

vivências que transformam

2
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 2

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 Hêider 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);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
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 Pellegrini (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 Caterine 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 2/ 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.

278 p. (Série Vivências em Educação na Saúde, v. 44).

E-book: 7.8 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-279-0

DOI: 10.18310/9786554622790

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 | A PERMANÊNCIA: NARRATIVAS QUE CONTINUAM TRANSFORMANDO O CUIDADO 11

João Batista de Oliveira Junior

PREFÁCIO | LIVRO VER-SUS 13

Profa. Dra. Ana Suelen Pedroza Cavalcante

ENTRE PRÁTICAS E VIVÊNCIAS: O VER-SUS COMO ESPAÇO DE REFLEXÃO PARA A SAÚDE INTEGRAL DA MULHER 17

Ralfe Viana Costa, Fernanda Raquel Toillier, Cleisla Antonio D'Avila, Rejane Louise de Lima Bastos

SERVIÇO SOCIAL EM MOVIMENTO: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO CAMPO DA SAÚDE 31

Karina Lorrany Silva

MAIS DO QUE SETE DIAS: O SUS QUE FICOU EM MIM 44

Erida Sthefany de Oliveira Santos

ENTRE O CUIDADO E O APRENDIZADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM NO VER-SUS..... 64

Giovanna Maria Rebouças dos Reis

ENTRELAÇOS DO CUIDADO: ENCONTROS QUE TECEM O SUS.....77

Danniely da Silva Rodrigues, Camila Gabriel Lima Carneiro, Luan Henrique Anselmo da Silva, Breno Gomes Pereira, João Pedro Nascimento Sousa, Joelma Mendonça Paulo

É SUS, VER-SUS: ESTÁGIO DE VIVÊNCIAS NO SUS COMO DISPOSITIVO DE NOVOS OLHARES SOBRE TRABALHO, ENSINO E POLÍTICAS EM SAÚDE.....91

José Anderson Melquíades Bezerra, Fabiane Perondi, Caroline Rodrigues de Carvalho, Emanuel Félix Pires

PORTAS ABERTAS PARA O BEM VIVER: CONEXÕES ENTRE O TERREIRO ILÊ AXÉ OBÁ XANGÔ, A COMUNIDADE E O SUS..... 108

Joelma Mendonça Paulo, Breno Gomes Pereira, Camila Gabriel Lima Carneiro, Danniely da Silva Rodrigues, Luan Henrique Anselmo da Silva, Fernando Soares da Silva Neto

DESAFIOS QUE INSPIRAM: APRENDIZADOS DE RESILIÊNCIA E COMPROMISSO SOCIAL NO VER-SUS 127

Thiago de Sousa Farias

UM OLHAR SOBRE O TRABALHO COMUNITÁRIO DO GRUPO MULHER MARAVILHA NO CONTEXTO DO SUS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 141

Ewerlane Sobral Moreira

SAÚDE E INTERCULTURALIDADE NA AMAZÔNIA: VIVÊNCIAS, RODAS DE CONVERSA, OFICINAS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DO SUS..... 154

Antônio Ferreira dos Santos, Anderson Ferreira da Rocha, Brenda Campelo da Silva, Hávilla Clycia Oliveira Siqueira Figueira, Luís Fernando dos Santos Mendes

VIVÊNCIAS NO SUS: REFLEXÕES DE UMA CIRURGIÃ-DENTISTA E UMA ESTUDANTE DE ENFERMAGEM SOBRE EQUIDADE E SAÚDE COLETIVA NA AMAZÔNIA..... 176

Fabiana Borges Miranda, Stephany Araujo da Silva Lobato

**VER-SUS NA AMAZÔNIA: EXPERIÊNCIAS INTERDISCIPLINARES E A
CONSTRUÇÃO COLETIVAS DA SAÚDE NO SUS..... 192**

**Dhuanny de Souza Lourenço, Élika Lopes de Andrade, Gabriel dos Santos
Aparício, Jenniffer Karollayne Gomes Aleoni**

**CONSTRUINDO SABERES NO TERRITÓRIO: A EXPERIÊNCIA DA
VIVÊNCIA NO SUS NA REGIÃO NORTE 209**

Adria da Silva Santos, Adrielly Ingrid Faustino Alves

**MEMÓRIAS DO CUIDADO, SONHOS COLETIVOS: TRILHAS DE UMA
VIVÊNCIA NO SUS 229**

**Jenniffer Karollayne Gomes Aleoni, Dhuanny de Souza Lourenço, Matheus
Mark de Oliveira Silva**

**A VIVÊNCIA VER-SUS: FORMANDO PROFISSIONAIS COM OS PÉS
NO TERRITÓRIO E O CORAÇÃO NO SUS PARA UMA EDUCAÇÃO
INTERPROFISSIONAL TRANSFORMADORA 247**

**Jaqueline Nazare de Assis, Renato Arthur Franco Rodrigues, Isadora Maria
Botelho Lessa, Vitória Andressa Oliveira de Arruda, Camila Alencar da
Silva, Cintya do Nascimento Pereira, Queli Lisiane Castro Pereira**

SOBRE A EQUIPE ORGANIZADORA 268

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES 271

APRESENTAÇÃO

A PERMANÊNCIA: NARRATIVAS QUE CONTINUAM TRANSFORMANDO O CUIDADO

João Batista de Oliveira Junior

Nenhuma vivência termina quando se encerra o cronograma. Ao contrário, é muitas vezes no retorno ao cotidiano que ela começa a revelar seus sentidos mais profundos. As conversas seguem ecoando, os territórios visitados permanecem na memória, os encontros ressignificam certezas e as experiências vividas passam a atravessar escolhas profissionais, modos de cuidar e formas de compreender o Sistema Único de Saúde (SUS). Há aprendizados que se constroem no instante; outros amadurecem com o tempo. Este livro nasce justamente daquilo que permanece.

As narrativas reunidas nesta obra foram produzidas a partir das vivências-piloto realizadas em 2025, no âmbito do Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde, articulado à iniciativa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS Brasil). Cada página revela como a experiência vivida continua produzