenta desafios significativos relacionados à saúde e às condições sociais, como a ocorrência de hanseníase, sífilis e situações de vulnerabilidade de mulheres, crianças e adolescentes. Diante

desse cenário, a ONG desenvolve diversas iniciativas, entre elas cursos de fotografia para jovens, ações de acolhimento a mulheres, além da distribuição de preservativos e atividades de orientação voltadas à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e gravidez indesejada.

Seu compromisso, no entanto, vai além da saúde, também é político. Realizam simulações de eleições municipais para discutir gestão, participação popular e saúde. Além disso, as integrantes da ONG participaram do Programa de Formação de Agentes Educadores e Educadoras Populares de Saúde (AgPopSUS), do Ministério da Saúde, que tem como objetivo fortalecer o protagonismo popular e a atuação dos movimentos sociais na defesa do SUS e do direito à saúde (Brasil, 2025). Segundo as integrantes, essa participação possibilitou a atuação dos participantes como multiplicadores de saberes na comunidade.

Entretanto, o grupo também nos alertou para as dificuldades de manter o trabalho da ONG ativo, o risco de fechar as portas é constante, diante da falta de recursos para pagar contas de água, energia e manutenção do espaço físico.

A visita nos mostrou, na prática, a importância da Educação Popular em Saúde, ela reconhece e valoriza os saberes existentes, fortalece a autonomia das pessoas e mobiliza processos coletivos de transformação. Encerramos o encontro como começamos: com música. Mas, dessa vez, a canção veio acompanhada de gritos em defesa do SUS: “O SUS é nosso, ninguém tira da gente, direito garantido não se compra e não se vende!”.

Pude refletir que apesar de acontecerem em contextos distintos, tanto a vivência na unidade de saúde quanto a experiência na ong dialogam pelo cuidado voltado às mulheres. No serviço de saúde, esse cuidado se expressa no acompanhamento materno, no acolhimento de mulheres em situação de violência e em outras práticas relacionadas à saúde materno-infantil. Já a ONG, formada por mulheres da própria comunidade, atua oferecendo apoio, escuta e fortalecimento de vínculos para aquelas que buscam acolhimento e orientação. Em comum, ambos os espaços reafirmam a importância da atenção integral à saúde das mulheres, cada um a seu modo e realidade.

Considerações finais sobre a experiência no programa de vivências no SUS

Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.

Paulo Freire

A metodologia proposta pelo programa rompeu com os métodos tradicionais de ensino. Ela dialogava diretamente com o aprendizado construído a partir do que cada pessoa já sabia, reconhecendo e valorizando os conhecimentos de todos. As rodas de conversa, os momentos de aulas expositivas e os espaços sempre abertos para discussões coletivas potencializaram ainda mais a vivência.

A diversidade de estudantes e residentes, vindos de diferentes áreas de formação, foi o que tornou a vivência tão potente. Cada um trazia consigo bagagens singulares, e aprendemos, juntos, que até o silêncio é linguagem. Percebemos que as diferenças não afastam: elas provocam, desafiam e ensinam.

Viver os territórios nos faz perceber como são espaços potentes de aprendizados, ouvir as pessoas que constituem esses espaços, como os trabalhadores, usuários e gestores, nos permite pensar fora da caixa e realizar transformações. A partir disso, podemos propor ações de saúde e processos formativos alinhados ao contexto, e que dialoguem com a realidade ao qual estamos inseridos.

A vivência ressignificou minha trajetória profissional, reforçando a compreensão de que atuar no SUS exige não apenas conhecimento técnico, mas também sensibilidade, colaboração e compromisso com a saúde coletiva. A convivência e o trabalho em conjunto fortaleceram minha capacidade de escuta, diálogo e atuação coletiva. Cada aprendizado compartilhado, cada território explorado e cada vínculo construído se tornou um combustível para continuar defendendo o SUS, além de inspirar ações educativas e formativas capazes de transformar a realidade.

O programa nos permitiu experienciar os territórios de forma grandiosa, de um modo que literatura nenhuma conseguiria transmitir. É preciso viver, estar junto às comunidades, discutir, aprender, colaborar, construir e defender o Sistema Único de Saúde brasileiro.

Referências

ALMEIDA, R. G. dos S.; TESTON, E. F.; MEDEIROS, A. de A. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 97-105, 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Portaria n. 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). **Diário Oficial da União**: Brasília, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método canguru**: diretrizes do cuidado. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado_revisada.pdf. Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formação de Educadores Populares de Saúde – AgPopSUS**. Governo do Brasil, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/agpopsus>. Acesso em: 27 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Estratégia de vacinação na escola**: 2025 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. 28 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_vacinacao_escola_2025.pdf. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRITO, P. N. A. *et al.* O que se tem discutido sobre Educação Popular em Saúde nos últimos anos: uma revisão narrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 6, p. e12542023, 2024.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, p. 41-65, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Transformando nosso mundo**: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Brasília: ONU Brasil, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 26 set. 2025.

PEREIRA, K. G. *et al.* Fatores associados à masculinidade no diagnóstico precoce do câncer de

próstata: revisão narrativa. **Nursing Edição Brasileira**, v. 24, n. 277, p. 5803-5818, 2021.

RAMOS, A. C. L. da C. *et al.* Cobertura vacinal e o movimento antivacina: o impacto na saúde pública no Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 210-226, 2023.

RODRIGUES, A. P.; DALBELLO-ARAÚJO, M.; LAZARINI, W. S. Integração ensino-serviço: a experiência como estratégia formativa em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 28, p. e230381, 2024.

SOUZA, E. C. de *et al.* Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde: linha de fuga na formação em saúde para uma atuação na saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 897-905, 2019.

O QUE VIVEMOS E O QUE QUEREMOS VIVER: O DESPERTAR PARA O COMPROMISSO ÉTICO- POLÍTICO AO QUAL O SUS NOS CONVOCA

**Marielle Giovanna da Silva Teixeira
Mayara Ferreira Alves de Melo
Queila Joana Nascimento Silva
Rafaela Aquino da Silva
Raphael Ribeiro de Camargo
Alexandre Rodrigo Miranda Ferreira
Mariana Gomes de Oliveira**

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu a partir do Movimento da Reforma Sanitária, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que consolidou princípios como universalização e equidade do acesso, bem como integralidade e longitudinalidade do cuidado (Marioto; Rocha, 2024). A efetivação desses pilares depende da atuação integrada de equipes multiprofissionais e da formação adequada dos estudantes da saúde, que precisam compreender o funcionamento do sistema de saúde público brasileiro, que apresenta complexidades, tanto na teoria quanto na prática (Sousa; Rêgo, 2022).

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Rede Unida, a Rede Governo Colaborativo em Saúde, a União Nacional dos

Estudantes (UNE), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), formularam, em 2004, o projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS). A iniciativa foi retomada em 2011 e desenvolvida até 2018, com o objetivo de inserir estudantes na realidade do SUS e fomentar reflexões sobre questões sociais, gestão e assistência à saúde (Sousa; Rêgo, 2022).

Em 2025, o MS, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), instituiu o Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde (Vivências no SUS). O Programa preserva os princípios centrais do VER-SUS, promovendo vivências em diversos cenários do SUS, mas ampliando seu público-alvo para além das/os estudantes, incluindo residentes, docentes, trabalhadoras/es, gestoras/es da saúde e movimentos sociais. A iniciativa busca fortalecer a formação em saúde voltada ao trabalho em equipe, à equidade e à reorientação dos modelos de atenção e gestão, por meio da articulação entre ensino, serviço e comunidade, além de incentivar a participação social (Brasil, 2024).

Ao dialogar com as demandas de ampliação da formação para o SUS no campo intersetorial, multi e interprofissional, a vivência fortalece a qualificação e o desenvolvimento das/os futuras/os trabalhadoras/es. Constituindo, assim, um importante princípio educativo na formação de profissionais comprometidas/os ética, política e socialmente com as reais necessidades da população. É a partir dessa compreensão da vivência como espaço de produção de sentido que se delinea, também, a forma como este relato é apresentado.

Nesse sentido, optamos por uma escrita implicada, construída a partir das afetações produzidas pela experiência durante a formação de facilitadoras/es em Recife (PE), tratando-se de um relato que se aproxima de uma narrativa sensível e vivencial. Para tanto, articulamos memórias e reflexões com aportes teóricos e afetivos de autores/as e artistas que dialogam com os temas do corpo, do território, do cuidado e da construção coletiva.

Esta escolha narrativa compreende a escrita como parte do próprio processo formativo, entendendo que narrar a experiência é, também, um

modo de produzir conhecimento situado e comprometido com o SUS vivo. Portanto, este relato tem como objetivo descrever as experiências vivenciadas no Programa Vivências no SUS, bem como refletir sobre os deslocamentos formativos, ético e políticos produzidos a partir da imersão, evidenciando o despertar para um compromisso ao qual o SUS convoca seus/suas trabalhadores/as, estudantes e comunidade.

Relato de experiência

O Programa Vivências no SUS, vivenciado por um grupo de 15 participantes, composto por estudantes e residentes de Alagoas, vinculados a instituições públicas e privadas de ensino, além de integrantes da comissão local de trabalho. A atividade configurou-se como uma vivência piloto voltada à formação de facilitadoras/es e ocorreu em Recife, Pernambuco, no primeiro semestre de 2025, reunindo ao todo 78 participantes de estados da Região Nordeste, incluindo Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia e Paraíba.

Além disso, a imersão teve duração de sete dias. No primeiro dia, as/os participantes foram recepcionadas/os e organizadas/os em núcleos de base compostos por integrantes de diferentes estados, favorecendo experiências diversificadas. Durante as manhãs, cada grupo visitava um território específico, enquanto as tardes eram destinadas à socialização e à discussão das vivências entre os grupos. Hospedagem, alimentação e transporte para as atividades *in loco* foram custeados pelo Programa.

O que vivemos nos espaços de encontros, relações, cuidado e construção coletiva?

Vivenciamos esses espaços em um território no qual não possuíamos inserção prévia. Não conhecíamos a cidade de Recife (PE) em profundidade, nossa

formação não foi naquele território, além disso, nosso campo de atuação dialogava pouco com aquela rede de saúde. Éramos pessoas “estrangeiras”, unidas pelo objetivo de promover a integração entre ensino, serviço e comunidade, por meio da imersão no cotidiano do SUS, com foco na Educação Permanente e Popular, fortalecendo a promoção de saúde com base nos princípios doutrinários e organizativos, previstos na Lei Orgânica da Saúde que fundamentam a saúde pública brasileira.

Por meio dos ciclos de visitas planejados pela comissão organizadora, tivemos a oportunidade de conhecer mais sobre a organização local, suas potencialidades e desafios. A vivência diretamente nos serviços nos levou a diferentes segmentos do cuidado, ao começar pelas portas de entrada do SUS na Atenção Básica, passando pela média e alta complexidade e culminando na visita aos movimentos sociais. Ao final de todos os dias, tínhamos espaços para trocas das experiências e das impressões que cada pessoa teve sobre aquele serviço e dos conceitos de saúde que atravessaram a vivência.

Nesses espaços de trocas, além das/os viventes, tivemos trocas com atrizes e atores importantes na agenda da implantação da saúde pública no Brasil, como o Prof. Dr. Itamar Lages e a Profa. Dra. Heloisa Campos. Como referências que são, apontaram para nós a importância da coragem e da coletividade na construção do SUS, de modo a evidenciar as relações de poder e a relevância da identificação dos fatores que influenciam o desmonte que vivemos.

O despertar para a magnitude do SUS iniciou quando o professor Itamar Lages levantou o questionamento de como ser um/a agente da reforma sanitária e nos convidou a refletir sobre os determinantes e condicionantes em saúde, o acesso à terra e a necropolítica, como o genocídio de diversas/os brasileiras/os na Pandemia de covid-19 em 2020. Ele provocou versusianas/os a se implicarem diante do compromisso ético-político ao qual o SUS nos convoca, e todas/os saíram impactadas/os pela realidade que, mesmo tão próxima, como estudantes da saúde e como pessoas usuárias, é tão alheia.

Desse modo, esse debate e tantos outros, oportunizou o encontro de atrizes e atores sociais por meio de discussões sobre o trabalho em equipe,

gestão, atenção à saúde, educação e participação social, arte e cultura. Os debates potencializaram o compromisso ético-político de estudantes com os processos de Reforma Sanitária e a construção do SUS, contribuindo para uma formação técnica, científica e política na perspectiva do amadurecimento de práticas interprofissionais, interdisciplinares e multiprofissionais para o trabalho colaborativo em saúde.

Escrevemos este relato como quem atravessou experiências que se inscrevem no corpo e na memória. Saímos de Maceió (AL) em coletivo, nos distanciando, enquanto os segundos corriam, de um território que está inscrito no corpo. No caminho, muito chão, muita vegetação, muitos pontos de encontros para quem chega, e para quem sai. Permitimo-nos encontrar: em nós e na/o outra/o. E isso nos fez pensar, também, no corpo enquanto o primeiro território, este que, como escreve Conceição Evaristo (p. 15, 2008), “*abre vulcânico a pele étnica que me reveste*”, e que carrega marcas, histórias e expectativas para o encontro com a/o outra/o, com outros corpos, com outros corpos-territórios:

Na escuridão da noite
meu corpo igual
fere perigos
adivinha recados
assobios e tantãs.
Na escuridão igual
meu corpo noite
abre vulcânico
a pele étnica
que me reveste.
Na escuridão da noite
meu corpo igual,
boia lágrimas, oceânico,
crivando buscas,
cravando sonhos,
aquilombando esperança.
(Evaristo, 2008, p. 15).

O poema se apresenta como operador de sentido da vivência no SUS, ao nomear um corpo em deslocamento que carrega ancestralidade, dor, cuidado, e que segue construindo coletivamente a esperança. Essa compreensão tensiona modelos tradicionais de formação em saúde, frequentemente pautados por uma racionalidade técnico-instrumental, e aproxima-se da proposta de impulsionar a implicação subjetiva, política e coletiva como dimensão constitutiva do processo formativo. É no encontro, na travessia e na resistência compartilhada, “*aquilombando esperança [...], crivando buscas, cravando sonhos*” (Evaristo, 2008, p. 15), que o SUS resiste e se reinventa cotidianamente.

Chegávamos, assim, a outra cidade de águas, rios, pontes e história pulsante, prontas/os para sentir como se constrói, no dia a dia, o SUS em seus territórios, percebendo que cada equipamento social, unidades de saúde, conselhos comunitários, centros de referência e outros, não existe isoladamente. São espaço de encontros, relações, cuidado e construção coletiva, sendo nas tecnologias leves, como traz Merhy (1998), a escuta, o gesto de acolher, o cuidado que não se mede em protocolos, em que o SUS se torna vivo. Caminhando por um território enquanto se atravessa ruas, esquinas, associações, equipamentos sociais é, também, ser atravessada/o. Caminhar enquanto sente o território que pulsa entre as entranhas de um corpo que vivencia o SUS.

Seguimos pensando, então, sobre o corpo-território: um corpo em deslocamento que é, também, memória, ancestralidade e resistência e que, como nos disse Rico Dalasam, constitui “*um corpo de mil vidas*” (Rico Dalasam, em entrevista ao Guia Negro, 2023, transcrição de uma das autoras). Um corpo que se permitiu atravessar um território, e, igualmente, ser atravessado por ele.

Esta compreensão do corpo como território vivido e atravessado orientou nosso modo de chegada e de leitura dos espaços que nos acolheram ao longo da vivência, reconhecendo que cada lugar carrega histórias, disputas, memórias e marcas de resistência que antecedem e ultrapassam nossa presença. Aprofundando, assim, o entendimento crítico para além da sensação de

estrangeiras/os, mas aprendendo a identificar nossos lugares de ação e reflexão na complexa trama do fazer saúde nos diversos territórios.

Dessa maneira, no início da experiência do Vivências no SUS, foi realizada a discussão acerca do espaço em que estávamos nos inserindo, o Sindicato dos Trabalhadores Públicos Federais em Saúde e Previdência Social no Estado de Pernambuco (SINDSPREV-PE), marcado por lutas e por melhores condições salariais dos previdenciários pernambucanos (SINDSPREV, 2025). Um sindicato localizado em um bairro que apresenta marcas visíveis das vulnerabilidades sociais e próximo de onde já foi o Quilombo de Malunguinho, líder do quilombo, ou Quilombo do Catucá, em referência à Mata do Catucá (Marco Zero Conteúdo, 2023).

Neste formato, o espaço transforma-se em lugar, uma dimensão afetiva e de possibilidade de transformação, assim como Santos (2001) indica que o espaço não se limita a ser um simples cenário da vida, mas constitui um espaço vivido, sendo moldado por experiências que se renovam constantemente. O que possibilita tanto a reinterpretação do passado quanto a reflexão sobre o presente e o futuro, desse modo, assemelha-se ao conceito de território para Santos (2002, p. 255-256):

O território são formas, mas o território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado. [...] São, todavia, os mesmos lugares que formam redes e que formam o espaço banal. São os mesmos lugares, os mesmos pontos, mas contendo simultaneamente funcionalidades diferentes, quicá divergentes ou opostas.

Esta noção de território, não se limita ao espaço físico geográfico, Saquet (2008, p. 90) sugere assim a importância do entendimento da territorialidade:

[...] efetiva-se em todas as nossas relações cotidianas, ou melhor, ela corresponde às nossas relações sociais cotidianas em tramas, no trabalho, na família, na rua, na praça, na igreja, no trem, na rodoviária [...] de maneira múltipla e híbrida.

Nesse sentido, habitar o território advém da própria noção de territorialização, como apontado por Virgínia Kastrup (2001) e para isso é importante explorá-lo, vivê-lo, senti-lo, ao ponto de ser dele, com e por ele. Estar no território implica estar sensível às suas questões, perceber com o corpo as transformações e as forças que atuam sobre essa dinâmica. Com isso, pode ser revelado como as pessoas e organizações coletivas se produzem e se reproduzem diante das suas condições de existência e aspectos como trabalho, moradia, alimentação, lazer, relações sociais, saúde e qualidade de vida, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (Gondim; Monken, 2009).

Sobre isso, em conversa com os coordenadores dos programas de residência da cidade e da posição da/o vivente estrangeira/o em um território, refletimos sobre as transformações no processo de formação e trabalho para o SUS em curso no Brasil. Diante de políticas como o Exame Nacional do Ensino Médio, Exame Nacional de Residência, Concurso Nacional Unificado e demais fomentos à interiorização de especialistas, notamos o resultado do deslocamento de profissionais para regiões que não são as suas de origem.

Essa lógica da formação e do trabalho, que não está centrada nos territórios, cria desafios únicos para a construção de vínculos com a população e para o entendimento das dinâmicas locais. Em contraponto, oportuniza a troca de saberes. Neste sentido, cabe a importância de que os serviços de saúde tenham em sua rotina espaços preservados para territorialização, Educação Permanente e construção de rede, estando esse serviço em qualquer ponto de complexidade.

Sobre a posição da/o estrangeira/o, percebemos movimentos importantes como tecnologias leves de cuidado, manifestadas na preocupação ao chegar em lugares que não são nossos, pedindo licença e reconhecendo que ali existem dinâmicas. É crucial entender que nosso olhar é um recorte, que possui lentes que não devem ser descartadas, mas constantemente identificadas e questionadas sobre a aplicabilidade àquela situação. Quando uma pessoa usuária chega a um serviço, ela não está sob os olhos apenas do/a trabalhador/a ou de sua equipe de referência. Deve ser vista como alguém que faz parte de uma rede de atenção

à saúde, composta por diferentes serviços que terão o dever de responder às queixas de saúde dessa/e usuária/o, familiares e comunidade.

O SUS avançou muito no que diz respeito à cidadania, com a garantia constitucional da seguridade social, ao lado da assistência e previdência social, desde a Constituição de 1988. O aporte financeiro do Sistema é assegurado¹ pelos entes federativos, que repassam recursos através dos fundos de saúde, além das instâncias permanentes de participação social e popular garantidas por lei. Sendo este último, um dos pontos prioritários do Plano Nacional de Saúde 2024-2027, que se expressa por meios das conferências e conselhos de saúde.

Ao longo do desenvolvimento da saúde pública brasileira, uma série de avanços foram conquistados, como a construção de sua ampliação e expansão a nível territorial, a criação das redes de atenção e linhas de cuidado à saúde temáticas com base nas necessidades da população brasileira. Neste sentido, construir o SUS no Brasil é um processo em andamento. Ele é contínuo. Assim, ainda há muito o que ser feito com rigor e compromisso social, além do enfrentamento às ameaças atuais ao que já foi construído.

O papel do Vivências no SUS mostra-se potente diante do contexto desafiador de desmonte do SUS, conforme aponta Paim (2019), manifesta-se pelo subfinanciamento crônico, privatização, fortalecimento da competição de mercado na saúde, precarização do trabalho e enfraquecimento dos espaços de participação social e das redes integradas. Nós atuamos em coletivo, reconhecendo nossas alianças de forma regional, adquirimos recursos intelectuais, materiais e humanos de enfrentamento às ameaças e aos interesses que se opõem ao Estado de direito e à Proteção Social.

Em espaços extensionistas e de formação no serviço nos deparamos com as dinâmicas presentes entre o trabalho prescrito e o trabalho real que, para Dejours (2005), o último diz respeito a atividade julgada e reconhecida pelo outro não apenas por sua técnica, mas por sua relevância e utilidade social em que os

¹ Esse financiamento foi apontado em 2015 pela Instituição Fiscal Independente (IFI) do Senado Federal no estudo Cenários de longo prazo para a necessidade de financiamento da saúde (2025-2070) enquanto um subfinanciamento crônico, que para garantia da ampliação do acesso, na eficácia e na qualidade, teria que elevar o gasto em saúde dos estimados atuais 9,1% do PIB para 19,0%.

limites do saber e conhecimento se chocam com os protocolos e técnicas do trabalho. Participar das vivências foi uma oportunidade formativa que dialogou com o acúmulo normativo-político do SUS e a observação da execução desses nos serviços dos diferentes pontos de atenção das redes de saúde.

Ao longo de uma formação crítica e uma visão de saúde que vai além da cura de doenças, profissionais e usuárias/os do SUS muitas vezes se deparam com gestão e manejos clínicos, cujos interesses não se alinham aos princípios e às prerrogativas do sistema público de saúde brasileiro. Essa dissonância pode gerar angústia nas/os estudantes, residentes e trabalhadoras/es, compartilhada em rodas de conversa nas vivências, que observam uma grande distância entre o acúmulo teórico sobre a construção das políticas públicas e o fazer na prática cotidiana das instituições.

Com a entrada da lógica liberal e as brechas constitucionais para o mercado privado na saúde pública, há um interesse por trás do enfraquecimento dos serviços públicos, em detrimento do discurso da gestão privada ser mais eficiente, além da escassez de trabalhadoras/es contratados. Esses e outros problemas enfrentados nos serviços de saúde resultam na fragilização da qualidade do cuidado às pessoas usuárias do SUS. Essa angústia, nomeada entre as/os viventes no encontro do Vivências no SUS em Recife (PE), pode ser entendida como parte de um sofrimento ético-político que resulta da desigualdade social. A autora Bader Sawaia (1999) descreve esse sofrimento da seguinte forma:

O sofrimento ético-político retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade. Ele revela a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social, da negação imposta socialmente às possibilidades da maioria apropriar-se da produção material, cultural e social de sua época, de se movimentar no espaço público e de expressar desejo e afeto.

O sofrimento nomeado por Sawaia (1999) atravessou as vivências, não como uma abstração conceitual, mas como experiência sentida nos corpos e nos encontros produzidos nos serviços visitados. Tal sofrimento emergiu, por exemplo, nos relatos compartilhados por residentes durante os momentos de troca, especialmente ao refletirem sobre o devir de suas atuações na assistência e sobre as relações de trabalho marcadas pela precarização dos vínculos contratuais, que colocam em xeque a efetivação dos preceitos éticos e o projeto de saúde preconizado pela saúde pública brasileira.

Nesse sentido, ao longo da imersão, foi possível perceber que as queixas presentes nos relatos de usuáries/os, profissionais em formação e trabalhadoras/es da saúde não se tratavam apenas de experiências individuais, mas expressavam também dimensões coletivas do sofrimento, relacionadas a aspectos políticos, sociais, ideológicos e orçamentários que historicamente orientam a conformação das políticas públicas de saúde desde sua criação.

Assim, afetos são produzidos na relação do cuidado em saúde, entre eles um sofrimento que não se encerra no corpo biológico, mas que é engendrado nas relações sociais e políticas que sustentam a desigualdade no acesso a uma saúde de qualidade. Trata-se de um sofrimento que compromete as possibilidades de existência, desejo e cuidado compartilhado, uma vez que extrapola as manifestações físicas do adoecimento e se vincula diretamente às relações de força e poder no trabalho em saúde, mutilando a vida e o trabalho de diferentes formas nas dinâmicas institucionais e estruturais do SUS.

Ademais, Sawaia aponta os efeitos do desencarne e da solidão quando a condução das políticas públicas é centrada no próprio “eu” e se operam manobras de afastamento das questões sociais. Nessa perspectiva, ao nos interrogarmos coletivamente sobre o sofrimento do cotidiano, como vivenciado no Programa, criamos alternativas para o resgate de uma subjetividade capturada por interesses econômicos e políticos de extermínio, exclusão e injustiça (Sawaia, 2010). O agrupamento político, voltado à problematização dos desafios da saúde pública, ao compartilhamento de boas práticas e à

discussão das tecnologias de cuidado em curso, constitui-se como uma forma de enfrentamento que abre caminhos para a conquista da “felicidade pública”, manifestada quando se ultrapassam o individualismo e o corporativismo, reafirmando nossa humanidade.

Dialogando sobre os saberes ancestrais e históricos no contexto do Vivências no SUS

No trecho inicial da música “Monólogo Ao Pé De Ouvido” do recifense Chico Science (1994) é dita uma frase que repercute em várias dimensões: “Modernizar o passado/ É uma evolução musical”. Assim como na música, na cultura Iorubá, existe um itan (lenda/conto/história) sobre Exu, um orixá que é responsável pela movimentação e equilíbrio do mundo, que diz o seguinte: “Exu matou um pássaro ontem com uma pedra que só jogou hoje” (D’Amato, 2018). Esse itan nos leva a interpretar as infinitas possibilidades de como Exú foi capaz de realizar tal ação. Para entendermos como isso foi e é capaz, precisamos então contrapor a dicotomização acerca da natureza do tempo; o passado, o presente e o futuro estão interconectados, e é nesse espaço de possibilidades que podemos trazer as reflexões para o lugar do coletivo para realizarmos os diálogos.

Ao buscarmos compreender as expressões que se apresentam em nosso cotidiano, procuramos, assim, não apenas sua resolutividade, mas também entender o que as antecede e o que as faz chegar a esse lugar. Ao irmos em busca das ferramentas para o nosso futuro, não nos referimos às ferramentas pertencentes às tecnologias duras, mas às tecnologias leves, conforme Merhy (1998): a comunicação e o vínculo, o trabalho vivo em ato e a produção do acolhimento. O que seria mais característico dos trabalhos realizados por Exú, senão esses?

Quando nos prendemos ao literal, esquecemos assim do traquejo e das possibilidades de interpretação. Ao matar um pássaro ontem com uma

pedra que só jogou hoje, Exu transgride a lógica comum e vai em busca do que precisa ser resgatado; o conhecimento para a vida, a compreensão para o nosso presente e a ferramenta para o nosso futuro. Durante nossas vidas, atravessamos e somos atravessadas/os por itans, caminhos e encruzilhadas, ebós e quizilas, e Orixás, falangeiros e eguns. O que será que foi alcançado ontem com as reflexões que iniciamos aqui? A partir dos questionamentos realizados no Vivências no SUS, Recife-PE, podemos então nos questionar o que queremos (des)construir para um SUS equitativo.

Pensar sobre o que queremos (des)construir para um SUS equitativo exige o exercício de olharmos para trás e resgatarmos a história, seja a do SUS, do território em que nos inserimos e que está posto e a das pessoas que (sobre) vivem nele. Traz-se a importância de conhecermos a história do lugar em que estamos pisando para conseguirmos compreender o contexto que existe ali antes mesmo de nós existirmos. Ao buscarmos essa informação, podemos assim nos inserir no espaço, no tempo, na cultura e na história, e também abriremos espaço em nós para que eles nos atravessem, mesmo que ao estar nele não tenhamos as mesmas experiências e perspectivas que as pessoas que nele habitam e (sobre)vivem.

O processo de tornar o SUS equitativo só é possível indo além da garantia de acesso universal; sendo a equidade um dos seus princípios. Para tal, é preciso que ocorra o reconhecimento dos marcadores sociais da diferença e dos determinantes sociais de saúde das populações historicamente vulnerabilizadas. Essa ação só se faz fortalecendo a Atenção Primária à Saúde, qualificando a Estratégia Saúde da Família (ESF) com equipes multiprofissionais (eMulti) completas, conforme pôde ser visto na visita a um serviço de referência de tratamento ao alcoolismo, em Recife (PE).

Neste espaço, visualizamos como cada pessoa é vista e escutada ativamente e de forma humanizada, buscando compreender as diferenças individuais e alcançar as boas práticas que são fundamentais para a equidade em saúde. Ao ofertar, por exemplo, o serviço de alojamento 24h

nas modalidades masculino, misto e com quartos exclusivos para mulheres cis, trans e/ou travestis, o que contribui para o bem-estar e a dignidade das usuárias do dispositivo.

Ao trazermos essa discussão para a realidade de Alagoas, a Associação Nacional de Travestis e Transexuais afirma que o estado ocupou o 8º lugar no ranking dos estados brasileiros e o 4º entre os estados da Região Nordeste com mais casos de transfeminicídio no ano de 2024 (Benevides, 2025). Isso marca a importância não só da existência de dispositivos de saúde, mas como os serviços podem lançar mão da articulação das redes intersetoriais de suporte para tornar equitativos os modos de vida, a garantia de políticas específicas de assistência e seguridade social para grupos e populações historicamente excluídas.

A (des)construção, objeto do processo aqui apresentado, não busca se colocar de forma antagônica ao processo de construir, nem como sinônimo de destruir ou de oferecer respostas sobre como podemos (des)construir um SUS mais equitativo, mas, assim como Exu, busca equilibrar forças, tensionar contradições e conflitos, e abrir encruzilhadas para novas possibilidades. Assim como a pedra que é lançada hoje não se torna suficiente por si só, pois os acertos e desacertos de ontem continuam reverberando no cotidiano da saúde pública, (des)construir significa revisitar no dia a dia as práticas, as políticas e os modos de cuidado, resgatando as ferramentas que já nos serviram e transformando aquelas que já não dão conta das complexidades da vida.

Discussão sobre a imersão no território: pertencimento e integralidade do cuidado

Da mesma forma em que foi apresentado o histórico de diversas políticas e programas constituintes do SUS, sobretudo do Vivências no SUS, um dos produtos dessa experiência foi o despertar para a importância do aprofundamento sobre os aspectos históricos, sociais e políticos da saúde no território em que

atuamos, no estado de Alagoas. Queremos conhecer as/os profissionais dos diversos pontos de atenção da rede, a história da saúde pública no estado e os motivos por trás das práticas atuais institucionalizadas. Além disso, a vivência aproxima a/o estudante da realidade do SUS, amplia seu olhar em relação à organização do sistema de saúde, seus problemas, desafios e potencialidades a partir do relato da imersão no Programa Nacional de Vivências no SUS.

Esse movimento ativador de mudanças na formação ajuda a compreender como chegamos à atual configuração de saúde pública, das lutas e organizações sociais presentes que impulsionam as transformações comunitárias. Debruçar-nos sobre o território, assim como vivenciamos em Recife (PE), envolve estar em contato com diferentes agentes e serviços promotores de saúde, que a partir dos princípios fundamentais e diretrizes alicerçadas pela universalidade, integralidade e participação social e em uma organização descentralizada, hierarquizada e regionalizada é desafiador. Sobretudo, quando reconhecemos que também existem agentes importantes que ainda não são vistos como atrizes e atores de relevância social no processo de cuidado.

Durante as visitas aos territórios de Recife (PE), percebeu-se a urgência de fortalecer as organizações populares e integrá-las à formação em saúde em Alagoas. No Núcleo de Base DIA (Diversidade, Inclusão e Acessibilidade), identificou-se um potencial transformador em um dos movimentos sociais que visitamos, liderado majoritariamente por mulheres negras. Elas orientavam vítimas de violência doméstica, abuso sexual e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), além de promover atividades educativas com incentivos à autonomia financeira, prevenção de doenças e promoção de saúde. Entretanto, nas discussões, constatou-se que o desmonte do SUS prejudicou seu financiamento, limitando palestras e recursos. Ainda assim, a resistência do grupo evidencia a força dos movimentos sociais, especialmente para mulheres negras, as mais impactadas pela desestruturação social. Essa experiência reforçou, na prática, como a participação popular é a linha de frente no cuidado dessas comunidades.

Do mesmo modo, em Alagoas existe o Centro de Formação e Inclusão Social INAE², organização construída pela própria comunidade, que têm cerca de 42 mil habitantes, interessada em valorizar a cultura afro-brasileira, oportunizar formação, oferta e articulação com serviços de saúde. Essa organização comunitária, desde 2023, constrói pontes com a Universidade Federal de Alagoas para consolidar ações integradas com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Nesse sentido, a organização atua de forma interdisciplinar, integrando assistência em saúde, apoio psicossocial, ações jurídicas e atividades de educação em saúde. Também oferta consultas e realizam exames laboratoriais, além de encaminhamentos para especialidades no Hospital Universitário Prof. Arnaldo Antunes em Maceió. Ademais, são ofertados orientação jurídica e atendimentos psicológicos individuais e coletivos para pessoas em situação de violência, racismo e intolerância. Além disso, campanhas de testagem rápida de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), palestras educativas e participação em eventos comunitários, como o Dia da Consciência Negra na Serra da Barriga³. Assim, temos um ganho significativo na articulação da rede enquanto pessoas em formação atuantes em um território vivo e um ganho substancial das demandas mapeadas.

Quais pontes preciso construir na defesa por uma sociedade inclusiva, plural e democrática?

A vivência oportuniza a formação de uma visão ampliada do conceito de saúde, estabelecendo a articulação entre Educação Permanente em Saúde, Quadrilátero da Formação, Aprendizagem Significativa, Interdisciplinaridade,

2 INAE – INSTITUTO NACIONAL DE APOIO E EDUCAÇÃO. Disponível em: <https://onginae.com.br/>. Acesso em: 29 set. 2025.

3 Serra da Barriga é a região alagoana onde se localiza o Parque Memorial Quilombo dos Palmares, local tombado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan) em 1985, que recria o ambiente da República dos Palmares – o maior, mais duradouro e mais organizado quilombo já implantado nas Américas.

Redes de Atenção à Saúde, Movimentos Sociais, Questões de Gênero, Raça e Sexualidade, abordagens das populações e suas diversidades culturais em saúde. Na vivência foi utilizada a Pedagogia Problematicadora, discutindo a experimentação de novas aprendizagens a partir do cotidiano do trabalho e da realidade dos serviços de saúde.

Como resultado, o Vivências no SUS despertou a necessidade de fortalecer o protagonismo político no contexto do controle social em Alagoas, encurtando a distância entre o meio acadêmico e a comunidade. Por meio de debates, encontros e trocas de experiências com a população, os grupos de estudantes puderam vivenciar, na prática, a necessidade de garantir a concretização das políticas de saúde e compreender o potencial do espaço popular na garantia de direitos. Sendo essa uma das formas mais avançadas de democracia, pois determina uma nova relação entre o Estado e a sociedade, de maneira que as decisões sobre as ações na saúde deverão ser negociadas com as comunidades (Rolim; Cruz; Sampaio, 2013).

(Re)conhecendo as lutas e movimentos sociais que impulsionam as transformações comunitárias

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi um movimento social e político iniciado na década de 1970, ainda durante a ditadura militar, e que ganhou força na década seguinte, tendo como marco histórico a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (Paiva; Teixeira, 2014). Seu principal fruto foi a criação de um sistema público de saúde, descentralizado e reconhecido como direito da cidadania, estabelecido na Constituição Federal de 1988. A partir de então, o SUS, regulamentado pela Lei n. 8.080/1990, passou a materializar o princípio de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, estruturando-se sobre três pilares fundamentais: universalidade, equidade e integralidade.

Em Alagoas, compreende-se que o processo histórico de enfraquecimento do conhecimento político entre a juventude do Estado tem múltiplas determinações ao longo da história alagoana – fomentado, sobretudo, pelo setor produtivo canavieiro comandado pelas elites conservadoras. Esse processo, que percorreu desde a separação de Pernambuco até a Ditadura Militar, enfraqueceu as mobilizações sociais e fragilizou o entendimento sobre políticas públicas, especialmente as de saúde, e seu papel no cuidado das comunidades. Efetivamente, com a consolidação desse setor produtivo, a classe empresarial da agroindústria canavieira ocupa o proscênio não apenas da vida econômica, mas também da vida social, intelectual e política do estado, exercendo um imenso controle sobre a estrutura estatal em Alagoas (Costa, 2011, p. 2).

Nesse contexto, participar do Vivências no SUS significa revisitar cotidianamente esse histórico de lutas e conquistas. Mais do que isso, provoca estudantes e residentes a refletirem e reconhecerem que a Reforma Sanitária, muitas vezes percebida no ambiente acadêmico como um processo distante ou encerrado no passado, continua viva e em permanente construção. Cada atividade proposta, território experienciado e vivência singular tornam-se convites à reflexão. Do mesmo modo, as trocas entre participantes revelam percepções distintas que convergem em um propósito comum: compreender como fortalecer o presente e projetar o futuro do SUS.

É importante destacar que o contexto atual é distinto daquele da década de 1970, hoje, o desafio da Reforma não é criar um sistema, mas fortalecer o que já existe, ampliando acesso, efetividade e resolutividade. Portanto, proporcionar às/aos estudantes e residentes experiências como essa não apenas enriquece sua formação profissional, mas também os engaja como agentes ativos na construção e aprimoramento contínuo do SUS, um sistema que, por sua própria natureza, exige constante renovação e novas contribuições.

Consequentemente, é necessário estimular a inserção das/os estudantes e residentes nos espaços de atuação e reivindicação de direitos, como no Movimento Estudantil e em outros movimentos sociais e provocá-las/os ao

compromisso ético-político nos processos de transformação do setor saúde, refletindo acerca do seu papel enquanto agente construtor e modificador das práticas sociais. Assim como, referenciar as práticas pedagógicas e as lutas sociais do campo da saúde e de populações historicamente excluídas para a construção da hegemonia de um projeto de sociedade incluyente, democrática e plural.

Assim, o que queremos (des)construir para um SUS equitativo? Com base nisso, pergunta-se: como vivenciar o SUS ajudará as/os estudantes a terem mais protagonismo político em Alagoas? E como direcionar, com objetivos claros, a proteção ao SUS que permeia e cuida de quem está na base da desestruturação em momentos de crise?

O Vivências no SUS despertou muitos questionamentos, mas possibilitou, com tanta diversidade de estudantes e professoras/es, que os pensamentos frutifiquem e que o fortalecimento coletivo as/os possibilite a pensar em caminhos de dar continuidade ao trabalho árduo que foi iniciado por tantas/os, como o/a professor/a Itamar Lages e Heloisa Campos. Diante disso, estimular a participação social no SUS aviva o debate político para além de coligações partidárias; insere as pessoas ativamente na política cotidiana, que afeta seus territórios, demonstrando na prática que saúde é política e que entender e estimular as comunidades é uma forma de garantir a efetivação de diversos direitos conquistados.

Considerações finais

As pessoas com quem compartilhamos estes dias dialogam com a nossa história, a qual se inscreve nas delas/es. Seguindo, o relato não é individual: é corpo, é território, é afeto e memória, é vivência que se transforma em escrita, que se transforma em vida. Iniciamos o percurso rumo ao Vivências no SUS com a potência do sonho de vivê-lo desde as nossas cartas de apresentação. Imersas/os em uma semana de aprendizados, sentimos a chama do sonho por esse projeto revolucionário de saúde pública ainda mais forte, fervilhando e nos fazendo lembrar

do caminho até aqui, inteiramente construído para e no SUS, fruto que somos das políticas públicas indutoras e da integração ensino-serviço-comunidade.

A partir de debates ricos e mobilizadores sobre o panorama histórico da política de saúde no Brasil, sentimos esse encontro como um chamado à responsabilidade e ao compromisso ético-político com a continuidade da Reforma Sanitária. Compreendemos que honrar esse legado ancestral em defesa do SUS é pensar criticamente o nosso tempo e assumir um compromisso inegociável com a democracia. Cheias/os de vitalidade, energizadas/os pelo afeto entre pares e por discussões que contribuíram para a nossa formação enquanto agentes da reforma sanitária, refletimos e vivenciamos desde essa base ético-política-afetiva que é alicerce da luta pelo direito à saúde.

Fomos munidas/os com referências técnicas e científicas e com espaços inspiradores, que despertaram a consciência de que é preciso acreditar no pertencimento coletivo para enfrentar os desafios atuais e nos organizarmos politicamente. Fomos também tocadas/os em um lugar muito afetivo quando a professora Heloísa relembrou a frase de Guimarães Rosa para fazer uma releitura, dizendo que “o que o SUS quer da gente é coragem”. Em tempos neoliberais, com a ascensão do neofascismo, é preciso assumir a luta pelo direito à saúde pública universal e de qualidade, sobretudo, como um projeto de vida.

Em meio a tantos encontros emocionantes, a frase da Profa. Dra. Mauricéia Santana, ecoou como um desafio: “Ocupar a ciência é uma responsabilidade muito maior quando se é favelado”. Essa foi a chave para entender nosso papel na ciência: o de ampliar as possibilidades para as/os nossas/os, ocupando o lugar da produção de conhecimento, com a valoração dos diferentes saberes para contribuir com uma sociedade mais justa e democrática. Aproximando a academia para onde o conhecimento e a saúde quase nunca chegavam. Com isso, nós nos transformamos e, ao mesmo tempo, transformamos quem veio antes de nós. É assim que potencializamos o futuro das próximas gerações: fortalecendo a nós mesmas/os e desfazendo a estrutura que insiste em nos desumanizar.

Ao “mobilizar corações e mentes para a defesa e o fortalecimento da saúde e do SUS”⁴, o Programa registrou em cada um/a de nós a ativação crítica-reflexiva a qual se propõe, pelas discussões que nos inquietaram, as trocas com pares que nos foram esperança para dar continuidade a um SUS que atua em defesa da vida nos caminhos percorridos nos territórios e nos que ainda iremos percorrer juntas/os. Daqui, seguimos marcadas/os pela (re)afirmação do compromisso ético-político com o direito à saúde e a multiplicação de vivências locais, na certeza de que o SUS se (re)constrói e se (re)faz todos os dias nessa disputa frente ao saber-poder hegemônico pelo objetivo de mudar a realidade do povo brasileiro.

Referências

- BENEVIDES, B. G. **Dossiê**: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2024. Brasília, DF: Distrito Drag; ANTRA, 2025. Disponível em: <https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2025/01/dossie-antra-2025.pdf>. Acesso em: 20 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 6.098, de 16 de dezembro de 2024. Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, n. 1, p. 480, 18 dez. 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-6.098-de-16-de-dezembro-de-2024-602613067>. Acesso em: 19 jan. 2026.
- CHICO SCIENCE - TOPIC. Monólogo ao Pé do Ouvido (Vinheta) / Banditismo por uma Questão de Classe (Vinheta). Chico Science. YouTube, 1994. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=AkePvxvbrUw&list=RDAkePvxvbrUw&start_radio=1. Acesso em: 29 set. 2025.
- COSTA, R. J. Repressão e resistência dos movimentos sociais em Alagoas (1961-1964). **Revista Crítica Histórica**, Maceió, ano II, n. 4, p. 234-247, dez. 2011.
- D'AMATO, A. **Encruzilhadas**. [S. l.], 2018. Disponível em: <https://andreadamato.com.br/encruzilhadas/>. Acesso em: 2 set. 2025.
- DEJOURS, C. **O fator humano**. 5. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.
- EVARISTO, C. **Poemas da recordação e outros movimentos**. Belo Horizonte: Nadyala, 2008.
- GONDIM, G. M. de M.; MONKEN, M. Territorialização em saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <https://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>. Acesso em: 26 set. 2025.

⁴ Frase que consta no site da Rede Unida, como lema que apresenta o VER-SUS Brasil. Disponível em: <https://www.redeunida.org.br/en/versus/menu/apresentacao/>.

GUIA NEGRO. Guia Negro entrevista: Rico Dalasam. YouTube, 2023. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=0LHqzgWHv_o&t=26s. Acesso em: 7 ago. 2025.

KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. **Psicologia em Estudo**, v. 6, n. 1, p. 17-25, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/NTNFsBzXts5GHp4Zk8sBbyF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 set. 2025.

MARCO ZERO CONTEÚDO. **Conheça a história e a luta de Catucá, o maior quilombo de Pernambuco**. Pernambuco, 2023. Disponível em: <https://marcozero.org/conheca-a-historia-e-a-luta-de-catuca-o-maior-quilombo-de-pernambuco/>. Acesso em: 28 set. 2025.

MARIOTO, D. M. da S.; ROCHA, M. G. de L. Projeto “VER-SUS”: a influência de vivências no Sistema Único de Saúde na formação discente. **CPAH Science Journal of Health**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. e162, 2024.

MERHY, E. E. *et al.* 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**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe 5, p. 15-28, 2019.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15-36, 2014.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, M. O retorno do território. In: **Território: globalização e fragmentação**. São Paulo: HUCITEC/Annablume, 2002.

SAQUET, M. A.; SPOSITO, E. S. **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. 1. ed. São Paulo, 2008. Disponível em: <https://docs.fct.unesp.br/docentes/geo/bernardo/BIBLIOGRAFIA%20DISCIPLINAS%20POS-GRADUACAO/TIPOLOGIA%20DE%20TERRITORIOS/LIVRO%20SAQUET%20E%20SPOSITO.pdf>. Acesso em: 29 set. 2025.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. (org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. p. 119-127.

SINDICATO DOS TRABALHADORES PÚBLICOS FEDERAIS EM SAÚDE E PREVIDÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DE PERNAMBUCO. **Nossa história**. Recife, 2025. Disponível em: <https://www.sindsprev.org.br/site/sindicato/historia>. Acesso em: 30 jun. 2025.

SOUSA, F. S. de; RÊGO, J. B. dos S. Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde na formação em Odontologia: relato de experiência. **Revista da ABENO**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 1636, 2022.

DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA PSICOLOGIA HUMANIZADA E TERRITORIALIZADA NO SUS AMAZÔNICO

**Ana Carolina Moraes
Ana Paula Amaral Pequeno**

Este manuscrito é um ensaio estilo revisão narrativa que surge a partir da vivência no Sistema Único de Saúde (SUS) realizada em Belém (PA) em maio de 2025, que nos gerou uma reflexão ao observar a realidade diferente daquela que nos é ensinada na graduação, por focar em modelos urbanocêntricos e hospitalocêntricos. Assim, compreendemos mais profundamente a necessidade de defender que a Psicologia no SUS, na Amazônia, deve ser humanizada, centrada na subjetividade e nos direitos humanos, e territorializada, ancorada nas especificidades do território em que se faz presente, com base na transdisciplinaridade, entendida como a “articulação de diversos saberes, quer sejam eles científicos ou não, rompendo-se com a hierarquização da ciência no topo do conhecimento” (Conselho Federal de Psicologia, 2024, p. 95), a qual é, em si, também transcultural, por meio da compreensão do contexto amazônico e da inclusão, no trabalho do SUS, de parteiras, erveiras, benzedadeiras e líderes comunitários das regiões atendidas.

Esses agentes nos foram apresentados durante a vivência, quando visitamos a Associação de Mulheres Extrativistas do Combu (AME), que nos

falaram sobre o processo da extração da andiroba, seus benefícios para a saúde e para a manutenção dos saberes comunitários daquela comunidade; quando fomos à Unidade Básica de Saúde do quilombo Sucuriçuquara e uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) nos mostrou como a sua comunicação com a população local é feita a partir dos conhecimentos e necessidade deles, nos apresentando um casal de irmãos que possuem saberes sobre ervas que ajudam no tratamento de dores e as usam para auxiliar a própria família e vizinhos que os procuram. Esses exemplos foram essenciais para o início de uma reflexão sobre a urgência de uma construção de uma psicologia sensível ao território em que atua, especificamente na Amazônia.

A Amazônia brasileira, com sua vasta extensão territorial e diversidade étnico-cultural, impõe desafios únicos à implementação de políticas públicas em saúde mental reconhecidos nas metas 1, 2 e 3 impostas pelo Plano Nacional de Saúde 2024-2027: “Ampliar a cobertura populacional estimada da Atenção Primária à Saúde (APS)” ; “Ampliar o número de equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde” e “Implantar Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde” respectivamente. Portanto, enquanto o Sistema Único de Saúde preconiza a universalidade e a equidade, a realidade amazônica exige adaptações criativas e sensíveis às dinâmicas locais.

O conceito de saúde na Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) diz que a “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Mesmo que esse seja um conceito utópico e inalcançável (Segre; Ferraz, 1997), enfatiza-se a importância de diversas áreas para a ideia de saúde, e não só o viés biológico. Apesar de a Lei n. 8080/1990, a qual rege o SUS, expresse que “dizem respeito também à saúde as ações que [...] se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”, há a desvalorização da saúde mental na efetivação das políticas públicas, o que resulta em baixa remuneração para as psicólogas e, muitas vezes, em uma profissional por unidade, sobrecarregando

a psicóloga que não consegue atender toda a população que deve ser assistida por aquela localidade.

Ainda, temos a diferença do que é ensinado dentro das universidades de psicologia e como a psicóloga deve atuar na Atenção Básica. Sobre essa lacuna na profissionalização, Roberto da Matta (1978, p. 3) destaca que:

Esses são os chamados aspectos “românticos” da disciplina, quando o pesquisador se vê obrigado a atuar como médico, cozinheiro, contador de histórias, mediador entre índios e funcionários da FUNAI, viajante, solitário e até palhaço, lançando mão destes vários e insuspeitados papéis para poder bem realizar as rotinas que infalivelmente aprendeu na escola graduada.

Com o nascimento do SUS em 1988, surge também uma nova área de atuação para as psicólogas, entretanto, a inserção na saúde pública se fez reproduzindo o modelo clínico tradicional, que reforça a dicotomia indivíduo-sociedade e se fundamenta em uma lógica de neutralidade da ciência (Mello; Teo, 2019). Nos é dito que devemos ser procuradas, devemos esperar a demanda chegar, já na saúde básica, nosso conceito de clínica é ampliado, nos levando a pensar na promoção e prevenção em saúde. Assim, “a postura da psicóloga passa a ser de quem se interessa e busca ativamente levar seu saber a fim de qualificar a construção dos casos” (Conselho Federal de Psicologia, 2019, p. 35).

Quando nos voltamos para o processo de desinstitucionalização da loucura no Brasil é necessário enfatizarmos a Lei n. 10.216/2001, chamada Lei de Reforma Psiquiátrica, criada para mudar o modelo de tratamento em saúde mental no Brasil, substituindo os manicômios por uma abordagem mais humana e comunitária. Seus principais objetivos são: garantir direitos às pessoas com transtornos mentais, como tratamento digno e consentimento informado; acabar com os manicômios, reduzindo internações prolongadas e incentivando serviços abertos; criar serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e residências terapêuticas; regular internações compulsórias, permitindo-

as apenas em casos graves e com fiscalização. A lei busca inclusão social e um tratamento mais humano, alinhado aos princípios do SUS.

Então, a Psicologia tem um papel fundamental na desmedicalização da vida, no acolhimento humanizado e na construção de uma saúde integral, entendendo o sujeito em seu contexto social, político e cultural. Silvia Lane (2001) argumenta que a psicologia, quando descolada de uma análise crítica do contexto social, tende a individualizar problemas que são, na verdade, coletivos e históricos.

Segundo Lane, essa abordagem desconsidera as condições sociais, históricas e afetivas que influenciam o sofrimento psíquico, especialmente em contexto de vulnerabilidades. Ela salienta que a psicologia deve reconhecer o sujeito como um ser histórico e social, cujas experiências são moldadas pelas estruturas sociais em que está inserido (Lane, 2001). Partindo disso, é necessário destacar que a ciência psicológica não deve servir como ferramenta de normatização, mas sim como instrumento de empoderamento e transformação, garantindo que a saúde mental seja um direito de todos, não um privilégio.

Portanto, a Psicologia no SUS Amazônico é essencial para proporcionar uma formação adequada na saúde mental e atenção psicossocial humanizada, entendendo as especificidades do território amazônico, tanto da região central-metropolitana, quanto de cidades interioranas, observando a falta de contextualização das práticas para serem adaptadas às necessidades das nossas populações, entendendo o seu território, cultura e crenças.

A Amazônia como território de diversidade e desafios

A Região Norte do Brasil é a mais extensa, com 3.853.575,6 km², correspondendo a 45% do território brasileiro, segundo dados do IBGE. Também concentra a maior biodiversidade, em razão da Floresta Amazônica e dos vários rios de grande extensão que cortam o território, como o rio

Amazonas, o maior rio do mundo em volume de água, segundo a Agência Nacional de Águas (ANA). Nesse contexto, há desafios para a atuação do SUS na região, em razão da extensão territorial e da dificuldade de acesso às populações das florestas, dos campos e das águas.

O território abriga diversas populações tradicionais, como indígenas (cerca de 433 mil), quilombolas (estima-se 130 mil) e ribeirinhos (entre dois e três milhões), que vivem em estreita relação com florestas, rios e campos. O crescimento desenfreado dos garimpos, do agronegócio e do desmatamento, bem como a disputa pela autorização para explorar petróleo na Bacia da Foz do Amazonas, sobre a qual o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis já emitiu nota alegando que “não há elementos que subsidiem uma manifestação favorável à licença” (IBAMA, 2025), causa um profundo sofrimento, muitas vezes invisibilizado pela sociedade, a esses povos.

Ademais, ainda há a recente aprovação na Câmara dos Deputados, durante a madrugada de 17 de julho de 2025, da PL n. 2.159/2021 ou “PL da Devastação” que “estabelece normas gerais para o licenciamento de atividade ou de empreendimento utilizador de recursos ambientais, efetiva ou potencialmente poluidor ou capaz de causar degradação do meio ambiente” (Senado Federal, 2021), ou seja, flexibiliza as leis ambientais em prol do desenvolvimento econômico, esquecendo a ligação dos povos tradicionais com a terra e seu território, relação de pertencimento a ele e não de propriedade como a sociedade ocidentalizada possui (Conselho Federal de Psicologia, 2024).

Outro ponto relevante é o conflito entre o que significa ser das populações indígenas, quilombolas e ribeirinhas, interpretado por pessoas e instituições externas a essa vivência, e o que é dito por eles mesmos. Pois os brasileiros possuem uma representação social caricata, neocolonizadora e preconceituosa desses povos (Conselho Federal de Psicologia, 2024), que os oprime e diminui por meio de um discurso que, por vezes, os retrata de forma naturalista e ingênua, transmitindo a ideia de necessidade de tutela, e não de proteção e cuidado que o Estado deve assegurar a toda a população brasileira, promovendo equidade. Em

outras ocasiões, esses povos são apresentados como impedimentos à evolução da nação, em uma perspectiva resultante da ideologia neoliberal, devastadora da vida humana e não humana, sem limites éticos.

A Psicologia também é atravessada por essa perspectiva e vem caminhando em um processo de desconstrução dela, saindo, como explicita Santos (2010), do ideário positivista propagado pela Revolução Científica do século XVII, que tomou a física e o método científico eurocêntrico como modelo de ciência, fazendo com que tudo o que não se enquadrava no critério do mensurável e do objetivo fosse descredibilizado, e avançando para a construção de uma profissão que compreenda a necessidade de transdisciplinaridade e transculturalidade, para que sua atuação possa promover o bem-estar de populações invalidadas e invisibilizadas.

Logo, o exercício da Psicologia dentro do SUS amazônico apresenta desafios para a efetivação da articulação entre os saberes científicos e tradicionais, rompendo com a hierarquização da ciência. Porém, também há, como nos foi mostrado durante a vivência no SUS, um grande campo de possibilidades voltado à circularidade de saberes que dialogam e se complementam, compreendendo a realidade sócio-histórica-cultural-espiritual de cada indivíduo, fugindo e criticando a atuação de um suposto saber superior colonizador, e escutando, acolhendo e validando as necessidades, a cultura e os modelos de cuidado dos habitantes das águas, das florestas e dos campos.

Territorialização da prática psicológica

O conceito de território na saúde mental vai muito além de uma simples delimitação geográfica (Furtado *et al.*, 2016). Ele abrange relações de poder, identidades culturais, saberes tradicionais e dinâmicas sociais que moldam as práticas de cuidado. Enquanto a Reforma Psiquiátrica brasileira trouxe o território como um princípio fundamental para a desinstitucionalização, sua

aplicação muitas vezes se limitou a uma noção funcional, reduzindo-o à área de cobertura dos serviços de saúde (Furtado *et al.*, 2016). Por outro lado, em contextos como a Amazônia, o território se revela como um espaço vivo, onde saúde e cultura se entrelaçam de forma inseparável (Conselho Federal de Psicologia, 2024; Bispo dos Santos, 2023).

Na Amazônia, o território não é apenas um cenário, mas um elemento constitutivo da vida e da saúde das comunidades ribeirinhas, indígenas e quilombolas. O rio, por exemplo, não é apenas uma via de transporte, mas um eixo que estrutura modos de vida, rituais de cura e relações comunitárias (Krenak, 2022). Ignorar essa dimensão simbólica significa reproduzir uma violência epistêmica, impondo modelos urbanocêntricos e hospitalocêntricos que desconhecem as dinâmicas locais (Santos, 2010). Essa crítica ecoa os achados de Furtado *et al.* (2016), que apontam como a noção de território na saúde mental brasileira frequentemente negligência, conflitos e disputas, tratando-o como um espaço neutro e administrável.

A Reforma Psiquiátrica, inspirada no movimento italiano de desinstitucionalização, propôs substituir o hospital psiquiátrico por serviços territoriais, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No entanto, como alertam Furtado *et al.* (2016), há um risco de transinstitucionalização, em que a saída do manicômio não necessariamente leva à emancipação, mas à transferência da tutela para serviços comunitários que, por vezes, reproduzem lógicas de controle.

Para superar as limitações de um modelo clínico centralizado e desterritorializado, é fundamental adotar uma prática psicológica ancorada no território, que estabeleça um diálogo profundo com os saberes locais e compreenda a saúde mental como um fenômeno intrinsecamente coletivo e contextualizado. Essa abordagem exige, antes de tudo, um compromisso sólido com a interdisciplinaridade e o diálogo de saberes, o que significa trabalhar em parceria efetiva com agentes comunitários, pajés, parteiras e lideranças locais, reconhecendo e valorizando os conhecimentos tradicionais que historicamente têm sustentado essas comunidades (Conselho Federal de Psicologia, 2024).

Essa não é uma mera estratégia operacional, mas uma postura ética e política que desloca a psicóloga de uma posição de detentor do saber para a de mediador e aprendiz, implicando necessariamente uma escuta ativa e horizontalizada. Trata-se de abandonar a imposição de teorias e modelos prontos, muitas vezes gerados em contextos distantes e culturalmente desconexos, para coconstruir, a partir das necessidades e realidades expressas pelas próprias comunidades, estratégias de cuidado que façam sentido em seus universos simbólicos e materiais, um princípio já em prática em experiências inovadoras como as das Unidades Básicas de Saúde Fluviais e das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (Plano Nacional de Saúde 2024-2027).

A Estratégia Saúde da Família é o modelo de Atenção Primária utilizado pelo Brasil desde 1994, visando uma organização dos serviços em redes de saúde, integrando os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde por meio das Unidades de Saúde da Família, a porta de entrada do sistema, como reguladoras do cuidado (Rezegue, 2018). Entretanto, quando passamos a discutir a sua implementação no contexto amazônico, devemos lembrar que entre 2003 e 2005, o Ministério da Saúde buscou construir uma política regional para a Amazônia Legal com o compromisso de estruturar uma política de desenvolvimento sustentável para a nossa região, para reduzir desigualdades sociais (Viana *et al.*, 2007).

No entanto, mesmo com a criação de grupos de trabalho e de negociação, houve uma alta rotatividade dos representantes das áreas, o que dificultava o desenvolvimento contínuo e a baixa participação direta de atores com maior peso político (Viana *et al.*, 2007), revelando novamente a falta da população do território que vivenciava a realidade com suas dificuldades e potências. Por fim, o Plano de Saúde para a Amazônia Legal se mostrou frágil, já que esse se tornou um instrumento de acompanhamento com grande número de ações descontínuas e as áreas do Ministério da Saúde permaneceram com a sua lógica tradicional de formulação de políticas para o conjunto do país, sem se aprofundar nas especificidades de cada localidade.

Então, vemos novamente que o processo de escuta e construção coletiva não pode, contudo, ser dissociado do enfrentamento das desigualdades estruturais que moldam violentamente esses territórios. É imperativo denunciar os impactos devastadores da exploração predatória de recursos e de políticas desenvolvimentistas, como o Projeto de Lei (PL) n. 2.159/2021, que tratam o território como mera mercadoria, desencadeando processos de despossessão, violência e ruptura dos tecidos sociais que são geradores de profundo sofrimento psíquico.

Defender uma saúde mental territorializada é, portanto, necessariamente dialogar e se aliar às lutas por terra, território e direitos (Bispo dos Santos, 2023). Nesse sentido, a privação do direito à alimentação tradicional, por exemplo, muito mais do que uma questão nutricional, é a negação de um sistema de cura e identidade, constituindo-se como uma violência que agrava o sofrimento mental, como alerta Ramos (2015) ao discutir a comida como manifestação cultural fundamental.

Em síntese, o território na saúde mental não pode ser reduzido a um conceito técnico, geográfico ou administrativo. Seja na Amazônia ou nos centros urbanos, ele deve ser entendido como um campo vivo de possibilidades, conflitos, histórias e lutas. É nesse espaço complexo que a clínica se encontra inevitavelmente com a política, e onde a verdadeira inclusão só se efetiva quando as vozes, os saberes e os modos de vida dos territórios não são apenas ouvidos, mas respeitados e integrados como pilares centrais de qualquer projeto de cuidado em saúde mental.

O CAPS Fluvial, localizado em Abaetetuba (PA) e que funciona em uma UBS Fluvial, nos foi apresentado na vivência como um exemplo inovador de como a saúde mental pode ser territorializada de forma efetiva, especialmente em regiões de difícil acesso, como a Amazônia. Diferente dos modelos urbanos, em que o usuário precisa se deslocar até o serviço, muitas vezes enfrentando longas distâncias e custos elevados, o CAPS Fluvial leva o atendimento até as comunidades ribeirinhas, garantindo acesso a pessoas que, de outra forma, ficariam excluídas do sistema.

Essa estratégia não apenas democratiza o cuidado, mas também reconhece que a saúde mental deve ser construída dentro do território das pessoas, e não imposta a partir de um centro distante. No entanto, mesmo iniciativas como essa enfrentam desafios, pois muitas políticas públicas ainda operam sob uma lógica universalista que ignora especificidades culturais e territoriais. Então, produzir saúde mental implica essencialmente construir a organização das atividades nos estabelecimentos de saúde, de modo que se torne possível, por meio do trabalho, realizar o objeto da ação, isso é, atender às demandas de saúde das pessoas de uma coletividade propiciando a acessibilidade (Dias; Carvalho, 2024).

A Reforma Psiquiátrica brasileira buscou substituir o manicômio por serviços abertos e comunitários, como os CAPS. Porém, em alguns casos, a desinstitucionalização não significou verdadeira liberdade, mas uma transferência da tutela para outros dispositivos de controle, como as Comunidades Terapêuticas (CTs). Essas instituições, muitas vezes vinculadas a grupos religiosos, reproduzem lógicas de segregação e moralização do sofrimento mental, focando em abstinência e disciplina em vez de autonomia e reinserção social (Furtado *et al.*, 2016). Enquanto o CAPS Fluvial trabalha com a comunidade, respeitando seus modos de vida, as CTs frequentemente impõem uma visão única de “cura”, desconsiderando contextos culturais e perpetuando uma forma velada de institucionalização.

O conceito de cosmofofia (Bispo dos Santos, 2023), entendido como o medo da conexão com a terra e com os saberes ancestrais, ajuda a compreender por que muitos serviços de saúde mental falham no atendimento às populações tradicionais. Um exemplo tangível são os casos de pessoas do interior do Pará internadas no Hospital das Clínicas, em Belém, que têm suas necessidades alimentares ignoradas.

Ramos (2015) argumenta que a alimentação deve ser compreendida não apenas como uma necessidade biológica, mas também como um veículo de expressão cultural e identitária. Negar esse direito em contextos de saúde,

como nos hospitais, significa ignorar a dimensão simbólica e afetiva da comida, essencial para o bem-estar integral. Ou seja, quando um ribeirinho é submetido a uma dieta hospitalar padronizada, desconectada de seus hábitos culturais, seu sofrimento psíquico pode ser agravado, em vez de aliviado.

O SUS, embora universal, frequentemente não consegue adaptar suas políticas a realidades locais. A saúde mental na Amazônia exige um olhar que vá além do território físico e incorpore o território cultural, os modos de vida, as relações com a floresta e os rios, as práticas de cuidado coletivo. O CAPS Fluvial avança nessa direção, mas ainda há um longo caminho para que o sistema de saúde como um todo supere a lógica colonial que trata a diversidade brasileira como um detalhe, e não como um eixo central do cuidado. Enquanto os espaços que o SUS atua não reconhecerem que universalidade não significa uniformidade, continuaremos reproduzindo violências simbólicas que, em vez de cuidar, afastam as pessoas de seus modos de existência, aprofundando, assim, a própria cosmofofia que deveríamos combater.

Por uma Psicologia Humanizada no SUS Amazônico

O SUS é uma conquista para a população brasileira, resultado da luta e reivindicação dos movimentos sociais e populares que defendem a saúde como o direito de todos e dever do Estado, já que antes da Constituição da República de 1988, só tinha direito ao acesso à saúde quem contribuísse com a previdência social (Silva *et al.*, 2015), ou seja, a parte mais vulnerável da população não era atendida e precisava pagar para ter esse acesso, o que não conseguiam fazer. Assim, o SUS se torna essencial para o cuidado da nação do nosso país, tendo entre seus princípios a universalidade de acesso, integralidade de assistência, preservação da autonomia das pessoas, igualdade da assistência à saúde e participação da comunidade, garantindo por fim uma atenção humanizada.

Porém, ainda observamos desafios do SUS para consolidar as Políticas de Promoção de Equidade em Saúde, que objetivam uma atenção justa, sem privilégios ou preconceitos, respeitando e entendendo as necessidades, especificidades e demandas de cada indivíduo, compreendendo os determinantes e condicionantes sociais. Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) foi instituída pela Portaria n. 2.866, de 2 de dezembro de 2011, para promover equidade para essas comunidades historicamente entendidas em oposição ao urbano e, portanto, a diversidade, o modo de funcionamento desses espaços, a cultura própria, os sujeitos sociais, os aspectos ambientais e os impactos que estes possuem sobre os habitantes da região eram, e são até hoje, ignorados.

Esse fenômeno é um dos inúmeros resultados sociais da invasão e colonização que sofremos em 1500 pelos portugueses que viam o nosso território como “sem dono”, segundo a cosmovisão capitalista mercantil do séc. XVI e habitado por um povo que precisava ser civilizado (Conselho Federal de Psicologia, 2024). O ano de 1500 não foi do descobrimento do Brasil, e sim o início do apagamento étnico daqueles que já estavam aqui no Pindorama, “uma nomeação tupi para se referir às terras brasileiras” (Fonseca, 2025, p. 3), e dos que foram tirados a força de seus territórios, para cultivar o nosso, pois devemos lembrar que “existe uma história do povo negro sem o Brasil, mas não existe uma história do Brasil sem o povo negro”⁵.

Assim, devemos primeiro entender o impacto da psicologia no SUS:

[...] a presença desse profissional nos serviços e nas equipes de saúde em todo o país não implicou necessariamente mudança radical na lógica de produção de saberes e de atos de saúde pela própria categoria, bem como no agir diário dos outros profissionais. Nesse aspecto, chamamos a atenção para o fato de o psicólogo ser mais um dos atores partícipe no variado e contraditório bloco de forças que compõe o território da saúde pública, que atua orientado por concepções biologizantes e mecanizadas da vida, por um caráter

⁵ A frase é frequentemente atribuída a Januário Garcia (1942-2021), sociólogo e ativista do movimento negro brasileiro, mas não há registro exato de onde e quando ela foi proferida pela primeira vez.

prescritivo em termos dos modos de existência, por uma tendência ao trabalho individualizado, ancorado em relações verticalizadas e não focadas no usuário, por intervenções pouco variadas, circunscritas a queixas e voltadas para a remissão de sintomas, bem como por estratégias de subjetivação norteadas pelos princípios da disciplina, da normatização e da cristalização das referências identitárias (Dimenstein; Macedo, 2012, p. 237).

A partir disso, se torna óbvio o nosso trabalho de construir uma psicologia humanizada no SUS amazônico que tenha como base de discussão uma crítica à medicalização do sofrimento social e a participação das práticas transculturais e contracoloniais (Krenak, 2022) que são afastadas da lógica neoliberal em que estamos inseridos, buscando desarticular as opressões experimentadas pela sociedade desde a invasão dos colonizadores em terras habitadas por povos afropindorânicos, populações indígenas, negras, quilombolas e outras.

Quando vamos falar de medicalização da vida é essencial entendermos o sistema que a cria, o neoliberalismo, que é uma corrente de pensamento, uma ideologia, uma forma de ver e julgar o mundo social (Moraes, 2001). Como escreve André Gorz (2004, p. 31):

Sem base social, nem constituição política, ele é um puro aparelho que expressa o direito do capital mundializado. Poder sem sociedade, ele tende a engendrar sociedades sem poder, colocar em crises os Estados, desacredita a política, submete-a às exigências de mobilidade, de “flexibilidade”, de privatização, de desregulamentação, de redução de gastos públicos, dos custos sociais e dos salários, todas essas coisas pretensamente indispensáveis ao livre jogo da lei do mercado.

Ou seja, para obedecer às “leis do mercado” e gerar lucro, não há problema em vulnerabilizar populações. Porém, como esse também é um sistema da liberdade e do individualismo, as doenças causadas por essa vulnerabilidade não são tratadas como responsabilidade do Estado, mas

do próprio indivíduo, que, em busca de uma solução rápida, pois precisa funcionar como uma máquina para ser útil e ganhar um salário mínimo que mal é suficiente para a sobrevivência de sua família, além de estar submetido à pressão da indústria farmacêutica, que lucra muito por ano em cima da nossa dor e do adoecimento, com marketing massivo e critérios mais amplos para os transtornos nos manuais internacionais, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), acaba se medicalizando e transformando problemas sociais muito mais profundos em meros problemas físicos e biológicos, indo de encontro à visão holística de saúde

Assim, devemos refletir sobre como essa medicalização afeta os povos do campo, das águas e das florestas, que possuem técnicas de cuidado e um manejo da saúde diferente do modelo ocidentalizado, ensinado e visto como regra. Esse modo de cuidado deve ser compreendido e validado por nós, profissionais, para que haja um fazer ético, pois precisamos estabelecer com o outro, sujeito como nós, uma relação de escuta e diálogo horizontal, percebendo a alteridade, para então construir uma assistência humanizada e ética (Conselho Federal de Psicologia, 2024).

Mesmo constatando o desenvolvimento da medicina ocidental, também é imprescindível entender que o saber tradicional e as medicinas dessas populações invisibilizadas contribuem para o nosso bem viver. Um passo importante para a valorização dessa sabedoria foi a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (Brasil, 2006), ratificando que elas fazem parte de uma herança de nossa ancestralidade, presente em nossa cultura, crenças e rituais de diversas religiões brasileiras, embora não sejam reconhecidas pelos sistemas oficiais de saúde e ainda estejam distantes da rotina do SUS.

Com isso, percebe-se a necessidade de um maior diálogo e aproximação entre médicas, enfermeiras, psicólogas e assistentes sociais dos pajés, parteiras, benzedeiros e demais detentores de saber tradicional (Conselho Federal de Psicologia, 2024). Essa importância da transculturalidade foi vivenciada por

nós durante a experiência no SUS, em Belém, quando visitamos a Associação de Mulheres Extrativistas (AME), na ilha do Combu, para compreender melhor a extração do óleo de andiroba e suas utilizações medicinais e cosméticas, conhecimento transmitido de geração em geração pela oralidade e também cercado de ritos, como, por exemplo, o entendimento de que mulheres menstruadas não podem trabalhar com a massa da andiroba, pois, caso contrário, ela estraga.

Outro momento, muito necessário para a construção dessa vivência, foi a visita à Unidade Básica de Saúde do quilombo Sucurijuquara, onde conhecemos uma Agente Comunitária de Saúde (ACS). Os ACS são profissionais que mantêm contato permanente com as pessoas, famílias e grupos no território. São eles que possuem maior vinculação territorial, além de representarem um elo de contato com os serviços de saúde (Rezegue, 2018). Ela nos mostrou, na prática, o afeto e a compreensão do contexto em que trabalha como elementos fundamentais para uma atuação humanizada. Falou-nos sobre o cuidado que tem com as pessoas da região atendida, explicando que vai às casas e não apenas entrega um panfleto informativo, mas tem a delicadeza de ler para aqueles que não sabem ler, realidade presente no local, ensinando-os a decifrar aquele folheto. Na mesma visita, também ouvimos um casal de irmãos falar sobre como tratam suas doenças: “eu venho aqui no meu terreno, pego uma erva e faço um chá, eu não tomo remédio de farmácia”. Aprendemos ainda, com a filha de um desses irmãos, que é enfermeira, sobre a utilização de algumas ervas disponíveis naquela terra e sobre como ela as emprega em seu próprio trabalho, integrando conhecimentos “científicos” e ancestrais. Ela nos disse: “tudo o que eu sei, eu aprendi com a minha mãe e só não sei mais, porque ela ainda não teve tempo de me mostrar o restante”

Ao trabalhar com a promoção de saúde mental, objetivo da psicologia, devemos nos lembrar que podemos “conhecer todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”⁶, ou seja, não podemos nos esquecer da importância do afeto em nosso fazer

6 Frase atribuída ao psiquiatra suíço Carl Gustav Jung.

psicológico que irá nos oferecer empatia e humanização, sim, pois em um mundo cada vez mais dominado pelo neoliberalismo, precisamos ratificar que os seres humanos devem ser humanos.

Assim, trabalharemos com uma psicologia ética pautada no respeito e reconhecimento dos diferentes saberes e culturas, porém devemos lembrar que para isso é preciso que a formação dos profissionais de psicologia preencha a lacuna deixada pela “falta de problematização, participação social crítica e atuação interdisciplinar, aspectos que constituem a subjetividade do profissional psicólogo” (Mello; Teo, 2019, p. 2).

Conclusão: rumo a um SUS antirracista e amazônico

A vivência no SUS Amazônico expõe, de forma contundente, o abismo entre a teoria psicológica hegemônica, forjada em moldes urbanocêntricos e hospitalocêntricos, e a complexa realidade sociocultural da região. Este trabalho evidenciou que a efetivação de uma Psicologia verdadeiramente ética e eficaz no Norte do país não é uma mera adaptação de técnicas, mas uma profunda transformação de paradigma. É necessário transcender a visão que individualiza o sofrimento e medicaliza a vida, abraçando, em seu lugar, uma prática humanizada, centrada na subjetividade e nos direitos humanos, e territorializada, ancorada nas especificidades ecológicas, culturais e espirituais da Amazônia.

Os princípios do SUS de universalidade e equidade só se concretizam na região por meio de um compromisso inegociável com a transdisciplinaridade e a transculturalidade. Isso implica a ruptura definitiva com a hierarquização dos saberes, onde o conhecimento científico ocidental se sobrepõe aos tradicionais. A valorização dos saberes de pajés, parteiras, rezadeiras e agentes comunitários de saúde, como vivenciado na Ilha do Combu e no quilombo Sucurijuquara, não é uma alternativa, mas a base fundamental para um cuidado em saúde

que faça sentido para as populações. A imposição de modelos únicos de “cura”, seja pela lógica hospitalocêntrica ou pelas comunidades terapêuticas, constitui uma violência epistêmica que aprofunda o sofrimento, como ilustrado pelo conceito de cosmofofia (Bispo dos Santos, 2023) e pela negligência com a alimentação como expressão cultural (Ramos, 2015).

Portanto, a Psicologia no SUS Amazônico deve se posicionar afirmativamente como uma ferramenta de justiça socioambiental. Isso significa que a atuação da psicóloga está intrinsecamente ligada ao enfrentamento das desigualdades estruturais, denunciando projetos de desenvolvimento predatórios, como o PL n. 2.159/2021, que mercantilizam o território e destroem os modos de vida tradicionais, gerando um sofrimento mental coletivo e invisibilizado. Defender a saúde mental na Amazônia é defender a terra, os rios e a floresta, compreendendo que o bem-estar psíquico das comunidades está umbilicalmente ligado à integridade de seus territórios.

Para que esse projeto se concretize, são urgentes políticas públicas afirmativas que destinem recursos específicos e editais para pesquisas e intervenções psicológicas construídas com e pelos saberes locais. É fundamental o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na e da floresta, com investimento em serviços adaptados, como o CAPS Fluvial, e na formação de profissionais críticos e culturalmente sensíveis. Por fim, é imprescindível um compromisso ético permanente da categoria psicológica com a desconstrução de visões estereotipadas, racistas e colonizadoras, assumindo um lugar de escuta, diálogo e coconstrução de práticas de cuidado antirracistas e pluriepistêmicas.

Em última análise, construir um SUS Amazônico é reconhecer que a verdadeira universalidade reside no respeito à diversidade. É entender que a cura pode estar no chá de ervas do quintal, no ritual do pajé, no óleo de andiroba e no peixe do rio, tanto quanto nos protocolos clínicos. O futuro da saúde mental no Brasil passa, inevitavelmente, pela Amazônia e por uma Psicologia humilde o suficiente para aprender com ela e corajosa o suficiente para lutar por ela.

Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS E SANEAMENTO BÁSICO (ANA). **Conjuntura dos recursos hídricos no Brasil**. Brasília, DF: ANA, 2023. Disponível em: <https://www.snirh.gov.br/portal/snirh/centrais-de-conteudos/conjuntura-dos-recursos-hidricos>. Acesso em: 21 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2024-2027**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.
- BRASIL. Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima. **Nota do MMA sobre o indeferimento de licença para perfuração no bloco FZA-M-59, na bacia da Foz do Amazonas**. Brasília, DF: MMA, 2024. Disponível em: <https://share.google/kDbk84TAa9suGAALu>. Acesso em: 25 out. 2024.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) na atenção básica à saúde**. Brasília: CFP, 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) junto aos povos indígenas**. Brasília: CFP, 2024.
- DA MATTA, R. O ofício de etnólogo, ou como ter *anthropological blues*. **Boletim do Museu Nacional**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 1-16, 1978.
- DIAS, R. de S.; CARVALHO, F. M. R. CAPS Fluvial: saúde mental nos rios de nossa cidade. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **A profissão em movimento: práticas inovadoras no exercício da psicologia**. 1. ed. São Paulo: GM Editorial; Brasília: CFP, 2024. p. 62-69.
- DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n. esp., p. 232-245, 2012.
- FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Relatório de comunidades quilombolas**. 2023. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/>. Acesso em: 21 jul. 2025.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DOS POVOS INDÍGENAS (FUNAI). **Demografia indígena no Brasil**. Brasília: FUNAI, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/funai/>. Acesso em: 21 jul. 2025.
- FURTADO, J. P. *et al.* A concepção de território na saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 9, e00059116, 2016.
- GORZ, A. **Misérias do presente, riqueza do possível**. Tradução de A. L. Andrade. São Paulo: Annablume, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Brasil em síntese:** território – área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html>. Acesso em: 21 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022:** populações tradicionais. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 21 jul. 2025.

KRENAK, A. **Futuro ancestral**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

LANE, S. T. M. **História, ideologia e psicologia social**. São Paulo: EDUC; Cortez, 2001.

MELLO, R. A.; TEO, C. R. P. A. Psicologia: entre a atuação e a formação para o Sistema Único de Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 39, p. 1-16, 2019.

MORAES, R. C. **Neoliberalismo:** de onde vem, para onde vai? São Paulo: Editora Senac, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acesso em: 2 jun. 2025.

RAMOS, L. I. A comida como um direito à cultura e identidade. In: SEMINÁRIO DIREITOS HUMANOS, ÉTICA E DIGNIDADE, 2015, Salvador. **Anais [...]** Salvador: UFBA, 2015. p. 1-12.

REZEGUE, D. M. **Estratégia Saúde da Família no município de Belém-PA:** o território e a complexidade do processo saúde-doença no bairro da Terra Firme. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido), Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido – Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.

SANTOS, A. B. dos. **A terra dá, a terra quer**. São Paulo: Ubu Editora, 2023.

SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, out. 1997.

SENADO FEDERAL. **PL 2159/2021**. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/148785>. Acesso em: 25 jul. 2025.

SILVA, F. C. M. *et al.* A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas e o Ambiente. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 9-25.

VIANA, A. L. d'Á. *et al.* Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S117-S131, 2007.

VIVÊNCIAS NO SUS DA AMAZÔNIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES E ACADÊMICOS DA SAÚDE NA REGIÃO NORTE DO BRASIL

**Max Amaral Balieiro
Caio Henrique Silva da Silva
Flávia Rodrigues da Cruz
Karinne Carneiro de Castro
Mariana Martins de Souza
Pedro Denis Pinheiro Fernandes Buriti
Tayssa Vitória Moreira Costa**

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das mais complexas experiências de política pública de saúde no mundo. Institucionalizado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde n. 8.080 e 8.142 de 1990, o SUS originou-se de um movimento social robusto, articulado por organizações populares, profissionais da saúde e sanitaristas em prol da democratização da saúde no país (Silva *et al.*, 2024).

Esse processo, conhecido como Reforma Sanitária Brasileira, estabeleceu como princípios doutrinários a saúde enquanto direito universal e dever do Estado, e como diretrizes operacionais a descentralização, regionalização, integralidade e participação social (Paim, 2013).

Nesse sentido, Sérgio Arouca (2003) destaca que o SUS deveria garantir atendimento não apenas direcionado aos pobres, mas também oferecer serviços de qualidade a essa parcela da população, reafirmando o acesso universal como pilar central do exercício da cidadania e superando a lógica da caridade.

Nessa mesma perspectiva, Temporão (2018) aponta o Programa Nacional de Imunizações (PNI) como um exemplo de robustez do sistema, ressaltando que o Brasil dispõe de um dos calendários vacinais mais completos do mundo, capaz de alcançar populações em áreas de difícil acesso, em que o setor privado não consegue chegar.

Ainda assim, apesar dos avanços, a trajetória do SUS é marcada por contradições. Paim e Teixeira (2007) apontam que sua implementação ocorreu em um contexto de profunda crise econômica e de ajuste neoliberal, o que impôs severas restrições ao financiamento desde os primeiros anos. Os desafios tornam-se ainda mais evidentes em locais como a Região Norte, devido à extensão territorial, barreiras logísticas, precariedade do saneamento básico e dificuldades de transporte.

Mendes (2012) ressalta que a determinação social da saúde na Região Norte é aguda, com indicadores de morbidade fortemente influenciados pelas condições de vida, demandando da Atenção Primária em Saúde (APS) uma atuação que vai muito além do cuidado clínico individual.

De tal forma, esses impasses são estruturais e envolvem a necessidade de investimentos contínuos em infraestrutura física e tecnológica, aliados a uma gestão eficiente e integrada. Para Albuquerque *et al.* (2017), superar a fragmentação das políticas de saúde na região exige um pacto federativo mais solidário, articulando ações entre estados e municípios dentro de um projeto de desenvolvimento regional que tenha a saúde como eixo central.

Já Cecílio e Reis (2018) reforçam essa perspectiva, defendendo a revisão do financiamento municipal, com maior participação dos repasses federal e estadual, ajustados a critérios populacionais e necessidades locais, em contraponto à lógica homogeneizante ainda predominante.

No âmbito organizacional, a Atenção Básica em Saúde (ABS), estruturada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constitui a principal porta de entrada do SUS, sendo responsável pela coordenação do cuidado, promoção da saúde integral e efetivação da cobertura universal (Brasil, 2017).

Seus atributos, característicos da APS, como vínculo contínuo e atenção centrada na pessoa, resultam em benefícios como redução de custos, maior precisão diagnóstica e diminuição das hospitalizações, contribuindo para desafogar a média e alta complexidade (Horst; Orzechowski, 2017).

Entretanto, a APS ainda enfrenta obstáculos relacionados à coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e à efetividade dos fluxos de comunicação, limitando seu alcance e comprometendo os princípios do SUS. Para enfrentar essas fragilidades, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se consolidou como eixo central na reorganização do modelo assistencial, ainda que persistam heterogeneidades entre territórios (Viana *et al.*, 2018).

Segundo Barbosa *et al.* (2025), a cobertura de ESF no Brasil apresentou um aumento significativo e consistente entre 2009 e 2023, passando de 66,81% para 84,66% respectivamente. Entretanto, a Região Norte juntamente com a Região Nordeste registrou os menores ritmos de crescimento anual neste mesmo período (68,19% e 86,20% em 2009 para 70,34% e 85,69% respectivamente, no ano de 2023), indicando a persistência dos desafios estruturais e geográficos que dificultam a universalização do acesso aos serviços de APS nesta área do país.

Apesar dos desafios, Belém, capital do estado do Pará, tem avançado no que se refere à cobertura da APS, com a reorganização e reestruturação da sua própria rede, com programas como o Família Mais Saudável que ampliou o número de equipes de ESF de 134 para 348, passando de 28% para 85% de cobertura no ano de 2024 (Secretaria Municipal de Saúde de Belém, 2024).

As desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde refletem disparidades socioeconômicas e diferentes graus de implementação das diretrizes do SUS, especialmente em áreas vulneráveis como comunidades

rurais e ribeirinhas da Amazônia (Garnelo *et al.*, 2018). Nesse cenário, o Programa Nacional de Vivências no SUS (VER-SUS), desponta como estratégia de integração entre ensino, serviço e comunidade.

Essa iniciativa proporciona experiências a estudantes, residentes, docentes, profissionais, gestores e movimentos sociais, fortalecendo a participação social e a sustentabilidade dos princípios que norteiam o SUS (Brasil, 2024).

Diante desse panorama, o presente estudo tem como objetivo descrever as experiências e vivências de residentes e acadêmicos da saúde dos estados do Amapá, Pará e Tocantins durante a imersão no território amazônico de Belém e municípios adstritos do Pará, na Região Norte do Brasil.

Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como um relato de experiência, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, uma vez que se propõe a descrever, analisar e refletir criticamente sobre vivências práticas desenvolvidas em diferentes cenários do SUS, valorizando a subjetividade, os significados e as percepções construídas pelos participantes ao longo do processo (Mussi; Flores; Almeida, 2021). Esse tipo de delineamento metodológico mostra-se adequado por permitir a sistematização de experiências formativas e a produção de conhecimento a partir da prática, especialmente em contextos de ensino-serviço-comunidade.

A experiência relatada ocorreu no município de Belém, estado do Pará, no período de 12 a 18 de maio de 2025, no âmbito do projeto VER-SUS, iniciativa que visa promover a imersão de estudantes e residentes na realidade do SUS, estimulando uma formação crítica, ética e comprometida com os princípios da saúde coletiva. Participaram da vivência 45 integrantes, entre estudantes de graduação e residentes multiprofissionais da área da saúde, oriundos dos estados do Pará, Amapá e Tocantins, compondo um

grupo heterogêneo, interdisciplinar e multicultural, o que favoreceu a troca de saberes e a construção coletiva do conhecimento.

As atividades foram desenvolvidas em múltiplos cenários de atenção à saúde e de organização social, possibilitando aos participantes o contato direto com a diversidade de serviços, territórios e populações atendidas pelo SUS na região amazônica.

Entre os espaços visitados estiveram as Unidades Municipais de Saúde (UMS) localizadas no município de Belém; a Praça da República, com visita ao Theatro da Paz, como estratégia de compreensão da interface entre cultura, território e saúde; a Ilha do Combu, onde ocorreu uma imersão na realidade ribeirinha, incluindo visita à UBS local e à Associação das Mulheres Extrativistas, permitindo o reconhecimento das formas de organização comunitária e dos modos de vida tradicionais; o Distrito de Mosqueiro, com passagem pelo assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e pela UBS do Sucurijuquara, situada em território quilombola; e o município de Abaetetuba, com experiências no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e no Projeto Brincando de Miriti, que articula cultura, geração de renda e promoção da saúde.

As estratégias metodológicas adotadas durante a vivência incluíram visitas técnicas orientadas, observação participante, práticas em campo e momentos de interação direta com profissionais de saúde, gestores, lideranças comunitárias e usuários dos serviços. Essas ações permitiram aos participantes compreenderem a organização dos serviços, os fluxos de atendimento, as práticas de cuidado e os desafios enfrentados nos diferentes níveis de atenção à saúde, considerando as especificidades sociais, culturais, econômicas e territoriais da região amazônica.

Um dos principais dispositivos metodológicos utilizados foram as rodas de conversa, que se configuraram como espaços privilegiados de diálogo, escuta qualificada e reflexão coletiva. As rodas de conversa foram realizadas de forma sistemática ao longo da experiência, ocorrendo, em geral, ao final de cada dia de atividades.

Os participantes eram organizados em grupos, com a mediação de facilitadores vinculados ao projeto VER-SUS, responsáveis por estimular a participação, garantir a horizontalidade das falas e favorecer a construção coletiva do conhecimento. Esses momentos eram estruturados a partir de temas e questões norteadoras previamente definidas, relacionadas aos princípios e diretrizes do SUS, à organização da rede de atenção à saúde, às práticas de cuidado em saúde, às determinantes sociais da saúde, às desigualdades sociais e às especificidades dos territórios visitados.

As rodas de conversa também funcionaram como espaços de problematização das experiências vivenciadas, permitindo que os participantes compartilhassem percepções, sentimentos, inquietações e aprendizados, além de relacionarem as situações observadas com referenciais teóricos discutidos ao longo da formação acadêmica. Dessa forma, contribuíram para o desenvolvimento de uma postura crítico-reflexiva, estimulando a análise das potencialidades, fragilidades e desafios do SUS, bem como o reconhecimento das estratégias de resistência e inovação presentes nos territórios.

O processo de sistematização da experiência ocorreu de maneira contínua, coletiva e participativa ao longo de toda a vivência. Os participantes foram incentivados a realizar registros individuais, por meio de diários de campo, anotações reflexivas e relatos escritos, nos quais descreviam as atividades realizadas, os cenários visitados e as reflexões suscitadas a partir das experiências. Esses registros serviram como subsídio para as discussões coletivas realizadas nas rodas de conversa, favorecendo a construção de análises mais aprofundadas e articuladas.

Além disso, a sistematização envolveu momentos de socialização e síntese das experiências, nos quais o grupo de 45 participantes discutiu de forma conjunta os principais achados, aprendizagens e impactos da vivência. Esse processo possibilitou a organização dos conteúdos em eixos temáticos, contribuindo para a elaboração do presente relato de experiência e para a consolidação dos conhecimentos construídos ao longo do projeto VER-SUS.

No que se refere aos aspectos éticos, destaca-se que, por se tratar de um relato de experiência, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Ainda assim, foram rigorosamente respeitados os princípios éticos que regem a produção científica, incluindo o sigilo, a confidencialidade das informações e o respeito aos sujeitos e comunidades envolvidas. As informações apresentadas foram tratadas de forma coletiva, sem identificação individual dos participantes ou dos usuários dos serviços, assegurando a integridade do processo e a legitimidade dos registros produzidos.

Desenvolvimento

A APS é a principal porta de entrada do SUS e responsável pela coordenação do cuidado ao longo da Rede de Atenção à Saúde. No município de Belém, a UMS Telégrafo se destaca como um importante polo de referência, reunindo nove equipes da ESF. Durante a vivência, foi possível perceber como a organização desse espaço possibilita ampliar o acesso e fortalecer vínculos com a comunidade, por meio de ações que integram diferentes categorias profissionais em um trabalho multiprofissional (Prado *et al.*, 2023).

Entre as práticas observadas, destacaram-se o programa Hiperdia, voltado ao acompanhamento sistemático de pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus, além de atendimentos em fisioterapia, nutrição, pré-natal e acompanhamento da primeira infância. A vivência na unidade evidenciou a preocupação em atender não apenas condições agudas, mas também em assegurar o cuidado longitudinal e contínuo, reforçando a importância da promoção da saúde e da prevenção de doenças. Essa experiência permitiu compreender como os princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) se concretizam no cotidiano das equipes e no contato direto com os usuários (Carmo; Silva; Campos, 2023).

Já a UMS Terra Firme, embora desempenhe igualmente papel estratégico na organização da APS, apresentou desafios distintos que chamaram atenção durante a vivência. O número reduzido de médicos e enfermeiros, aliado a áreas ainda descobertas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), limita o alcance da unidade e compromete a cobertura integral da população do território. Essa realidade repercute diretamente na rotina dos usuários, que enfrentam filas, dificuldades de agendamento e menor acesso a serviços básicos de saúde, revelando desigualdades e barreiras que persistem no cotidiano do SUS.

Apesar desses entraves, foi possível observar o esforço e o comprometimento da equipe em oferecer um atendimento humanizado, valorizando a escuta, a educação em saúde e a construção de vínculos com a comunidade. O contato com esses profissionais e com os usuários revelou que, mesmo diante da sobrecarga e das limitações estruturais, existem práticas potentes que reafirmam o compromisso com os princípios de universalidade, equidade e integralidade. A experiência na UMS Terra Firme, portanto, evidenciou a importância da ampliação da cobertura da ESF e da valorização do trabalho multiprofissional, reforçando a necessidade de políticas públicas que fortaleçam a Atenção Básica em territórios de maior vulnerabilidade social (Nalom *et al.*, 2019).

A APS em Belém enfrenta desafios significativos em termos de cobertura e qualidade dos serviços prestados. Apesar dos esforços para ampliar a ESF, a taxa de cobertura na cidade permanece inferior à média nacional, limitando o acesso da população a cuidados essenciais. Além disso, a implementação da RAS na região metropolitana revelou participação inconsistente entre os atores envolvidos, dificultando parcerias estratégicas e a coordenação entre os diferentes níveis de atenção.

Tais desafios evidenciam a necessidade de fortalecer a governança local, melhorar a articulação entre os serviços e promover capacitação contínua dos profissionais, visando uma APS mais resolutiva e equânime para

a população belenense. Durante as visitas às UMS's de Belém, foi possível adentrar a realidade local e conhecer rotinas marcadas por gargalos e desafios, como mudanças frequentes nos horários de funcionamento, a necessidade de ambulâncias fixas em áreas distantes e a importância de equipes dispostas a se adaptar às especificidades de cada território.

A baixa cobertura da ESF, que atingia aproximadamente 22% da população em 2020, compromete o acesso universal e contínuo aos serviços (Brasil, 2020). Esse cenário impacta diretamente os indicadores de saúde, como as altas taxas de morbimortalidade infantil e a elevada incidência de doenças infectocontagiosas, incluindo a tuberculose, que permanece entre as maiores do país (Brasil, 2020).

No contexto da RAS, a APS assume papel central na coordenação do cuidado, enquanto a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) organiza pontos de atenção especializados voltados à saúde mental. Assim, os CAPS surgem como componentes estratégicos dessa rede, oferecendo suporte a pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas (Brasil, 2011). Desde a Reforma Psiquiátrica, os CAPS são reconhecidos como modelo substitutivo dos manicômios, que historicamente representavam espaços de exclusão e tratamento desumanizado.

Nesse cenário, destaca-se a vivência no município de Abaetetuba (PA), a 2h27min de Belém, que conta com cerca de 159 mil habitantes. A atividade contemplou o CAPS Infante-Juvenil, conhecido como Brincando de Miriti, inaugurado em 2022, destinado ao atendimento diário e multiprofissional de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico leve, articulando a rede de serviços voltada a esse público. O espaço foi planejado de forma lúdica, sem a presença de médicos ou uso de medicamentos, priorizando abordagens terapêuticas integradas e não farmacológicas (Dias *et al.*, 2022).

Trata-se de uma experiência significativa, especialmente porque estudos apontam que entre 10% e 20% das crianças e adolescentes apresentam

algum tipo de transtorno mental, o que, no Brasil, corresponde a 6 a 12 milhões de indivíduos (Cunha; Boarni, 2011). Após a Pandemia de covid-19, o adoecimento psíquico infantil tornou-se ainda mais evidente, atingindo diversas famílias e reforçando a importância de estratégias lúdicas no cuidado (Dias *et al.*, 2022). Nesse sentido, as práticas desenvolvidas pela equipe multiprofissional buscavam promover saúde mental e garantir atenção integral, em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (Brasil, 2015).

Uma das atividades mais representativas foi a utilização do miriti, palmeira típica da Amazônia, na confecção de brinquedos que carregam memória, identidade cultural e regionalidade. Essa prática está alinhada ao conceito de cuidado atraumático, que emprega estratégias para reduzir ou prevenir sofrimento físico e emocional da criança e de sua família durante o atendimento (Hockenberry, 2014). O uso do miriti, sustentável e ecológico, demonstra como a cultura local pode se integrar às práticas de saúde (Silva, 2012). Assim, o Brincando de Miriti exemplifica a consolidação dos princípios do SUS e a articulação entre saúde, cultura e território.

Para além disso, o brincar constitui-se como uma atividade fundamental para o bem-estar físico, emocional, mental e social da criança, sendo uma necessidade inerente ao seu desenvolvimento, que se mantém mesmo em contextos de adoecimento ou acompanhamento em serviços de saúde mental (Hockenberry, 2014). No contexto do CAPS Infanto-Juvenil, essa dimensão lúdica assume papel estratégico na aproximação das crianças ao cuidado, especialmente quando articulada a elementos culturais que fazem parte do seu cotidiano.

Dentre as diversas formas de brincar, destaca-se o Brinquedo Terapêutico (BT), entendido como uma atividade lúdica estruturada que favorece o bem-estar da criança e reduz a ansiedade frente a situações desafiadoras ou desconhecidas, como o contato com o serviço de saúde e os processos terapêuticos (Pedrinho *et al.*, 2021). A utilização do miriti como

recurso lúdico-terapêutico potencializa essa estratégia ao incorporar materiais, formas e significados familiares às crianças ribeirinhas, permitindo que elas se reconheçam no espaço terapêutico.

Nesse sentido, embora não exista um estudo publicado especificamente sobre brinquedos de miriti no contexto terapêutico em saúde, no estudo de Reichenberger *et al.* (2025) sobre terapia de brincar culturalmente adaptada, demonstra-se que intervenções lúdicas culturalmente relevantes fornecem o suporte teórico adequado para a realidade local, o que acaba transformando o CAPS em um ambiente mais acolhedor, menos ameaçador e mais próximo do dia a dia vivido pelas crianças.

Assim, o uso do miriti no CAPS Infanto-Juvenil não se restringe a uma atividade recreativa, mas configura-se como uma ferramenta terapêutica que respeita a identidade cultural das crianças ribeirinhas, amplia o vínculo, favorece a comunicação e contribui de forma significativa para a continuidade e efetividade do acompanhamento em saúde mental (Kids First Service, 2025).

Além do CAPS Infanto-Juvenil, visitou-se o CAPS AD, destinado a pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. A estrutura física ampla, com laboratórios de costura, pintura, informática e uma horta comunitária, demonstrou a valorização da clínica ampliada e do olhar interdisciplinar. O serviço busca não apenas tratar o uso abusivo de substâncias, mas também fortalecer a autonomia dos usuários, articulando saúde, assistência social e apoio familiar. Notou-se ainda a adoção da estratégia de redução de danos, respeitando o ritmo e as escolhas individuais, sem impor a abstinência como única meta.

A visita à Praça da República, em Belém, também se revelou marcante. O espaço, além de sua função histórica e arquitetônica, constitui ambiente de convivência comunitária, cultura e lazer. Essa experiência evidenciou a importância da educação patrimonial para a preservação da memória coletiva e para o fortalecimento da identidade local. Do ponto de vista da saúde coletiva, praças e espaços públicos são determinantes sociais que favorecem o

bem-estar físico e mental, reduzindo o estresse, estimulando a atividade física e fortalecendo vínculos comunitários (Brasil, 2018).

Complementarmente, a visita à Ilha do Combu, território ribeirinho localizado na região insular de Belém, constituiu um cenário relevante para aprofundar a compreensão sobre as especificidades da APS em contextos amazônicos. O acesso exclusivamente fluvial, as condições ambientais e o modo de vida ribeirinho influenciam diretamente a organização dos serviços de saúde e o cotidiano da população.

Dessa forma, a visita à Unidade Básica de Saúde da ilha permitiu conhecer a estrutura física, o funcionamento da equipe e os desafios enfrentados na garantia da assistência, especialmente relacionados à logística, ao transporte de usuários e à continuidade do cuidado.

Nesse espaço, foi realizada uma roda de conversa, que possibilitou a troca de experiências sobre as principais demandas de saúde da comunidade, como doenças crônicas, agravos relacionados às condições ambientais e dificuldades de acesso a serviços especializados na área urbana.

A atividade evidenciou a importância do vínculo entre equipe de saúde e população, bem como da escuta qualificada como ferramenta essencial para o planejamento de ações coerentes com a realidade local. A vivência no Combu destacou ainda o papel da APS na promoção da equidade, ao reconhecer as singularidades dos territórios ribeirinhos e a necessidade de estratégias adaptadas às suas especificidades.

Por fim, a visita a um assentamento do MST ampliou de forma significativa a compreensão sobre a relação entre saúde, território e determinantes sociais. A vivência possibilitou contato direto com a realidade dos moradores, marcada por organização coletiva, produção agrícola familiar e forte vínculo com a terra como meio de subsistência e identidade social.

Durante o diálogo com a comunidade, emergiram questões relacionadas à segurança alimentar, ao acesso limitado à água potável, às dificuldades de deslocamento até os serviços de saúde e à dependência de políticas públicas

para garantia de direitos básicos. Essas condições evidenciam como os determinantes sociais impactam diretamente o processo saúde-doença, exigindo uma atuação em saúde que considere o contexto social, econômico e cultural dos sujeitos (Stédile, 2011).

A escuta das narrativas dos moradores revelou ainda a valorização dos saberes tradicionais, do uso de práticas populares de cuidado e da solidariedade comunitária como estratégias de enfrentamento das vulnerabilidades. Nesse contexto, a Educação Popular em Saúde mostrou-se fundamental para a construção de práticas horizontais, dialógicas e culturalmente sensíveis, conforme proposto por Vasconcelos (2001).

De tal forma, a vivência no assentamento reafirmou que a saúde ultrapassa a dimensão biomédica, sendo construída a partir das condições de vida, das relações sociais e das lutas por acesso a direitos, reforçando a necessidade de práticas éticas, críticas e humanizadas na formação em saúde.

Reflexões sobre a experiência

A participação no VER-SUS revelou-se um espaço singular de formação, não apenas pela aproximação com o serviço de saúde, mas também pela possibilidade de compreender a realidade social, política e cultural dos territórios em que a saúde se concretiza. Um primeiro aspecto positivo foi a imersão nos territórios e o intercâmbio regional entre os participantes.

A experiência de troca entre pessoas dos estados do Pará, Amapá e Tocantins possibilitou contato direto com diferentes perspectivas das realidades amazônicas. O deslocamento até os serviços e os diálogos em espaços informais de aprendizado, como em uma palafita às margens do rio Guamá, romperam com a lógica foucaultiana da sala de aula e do professor como figura central de poder.

Nesse contexto, os facilitadores da comissão local e os servidores da saúde também se tornaram sujeitos ativos da vivência, inserindo os participantes

em cenários concretos nos quais os determinantes sociais da saúde se expressam de forma evidente. Destaca-se, nesse processo, o compartilhamento de subjetividades entre coletivos organizados em torno da finalidade comum de vivenciar o SUS (Maranhão; Matos, 2017; Ferla *et al.*, 2016).

Outro ponto marcante foi o panorama multiprofissional e intersetorial formado pelos participantes. Ao reunir estudantes e profissionais de diferentes áreas da saúde em um mesmo espaço, o programa estimulou a construção de um olhar ampliado, integral e holístico sobre as vivências.

A interação entre saberes e práticas possibilitou a valorização da interdisciplinaridade como estratégia de ensino-aprendizagem e como fundamento para um cuidado mais humano e resolutivo. Trata-se de uma lógica ainda pouco explorada pela maioria dos currículos de graduação em saúde, apesar da reconhecida necessidade de uma abordagem interprofissional, especialmente no contexto da Atenção Primária, onde se concentram grande parte das demandas da comunidade (Ceccim *et al.*, 2018; Farias *et al.*, 2017).

Nesse sentido, o programa revelou-se uma potente estratégia para fortalecer a compreensão do trabalho multidisciplinar e intersetorial já na formação básica dos futuros profissionais, utilizando a realidade concreta do SUS como espaço de ensino. Soma-se a isso a relevância das produções audiovisuais desenvolvidas durante a vivência, que se destacaram como ferramentas pedagógicas e políticas.

Ao registrar experiências, memórias e narrativas locais, os participantes não apenas produziram materiais de educação continuada, como também ofereceram devolutivas sensíveis às comunidades. Dessa forma, reafirmaram a responsabilidade social e devolveram o conhecimento ao território como recurso compartilhado (Klunck; Oliveira, 2021).

Apesar dos inúmeros aprendizados, a experiência também evidenciou desafios estruturais e institucionais. As barreiras logísticas da Região Norte, como os custos elevados de transporte, as dificuldades de deslocamento em localidades de difícil acesso e a dependência da infraestrutura fluvial,

revelaram-se obstáculos para uma participação mais ampliada e equitativa, visto que aproximadamente 70% dos presentes eram procedentes de Belém e arredores (Fernandes; Moser, 2024; Fausto *et al.*, 2022).

Além disso, limitações institucionais também se fizeram presentes, como a rigidez curricular e as exigências de frequência em cursos de graduação. Destacam-se, em especial, o curso de Medicina e os programas de residência, cuja carga horária semanal média chega a 60 horas, o que dificulta a inserção de vivências prolongadas nos territórios. Essa realidade evidencia a necessidade de maior flexibilidade acadêmica e de reconhecimento institucional de experiências formativas não convencionais, mas profundamente significativas para a formação em saúde.

Nessa perspectiva, a reflexão de Freire, em *Educação como Prática da Liberdade* (1967), permanece atual ao enfatizar que o currículo não deve ser um instrumento limitador, mas sim um balizador a serviço da realidade concreta dos sujeitos, capaz de ser adaptado às demandas sociais.

No campo da formação em saúde, essa concepção assume especial relevância, uma vez que exige currículos comprometidos com a leitura crítica dos territórios, das desigualdades e das necessidades reais da população. Tal compromisso favorece a formação de profissionais capazes de articular saber técnico-científico, sensibilidade social e compromisso ético com o cuidado integral.

A literatura contemporânea reforça esse ponto ao alertar que currículos rígidos prejudicam a formação crítica e devem ceder espaço a modelos mais flexíveis, adaptáveis e contextualizados, que dialoguem com as necessidades de cada território (Malta *et al.*, 2025; Nascimento *et al.*, 2025).

Ao relacionar tais reflexões à perspectiva de Michel Foucault (2010; 2013) sobre os mecanismos de poder e saber, compreende-se como currículos engessados e exigências de frequência funcionam como dispositivos disciplinares que regulam corpos acadêmicos, tornando-os dóceis diante de regimes de controle e avaliação constantes.

No campo da saúde, essa tensão se expressa com clareza, pois práticas educativas fundamentadas na experiência e na cultura local favorecem uma formação mais emancipadora, conforme já discutido em reflexões freireanas (Cruz *et al.*, 2024; Andrade; Soares; Carvalho, 2021).

Nesse sentido, a flexibilização acadêmica e o reconhecimento institucional de metodologias alternativas emergem não apenas como abertura pedagógica, mas também como forma de resistência a mecanismos que limitam a autonomia, a reflexão crítica e a inserção em contextos reais de saúde.

Assim, a experiência no Vivências no SUS mostrou-se, ao mesmo tempo, transformadora e desafiadora. De um lado, fortaleceu valores fundamentais como a integralidade, a interdisciplinaridade e a responsabilidade social; de outro, evidenciou barreiras logísticas e institucionais que ainda precisam ser superadas para garantir a expansão, a equidade e a sustentabilidade de iniciativas dessa natureza.

Considerações finais

A participação na edição Belém do VER-SUS, embora extremamente enriquecedora do ponto de vista acadêmico e pessoal, apresentou desafios significativos relacionados à realidade financeira e logística. O alto custo das passagens aéreas e terrestres, aliado à necessidade de deslocamento de trechos distantes, constitui uma barreira econômica considerável, especialmente para estudantes com vulnerabilidade financeira.

Além disso, a execução do programa sem a garantia de abono formativo de atividade ou reposição de práticas, impõe barreiras pela necessidade de administrar compromissos acadêmicos com a imersão nas vivências. Essas dificuldades evidenciam que, para garantir acesso equitativo e sustentável às experiências formativas de imersão no SUS, é fundamental que as instituições de ensino sejam aliadas do programa e que haja políticas públicas de apoio,

como auxílio financeiro para o transporte, flexibilização dos currículos e incentivo à participação estudantil.

A superação destes obstáculos abre caminhos para que mais estudantes tenham a oportunidade de vivenciar a realidade do SUS, engajar-se em atividades em grupo de Educação Popular e refletir sobre os desafios sociais e políticos do território, ampliando a formação de profissionais comprometidos, éticos e críticos sobre a realidade do SUS.

Referências

- ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1801-1816, 2017.
- ANDRADE ABREU, M. *et al.* Contribuições de Paulo Freire para o ensino em saúde: uma revisão integrativa. **Revista Temas em Educação**, v. 30, n. 3, p. 141-156, 2021.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- BARBOSA, P. H. S. *et al.* Tendências e distribuição geográfica da estratégia de saúde da família no Brasil de 2009 a 2023. **Healthcare**, v. 13, n. 11, p. 1246, 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: revisão da Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 26 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura populacional da Atenção Básica no Município de Belém (2016-2020)**. Belém: Secretaria Municipal de Saúde, 2020. Disponível em: <https://numeros.belem.pa.gov.br/saude/atencao-basica/cobertura-da-atencao-basica-2016-a-2022/>. Acesso em: 27 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 6.098, de 16 de dezembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação MS n. 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa Nacional de Vivências no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2024.

CARMO, A. D. N. do; SILVA, S. L. A. da; CAMPOS, E. M. S. Análise temporal de indicadores da Estratégia Saúde da Família sob o olhar da Política Nacional da Atenção Básica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 8, 2023.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, supl. 2, p. 1739-1749, 2018.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, e00056917, 2018.

CRUZ, P. J. S. C. *et al.* O legado de Paulo Freire e as perspectivas para a Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 6, 2024.

CUNHA, C. C.; BOARINI, M. L. O lugar da criança e do adolescente na reforma psiquiátrica. **Revista Psicologia & Saúde**, v. 3, n. 1, p. 68-76, 2011.

DIAS, R. S. *et al.* Projeto Brincando de Miriti. **Nós na Rede**, 2022. Disponível em: <https://brasil.fiocruz.br/nosnarede/mostra-de-experiencias/projeto-brincando-de-miriti/>. Acesso em: 30 ago. 2025.

FARIAS, D. N. *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, p. 141-162, 2017.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1605-1618, 2022.

FERNANDES, J. S. N.; MOSER, L. Famílias ribeirinhas na Amazônia e o difícil acesso à política de assistência social. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, v. 35, n. 1, 2024.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2010.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região Norte do Brasil. **Saúde e Debate**, v. 42, supl. 1, p. 81-99, 2018.

HOCKENBERRY, M. J. **Wong**: fundamentos da enfermagem pediátrica. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

HORST, V. S. B.; ORZECOWSKI, S. T. O desafio e a potencialidade da interdisciplinaridade no atendimento à saúde. **Laplace em Revista**, v. 3, n. 1, p. 192-201, 2017.

KIDS FIRST SERVICES. **Why play-based therapy is effective for children**. 2025. Disponível em: <https://www.kidsfirstservices.com/first-insights/why-play-based-therapy-is-effective-for-children>. Acesso em: 13 jan. 2025.

KLUNCK, F.; OLIVEIRA, R. W. de. Saúde mental e visibilidade: efeitos de uma produção audiovisual. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 45-57, 2021.

MALTA, D. P. L. N. *et al.* Currículo flexível e ensino personalizado: caminhos para uma aprendizagem significativa. **Aracê**, v. 7, n. 3, p. 11542-11557, 2025.

MARANHÃO, T.; MATOS, I. B. Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) como marcadoras de acontecimento no campo da Saúde Coletiva. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 55-66, 2017.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS, 2012. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/20%20-%20MENDES,%20E_%20V_%20O%20cuidado%20das%20condições%20crônicas%20na%20atenção%20primária%20à%20saúde.pdf. Acesso em: 30 ago. 2025.

MUSSI, R. F. F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, v. 17, n. 48, p. 60–77, 2021.

NALOM, D. M. F. *et al.* Ensino em saúde: aprendizagem a partir da prática profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1699-1708, 2019.

NASCIMENTO, J. B. *et al.* Currículos flexíveis e a personalização do ensino. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 17, n. 4, p. e7887-e7887, 2025.

PAIM, J. S. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1819-1829, 2007.

PEDRINHO, L. R. *et al.* Therapeutic toy in primary care: contributions for the systematization of nursing care. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 30, p. 20200616, 2021.

PRADO, N. M. B. L. *et al.* Organização da atenção e vigilância em saúde na atenção primária frente à COVID-19 em municípios do Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 5, p. 1325-1339, 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM. Belém avança na saúde com reformas e inovações digitais. **Agência Belém**, Belém, 19 jan. 2024. Disponível em: <https://agencia.belem.pa.gov.br/belem-avanca-na-saude-com-reformas-e-inovacoes-digitais/>. Acesso em: 19 jan. 2026.

REICHENBERGER, V. *et al.* Mapping play-based interventions for children with disabilities in LMICs: a scoping review on cultural relevance, implementation, and impact. **EClinicalMedicine**, v. 88, e103444, 2 set. 2025.

SILVA, C. S. Q. da; CARVALHO, N. C. A cultura e a educação amazônica na arte dos brinquedos de miriti. **EccoS – Revista Científica**, n. 27, p. 17-32, 2012.

SILVA, E. M. *et al.* Building the right to health: The history and milestones of the Unified Health System in Brazil. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 13, n. 12, p. e211131247941, 2024.

STÉDILE, J. P. **Brava gente**: a trajetória do MST e a luta pela terra no Brasil. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2011.

CUIDADO E TERRITÓRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO VER-SUS COM POPULAÇÕES INDÍGENAS URBANAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MANAUS

Ivanilce Ferreira da Silva

Introdução

Nas últimas décadas, a formação de profissionais na área da saúde no Brasil tem sido alvo de análises e debates mais aprofundados. Esse movimento está diretamente relacionado ao processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e à necessidade de adequar a formação desses profissionais às demandas sociais de saúde da população, de forma alinhada aos princípios e diretrizes que orientam a reestruturação do modelo de atenção à saúde no país (Souza *et al.*, 2019).

O SUS é reconhecido como uma das maiores políticas públicas de saúde do mundo, fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, garantindo acesso gratuito à saúde de qualidade para 215 milhões de brasileiros. Sua consolidação representa um marco no reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, mas também revela a complexidade de garantir esse direito em um país de dimensões continentais e profundas desigualdades socioeconômicas, étnicas e territoriais (Ministério da Saúde, 2024).

O território brasileiro é marcado por uma grande diversidade de povos indígenas, que seguem mobilizados para garantir seus direitos, tanto nas aldeias quanto nos centros urbanos (Santos *et al.*, 2024). Na Região amazônica, essas questões se tornam ainda mais complexas. Em Manaus, capital do Amazonas, diversas etnias indígenas têm se estabelecido na cidade, buscando acesso à educação, saúde e oportunidades de trabalho. Esse processo de urbanização, porém, muitas vezes ocorre em condições precárias, com desafios sociais significativos, habitação inadequada e dificuldade de inserção no mercado de trabalho, além do enfraquecimento das práticas culturais e dos vínculos com os territórios de origem (Araújo; Mendes, 2023).

De acordo com o censo mais recente do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o país conta atualmente com cerca de 1,7 milhão de pessoas indígenas, representando menos de 1% da população nacional. A Região Norte concentra 45% desse grupo, sendo o Amazonas o estado com maior presença, com aproximadamente 490,9 mil indivíduos. Entre os municípios, Manaus se destaca como o que abriga o maior número de indígenas em contexto urbano, somando cerca de 71 mil habitantes. Esses dados evidenciam a importância de políticas públicas e práticas de saúde direcionadas às populações indígenas nas cidades amazônicas (IBGE, 2022).

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha função central como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, promovendo cuidados contínuos e próximos à realidade das comunidades atendidas. Para que esses serviços sejam efetivos, é fundamental que os profissionais desenvolvam competência cultural, compreendendo as especificidades socioculturais da população indígena urbana. Essa abordagem permite oferecer cuidados que respeitem as tradições e necessidades locais, evitando práticas que possam desconsiderar suas demandas ou reforçar processos de exclusão social (Dimenstein *et al.*, 2025).

A preparação de profissionais de saúde para atuarem em diferentes contextos sociais requer vivências que ultrapassem o aprendizado teórico e se aproximem das realidades concretas das comunidades. Nesse cenário, o

Programa Nacional de Vivências no SUS, promovido pelo Ministério da Saúde em 2024 e executado juntamente ao Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), configura-se como uma importante estratégia formativa.

Por meio de imersões em territórios diversos, o programa possibilita a estudantes, residentes e trabalhadores da saúde uma experiência prática e reflexiva, favorecendo o diálogo com usuários e comunidades, a interdisciplinaridade e a problematização das práticas de cuidado. Além disso, busca fortalecer a integração entre ensino, serviço e comunidade, alinhando a formação profissional aos princípios de equidade, universalidade e participação social que orientam o SUS (Brasil, 2024).

A relevância da Vivências no SUS ultrapassa os contornos acadêmicos tradicionais, pois promove uma formação cidadã e transformadora. Por meio da imersão em realidades diversas do SUS, o programa aproxima os participantes das desigualdades sociais e das diversidades culturais do Brasil. Isso fortalece a empatia, o respeito à pluralidade dos saberes e o compromisso com a equidade em saúde. Somado a isso, o programa contribui para a formação de lideranças conscientes, capacitadas para defender e aprimorar o SUS como política pública fundamental para o acesso universal ao cuidado em saúde (Brasil, 2024).

A vivência tem como propósito promover uma aprendizagem significativa acerca das políticas e práticas de saúde, estimulando nos participantes uma postura crítica e reflexiva diante do SUS. A experiência se diferencia por inserir estudantes e residentes em territórios muitas vezes distantes da rotina acadêmica tradicional, possibilitando contato direto com realidades diversas. Para favorecer a construção coletiva, os participantes são organizados em grupos de trabalho acompanhados por facilitadores, geralmente pessoas que já vivenciaram o projeto em edições anteriores, o que fortalece a troca de saberes e a continuidade do processo formativo (Souza *et al.*, 2019).

No caso desta vivência, a participação se deu por meio de uma imersão intensiva de sete dias, que incluiu visitas a unidades básicas, centros de referência, serviços especializados e territórios com diferentes vulnerabilidades. A metodologia adotada integrou observação participante, diálogo com profissionais e usuários, rodas de conversa, atividades artísticas e momentos coletivos de análise, consolidando a experiência como um espaço de aprendizagem prática e reflexiva, capaz de fortalecer o compromisso social dos participantes com a saúde da comunidade.

Para residentes de Enfermagem na Saúde da Família, experiências imersivas como esta são de grande relevância, pois contribuem para o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e políticas, articulando teoria e prática de forma integrada. Ademais, promovem uma visão ampliada do processo saúde-doença, reconhecendo sua determinação por fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais.

Este trabalho apresenta o relato dessa vivência, com ênfase na experiência na Unidade de Saúde da Família (USF) Parque das Tribos, localizada em território indígena urbano e que atende mais de 30 etnias. Ao longo do texto, são descritos os potenciais e desafios observados, bem como as reflexões que emergiram do contato direto com o território e com as práticas de cuidado voltadas a populações historicamente invisibilizadas. O objetivo deste trabalho é relatar a vivência de uma enfermeira residente em Saúde da Família no contexto do projeto-piloto de formação de facilitadores, no âmbito do VER-SUS/Vivência no SUS em Manaus, com ênfase na atenção à saúde da população indígena urbana.

Tal relato justifica-se pela necessidade de dar visibilidade às experiências formativas que fortalecem a articulação entre ensino, serviço e comunidade, especialmente em cenários marcados por diversidade étnica, cultural e territorial. As contribuições deste estudo consistem na reflexão crítica sobre os processos de formação em saúde alinhados aos princípios do Sistema Único de Saúde, no reconhecimento das especificidades da população indígena urbana e no estímulo a práticas de cuidado culturalmente sensíveis na Atenção Primária. Ademais,

o relato subsidia a qualificação de estratégias pedagógicas como o VER-SUS e contribui para a formação de profissionais mais críticos, comprometidos com a equidade e com a defesa do direito à saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, construído a partir da participação de uma enfermeira residente em Saúde da Família na iniciativa piloto de formação de facilitadores do Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde (VER-SUS Brasil), realizada em Manaus, no período de 2 a 7 de junho de 2025. Esse tipo de estudo é apropriado, pois possibilita a descrição detalhada de experiências práticas, reflexões e aprendizagens adquiridas no contexto real de atenção à saúde, contribuindo para a compreensão das competências desenvolvidas pelos profissionais.

Vivências e reflexões sobre a Atenção Primária à Saúde no contexto indígena urbano

A proposta do VER-SUS é promover uma imersão crítica e sensível de estudantes e residentes nos diversos espaços e práticas do SUS, com o objetivo de fomentar uma formação comprometida com os princípios de equidade, integralidade, participação social e defesa do direito à saúde.

Esta edição concentrou-se na formação de facilitadores para futuras vivências, reunindo participantes de diferentes áreas do conhecimento, como Enfermagem, Medicina, Odontologia, Psicologia e Zootecnia. A seleção ocorreu por meio de edital público, considerando critérios como carta de intenção, vínculo acadêmico e experiência prévia em projetos de extensão, movimentos sociais ou vivências em saúde.

Durante sete dias, os viventes estiveram imersos em atividades teórico-práticas que incluíram visitas a Unidades de Saúde da Família, reconhecimento dos determinantes sociais nos territórios, visitas domiciliares e diálogos com usuários e profissionais. Esses momentos foram articulados com rodas de conversa, dinâmicas, produções artísticas e trocas em ambiente virtual, favorecendo a construção coletiva de saberes e a formação crítica, reflexiva e ampliada dos futuros profissionais de saúde.

Durante a vivência, os participantes foram organizados em Núcleos de Base (NB), estrutura que possibilitou maior integração, planejamento e troca de experiências. Cada núcleo foi direcionado para visitas a diferentes serviços e equipamentos do Sistema Único de Saúde, permitindo conhecer realidades diversas da rede assistencial de Manaus.

Os locais visitados incluíram: Unidade Saúde da Família Rural (USFR) Nossa Senhora do Livramento, Centro de Medicina Indígena, Unidade saúde da Família (USF) Santa Luzia, CAPS III Benjamin Matias Fernandes, USF Parque das Tribos, USFR Nossa Senhora de Fátima, USF Benedito Batista de Almeida, USF Nossa Senhora Auxiliadora e Unidade Básica de Saúde (UBS) Theomário Pinto da Costa.

Para reflexão e socialização das experiências, foram realizadas sessões de devolutiva na Escola de Enfermagem e na Fiocruz Amazônia, nas quais os participantes participaram de dinâmicas, atividades reflexivas e produção de cartazes para demonstrar mudanças percebidas ao longo da vivência. Ao final dessas atividades, algumas foram registradas em vídeo, permitindo visualizar interações e evoluções nas percepções dos participantes. Esses momentos favoreceram a troca de experiências, a reflexão sobre os aprendizados e a identificação dos principais desafios e potencialidades observados durante a imersão.

A vivência na Unidade de Saúde da Família (USF) Parque das Tribos proporcionou um contato direto com a realidade da atenção básica voltada à população indígena urbana. Localizada em uma área de grande vulnerabilidade social, marcada por altos índices de violência e carência de serviços públicos, a

unidade atende atualmente mais de 30 etnias indígenas, sendo referência para um território complexo e historicamente invisibilizado.

Inaugurada em 2024, a Unidade de Saúde da Família (USF) Parque das Tribos oferece serviços de Atenção Primária à Saúde para a população dos bairros Tarumã e Tarumã-Açu. A região concentra aproximadamente 34,5 mil habitantes e abriga a maior população indígena da área urbana da capital. O bairro “Parque das Tribos” é reconhecido como o maior bairro indígena do Brasil (Revista Cenarim, 2024).

Na USF Parque das Tribos, observou-se uma prática de acolhimento diferenciada, com sala específica para essa função, favorecendo a humanização do cuidado e o vínculo com os usuários. Tal prática está alinhada com a recente legislação que estabelece a atenção humanizada como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), sancionada em abril de 2025 (Lei n. 15.126/2025) (Brasil, 2025).

O acolhimento, enquanto uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), é definido pelo Ministério da Saúde como o processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída (Brasil, 2004).

Nesse sentido, pressupõe a escuta qualificada, a análise ampliada das demandas e necessidades apresentadas, bem como a garantia de uma atenção integral, resolutiva e responsável. Contudo, apesar da existência de uma política nacional orientando essa prática, observa-se que muitos estados e municípios ainda não dispõem de unidades de saúde com estrutura adequada para a efetiva implementação do acolhimento, o que dificulta a consolidação desse princípio no cotidiano dos serviços (Puga *et al.*, 2024; Figueiredo *et al.*, 2024).

Ainda, os profissionais demonstraram sensibilidade cultural e respeito aos saberes tradicionais dos povos indígenas, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Essa política reconhece a diversidade sociocultural dos povos indígenas e orienta a

integração entre práticas tradicionais e saberes biomédicos no cuidado à saúde, assegurando que o atendimento seja desenvolvido de forma intercultural e respeitosa às especificidades étnicas (Brasil, 2013).

Apesar dessas potências, foram identificados desafios estruturais relevantes, como a ausência de coleta laboratorial, escassez de insumos e limitações físicas, que impactavam a resolutividade do serviço. Ainda assim, os usuários expressavam satisfação e confiança no atendimento prestado, evidenciando o papel estratégico da atenção básica territorializada.

A satisfação dos usuários na Atenção Primária à Saúde está relacionada, sobretudo, à qualidade do vínculo estabelecido com os profissionais, à comunicação efetiva e ao acolhimento humanizado durante o atendimento. Estudos indicam que a confiança, o respeito e a resolutividade das demandas fortalecem a percepção positiva dos usuários quanto aos serviços ofertados.

No entanto, dimensões como a abordagem de questões emocionais e a realização de visitas domiciliares ainda representam pontos de fragilidade, refletindo em menor satisfação. Dessa forma, pode-se afirmar que a satisfação do usuário se concretiza quando a APS consegue articular atendimento técnico de qualidade com sensibilidade às necessidades emocionais e sociais da população, promovendo cuidado integral e humanizado (Silva; Vasconcelos; Costa, 2023).

Um ponto de destaque foi a atuação de uma técnica de enfermagem referência no cuidado ao pé diabético, cuja prática qualificada contribuía para a prevenção de complicações e para o fortalecimento do cuidado contínuo. Essa experiência reforçou o protagonismo da Enfermagem na Atenção Primária e a importância de práticas especializadas integradas à rotina das equipes.

A atuação da enfermagem no cuidado ao pé diabético na Atenção Primária à Saúde é considerada essencial para prevenir complicações e fortalecer o cuidado contínuo. Entre as principais ações realizadas pelos profissionais estão a avaliação sistemática dos pés, o acompanhamento de feridas, a orientação para autocuidado e o controle glicêmico.

Estudos recentes destacam que essas práticas, quando estruturadas e integradas à rotina das equipes, aumentam a resolutividade do atendimento e qualificam a atenção ao paciente diabético (Reis *et al.*, 2024; Caldeira *et al.*, 2024). Adicionalmente, a elaboração de consultas de enfermagem específicas para o pé diabético contribui para formalizar e padronizar os cuidados, garantindo maior segurança e efetividade nas intervenções (Caldeira *et al.*, 2024).

Apesar do avanço na definição de protocolos e práticas especializadas, observa-se que muitos estados e municípios ainda não possuem unidades de saúde com estrutura adequada para a implementação completa do acolhimento e das ações de prevenção ao pé diabético. Essa realidade limita a consolidação do cuidado integral e evidencia desigualdades regionais na Atenção Primária à Saúde (Lima *et al.*, 2025). Mesmo assim, a experiência reforça o protagonismo da enfermagem, destacando a importância de práticas especializadas e da integração das equipes para a promoção de um cuidado contínuo, resolutivo e humanizado.

A vivência reafirmou que, mesmo diante de adversidades, o SUS é capaz de oferecer cuidado de qualidade quando se alia a estratégias de acolhimento, vínculo e respeito à diversidade cultural. Também evidenciou o valor de iniciativas formativas como o VER-SUS, que possibilitam aos participantes compreender a realidade dos territórios e desenvolver competências críticas e humanizadas para o trabalho em saúde.

A experiência proporcionada pelo programa se revela essencial para a formação de profissionais de saúde críticos e humanizados. Ao vivenciar diretamente o contexto do SUS, os acadêmicos conseguem compreender melhor as necessidades da população e refletir sobre suas próprias práticas, desenvolvendo habilidades como acolhimento, sensibilidade cultural e pensamento crítico. Essa vivência fortalece o compromisso com a atenção integral à saúde e contribui para a formação de profissionais mais preparados para atuar de forma ética, inclusiva e responsável dentro do sistema público (Abreu *et al.*, 2019).

Reflexões formativas a partir da vivência no VER-SUS

Do ponto de vista pessoal e formativo, a Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde possibilitou romper com a rotina da Atenção Primária à Saúde, ao promover o contato com realidades que, em geral, não são vivenciadas no cotidiano dos serviços. A imersão nos territórios e nas dinâmicas da população indígena urbana ampliou o olhar para além dos protocolos assistenciais, permitindo compreender diferentes culturas, crenças e modos de vida, bem como suas implicações no processo saúde-doença.

Durante essa experiência, pude presenciar pessoas em situação de extrema vulnerabilidade social, em busca do mínimo que é o direito à saúde. Essa realidade evidenciou de forma concreta as desigualdades sociais historicamente construídas e as dificuldades enfrentadas por esses grupos para acessar os serviços de saúde. Além disso, chama a atenção o comprometimento dos profissionais de saúde, que muitas vezes colocam sua própria segurança em risco na tentativa de garantir cuidado e atenção à população, revelando tanto a potência quanto às fragilidades presentes no cotidiano do SUS.

A vivência também possibilitou compreender que a realidade da saúde dos povos indígenas no Brasil é profundamente marcada por processos históricos de colonização, responsáveis pela produção de desigualdades, discriminação e vulnerabilidade social que ainda se refletem no cotidiano dos serviços de saúde. Embora a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas tenha representado um avanço importante no âmbito do Sistema Único de Saúde, persistem desafios relacionados à efetividade da atenção, especialmente em contextos indígenas urbanos, onde as necessidades de saúde muitas vezes não são plenamente contempladas. A imersão nos territórios permitiu reconhecer como essas fragilidades se expressam na prática da Atenção Primária à Saúde.

Nesse sentido, a vivência no VER-SUS ultrapassou o campo do aprendizado técnico e institucional, provocando reflexões profundas sobre

minha própria formação e atuação em saúde. Ao me deparar com realidades marcadas por invisibilização e negação de direitos, senti-me desafiada a rever concepções previamente naturalizadas sobre o cuidado, a Atenção Primária e o próprio SUS.

A experiência despertou inquietações, desconfortos e questionamentos que contribuíram para uma postura mais crítica e sensível diante das desigualdades sociais e culturais presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Assim, a vivência fortaleceu em mim o compromisso ético-político com uma prática profissional mais empática, respeitosa e alinhada aos princípios da equidade e da atenção integral à saúde.

Considerações finais

A participação no Programa Nacional de Vivências no SUS (VER-SUS) revelou-se uma experiência formativa potente, capaz de aproximar a formação acadêmica da realidade concreta dos territórios e de fortalecer a compreensão do SUS como política pública essencial à garantia do direito à saúde. A imersão em diferentes serviços, especialmente na USF Parque das Tribos, permitiu compreender as especificidades e desafios do cuidado à população indígena urbana, marcada por vulnerabilidades sociais, invisibilidade histórica e barreiras de acesso.

A experiência evidenciou que o fortalecimento da atenção básica exige não apenas investimentos estruturais, mas também o reconhecimento e valorização de práticas humanizadas, culturalmente sensíveis e baseadas no vínculo, como as observadas no acolhimento da unidade e no trabalho especializado da Enfermagem.

No campo formativo, o VER-SUS reafirmou seu papel como espaço de aprendizagem coletiva e interdisciplinar, no qual o encontro entre diferentes áreas do conhecimento enriquece a compreensão da saúde como fenômeno

social e cultural. Para as residentes de Enfermagem, como no presente relato, essa vivência amplia repertórios técnicos e humanos, contribuindo para a formação de profissionais mais críticos, comprometidos e preparados para atuar em contextos complexos e desafiadores.

Ademais, o VER-SUS oferece aos residentes a oportunidade de integrar teoria e prática em situações reais, desenvolvendo competências essenciais como acolhimento, comunicação intercultural, planejamento e tomada de decisões clínicas contextualizadas. A experiência fortalece a sensibilidade ética e social diante das desigualdades em saúde, promovendo um olhar mais crítico e reflexivo, que prepara os profissionais para atuar com autonomia, responsabilidade e empatia, consolidando sua formação para oferecer cuidados humanizados e equitativos.

Assim, a experiência em Manaus reforça a importância de manter e ampliar programas de vivência e imersão no SUS, como estratégia de qualificação da formação em saúde e de promoção da equidade, especialmente em territórios historicamente negligenciados.

Referências

ARAÚJO, F.; MENDES, B. M. **Presenças indígenas em contexto urbano: a pandemia de Covid-19 e outras histórias.** São Paulo: Pimenta Cultural, 2023.

ABREU, V. P. L. *et al.* Projeto VER-SUS: formação em saúde e a resignificação das práticas de saúde. **International Journal of Development Research**, v. 9, n. 6, p. 28218-28223, jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança Programa Nacional de Vivências no SUS.** Brasília, DF, dez. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/ministerio-da-saude-lanca-programa-nacional-de-vivencias-no-sus#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%2C%20por,16%20de%20dezembro%20de%202024>. Acesso em: 20 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vivências no SUS**. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/vivencias-no-sus>. Acesso em: 20 dez. 2025.

BRASIL. Lei n. 15.126, de 28 de abril de 2025. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer a atenção humanizada como princípio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 29 abr. 2025.

CALDEIRA, J. M. A. *et al.* Cuidados de enfermagem ao pé diabético na atenção primária: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 37, p. eAPE01684, 2024.

CALDEIRA, J. M. A. *et al.* Elaboração e validação de consulta de enfermagem à pessoa com pé diabético na atenção primária. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 29, 2024.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Competência cultural na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 1-16, 2025.

FIGUEREDO, E. V. N. *et al.* Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: uma perspectiva de humanização. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, São Paulo, v. 7, n. 15, p. e151415, 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022**: indígenas: primeiros resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

LIMA, P. L. S. *et al.* Estratégias de prevenção e manejo do pé diabético por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde: uma revisão da literatura. In: SOBREIRA, E. N. S. (org.). **Saúde da Família**: integrando tecnologia, humanização e cuidado integral para um futuro mais saudável. Teresina: Editora Cognitus, 2025. cap. 25, p. 260-269.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde comemora 34 anos de democracia e cidadania**. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/sistema-unico-de-saude-comemora-34-anos-de-democracia-e-cidadania>. Acesso em: 20 dez. 2025.

PUGA, E. A. A.; COMAR, M. V. C.; BERNARDES, A. Protocolos e intervenções para o acolhimento na Atenção Primária à Saúde. **Revista Foco**, v. 17, n. 12, p. e7348, 2024.

REIS, I. C. dos *et al.* Assistência de enfermagem ao paciente com pé diabético na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 4, 2024.

REVISTA CENARIUM. “Parque das Tribos”: favelização e luta por direitos básicos. Manaus, 3 maio 2024. Disponível em: <https://revistacenarium.com.br/parque-das-tribos-favelizacao-luta-por-direitos-basicos/>. Acesso em: 17 abr. 20262024.

SANTOS, R. V. *et al.* Cenários da Saúde Indígena e desafios para as Políticas Públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 12, p. e11482024, 2024.

SILVA, M. da; VASCONCELOS, P. F.; COSTA, E. C. Avaliação da satisfação dos usuários na Atenção Primária à Saúde. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 97, n. 2, p. e023071, 2023.

SOUZA, E. C. de *et al.* Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde: linha de fuga na formação em saúde para uma atuação na saúde coletiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 897-905, jul./set. 2019.

NOSSOS ENCONTROS POTENTES NO VER-SUS EM MANAUS/AM: ANDANÇAS PELOS TERRITÓRIOS VIVOS DA AMAZÔNIA

Alex Silva de Souza
Jennifer Karolayne Gomes Aleoni
Robert Filipe dos Passos
Fabiana Mânica Martins

Introdução: fazer VER-SUS em território amazônico

*Mormaço na flor da pele
no suor dos olhos o corre
daquela senhora que anda
pra cima e pra baixo
com aquela menina escanchada no colo
mormaço na fila dobrando a esquina da caixa econômica
o olhar que se perde numa lembrança de não sei o que
aqui pro rumo do norte é bem forte o troço
dizem que somos terceiro mundo mal educados
mal falados esquentados criadores de caso e sem memória
dizem que a cidade é de todos
só pra gente acreditar que ela é de ninguém
mormaço no pneu da bike encostando no asfalto quente
mormaço naquele tempo fora do ar do escritório
pra pegar a marmita e um suco de graviola
mormaço no rosto do pedreiro velho
que conhece a cidade como as marcas da mão
mormaço no suor escorrendo evaporando*

*um horizonte quente subindo do chão
quem escuta a voz da cidade
quem ainda acredita nas lendas dos deuses colonizadores
quem se senta pra escutar os contadores do desenvolvimento
demolidores que confundem lucro com sustento
eles que nem vivem aqui que nem moram aqui
ficam de longe porque não aguentam o nosso mormaço
tomando vinho as nossas custas olha já
escuta aqui tá me ouvindo
esse corpo aguenta é cachaça
minha coragem não fica de ressaca
esse calor me leva pra água
meus olhos enxergam o rio
os ouvidos escutam os pássaros
sou bem daqui onde minha memória costura
como essa gente acolhedora e cheia de esperança
que quando precisa sabe enfrentar o sol*

Elizeu Braga

O Programa de Vivência no Sistema Único de Saúde (VER-SUS) na Amazônia não é simplesmente transportar uma metodologia para um cenário único, diferente e “exótico”. Trata-se de experienciar um processo de aprendizagem mediado por atravessamentos, encontros, nascentes e, principalmente, vida. O poeta Elizeu Braga inicia nossa viagem com a sua apresentação de Mormaço. Na Região Norte, ele é mais do que uma condição climática, é uma categoria existencial e política. Krenak (2019), ao falar da relação do seu povo com a floresta e o rio, explica que a primeira coisa que as pessoas de sua comunidade faziam ao acordar era analisar como estava o humor da montanha, para aí organizarem a rotina. Relação essa de indissociável conexão com as formas de vida que permeiam o cotidiano, com as vidas humanas e não humanas deste território. Esta mesma relação, vale lembrar, foi abruptamente destruída pelo crime ocorrido em Mariana, no ano de 2015, que acabou com a vida do rio (Watü) e das formas de vida que mantinham relação com ele.

Esta relação indissociável com o território é resgatada por Eliseu Braga em seu poema. É a atmosfera densa que une o suor dos corpos, o vapor do rio e a respiração da floresta que provoca um desconforto pelo tempo quente, abafado e úmido. O mormaço, ao mesmo tempo que incomoda, acolhe e marca presença. Não há espaço para indiferença, o mormaço força o corpo a sentir e a reconhecer o que está inserido na própria realidade da Amazônia.

Da mesma forma, não há espaço para aprender sobre o SUS no contexto amazônico no modelo de educação bancária (Freire, 2002). As vivências em Manaus (AM), em convergência com o programa de vivências no SUS, não se limitaram a estágios orientados para aplicar ou validar um conhecimento pré-concebido. É uma nascente de saber. As confluências, os rios e as estradas que levam para comunidades encontram os fluxos de histórias, de saberes tradicionais, de lutas e por saúde que cruzam o caminho dos viventes.

É importante também entender o território que por vezes é subjugado devido a suas características geográficas. Desde ações de acesso à saúde até a própria oferta do serviço, o conhecimento geral é que as grandes distâncias e dificuldades de deslocamento são muitas vezes utilizadas como justificativas de eventuais insuficiências (Garnelo, 2019). Essa visão, entretanto, reduz a complexidade local a um simples “problema logístico”, invisibilizando as estratégias e saberes tradicionais.

Denilson Baniwa, em uma instalação artística realizada em julho de 2022, apresenta uma pintura-cartografia denominada “Hipana Map” (Figura 1). Hipana significa “umbigo do mundo” no idioma baniwa. A cidade antes da cidade colonial, um gigantesco aldeamento do povo Manaós, que resistiu bravamente ao processo de colonização, segue transbordando a partir da sabedoria ancestral que permeia os fluxos de vida deste território.

Figura 1. Instalação de Denilson Baniwa.



Fonte: Galeria do Largo/Secretaria de Estado de Cultura e Economia Criativa do Amazonas, julho de 2022.

Retornamos ao poema de Braga: o “Rosto do pedreiro velho que conhece a cidade como as marcas da mão”, atesta a sabedoria local, que também é ancestral. O território não é apenas um obstáculo, é a fonte de soluções. As “dificuldades” apontadas de fora são, para quem vive aqui, o tecido do cotidiano. O transporte da comunidade ribeirinha ou o saber tradicional do centro de saúde indígena, compõem as trilhas percorridas pelos viventes nesta cidade múltipla, tensionada pela lógica de organização colonial e reconstruída a partir da circulação formulada por outras cartografias. A narrativa da “falta”, que serve à desresponsabilização do Estado em promover políticas públicas com equidade compatíveis com as necessidades singulares da região, é antagonizada pela potência do cuidado descentralizado promovido pelas dinâmicas locais de saúde.

É desse contexto que surge a noção de territórios líquidos, que entre os encontros dos viventes, se impõe como uma ferramenta analítica fundamental. Na geografia sólida dos mapas é usada para justificar a escassez. No entanto, a realidade no espaço que envolve toda a cidade amazônica é fluida, dinâmica, vivida. O território líquido é tido como os fluxos estruturais que constituem a vida, compõem os saberes, o cuidado e os modos de existir singular, indo para além da presença do “Lugar” (Martins *et al.*, 2022).

Os rios são os caminhos de acesso, de liberdade e encontro. O cuidado pensado através dessa fluidez, de forma literal e metafórica, vai ao encontro de uma lógica decolonial, considerando que a unidade de saúde é apenas um ponto de apoio em um rio de demandas que correm por múltiplos afluentes. A integralidade do cuidado, um dos princípios do SUS, se constrói na capacidade de adaptar-se a esse movimento de itinerário terapêutico. Os viventes são como navegadores transmutando as “dificuldades” em práticas de saberes locais, sendo um convite à reflexão, para que possamos produzir uma saúde tão flexível e maleável quanto o ciclo das águas.

Vivenciar o “mormaço” amazônico auxilia na reorientação da formação profissional, revelando competências distintas da formação tradicional. Um dos maiores desafios na formação dos profissionais de saúde é na interpolação de ciência, linguagem, técnica para que possam compreender e atuar no mundo social e cultural que estão inseridos (Amâncio Filho, 2004). Competências como escuta qualificada, criatividade na resolução de problemas, reconhecimento dos saberes tradicionais são muitas vezes cultivadas na prática cotidiana da vivência. O profissional formado por essa lógica não é um técnico com verdades universais, mas um costurador dessa rede de cuidado.

Esses agentes aprendem que não estão nos locais para “salvar”, mas sim para fortalecer essa trama de saberes e apoios que já se sustenta por si só. O Costurador é aquele que imerso no mormaço percebe que a saúde não se prescreve apenas com técnicas, mas se constrói, com respeito e escuta apurada de todos os ritmos das vozes da cidade e da floresta, de uma cidade-floresta.

Por fim, a vivência se mostra como uma crítica às narrativas colonizadoras sobre “desenvolvimento”. A matriz que sustenta muitas instituições é a colonialidade predatória que persiste e se reatualiza na contemporaneidade, principalmente no quesito de hierarquia civilizatória (Gonçalves *et al.*, 2019), que perpassa as regiões de saúde. Quando Braga traz “Nem vivem aqui/ que nem moram aqui/ ficam de longe por não aguentam o nosso mormaço”, salientamos que as vivências neste território carregam esse grito, desvelando a falácia de uma Amazônia vazia e atrasada, que desconsidera a força e a esperança dos locais, aquelas que “sabem enfrentar o sol”. Há um compromisso ético em reconhecer a região.

O Programa Nacional de Vivências no SUS se justifica no esforço em traduzir saberes, de forma humilde e respeitosa com o território. O mormaço se mostra como um início de uma lição crucial. O SUS só se efetiva como universal, integral e equânime quando é capaz de aprender com a diversidade de saberes que compõem o Brasil, para que possamos ter um sistema que não tema o sol, mas que saiba, com a coragem das populações locais, enfrentá-lo.

Uma vez embarcados nas vivências no SUS em Manaus (AM), o objetivo deste manuscrito é conduzir reflexões disparadas por estes encontros e experiências produzidas nos territórios vivos amazônicos. A discussão será orientada pelo mormaço e pelos territórios líquidos, visando, em última instância, repensar os modelos de atenção à saúde a partir dessa realidade. As reflexões aqui são disparadas pelos processos formativos decorrentes do VER-SUS em sua edição manauara, ocorridas no período de 2 a 7 de junho de 2025, contribuindo para o desenvolvimento de processos de ensinar e aprender pautados numa escuta qualificada, criativa e decolonial.

Sobre o cuidado no SUS pelos rios da vida

*Vai um canoeiro, nos braços do rio
Velho canoeiro, vai, já vai canoeiro
Vai um canoeiro, no murmúrio do rio
No silêncio da mata [...] nas curvas que o remo dá
[...] no remanso da travessia
Enfrenta o banzeiro nas ondas dos rios
E das correntezas vai o desafio [...] Da tua canoa, o teu pensamento
Apenas chegar, apenas partir [...] Teu corpo cansado de grandes viagens
Já vai canoeiro
Tuas mãos calejadas do remo a remar
Já vai canoeiro
De tua viagem de tantas remadas
Já vai canoeiro
O porto distante
O teu descansar*

Ronaldo Barbosa, “Saga de um Canoeiro”, 1994

Uma das principais contribuições do filósofo Gilles Deleuze para pensarmos a experiência humana em sua complexidade está em sua obra denominada “Diferença e repetição” (2006). Nela, Deleuze estabelece as bases do que seria posteriormente denominada “filosofia da diferença”, que, dito de forma bastante apressada, demarca o caráter constitutivo da diferença na produção do que somos. Trabalho esse delicado e permanente que, para olhos ligeiros, pode ser em um primeiro momento reconhecido como repetição. Porém, o exercício inexorável do tempo explicita que a marca da vida é o devir, fluxos de transformação constantes que fazem menos “sermos” e mais “sendo”.

Uma imagem que nos ajuda a materializar tal condição é a do rio. A sabedoria popular nos diz: não entramos duas vezes no mesmo rio. Este sábio aforismo guarda justamente essa premissa fundamental deleuziana. Quando

entramos pela segunda vez no rio, a água que corre intensa por ele não é a mesma, a composição da paisagem, embora possa demarcar repetição na medida em que é registrada na memória a partir de seus elementos gerais, também não é a mesma, tampouco nós somos os(as) mesmos(as). O rio traça sensivelmente, profundamente e permanentemente o seu vir a ser a cada centésimo de segundo. É preciso traçar o caminho das águas para compreender a grandiosidade deste processo.

Um dos afluentes que compõem o grandioso Rio Amazonas é o Rio Madeira, que é resultado do encontro dos grandes complexos fluviais Guaporé/Mamoré. Eles, por sua vez, são formados no sudeste mato-grossense e do encontro com outros rios das terras baixas bolivianas e Beni/Madre de Diós, formados nos Andes (Bispo, 2022). O Madeira, que contribui para dar vida ao rio Amazonas, tem sido classificado como o mais vulnerável da Amazônia por conta dos projetos energéticos na região (Latrubesse *et al.*, 2017).

Propomos aqui pensar a formação para o SUS promovida pelo VER-SUS manauara potencializada por este singular encontro de águas. Rios que se encontram, em suas diferenças, permeados por cores, elementos heterogêneos, histórias distintas, desejos, que fizeram deste encontro uma vivência única. Esta vivência permitiu navegarmos estes rios da vida a partir da sabedoria destes “canoeiros do SUS”, que nos apresentaram a magnitude da vida em seus modos amazônicos de existirem. Vivências marcadas pela intensidade das remadas que permeiam os cuidados em saúde na medida em que se experimenta o banheiro.

Essa marca potencializada pela diferença inicia na composição da comissão organizadora, constituída por um conjunto de docentes já experimentados de outros rios na organização de vivências anteriores e alguns ex-versusianos. A organização foi composta também por discentes da Região Norte, que embora não tenham experimentado VER-SUS anteriormente, o viveram nesta peculiar condição de gestar uma vivência como sonho que se sonha junto.

Foi nessa confluência de águas, marcada pela heterogeneidade e pelo desejo de navegar novos sentidos do cuidar, que se formou a travessia do VER-

SUS em Manaus. Canoeiros de diferentes regiões e formações compuseram essa vivência plural, marcada pela escuta, pelo deslocamento e pelo encontro. A seguir, apresentamos quem foram esses sujeitos da travessia, estudantes e residentes da saúde que, como afluentes, contribuíram com suas histórias, saberes e práticas para a construção de uma formação que se faz na diferença.

A travessia que compôs essa vivência foi feita por 17 pessoas, sujeitos singulares, de diferentes formações, origens e tempos de vida. Dez desses viventes eram do próprio estado do Amazonas: oito de Manaus, entre eles uma técnica de agente comunitária de saúde uma enfermeira residente em infectologia, dois graduandos de enfermagem, três de odontologia e um de medicina veterinária. Também participaram uma estudante de medicina de Itacoatiara e outra de Manacapuru.

Os outros sete viventes vieram do estado de Rondônia, da cidade de Porto Velho, sendo quatro enfermeiros residentes em saúde da família e três estudantes de medicina. Essa diversidade de trajetórias e territórios ampliou as formas de escuta e os modos de ver o SUS, tornando a experiência ainda mais rica, densa e plural.

O exercício que propomos aqui, menos de descrição da vivência e mais disparo de reflexões promovidas pelos afetos produzidos a partir delas, buscarão ofertar pistas dos sentidos produzidos nestes dias de VER-SUS Manaus (AM) a partir de algumas experiências.

Das barricadas físicas e simbólicas e os desafios de um SUS universal, integral e com equidade

Saímos pela manhã junto ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) da microrregião da Unidade Básica de Saúde (UBS) que estávamos conhecendo. Ele, junto a outros(as) ACSs, compartilham informações relevantes sobre o bairro em que atuam. Trata-se de um território com número significativo de

pessoas idosas, com uma população que habita a região por longa data. Nas ruas, há problemas de esgoto, o bairro possui alguns morros e, em boa parte das ruas, só é possível circular caminhando. Além disso, o ACS nos conta que um de seus principais desafios ao atuar no território foi conseguir efetivar sua entrada e circulação, haja vista que se trata de uma região dominada pelo tráfico.

Nosso interlocutor nos explica que, para circular pelo território, a equipe precisou ser identificada como trabalhadores da saúde, para aí sim receberem a autorização dos responsáveis pelo tráfico na localidade. Ele refere que, para podermos visitar o bairro, iria informar nossa presença.

Uma cena vivenciada pelo nosso grupo é emblemática para reflexão acerca da relação entre a equipe de saúde e esta força política, econômica e social na região, que embora não seja formal e oficial, organiza parte da vida do território. Ao chegarmos em determinada altura do morro, caminho esse percorrido para realizar uma série de Visitas Domiciliares (VDs) por parte da equipe, encontramos uma barricada física em meio a passagem. Na guarda desta passagem estão três jovens, aparentemente adolescentes. O ACS nos pede para aguardar e explica aos jovens quem somos e o que estamos fazendo ali. Passamos e os jovens nos cumprimentam, dizem para “ficarmos tranquilos” e desejam um bom trabalho.

Para pensarmos esta cena e o que ela representa no cuidado em saúde operacionalizado pelo SUS, é importante realizarmos uma breve digressão. O Brasil possui um dos maiores contingentes de pessoas privadas de liberdade do mundo, sendo em sua grande maioria pessoas negras que se encontram encarceradas (Passos, 2020). Essas prisões, em sua maioria esmagadora, são consequência da denominada “guerra às drogas”.

A ampliação significativa de pessoas presas no Brasil nas últimas duas décadas tem uma explicação muito particular. Esse índice foi impactado especialmente pela aprovação da denominada Lei de Drogas (n. 11.346/06). Esta lei, que a princípio fora aprovada com a intenção de diferenciar porte e tráfico de drogas, acabou gerando um impacto demasiadamente negativo.

Em seu artigo 28, inciso 2º, a legislação deixa a cargo do juiz, considerando o contexto, definir a partir da quantidade da substância encontrada, o local e as condições em que o flagrante foi realizado, bem como os antecedentes do sujeito e a sua conduta, definir a caracterização de porte ou tráfico.

Dos anos 2000 a 2018, o número de homens encarcerados no país cresceu em 220% (Neves, 2019). Em 2005, as pessoas privadas de liberdade por tráfico representavam 9% da população carcerária. Em 2014, essa porcentagem chegava a 28%. Já em 2019, a porcentagem chegou a 32,6% dessa população (Moreira, 2019). Outro dado que sinaliza o impacto desta legislação para o encarceramento é que 62% dos presos por tráfico exerciam atividade remunerada no momento de sua prisão, 94,3% não pertenciam à facção e 97% não portavam armas. E ainda, 77% dos acusados não possuíam mais de 100 gramas de maconha quando do flagrante e 14% possuíam menos de dez gramas (Conceição; Pereira, 2019).

Faz-se importante ressaltar também alguns aspectos que evidenciam o atravessamento de raça, gênero e classe no que se refere ao debate e à implementação de políticas relacionadas a questão das drogas no Brasil. Primeiramente, é importante que se diga que existe no país uma certa forma velada de pena de morte para alguns. De 2003 a 2014, o número de brancos mortos por arma de fogo no país caiu, enquanto o número de negros mortos aumentou (Conceição; Pereira, 2019).

O histórico acerca do modo como o Estado brasileiro tratou a questão das drogas demonstra o quanto a criminalização da pobreza e da população negra sempre esteve presente nesta seara. Foi em 1921 que o código criminal brasileiro passou a utilizar o termo “entorpecente” para estabelecer drogas como o ópio e a cocaína enquanto substâncias proibidas. Já em 1932, a partir de um novo decreto (n. 20.930), diversas substâncias também passaram a ser enquadradas como entorpecentes. As pessoas que não possuíam prescrição médica para tais substâncias poderiam ser enquadradas como infrator toxicômano, quando declarado por laudo médico. Nestes casos,

a pena criminal seria substituída por um “tratamento em local adequado” (Conceição; Pereira, 2019).

Esta medida de característica fundamentalmente higienista denota a influência da ciência médica da época e a tutela do controle dos corpos da população enquadrada como toxicômano por parte da medicina. Ainda em termos históricos, é interessante resgatar a criação da Delegacia de Costumes, Tóxicos e Mistificações, em 1934, que denota já em seu nome o interesse em regular/criminalizar costumes, consumo e religião comumente relacionados a população negra (Conceição; Pereira, 2019).

Dessa forma, compreendemos que uma continuidade na história das políticas voltadas para a questão das drogas que se dá de forma imbricada com a racialização da população negra. Esta temática sempre esteve vinculada à experiência da população negra e ao caráter persecutório do Estado em relação a estas pessoas, de modo que o suposto interesse em regular o uso destas substâncias tem servido historicamente para controlar, reprimir e exterminar pessoas negras. É preciso, portanto, assumir o sucesso completo do proibicionismo no que se refere à sua intencionalidade de provocar um genocídio da população negra brasileira (Conceição; Pereira, 2009).

Em relação ao atravessamento de gênero, é importante dizer que a ampliação da porcentagem de mulheres encarceradas entre 2000 e 2018 foi de 665%. São mais de 40 mil mulheres encarceradas, sendo 67% delas negras. Em torno de 50% da população carcerária de mulheres têm de 18 a 29 anos (Neves, 2019).

Assim, é possível pensarmos que esta barricada, que fisicamente delimita um ponto de parada construído pelo tráfico para demarcar seu poder e autoridade sobre aquela comunidade, simbolicamente, essa barreira possui outros sentidos. A barreira também sinaliza os pontos de passabilidade pelas quais determinadas populações são deixadas “do lado de lá” do Estado e sua presença através de políticas sociais. O tráfico, como poder paralelo ao exercido pelo Estado, é resultado do conjunto de desigualdades produzidas

historicamente pela sociedade e respaldadas por uma sociedade que naturaliza a pobreza e a negligência com a ausência de garantia de direitos de parte significativa da população (Passos, 2020).

Os meninos que fazem a guarda naquela barricada são a expressão desta ambiguidade. Trabalhando para o tráfico, geram renda para suas famílias, garantem acessos negados a eles enquanto cidadãos, ganham visibilidade entre os seus e na sua comunidade. Por outro lado, traçam um destino potencial que por tendência encurtam suas vidas, promovendo os trágicos destinos da prisão e da morte.

Para alguns desavisados ou mal-intencionados, que reduzem a complexidade desta condição a uma “escolha individual”, falta escuta sensível para compreender que, antes de qualquer escolha, o que se reconhece é a ausência de alternativas. Daí a necessidade apresentada por Soares (2005) de “disputar menino a menino” com o tráfico. Para isso, porém, é necessário termos o que oferecer a estes, que seja melhor do que o iminente risco de perder o seu futuro, mas, ao menos, vislumbrar por certo tempo uma oportunidade de viver um presente.

Voltamos à cena, seguimos nossas visitas domiciliares. A reflexão que reverbera desta experiência também é aquela do que o SUS representa para esta população. É preciso pensar quais são as barricadas que os(as) trabalhadores(as) do SUS precisam superar, barreiras estas construídas historicamente e reproduzidas a partir da manutenção das desigualdades em cumplicidade com o próprio Estado, para que esta população apartada tenha de fato o direito à saúde universal, integral e com equidade.

É a partir do esforço destes(as) trabalhadores, de encontrar brechas para fazer saúde entre becos, vielas e barricadas, que estas barreiras simbólicas são superadas pelo SUS. É desta forma que, nesses fazeres cotidianos, a partir dos arranjos possíveis delineados artesanalmente por quem efetiva o SUS sob o mormaço e os banzeiros da vida, que somos capazes de esperar acesso e dignidade para a nossa população.

Os(as) usuários(as) visitados(as) e seus familiares expressam agradecimento pelo cuidado e a atenção, desejam inúmeras bênçãos para nossa equipe. Sabemos que o SUS não é uma benevolência, não é favor realizado pelo Estado, é direito garantido constitucionalmente, resultado de conquistas históricas da classe trabalhadora, dos movimentos sociais organizados. Por outro lado, sabemos também que estes direitos comumente são negados a boa parte da população. O gesto de agradecimento, portanto, guarda esta cumplicidade entre aqueles(as) que sabem quem construiu e mantém a verdadeira barricada, e quem são aqueles(as) que buscam desmontá-la.

Da escuta e do cuidado: o que as mulheres e os silêncios nos ensinam

Os caminhos eram muitos e os modos de chegar também. A cada dia, novos territórios se descortinavam diante de nós, alguns acessados de van, outros a pé, outros ainda navegados em lanchas. A cidade era uma só, mas se multiplicava em experiências distintas. Cada espaço exigia de nós uma escuta atenta, uma entrega sensível, um olhar disposto a ser atravessado.

Era como adentrar universos que, embora diferentes entre si, compartilhavam o mesmo calor, físico e simbólico, e revelavam potências criativas no cuidado, quase sempre construídas a partir das tecnologias leves. Meu corpo, sendo da terra, parecia habituado ao mormaço, ao ritmo, aos ruídos. Mas ao final de cada dia, era como se toda a energia tivesse escorrido junto ao suor. Ainda assim, havia uma sensação de completude, como se, em meio ao cansaço, a mente fervilhasse em ideias.

As rodas de conversa com os demais viventes, os vínculos com trabalhadores e trabalhadoras da saúde, os encontros com os moradores e moradoras dos territórios, tudo ganhava sentido. A prática devolvia vida à teoria, e a teoria se deixava tocar pelas vivências. Nas unidades de saúde,

éramos acolhidos por quem ali trabalhava; nas comunidades, por quem ali vivia. Cada rosto, cada fala, cada gesto nos permitia conhecer uma parte do que é viver e cuidar em território amazônico.

Em uma das visitas realizadas durante a vivência, conhecemos uma mulher que, aos olhos ligeiros, poderia parecer apenas mais uma entre tantas outras cuidadoras da comunidade. Tinha cerca de 50 anos, olhar cansado e, ao mesmo tempo, atento. Falava com dignidade e esperança, mas também com pausas longas, silêncios que diziam muito, e uma presença que oscilava entre a força e a exaustão. Mãe, esposa, filha, irmã e cuidadora, ela se desdobrava para garantir o cuidado de praticamente todos ao seu redor. Entre eles, um irmão com diagnóstico de esquizofrenia, dependência química e histórico de comportamentos violentos. Embora falasse dele com certa naturalidade, usava eufemismos e engasgava o choro quando contava como precisava mantê-lo trancado ao final do dia, uma estratégia de prevenção contra possíveis surtos e episódios de zoofilia, que colocavam não só a saúde dele, mas também da comunidade, em risco.

Essa mulher nos ensinou, sem intenção, sobre as fronteiras tênues entre cuidado e abandono institucional. Nos ensina também sobre os desafios concretos da efetivação do cuidado em liberdade pela Rede de Atenção Psicossocial. Cuidar em liberdade não pode ser sinônimo de responsabilização exclusiva de familiares que, na necessidade de dar conta do sofrimento psíquico dos seus, também adoecem (Martins; Lorenzi, 2016; Brusamarello *et al.*, 2017).

Acompanhada pela equipe de saúde da família, encontrava algum apoio, mas claramente insuficiente diante da sobrecarga física, emocional e moral que enfrentava diariamente. Ela nos falava mais com o corpo do que com as palavras: o peso das responsabilidades, o quase apagamento de si mesma enquanto sujeito. Ela sabia que adoecia, mas reconhecia que sua dor não era prioritária. Nesse jogo cruel da assistência, seu sofrimento se diluía, primeiro o irmão, depois a mãe, depois os filhos. Em última instância, ela mesma colocada sempre em último plano.

A cena vivida com essa mulher nos atravessa porque desnuda a face oculta do cuidado: aquela que não aparece nos indicadores, mas que sustenta o sistema com suor, silêncio e sacrifício. Ela não pediu ajuda de forma direta, mas suas perguntas buscavam soluções impossíveis para uma rede fragmentada. O que fazer quando o cuidado se torna prisão? Quando a única alternativa para garantir a segurança da casa é trancar uma porta? Quando o SUS chega, mas não basta?

Essa experiência nos interpela sobre o que o sistema espera das mulheres e como falha com elas. Afinal, o que o Estado faz quando encontra uma mulher exausta, mas ainda esperançosa? Quando seu corpo já não aguenta, mas a culpa a impede de parar? As mulheres nos territórios não apenas cuidam, elas sustentam o que resta do SUS quando o Estado falha. E, mesmo assim, permanecem invisíveis, silenciadas e muitas vezes sozinhas (Pergoraro, 2008).

A experiência com essa mulher não é um caso isolado, é quase uma regra nos territórios. As mulheres estão em todos os espaços do cuidado: são mães que carregam sozinhas os diagnósticos dos filhos, filhas que se tornam cuidadoras das mães, irmãs que substituem o Estado na proteção dos seus. São também profissionais da saúde, lideranças comunitárias, técnicas, conselheiras, mulheres que cuidam por dentro e por fora da casa, por afeto, por obrigação ou por ausência de alternativas. E quase sempre, com pouco ou nenhum reconhecimento.

Cuidar, segundo Tronto (1993), é uma atividade que inclui tudo o que fazemos para manter, continuar e reparar nosso “mundo” de forma que possamos viver nele da melhor maneira possível. Ela não pode ser compreendida apenas como ação individual, mas como parte de uma estrutura que responsabiliza determinadas pessoas, em sua maioria mulheres, por sustentar o que o Estado não alcança. A divisão sexual do trabalho, nesse sentido, é o alicerce de uma desigualdade histórica. Para elas, o cuidado raramente é escolha, é destino. Como afirma Rita Segato (2021), o patriarcado não é apenas um sistema de

opressão, mas uma pedagogia da desigualdade, que ensina a naturalizar a subalternidade feminina nas relações sociais, inclusive nas políticas públicas.

Na Amazônia, essa lógica se intensifica. A ausência do Estado em determinadas regiões, a dificuldade de acesso aos serviços, a escassez de redes de apoio especializadas, a descontinuidade dos atendimentos, tudo isso transforma o cotidiano do cuidado em uma travessia solitária. Mas aqui também emerge uma força particular: a sabedoria ancestral das mulheres amazônicas, que mesmo em meio à precariedade, constroem redes de afeto e proteção. Cuidar, aqui, é também resistir.

O que acontece nesta arena compartilhada onde diversas pessoas e mundos se encontram, e o que esses encontros significam para as relações de gênero?”, questionam Regitano e Nahum-Claudel (2021). As autoras apontam que “as mulheres são testemunhas sensíveis de uma pluralidade de relações e resistências que atravessam as aldeias, os corpos e os mundos”, enfatizando que o cuidado é também gesto político e gesto de sobrevivência.

O SUS, apesar das lacunas que se expressam na fala dessa mulher, não é o vilão da história. Ao contrário, é o principal espaço de apoio e vínculo que ela possui. Se não fosse pelo acompanhamento da equipe de Estratégia Saúde da Família, ela provavelmente não teria qualquer suporte. O SUS é um projeto revolucionário, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, mas é também espelho das contradições sociais que o constituem. E o que falta ao SUS não é potência, mas investimento, prioridade política e vontade de fortalecer quem o faz cotidianamente: usuárias, trabalhadores e comunidades.

É preciso que as instituições de ensino parem para escutá-las. Que os(as) futuros(as) trabalhadores aprendam a reconhecer as narrativas fragmentadas, os não-ditos, os eufemismos. Que saibam que, para além dos prontuários, existe dor. Que entendam que saúde mental não se trata só de sintoma, mas de contexto. Que aprender sobre cuidado é também aprender a não julgar, a não hierarquizar sofrimentos, a não individualizar responsabilidades que são coletivas.

Nas margens dos rios e nas periferias das cidades, o cuidado acontece apesar do Estado, e muitas vezes também através dele, quando trabalhadores(as) ousam sair do script para escutar, para estar, para fazer diferente. Essa é a grande lição que nos atravessa nessa vivência. Que o cuidado não é um ato técnico apenas. Ele é gesto, presença, vínculo e resistência. E é quase sempre sustentado por mulheres.

Diante dessas vivências e escutas, fica evidente que programas como o VER-SUS não podem ser encarados como atividades isoladas ou periféricas na formação em saúde. Eles são experiências pedagógicas profundas, que colocam os(as) estudantes em contato com a complexidade do território, com a potência dos vínculos e com os limites da atuação técnica descolada da realidade social.

É urgente que o VER-SUS seja reconhecido e fortalecido como uma política nacional permanente de formação para o SUS, incorporada às grades curriculares, com financiamento adequado e apoio institucional. Um SUS mais universal, equânime e integral depende da formação de profissionais capazes de escutar os territórios, dialogar com os saberes tradicionais, reconhecer os marcadores sociais do cuidado e atuar com ética, sensibilidade e compromisso social. O VER-SUS é um caminho potente nessa travessia.

Encerrar esta travessia sem reconhecer a potência do VER-SUS seria negligenciar o que de mais profundo ela nos ofereceu: a possibilidade de ver e sentir o SUS para além das normativas. Ver o SUS que pulsa nos gestos cotidianos, nos vínculos silenciosos e nas estratégias de cuidado produzidas por mulheres que, muitas vezes, sequer se reconhecem como cuidadoras. Ao ocupar múltiplos papéis, filhas, esposas, mães, irmãs, vizinhas, trabalhadoras, elas sustentam redes inteiras de cuidado nos territórios, frequentemente à margem do reconhecimento institucional.

A vivência nos mostrou que, onde o Estado não chega, são essas mulheres que seguram o barco, muitas vezes sozinhas, exaustas, mas com uma dignidade que só quem conhece a escassez pode ensinar. O VER-SUS

não nos deu soluções, mas nos ensinou a escutar, a reconhecer o valor político dos silêncios, a potência dos afetos, a necessidade urgente de reconfigurar a formação em saúde a partir dos territórios e de uma perspectiva de gênero. Em um sistema ainda estruturado a partir de lógicas coloniais, é nesse tipo de encontro que germina um SUS mais nosso, mais amazônico, mais inteiro.

A formação em saúde que se propõe crítica, popular e comprometida com os territórios precisa escutar as mulheres, suas dores e silêncios, mas sobretudo suas potências. Que o VER-SUS siga sendo espaço de travessia, de escuta e de transformação não apenas para os(as) estudantes, mas para o próprio SUS, que se renova na escuta de quem sustenta o cuidado todos os dias. O VER-SUS é, portanto, travessia. E, como todo rio, leva e traz, nos tira de onde estamos para que possamos voltar diferentes.

Considerações finais

A travessia feita pelo VER-SUS em Manaus não nos devolve soluções prontas, tampouco respostas reconfortantes. Ela devolve inquietações, perguntas que permanecem vibrando mesmo depois que voltamos. A vivência nos deslocou: do centro para as margens, da técnica para a escuta, do protocolo para o vínculo. O território amazônico não foi cenário, foi presença viva, com seu mormaço, seus rios, suas gentes e suas complexidades.

Em cada encontro, fomos convocados a abandonar a pretensão de compreender tudo de imediato. O que se revelou diante de nós exigia escuta lenta, tempo dilatado, atenção ao que é dito e ao que permanece suspenso no silêncio. A realidade não cabia nos roteiros da formação tradicional, e tampouco se deixava reduzir a diagnósticos. Os territórios nos ensinam mais pela convivência do que pela explicação.

A partir dessas vivências, compreendemos que o cuidado em saúde, sobretudo na Amazônia, está atravessado por relações que extrapolam a clínica.

Está na capacidade de sustentar laços, de improvisar caminhos, de reconhecer o saber de quem vive o cotidiano. E quase sempre, são mulheres que fazem isso acontecer. Não por heroísmo, mas por uma sobrecarga historicamente organizada em torno do seu papel social. O cuidado aparece como tarefa, como afeto, como sacrifício, e por vezes, como prisão.

Esse aprendizado não seria possível sem o SUS. Mesmo com suas falhas, ele segue sendo o principal espaço de apoio real às populações mais vulnerabilizadas. Nas margens e nas frestas, o SUS resiste, sustentado por trabalhadoras e trabalhadores que criam possibilidades onde muitas vezes só há escassez. O que falta ao SUS não é sentido, é sustentação política, é o reconhecimento da sua grandeza cotidiana.

O VER-SUS, nesse contexto, não pode ser compreendido como atividade complementar. Ele é parte fundamental da formação para o SUS que desejamos: uma formação que desafie hierarquias de saber, que inclua o território como sala de aula, que reconheça a densidade das vivências como campo de aprendizagem legítimo. Uma formação que se pergunta, a cada encontro: o que ainda não escutamos?

Talvez essa seja a herança mais potente da vivência: a escuta. Escutar com o corpo, com o tempo, com o cuidado que não apressa. Escutar o que não está dito. Escutar quem sustenta, em silêncio, redes inteiras de cuidado.

Referências

AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 375-380, ago. 2004.

BANIWA, D. **Instalação de Denilson Baniwa**, jul. 2022. Galeria do Largo/Secretaria de Estado de Cultura e Economia Criativa do Amazonas.

BARBOSA, R. Saga de um canoeiro. Intérprete: Boi Caprichoso. Toada, 1994. Disponível em: DVD Um canto de amor ao Caprichoso, gravado em 14 out. 2010, no Atlético Rio Negro Clube, Manaus.

BISPO, F. A morte silenciosa do rio Madeira. **InfoAmazonia**, 11 jul. 2022. Atualizado em: 12

jul. 2022. Disponível em: <https://infoamazonia.org/2022/07/11/a-morte-silenciosa-do-rio-madeira/>. Acesso em: 30 set. 2025.

BRAGA, E. **Mormaço**: poemas. [S. l.]: Produção independente, [s. d.].

BRUSAMARELLO, T. *et al.* Famílias no cuidado à saúde de pessoas com transtorno mental: reflexos do modelo de assistência. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 3, p. 441-449, 2017.

CONCEIÇÃO, T. F. F.; PEREIRA, M. de O. Todo camburão tem um pouco de navio negreiro: uma análise sobre criminalização de substâncias psicoativas e o encarceramento de mulheres negras. In: PEREIRA, M. de O.; PASSOS, R. G. (org.). **Luta antimanicomial e feminismos**: inquietações e resistências. [S. l.]: Editora Autografia, 2019. p. 111-140.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. Tradução de L. Orlandi e R. Machado. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GARNELO, L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, 2019.

GONÇALVES, L. A. P.; OLIVEIRA, R. G. de; GADELHA, A. G. dos S.; MEDEIROS, T. M. de. Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades – uma (não) agenda? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 13-26, dez. 2019.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

LATRUBESSE, E. M. *et al.* Damming the rivers of the Amazon basin. **Nature**, v. 546, n. 7658, p. 363-369, 1 jun. 2017.

MARTINS, F. M. *et al.* Produção de existências em ato na Amazônia, Brasil: “território líquido” que se mostra à pesquisa como travessia de fronteiras. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, 2022.

MARTINS, P. P. S.; GUANAES-LORENZI, C. Participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 1-9, 2016.

MOREIRA, S. **As implicações das alterações na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas para o exercício profissional de assistentes sociais no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2019. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-tecnicaiei13840-2019-.pdf>.

NEVES, C. S. das. Mulheres negras no sistema de justiça ou quando raça, gênero e classe explicam como atua o sistema criminal. In: PEREIRA, M. de O.; PASSOS, R. G. (org.). **Luta antimanicomial e feminismos**: inquietações e resistências. [S. l.]: Editora Autografia, 2019. p. 137-152.

PASSOS, R. G. “Crimes de paz”: as expressões do racismo na saúde mental da população negra. In: MAGNO, P. C.; PASSOS, R. G. (org.). **Direitos humanos, saúde mental e racismo**: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020.

PEGORARO, R. F. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-94, 2008.

REGITANO, A.; NAHUM-CLAUDEL, C. Perspectivas feministas na Amazônia indígena. **Cadernos de Campo (São Paulo - 1991)**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. e193718, 2021.

SEGATO, R. L. **Crítica da colonialidade em oito ensaios e uma antropologia por demanda**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

SOARES, L. E. **Cabeça de porco**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

TRONTO, J. C. **Moral boundaries**: a political argument for an ethic of care. New York: Routledge, 1993. Disponível em: <https://www.routledge.com/Moral-Boundaries-A-Political-Argument-for-an-Ethic-of-Care/Tronto/p/book/9780415902489>. Acesso em: 29 set. 2025.

RIOS DE VIDA: UMA CARTOGRAFIA DE AQUILOMBAMENTOS E BEM VIVER AMAZÔNIDAS DO VER-SUS NORTE

**Ana Beatriz Dias Angelim
Carlos Eduardo Lima Leão de Araújo
Márcio Mariath Belloc**

O presente texto apresenta uma reflexão sobre práticas de cuidado observadas e vivenciadas em uma imersão em territórios amazônicos quilombolas, propiciada pelo Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde, o VER-SUS, edição Região Norte (AP, PA e TO), realizada nas cidades de Belém e Abaetetuba, no estado do Pará. As práticas de cuidado mencionadas foram apresentadas por meio do uso da cartografia como dispositivo metodológico, atrelado à compreensão e à análise crítica dos fenômenos experienciados em campo, tendo como ponto de partida o Bem Viver e o Aquilombamento como éticas epistêmicas. Pretende-se suscitar uma reflexão que aponte pistas capazes de contrapor uma conjuntura de colonialismo que atravessa as práticas de cuidado desenvolvidas por profissionais da saúde no território amazônico.

Em primeiro lugar, pensemos com Bezerra, Cavalcanti e Moura (2023) essas dinâmicas de colonialidade: os autores apontam que elas se manifestam sob a égide de que fora do indivíduo há um conjunto de outros operadores do cuidado que são capazes de saber o que o outro necessita, delineando e prescrevendo unilateralmente o que o outro deve ou não fazer. O saber médico-

-científico é o único a ser considerado, o que culmina na subjugação da heterogeneidade dos corpos e saberes. É próprio da dinâmica colonial a supressão da multiplicidade em detrimento do fortalecimento de uma única via de produção de verdade sobre o mundo, um processo que durante séculos consolidou hierarquias pautadas em regimes de racialidade (Nuñez; Vilharva, 2022).

Tal fato se materializa de maneira bastante perceptível no território amazônico, este que foi palco de inúmeras investidas coloniais em nome da ideia ocidental de modernidade e desenvolvimento (Gondim, 2007). Miranda (2018) argumenta que este processo deixa marcas que reverberam até os dias de hoje, sobretudo nos corpos negros e em seus respectivos territórios, seja pelas heranças estruturais diretas da violência colonial, como as dificuldades de acesso à saúde e educação por parte dessa população, seja pelo apagamento de sua presença ao longo da história nos registros da constituição da Amazônia enquanto território vivo. Muitas foram as tecnologias de resistência do povo preto amazônida frente ao imperialismo mobilizado pela Europa e pelo próprio Estado brasileiro, sendo o quilombo, e por consequência o aquilombamento, a mais expoente, seguindo até hoje em atividade e movimento (Miranda, 2018; Barros; Paulino, 2020).

Para além da definição feita pelo discurso dominante de que se trata meramente de um assentamento de ex-escravizados fugidos, Nascimento (2019) coloca o quilombo como fruto da necessidade do negro brasileiro de defender a sua sobrevivência e assegurar a sua existência de ser. Nesse sentido, aquilombamento é aqui conceituado como uma forma de unir narrativas negras silenciadas em um espaço físico ou simbólico, de modo que sejam coletivizados os afetos em paralelo ao resgate de uma ancestralidade advinda de África, questionando o status quo da superioridade branca (Rimoli, 2023).

Esse processo é atravessado por uma ética caracterizada pelo associativismo, valorização da coletividade, estabelecimento de relações de ajuda mútua -mútua entre os sujeitos e estes para com a natureza, anticolonialismo e pelo resgate da ancestralidade silenciada. Essas premissas

se relacionam diretamente com outro conjunto de saberes que consideramos relevante na construção deste trabalho: o Bem Viver.

Bem viver, também conhecido como “*Buen-vivir*” e “*Sumaq Kawsay*”⁷ (idioma quechua), é definido como uma filosofia advinda das práticas tradicionais de alguns povos nativos da América Latina, principalmente da região do Equador. Este conjunto de saberes tem como cerne a defesa da relação harmoniosa entre os seres humanos e a natureza, enxergando aqueles como parte desta e, ao invés de elaborar uma alternativa possível de desenvolvimento, “dá ao desenvolvimento uma alternativa” (Acosta, 2016). Prioriza-se, assim como no modelo de aquilombamento descrito por Abdias do Nascimento, o estabelecimento de relações de solidariedade e comunitarismo no intuito de construir coletivamente novos horizontes de vida de respeito às diferenças e destoantes da lógica do capital.

Ambas as correntes de pensamento são relevantes para nós ao pensarmos o contexto atual das práticas de cuidado em territórios negros amazônidas à medida em que tentam atender a necessidade de alternativas frente à lógica colonial racionalista e positivista pela qual se orientam as ciências da saúde (Bezerra; Cavalcanti; Moura, 2023).

O ponto de interseção entre os estudos de colonialidade e o debate em saúde é o argumento de que existe uma supremacia das ciências da saúde calcada no positivismo, no ocidentalismo e no racionalismo, que garantiu a esta o status de legítima, junto com o conceito de “modernidade”, mas que subjugou saberes locais em saúde, colonizando corações e mentes sobre o que e como é ter saúde. Consequentemente, acaba por determinar padrões sobre a ética do cuidado, a estética dos corpos e a construção das políticas de saúde. Esse processo é gerador de contradições, disputas e, por vezes, confusões porque invariavelmente as realidades locais existem

7 Há uma polissemia nas definições de Bem-Viver, mas todas essencialmente compartilham a ancestralidade indígena, mesmo com variações em função das diferenças étnicas. Mapeando diferentes produções, Cunha e Sousa (2023) apontam que mesmo nas suas mais diversas facetas semânticas – filosofia de vida, cosmologia, atitude de vida, ontologia, modelo de desenvolvimento e alternativa ao desenvolvimento – o Bem viver reitera a necessidade de olharmos para as relações que estabelecemos uns com os outros, com nós mesmos e com a natureza de modo alienante.

e naturalmente reagem, mesmo que seja pela dúvida ou pelas resiliências de determinados grupos, a esta ordem global (Bezerra; Cavalcanti; Moura, 2023, p. 5).

É justamente esta a via pela qual seguiremos este trabalho: a valorização desses saberes locais, amazônidas e negros, enquanto possibilidade de resistência na esfera da saúde frente à ordem global. Para tal, damos importância de pensar o trabalho em saúde partindo também de nossos próprios corpos, pois não é de nosso interesse uma abordagem que favoreça a separação entre sujeitos e objetos do conhecimento se estamos tratando deste campo marcado, acima de tudo, pelo encontro de subjetividades e por constantes tensões entre linhas não harmônicas (Franco; Merhy, 2013).

A cartografia aqui aparece como um instrumento possível para a compreensão dos fenômenos que se manifestaram nos territórios visitados sem, entretanto, reduzi-los a representações explicativas, estáticas e limitadas. Pelo contrário, trata-se de um procedimento que traça mapas processuais de um território existencial sempre inacabado, aberto, composto por diferentes linhas, conectável, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente (Deleuze; Guattari, 1995).

Focar em processualidades em detrimento de “produtos finais” ou conceitos fechados é especialmente relevante aqui, considerando ser a Amazônia e seus sujeitos alvos de interpretações marcadas por uma estigmatização e uma ideia de atraso, um discurso historicamente consolidado e que reverbera até os dias de hoje (Gondim, 2007). Aqui não “desvendamos” essência alguma do território: deixamos a escuta aberta e acolhedora frente às intensidades emergentes buscando expressão.

Sentindo a correnteza: incursões cartográficas na Amazônia de Belém

Adentrar espaços que fazem parte dos diversos cotidianos amazônidas é sempre reconfortante e preenchido com o sentimento de pertencimento. Quem é daqui sabe que é e muitas vezes vê as palavras faltarem quando tenta exprimir o que é ser. Crescemos rodeados por saberes e tradições que se manifestam nas falas do cotidiano acompanhados de um “a minha avó disse”.

Os acessamos nos sabores, nos cheiros, nas andanças pelas matas úmidas e nos banhos nas águas escuras e doces, rios que permeiam muitas vidas. Nascer e crescer aqui é ter a chance de ver a vida se dar e pulsar de uma forma única, atravessada por uma ancestralidade de água doce que guarda em si memórias negras do mar que, a despeito de todo sangue derramado, reverbera nas encantarias deste chão, um fato que demanda práticas de cuidado e proteção próprias para essa singularidade territorial.

Nascer entre águas barrentas, matas densas e histórias que se entrelaçam, faz com que ser da Amazônia consista em carregar na memória e no corpo a pulsação dos rios, o cheiro da floresta e o ritmo da chuva (que cai em Belém toda tarde e traz vida). Esse relato nasce da vontade de honrar saberes que atravessam gerações, de sentir a força da coletividade e da ancestralidade, e de perceber que, mesmo vivendo em meio à movimentação e às pressões da cidade, a Amazônia pulsa dentro de quem a reconhece como casa.

Pensar em “rios de vida” é compreender a Amazônia como um organismo vivo, cuja força sustenta não apenas ecossistemas, mas também práticas culturais, espirituais e de resistência. Nesse contexto, a ideia de cartografia trata-se de traçar os modos de cuidado e de existência que emergem das comunidades ribeirinhas e quilombolas. A proposta, portanto, é articular três dimensões centrais: ancestralidade, coletividade e relação com a natureza.

Desde o primeiro momento da vivência, podemos perceber que muitas são as encruzilhadas espalhadas nesse complexo que é a Amazônia paraense,

cada uma sendo uma oportunidade de parar e escutar os afetos que emergem em nossos corpos, para então decidir em quais caminhos seguir. A proposta do Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde de ser uma vivência, e não um estágio, por exemplo, facilitou as incursões cartográficas à medida que o foco não foi atuar ou intervir, mas sim nos fazermos de corpo presente, prestando atenção aos processos de produção e proteção da vida que se dão nesse contexto de trabalho, bem como seus desdobramentos. Tudo isso se transformou na ânsia de tentar compreender experiências dentro do território a partir de uma interdisciplinaridade muito específica que foi sendo construída durante o espaço do VER-SUS.

Nos percursos cartográficos descritos neste trabalho, foram ressaltados dois momentos que ressoavam nos olhos e ouvidos de modo especial. O primeiro momento ocorreu na comunidade Igarapé do Periquitaquara, em uma visita mediada pela Associação das Mulheres Extrativistas da Ilha do Combu (AME Combu).

Trata-se de uma cooperativa que nasceu do encontro entre a necessidade de sustento e a valorização dos saberes ancestrais referentes ao trato com a andiroba⁸, insumo que viabiliza a produção de óleos, fitoterápicos e cosméticos. Durante a visita, foi perceptível que a prática de extração não se resume a uma técnica utilitária, mas um conhecimento transmitido entre gerações. Elas ressaltaram que tudo o que sabem, não só no que diz respeito ao processamento dessa semente versátil, mas também o modo como coexistem com a floresta, a fauna, os encantados⁹, tudo perpassa por um contexto de aprendizado repassado de bisavó para avó, de avó para mãe, de mãe para filha, uma cadeia de memórias e simbolismos que elas lutam para preservar.

8 A andiroba, majoritariamente representada pela espécie gênero *Carapa guianensis*, é uma árvore amazônica de múltiplos usos, cuja madeira de alta qualidade e óleo extraído das sementes têm relevância histórica, econômica, medicinal e cultural, constituindo um recurso valioso que, embora amplamente explorado, exige estratégias de manejo e conservação para assegurar sua continuidade (Mendonça; Ferraz, 2007).

9 Encantados são presenças que percorrem a Amazônia em suas águas, matas e corpos, compondo uma geografia espiritual que resiste ao apagamento colonial. Mais do que figuras do invisível ou do “folclore”, representam memórias ativas de ancestralidades que se renovam em cantos, rezas, curas e narrativas partilhadas (Figueiredo, 1996).

Um exemplo desses saberes que nos foi relatado é referente à extração do óleo das sementes. Nesse processo, após ser cozida e passar por um período de descanso para amadurecer, a andiroba é amassada até formar uma massa oleosa que posteriormente é posicionada em uma superfície inclinada (a “bica”) para o óleo escorrer por gotejamento até um recipiente, um processo manual que despende bastante tempo. Elas ressaltaram que a sabedoria popular diz – e se mostra verdade – que uma mulher menstruada não pode manusear a massa de andiroba, caso contrário ela “desanda” e não rende nada de óleo, uma prerrogativa marcada pela oralidade e pela experiência coletiva que todas respeitam.

O processo de extração, além de garantir renda, reafirma as mulheres como guardiãs de um conhecimento que articula cuidado com a floresta e permanência cultural. O respeito ao ciclo da andirobeira e a escolha por embalagens sustentáveis para os produtos, feitas com folhas de cacau desidratadas, evidenciam um equilíbrio que contrasta com lógicas predatórias de exploração. Mais do que gerar lucro, a AME Combu exterioriza um projeto de bem viver, onde a economia está a serviço da vida e não contra ela.

Outro momento que marca nosso fluxo cartográfico na vivência foi a visita ao quilombo Sucurijuquara, mais especificamente no assentamento Mártires de Abril, fundado e batizado pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, localizado no distrito administrativo de Mosqueiro, ainda em Belém. Nossa recepção foi organizada por Kátia e Jorge, líderes da equipe de apoio à organização da vivência que disponibilizaram uma farta mesa de café da manhã que acariciar os olhos e o paladar: tapioca com manteiga, suco de taperebá, pupunha e macaxeira cozidas, ramos de ingá, todos os sabores da terra feitos com insumos plantados pelos próprios moradores.

Essa partilha permeada pelos afetos plantados foi seguida por uma roda de apresentação marcada por cânticos de resistência, aprendidos com o MST, cujas fortes letras transparecem para nós a força da coletividade e solidariedade que atravessam o cotidiano deste território sagrado. Qualificamos

como sagrado porque aqui a vida pulsa, para todos os lados, em diferentes ritmos, estando na dança, no canto, no adubo, no mel das abelhas, nos ingazeiros, nas cotias perambulando o quintal, no batuque do tambor.

Este ritual feito em roda remete para nós a circularidade africana reverberando nesse verde cercado por água doce, transparecendo simultaneamente um acolhimento caloroso para nós que estávamos chegando e uma afirmação de uma ancestralidade negra.

Conversando com um dos moradores, nos foi dito que no assentamento o uso da terra está pautado com base na agroecologia, um escopo multidisciplinar que balanceia conhecimento técnico e tradicional, priorizando o uso sustentável. Tem-se em mente que a terra não pertence a ninguém, mas sim é compartilhada entre os humanos, as abelhas, as formigas, as minhocas, tudo em um sistema complexo que se estabelece de modo crítico e politicamente mobilizado. Com essa convivência é possível plantar e colher respeitando as temporalidades da natureza, sem uso de químicos contaminantes para solos e águas por exemplo, respeitando a vitalidade dos processos e deles se apropriando, na medida que quem planta conhece todo o processo de trabalho, sabe o que planta, para quem planta e o porquê de plantar.

Em caminhada guiada para conhecer a comunidade, percebemos que a pluralidade e coexistência de diferentes modos de vida no Sucurijuquara aparece também na esfera dos credos. Dona Maria, uma das matriarcas do quilombo, abriu as portas do seu terreiro para nós sem hesitar. Lá dentro, com os pés em contato direto com o chão, permanecemos próximos ao congá dedicado à cabocla Mariana, caboclo Pena Verde e Zé Pelintra, ouvindo atentamente a biblioteca de saberes ancestrais encarnada que com muito afeto nos recebeu.

Com ternura, dedicou um tempo falando sobre as entidades, os festejos, os causos nas giras, sobre as ervas usadas nos rituais e como a fé não se restringe a uma doutrina única, mas se expande em um intercâmbio entre tradições. Falou também sobre as garrafadas, remédios caseiros feitos com base de plantas junto das ervaíras do quilombo e armazenados dentro de pequenas

garrafas plásticas, tendo eles forte relação com as rezas. Complementou dizendo que na comunidade pouco se faz uso de medicamentos advindos da indústria farmacêutica, apenas em caso de excepcional necessidade, defendendo que a terra dá a sabedoria e meios para cura na derradeira maioria das vezes, nos fazendo pensar sobre os aspectos da nossa vida não-aquilombada tão medicalizada.

No fim, fomos até à horta comunitária para realizar uma atividade de plantio de sementes de mogno, castanhas e andiroba. Expostos ao sol de meio dia, colocamos a mão na terra e acomodamos as sementes enquanto entoamos com ânimo os cantos de resistência ensinados pelos membros da comunidade que estavam conduzindo a atividade.

Naquele momento, emergiu de nossas memórias os dizeres de Beatriz Nascimento (2021) quando ressalta que o quilombo não é fuga, mas avanço, é produzir um momento de paz, uma continuidade da vida, é tão somente o ato de criar um momento feliz. Esse aliás é o afeto que imperou neste período de convivência e aprendizado. Saímos da vivência certos de que os aprendizados tecidos junto com os sujeitos que tivemos o privilégio de conhecer serão preservados de modo perene em nossos fazeres, tal qual é preservada a mata por eles. Sintetizamos os achados cartográficos na frase ecoada em roda no quintal de Kátia e Jorge junto aos moradores reunidos conosco: “SAÚDE É PODER COMPREENDER A IMPORTÂNCIA DA MÃE TERRA”.

Correm os rios de vida: análise das dinâmicas de Bem viver e Aquilombamento

É possível iniciar a análise partindo da relação que as duas comunidades visitadas estabelecem com a terra. Esta caracteriza-se como um elemento subjetivante fundamental para as populações tradicionais na medida em que não se fortalece a falsa dicotomia entre ser humano e natureza, pois, nas pa-

lavras de Ailton Krenak (2019), tudo em que conseguimos pensar, tudo o que nos circunda, nossos corpos, coletivos já é a natureza em si. A terra, como uma mãe, nutre, protege, abriga e ensina, além de reafirmar as identidades políticas e étnicas (indígenas, quilombolas, ribeirinhas) em meio a um contexto histórico de expropriação sistemática de recursos e saberes pela lógica colonial.

Partindo de uma cosmologia afrodiaspórica, Antônio Bispo dos Santos (2015), ou Nego Bispo, nomeia este processo como biointeração, que vai além de um mero contato com flora e fauna, tratando-se de um processo de verdadeira interconexão e respeito às múltiplas formas de existência, sejam elas humanas ou não.

O foco aqui é a reciprocidade nessa relação, cultivando o respeito pela natureza e as temporalidades dos seus processos, como o tempo do cultivo e preparo da andiroba, diferente da dinâmica do capital que a vê como fonte de recursos para a obtenção de lucro, impondo sobre ela suas réguas de produtividade dentro de uma relação hierárquica onde todas as outras vidas estão subjogadas ao homem. Prioriza-se não o desenvolvimento, mas sim um envolvimento, uma confluência, uma pedagogia de coexistência (Bispo dos Santos, 2015). Além disso, a terra é o espaço que viabiliza a ocorrência de rituais que reafirmam a identidade de quem nela vive, principalmente no caso de populações tradicionais. É fundamental a preservação do território enquanto espaço de criação da vida como uma continuidade ancestral, pois a preservação de crenças e valores e de um corpo indígena e negro torna-se estreitamente ligada em muitas circunstâncias à presença concreta do território (Miranda, 2023).

Uma manifestação muito marcante desse fenômeno é o ato de pedir licença ao adentrar nas matas e/ou águas em demonstração de respeito a quem as protegem: os encantados. Miranda (2023, p. 243) aponta que este fato reflete a interação entre ancestralidades negras e indígenas na Amazônia

Tal qual nas populações de origem africana, as indígenas apostavam na corporificação de objetos e forças da natureza com entidades, espíritos e forças sobrenaturais. Estes elementos da natureza devem

ser alvo de oferenda e reverência, para então serem contornadas suas tempestuosidades e poder transpor as etapas de vida, além de receber proteção na sua jornada [...]. As matas, os rios e animais são considerados seres cujo encantamento pode oferecer forças ou até mesmo punir as pessoas, caso lhes realizem alguma agressão. Os encantados são espíritos protetores. Eles se apresentam no imaginário popular a partir de sinalizações dos males realizados à natureza, direcionando punições para as pessoas que os fazem; e o reconhecimento dos benefícios feitos a ela, como por exemplo, os indígenas nomeados como guardiões de florestas e as áreas de preservação ambiental.

Como cartógrafos nascidos e criados aqui neste chão, reconhecemos desde cedo a força que os encantados possuem, mesmo muitas vezes sem saber qualificar esta força com as palavras. Eles são uma manifestação de espiritualidade que marca este território e que muitas vezes se relacionam com religiosidades também presentes. Um exemplo cartografado é o caso de Dona Maria, no Sucurijuquara, que conversou conosco contando que sempre oferta fumo à cabocla Mariana e aos Zés em seu terreiro, mas que também destina parte deste para a Matinta Pereira¹⁰ esporadicamente. O bem-estar biopsicossocioespiritual está aqui, nesse sentido, atrelado também às condições de preservação e defesa da mata, de tal modo que é grande o respeito e agradecimento a quem a protege.

Reiterando a noção de que corpo é natureza, sendo ele uma flora-fauna interligada aos seus arredores, é possível repensar modelos de cuidado centralizados na hegemonia biomédica que inferioriza saberes de outras origens. Nesse processo, é necessário considerar os saberes ancestrais que a memória desse corpo tece, preserva e repassa ao longo do tempo a partir de um lugar de afirmação ética da vida. Valorizar isso é reconstruir um lugar racial-regional de subjetivação atrelado a precariedades existenciais latentes atravessadas, sobretudo, pelo racismo e silenciamentos (Miranda, 2018).

10 A Matinta Pereira, figura mítica presente no imaginário amazônico, manifesta-se como mulher idosa ou pássaro noturno que assobia, exigindo oferendas como fumo ou café de quem a ouve. Simboliza valores sociais e culturais transmitidos pela oralidade, compondo parte da identidade coletiva amazônica (Ferreira; Dantas, 2018).

Quando as mulheres do Igarapé do Periquitaquara se juntam em coletivo, aquilombando-se em prol da preservação de um saber que dá outra possibilidade material de vida sem agredir outras dinâmicas existenciais em sua volta, essa reconstrução de subjetividade se manifesta. Se manifesta também nos aquilombamentos tecidos no Sucurijuquara, na medida que as erveiras, com suas “garrafadas”, protegem este saber que viabiliza cura e cuidado para o coletivo, repassando-o adiante muitas vezes via tecnologia ancestral da oralidade. É, na maioria das vezes, sobre saudar quem veio antes e então traçar o caminho para o depois.

Pensar a ancestralidade na perspectiva do aquilombamento não está dissociado da coletividade: a memória que o corpo carrega é sempre, em maior ou menor medida, a do grupo. Isso se dá porque o quilombo, como aponta Beatriz Nascimento (2021), não é um espaço apenas geográfico, mas também simbólico e afetivo que os sujeitos pertencentes carregam em si. Esse território de afetos se constitui na ancestralidade e coletividade para se manifestar no combate pela vida contra todas as formas de precarização e violência que o discurso branco colonial consolida como verdade, possibilitando assim, secularmente, a resistência e (re)existência da população negra no Brasil. Abdias do Nascimento (2019, p. 275) ressalta que saudar quem veio antes é reafirmar que possui um passado, para além do que o branco conta, e “ter um passado é ter uma consequente responsabilidade nos destinos e no futuro da nação, mesmo enquanto preservando a nossa condição de edificadores deste país e de cidadãos genuínos do Brasil”.

Quilombo é uma história... Várias e várias e várias partes da minha história contam que eu tenho o direito ao espaço que ocupo na nação... A Terra é o meu quilombo. Meu espaço é meu quilombo. Onde eu estou, eu estou. Quando eu estou, eu sou (Nascimento, 1989 *apud* Rimoli *et al.*, 2023, p. 2).

Portanto, ter um passado é ter agência sobre as próprias questões, incluindo as que envolvem a saúde do corpo e dos territórios, o Bem Viver de

modo geral. Rimoli *et al.* (2023), com base em autores como Grada Kilomba e Frantz Fanon, apontam que o resgate cultural afrocentrado, ao passo que fortalece o sujeito negro com sentimento de pertencimento em relação ao seu quilombo (físico ou simbólico), faz crescer nele consequentemente a vontade de protegê-lo e lutar por mudanças individuais e sociais na busca por melhores condições de saúde para si e seus semelhantes. Não por acaso, no território do Sucurijuquara, fortalecido em termos de letramento político e racial com a presença do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, a comunidade durante nosso encontro reitera o lema: “SAÚDE É A CAPACIDADE DE LUTAR CONTRA TUDO AQUILO QUE NOS OPRIME”.

Planejar uma retomada ancestral negra da história é uma perspectiva crucial para ser assimilada sobretudo no território amazônico, descrito desde os primórdios da colonização como uma terra sem história (Cunha, 1909 *apud* Gondim, 2007), perdurando até a atualidade com a renovação de pactos de subalternização afirmados coercitivamente pelo Estado brasileiro. Uma Amazônia pacata, invisível, mas fornecedora de insumos e recursos científicos, bem como de sociobiodiversidade, minérios e minerais, exemplares que enriquecem os museus de história natural e jardins botânicos. Cada visitante levou consigo uma parte da história que achou relevante para contar sobre a Amazônia e suas populações, narrativas que estigmatizam o nativo, tomado como bêbado, omissor, preguiçoso e aculturado (Gondim, 2007) e mitigam a presença negra que constitui este território, apagando tensões e reforçando discursos de democracia racial (Conrado; Campelo; Ribeiro, 2015; Barros; Paulino, 2020).

Com base nisso, faz sentido pensar que a colonização se dá não somente por vias macropolíticas, mas também na produção de subjetividade (Miranda, 2018), fenômeno observado e discutido também nos contextos de trabalho em saúde como o que experienciamos na vivência. Nesse cenário está posta uma hierarquia entre sujeitos - brancos e não brancos, e saberes, científicos e não científicos, onde não raro há uma série de protocolos inflexíveis que devem ser seguidos à risca por profissionais que atuam neste campo, dificult-

tando o uso da escuta e do encontro de alteridades como uma ferramenta de cuidado. Tomar esses protocolos e modelos padronizados, priorizando a técnica em detrimento dos sujeitos atrelados a um tempo e espaço específicos, é dar uma hegemonia para as chamadas tecnologias duras e leve-duras ao invés das leves, relacionais (Franco; Mehry, 2012). Nesse processo, o saber biomédico se faz soberano, uma “caravela epistêmica” (Nuñez; Vilharva, 2022) frente aos fazeres dos territórios, como por exemplo a produção das garrafadas das ervaíras do Sucurijuquara, que recaem em uma marginalidade e deslegitimação (Bezerra; Cavalcanti; Moura, 2023).

Portanto, engessar as vias de escuta das dinâmicas de vida que se dão nos campos de atuação, sobretudo no caso de territórios negros como os quilombos, é atualizar um processo secular de silenciamento sistêmico. O Bem viver, juntamente com os aqilombamentos, cartografados em nossa experiência de vivência do VER-SUS, emergem aqui como uma possibilidade de ruptura com este modelo de trabalho, trazendo não uma fórmula pronta, uma bula, mas sim pistas para construção de novos horizontes para nós enquanto trabalhadores em formação e sociedade. Insistir neste horizonte ético exige um esforço coletivo profundo e complexo que requer o deslocamento das concepções vigentes para formas instituintes sem contorno definido, mas com o compromisso de deturpar as subjetividades capitalísticas que estão postas (Deleuze; Guattari, 1995). Envolve a reescrita de pactos sociais alicerçados no favorecimento da branquitude e do capital que nos separam e classificam entre produtivos e preguiçosos, desenvolvidos e atrasados, humanos e natureza (Acosta, 2016).

Não se trata, entretanto, de negar as contribuições do escopo biomédico, mas sim de formular, junto aos sujeitos estigmatizados em seus territórios igualmente estigmatizados, tecnologias de saúde artesanais que mesclam essas duas esferas que podem coexistir. Esta é premissa da contracolonialidade: sustentar o diferente, o diverso, contestando as monoculturas estabelecidas que empobrecem nossos solos existenciais (Nuñez; Vilharva, 2022). Esses modos de resistência, ampliam nossa perspectiva não só nos percursos desta

cartografia, mas caminham no encontro da reestruturação dos nossos modos de ser, existir, se relacionar, amar e consumir nos quais estamos engajados na grande máquina capitalista (Deleuze; Guattari, 1995).

Eis a foz: algumas considerações finais

Esses exemplos mostram como ancestralidade e coletividade se materializam em práticas concretas de resistência frente à hegemonia de saberes positivistas no campo de trabalho da saúde. O contato com experiências como essa viabilizada pelo VER-SUS amplia a compreensão de quais são as possibilidades de trabalho disponíveis em diferentes territórios. O programa, ao oferecer uma oportunidade única de pensar as práticas de trabalho em saúde sob outra perspectiva, dá vazão para o debate de dinâmicas instituintes caracterizadas pela transdisciplinaridade e pelo trabalho multiprofissional, incentivando as trocas de saberes e escuta dos territórios. Com esse cenário em mente, depreende-se a necessidade de fortalecer alternativas de cuidado alicerçadas na pluralidade dos sujeitos e contextos sem o ímpeto de induzir homogeneizações, reafirmando assim tecnocracias colonizadoras de subjetividade.

Este diálogo direto com os sujeitos da Amazônia negra colocou em perspectiva que ela não é apenas espaço de exploração de recursos, mas uma entidade viva que exprime pedagogias que desafiam epistemologias convencionais na ciência e no cuidado. Nesse sentido, este escrito consiste no pontapé inicial para uma postura perene de questionamento de práticas que reiteram, no campo da saúde, a subalternização racial e territorial de sujeitos sistematicamente colocados à margem durante séculos. Lançamos um chamado aos trabalhadores em (constante) formação: é preciso olhar com criticidade para este chão, compreendendo que as forças que o compõe se entrelaçam muitas vezes formando nós que sinalizam a complexidade do conjunto. Olhar com os ouvidos e escutar com os olhos: manter o corpo

presente na escuta ética do fluxo de vida que corre neste rio, estando aberto aos movimentos que emergirem, como um bom cartógrafo, sem interferir ou fazer juízo de valor, mas sim como sugere o próprio termo “vivente”: sair sempre em defesa de tudo que é vivo.

Como coloca Krenak (2022, p. 14-15), “Vamos escutar a voz dos rios, pois eles falam. Sejamos água, em matéria e espírito, em nossa movência e capacidade de mudar de rumo, ou estaremos perdidos”. Assim, pensar os rios de vida e as práticas de comunidades quilombadas como a do Combu e do Sucurijuquara é pensar em novas cartografias de saúde e cuidado. Reiteramos princípios comuns ao Bem Viver indígena e as estratégias negras de quilombamento, como o comunitarismo, a solidariedade, a valorização da terra e o ser humano enquanto parte dela e a valorização da ancestralidade, todos estes sendo bases para o desenho de outros horizontes possíveis para nossa organização política e social. Os rios de vida, bem como o futuro (Krenak, 2022), são ancestrais e estão aqui com as pistas que tanto buscamos, basta estar atento e abrir a escuta com humildade e respeito.

Referências

ACOSTA, A. **O bem viver**: uma oportunidade para imaginar outros mundos. São Paulo: Autonomia Literária; Elefante, 2016.

BARROS, E. A. de; PAULINO, I. R. de. Memória coletiva e afirmação identitária: entre invenções e desinvenções da história afroamazônica. **Kwanissa: Revista de Estudos Africanos e Afro-Brasileiros**, v. 3, n. 6, 2020.

BEZERRA, P. A.; CAVALCANTI, P.; MOURA, L. B. de A. Colonialidade e saúde: olhares cruzados entre os diferentes campos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33025, 2023.

BISPO DOS SANTOS, A. **Colonização, quilombos**: modos e significações. DF: INCTI/UNB, 2015.

CONRADO, M.; CAMPELO, M.; RIBEIRO, A. Metáforas da cor: morenidade e territórios da negritude nas construções de identidades negras na Amazônia paraense. **Afro-Ásia**, n. 51, p. 213-246, 2015.

CUNHA, E. V. da; SOUSA, W. J. de. O bem viver no Brasil: uma análise da produção

acadêmica nacional. **Revista Katálýsis**, v. 26, n. 2, p. 321-332, 2023.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. v. 1. São Paulo: Ed. 34, 1995.

FERREIRA, R. da S.; DANTAS, C. F. N. O mito da matinta perera e suas formas variantes em Curuçambaba, Bujaru (Pará, Brasil). **Boitatá**, Londrina, n. 25, p. 242-258, jan./jun. 2018.

FIGUEIREDO, A. M. de. **A cidade dos encantados: pajelanças, feitiçarias e religiões afro-brasileiras na Amazônia; a constituição de um campo de estudo; 1870-1950**. 1996. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 1996.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.

GONDIM, N. **A invenção da Amazônia**. 2. ed. Manaus: Editora Valer, 2007.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

KRENAK, A. **Futuro ancestral**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

MENDONÇA, A. P.; FERRAZ, I. D. K. Óleo de andiroba: processo tradicional da extração, uso e aspectos sociais no estado do Amazonas, Brasil. **Acta Amazonica**, v. 37, n. 3, p. 353-364, 2007.

MIRANDA, D. S. de. **Subjetivação afroamazônida**. Tese (Doutorado em Psicologia), Programa de Pós-graduação em Psicologia – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

MIRANDA, D. S. de. Cultivo da terra na Amazônia: um modo de subjetivação originária afroindígena. In: SENA, J. (org.). Dossiê raça e amazonidades. **Revista África e Africanidades**, n. 46, p. 241-252, 2023.

NASCIMENTO, A. do. **O quilombismo: documentos de uma militância pan-africanista**. São Paulo; Rio de Janeiro: Editora Perspectiva; Ipeafro, 2019.

NASCIMENTO, B. **Uma história feita por mãos negras: relações raciais, quilombos e movimentos**. Organização de Alex Ratts. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

NUÑEZ, G.; VILHARVA, N. Artesanato narrativo e as teias da palavra: perspectivas guarani de resistência. **Revista Feminismos**, v. 10, n. 2-3, p. 1-14, 2022.

RIMOLI, T. M.; SANTOS, A. P. M. B. dos; PIRES, L. de J. A.; MENDES, E. C. Aquilombamento como ferramenta de resistência e promoção de saúde da população negra. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 13, n. 2, 2023.

SOBRE A EQUIPE ORGANIZADORA

Carolina Araujo Londero

Enfermeira, pela Universidade Franciscana. Licenciada para Educação Profissional, pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutoranda em Enfermagem pela UFRGS.

Jaqueline Miotto Guarnieri

Psicóloga pela Universidade de Passo Fundo (UPF), Especialista em Atenção Básica pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e em Educação Popular em Saúde (Fiocruz) e Mestre em Saúde Coletiva (UFRGS).

Alana Santos de Souza

Bibliotecária pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Especialista em Gestão Arquivística de Documentos e Informações (UNYLEYA).

Camila Fontana Roman

Farmacêutica pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Especialista em Atenção Básica pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e Mestre em Saúde Pública, Equidade em Saúde, pela Universidade de Gotemburgo, Suécia

Daniel da Silva Fernandes

Gestor Administrativo, Financeiro e Operacional de Projetos Institucionais na Associação da Rede Unida e Coordenador Nacional do Projeto VER-SUS/Brasil – Rede Unida. Atua na gestão, planejamento, implementação, execução e assessoramento técnico de projetos institucionais, vinculados à administração pública e desenvolvidos em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS).

Virgínia de Menezes Portes

Sanitarista, Mestre e Doutora em Saúde Coletiva. Professora vinculada ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); Coordenadora Pedagógica Nacional do Projeto VER-SUS/Associação Rede Unida; Membro do Grupo de Pesquisa Observatório da Seguridade Social e Sistemas de Justiça (UFSC).

João Batista de Oliveira Junior

Professor da Universidade Federal do Paraná (UFPR), doutor e mestre em Saúde Coletiva pela UFSC, especialista em Atenção Básica/Saúde da Família na modalidade Residência Multiprofissional e bacharel em Educação Física pela UEL. Atua nas áreas de Promoção da Saúde, equidade, gênero e diversidade sexual, políticas públicas e formação em saúde.

Alcindo Antônio Ferla

Médico (UFRGS, 1996), doutor em educação (UFRGS, 2002), professor associado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), professor permanente nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia e Saúde Pública na Amazônia (ILMD/Fiocruz Amazônia/FAPEAM), Programa de Saúde Coletiva na Amazônia (DASPAM).

Atua como pesquisador visitante do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazonia e bolsista pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM). Atua como assessor da direção do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Coordenador Geral da Associação Rede Unida. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Júlio César Schweickardt

Doutor em História das Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz (2009), MESTRE em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (2000), graduado em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Amazonas (1997), graduado em Teologia pela Escola Superior de Teologia (1990). Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia, Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/ Fiocruz Amazônia. Coordenador do Doutorado em Saúde Pública na Amazônia – DASPAM e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), pela Fiocruz Amazônia. E-mail: julio.cesar@fiocruz.br

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

Alessandra Batista Sabino Lopes

Graduanda em Enfermagem no Centro Universitário Adventista de Ensino do Nordeste (UNIAENE). E-mail: alessandrassabino@gmail.com

Alex Silva de Souza

Graduando do curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). E-mail: al2004eex@gmail.com.

Alexandre Rodrigo Miranda Ferreira

Discente do curso de Terapia Ocupacional pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). E-mail: alexandre.ferreira@academico.uncisa.edu.br

Amanda Cruz Pereira

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Residente Multiprofissional em Saúde no programa de Saúde Coletiva – Gestão em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição 2024-2026. E-mail: cruz.amanda.pereira@gmail.com

Ana Beatriz Dias Angelim

Graduanda de Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). E-mail: anabeatrizdiasang@gmail.com

Ana Carolina Moraes

Acadêmica de Psicologia. Universidade da Amazônia. E-mail: anacarolinacostamoraes58@gmail.com

Ana Leticia Medeiros de Lima

Graduanda em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: analeticiamedeirosdelima@hotmail.com

Ana Paula Amaral Pequeno

Acadêmica de Psicologia. Universidade da Amazônia. E-mail: anapaulapequeno4@gmail.com

André Dias Araujo

Nutricionista pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E-mail: idkandre@gmail.com

Andreia Lopes Ferreira de Lima

Graduada em Enfermagem (UPE), Especialista em Saúde da Família (UPE), Mestra em Hebiatria (UPE), Doutoranda em Saúde Coletiva (UnB). Atua como Assessora Técnica na Coordenação-Geral de Integração Ensino Serviço Comunidade do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no Ministério da Saúde (CGESC/DEGES/SGTES/MS).

Beatriz Neves Guedes

Graduanda em Enfermagem no Centro Universitário Adventista de Ensino do Nordeste (UNIAENE). E-mail: beatriznevesguedes@gmail.com

Beatriz Sousa da Silva

Fisioterapeuta, residente multiprofissional em Atenção Básica, Fiocruz Brasília. E-mail: beatrizssilva26@gmail.com

Caio Henrique Silva da Silva

Acadêmico de Medicina. Universidade do Estado do Pará (UEPA).
E-mail: henrique.caio08@gmail.com

Camila da Silva Torres

Assistente social (CRESS: 11.960); pós-graduada em Docência no Ensino Superior; MBA em Gestão Pública e Projetos Municipais; biomédica; discente no 5º período da graduação em Farmácia – Centro Universitário Estácio de Sá – São Luís. E-mail: camilatorres2931@gmail.com

Carlos Eduardo Lima Leão de Araújo

Graduando de Psicologia; Universidade Federal do Pará (UFPA).
E-mail: caduleaoaraujo@gmail.com

Carolina Veras Pessoa da Silva

Graduada em Fisioterapia (UFBA), Mestra em Saúde Pública (Fiocruz Pernambuco), Especialista em Saúde da Família com Ênfase no Campo (UPE), Especialista em Educação Popular (Fiocruz Brasília), Doutoranda em Saúde Coletiva (UNB). Atua como Analista de Projetos na Coordenação-Geral de Integração Ensino Serviço Comunidade do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no Ministério da Saúde (CGESC/DEGES/SGTES/MS).

Carolynne Reduzina Queirós

Nutricionista pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus

Governador Valadares (UFJF/GV), residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares (MG). E-mail: carolynequeiros@gmail.com

Emille Sampaio Cordeiro

Graduação em Medicina (UFC campus Cariri). Mestra profissional em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Doutora em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Docente da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Atua como Coordenadora-Geral de integração Ensino-Serviço-Comunidade no Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no Ministério da Saúde (CGESC/DEGES/SGTES/MS).

Fabiana Mânica Martins

Doutora em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia. Docente na Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva – Universidade Federal do Amazonas e no Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE. E-mail: fabianamanica@ufam.edu.br.

Flávia Rodrigues da Cruz

Acadêmica de Fisioterapia. Universidade da Amazônia. E-mail: flaviarodrigues42147@gmail.com

Gabryhellen Alves de Sousa

Graduanda em Educação Física, licenciatura pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: gabryhellenalves@gmail.com

Giovanna Maria Rebouças dos Reis

Graduanda em Enfermagem no Centro Universitário Adventista de

Ensino do Nordeste (UNIAENE). E-mail: giovannamariareboucas@gmail.com

Isabella Villar Monteiro

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Catalão (UFCAT). E-mail: isabellamonteirovs@gmail.com

Isabelly Soares de Medeiros Henriques

Farmacêutica pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e especialista em Atenção Primária à Saúde pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP). E-mail: soaresisabelly000@gmail.com

Isadora Gomes Misquita

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). E-mail: igisadoratk@gmail.com

Ivanilce Ferreira da Silva

Enfermeira residente multiprofissional em Saúde da família, Universidade Federal de Rondônia (UNIR). E-mail: ivanilcegoncalves2309@gmail.com

Jean Carlos Gomes dos Santos

Graduando em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG). E-mail: jeancarlospsi@outlook.com

Jennifer Karolayne Gomes Aleoni

Técnica em Agente Comunitário de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. E-mail: jenniffer.esf@gmail.com

João Victor Luiz

Graduando em Enfermagem, Instituto de Biotecnologia da Universidade Federal de Catalão (UFCAT). E-mail: joaovictorluiz17@gmail.com.

Júlia Campos Bessa dos Santos

Graduanda em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). E-mail: juliabessaa@gmail.com

Karinne Carneiro de Castro

Acadêmica de Medicina. Universidade Luterana do Brasil. E-mail: kaka.karinne28@gmail.com

Laiza Gabrielle de Almeida

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). E-mail: laiza.almeida@academico.uncisal.edu.br

Lara Luciana Lima Santana

Psicóloga pela Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr), residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção À Saúde Mental pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (Icepi). E-mail: psiclarasantana@gmail.com

Luiza Zannon Carneiro

Graduanda em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). E-mail: luizazannon@icloud.com

Maiara Muniz Neres

Fisioterapeuta, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde, Escola de Saúde

Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA). E-mail: fisiomaiara.neres@gmail.com

Mainara Duarte Eulálio

Graduada em História (UFPB). Especialista em História e Cultura Afro-Brasileira (UEPB). Secretária de Educação do Município de Caturité - PB. Mestra em História (UFCG). Professora da Rede Básica do Estado da Paraíba. Atua como Consultora Técnica na Coordenação-Geral de Integração Ensino Serviço Comunidade do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no Ministério da Saúde (CGESC/DEGES/SGTES/MS).

Márcio Mariath Belloc

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: mmbelloc@ufpa.br

Maria Eduarda Ramos dos Santos

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E-mail: mariaenfermagemuftm@gmail.com

Mariana Gomes de Oliveira

Mestrado em Enfermagem. Docente da Escola Técnica de Saúde Professora Valéria Hora/Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. E-mail: mariana.oliveira@uncisal.edu.br.

Mariana Martins de Souza

Acadêmica de Enfermagem. Afya Faculdade Porto Nacional. E-mail: marianauniv19@gmail.com

Marielle Giovanna da Silva Teixeira

Psicóloga residente no Programa Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). E-mail: marielle.teixeira@academico.uncisal.edu.br.

Max Amaral Balieiro

Enfermeiro. Residente em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). E-mail: max.balieiro14@gmail.com

Max Fernando Silva de Lima

Bacharelado em Direito (UFCG), bacharelado em Teologia (FTSA), mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas (UFPB) e assessor Pedagógico na Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP PB). E-mail: limamax77@gmail.com

Mayara Ferreira Alves de Melo

Psicóloga residente no Programa Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). E-mail: mayara.melo@academico.uncisal.edu.br

Pedro Denis Pinheiro Fernandes Buriti

Acadêmico de Enfermagem. Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: pedro.buriti@ics.ufpa.br

Queila Joana Nascimento Silva

Discente de Medicina do Centro Universitário de Maceió – Afya, Campus Maceió. Email: queila.silva@alunos.afya.com.br

Rafaela Aquino da Silva

Discente de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL),

Campus Arapiraca. E-mail: rafaela.aquino@arapiraca.ufal.br

Raphael Ribeiro de Camargo

Psicólogo residente no Programa Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso da Universidade Federal de Alagoas. E-mail: camargo.srcamargo@gmail.com

Robert Filipe dos Passos

Doutor em Psicologia Social e Institucional. Professor da Faculdade e do Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). E-mail: robert.passos@ufam.edu.br

Ryan Lopes de Freitas

Graduando em Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E-mail: lopesryan1616@gmail.com

Tayssa Vitória Moreira Costa

Acadêmica de Farmácia. Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). E-mail: tayssav67@gmail.com

Vanessa Alves da Silva

Psicóloga, pós-graduanda no Programa de Residência Multiprofissional em Reabilitação Física da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). E-mail: alves.van14@gmail.com

Willian Fernandes Luna

Graduação em Medicina (Famema), Residência em Medicina de Família e Comunidade (GHC), Mestre em Ensino na Saúde (UFAL), Doutor em Saúde Coletiva (UNESP). Docente da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Atua como Coordenador de Área na Coordenação de

Integração Ensino Serviço Comunidade do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no Ministério da Saúde (CGESC/DEGES/SGTES/MS).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Atenção Primária à Saúde 9, 199

C

Cuidado em saúde 15, 19, 25, 29, 38, 44, 61, 70, 72, 77, 83, 84, 85, 86, 116, 122, 125, 130, 149, 169, 176, 185, 201, 221, 230, 250

D

Diversidade cultural 207

E

Educação em Saúde 6, 20, 91, 115

Educação Permanente em Saúde 13, 20, 29, 30, 32, 60, 90, 103, 104, 108, 125, 132, 133, 137, 154

Educação Popular em Saúde 45, 47, 57, 58, 59, 66, 68, 71, 74, 75, 77, 89, 111, 133, 134, 135, 137, 192, 251

Equidade 14, 16, 19, 20, 29, 36, 40, 45, 47, 60, 61, 83, 98, 101, 102, 114, 116, 117, 118, 120, 122, 123, 133, 139, 140, 151, 155, 162, 165, 172, 176, 187, 191, 195, 199, 201, 203, 209, 210, 215, 220, 224, 252

F

Formação em Saúde 12, 13, 15, 16, 21, 36, 41, 45, 49, 60, 62, 78, 88, 89, 91, 92, 93, 99, 100, 102, 104, 109, 110, 119, 122, 124, 126, 138, 140, 144, 153, 192, 194, 202, 210, 211, 229, 230, 252

I

Integração Ensino-Serviço-Comunidade 90, 99

Interprofissionalidade 137

M

Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) 38, 49, 184

Movimentos sociais 11, 12, 17, 20, 50, 54, 56, 57, 59, 91, 101, 102, 106, 107,
112, 135, 140, 142, 153, 155, 156, 159, 171, 183, 203, 225

MST 38, 39, 40, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 58, 61, 62, 184, 191, 198, 240

P

Participação social 12, 13, 17, 20, 30, 45, 59, 61, 63, 86, 101, 102, 111, 126,
140, 143, 147, 153, 157, 176, 180, 183, 201, 203

R

Reforma Sanitária Brasileira 15, 109, 110, 111, 125, 155, 180

S

Saúde coletiva 21, 29, 95, 99, 103, 107, 120, 124, 126, 136, 138, 183, 190, 211

Saúde Indígena 41, 42, 43, 44, 47, 211

Sistema Único de Saúde (SUS) 11, 14, 19, 34, 63, 65, 94, 100, 104, 108, 110,
115, 125, 126, 128, 131, 139, 160, 161, 180, 198, 199, 205, 211

SUS 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29,
30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 56, 57,
58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77,
78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99,
100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115,
116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 131, 133, 135,
136, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152,
153, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 171, 172,

173, 174, 175, 176, 177, 178, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 189,
192, 193, 195, 196, 197, 198, 199, 201, 202, 203, 205, 207, 208, 209, 210,
211, 212, 213, 214, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 224, 225, 227, 228, 229,
230, 231, 234, 239, 247, 248, 252

T

Território 11, 12, 14, 17, 20, 34, 38, 40, 44, 49, 50, 51, 53, 55, 56, 59, 60, 61,
63, 68, 69, 76, 81, 84, 89, 91, 112, 116, 120, 130, 136, 140, 141, 142, 143,
144, 145, 146, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 160, 161, 162, 164, 165, 166,
167, 168, 169, 170, 171, 172, 175, 177, 178, 179, 183, 184, 187, 188, 189,
191, 193, 194, 196, 200, 202, 205, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 220, 221,
226, 229, 230, 231, 232, 234, 235, 237, 239, 240, 243, 244, 245, 246

V

VER-SUS 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 31, 32, 33, 34, 35,
41, 43, 49, 50, 57, 58, 60, 62, 63, 65, 66, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 82, 86,
87, 88, 89, 90, 91, 95, 99, 103, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 114,
115, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 140, 159, 160, 183, 185, 192, 195,
199, 201, 202, 203, 207, 208, 209, 210, 212, 213, 217, 219, 220, 229, 230,
231, 234, 239, 247, 248, 252

Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) 111, 140

Vivências em saúde 111, 112, 203

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-289-9

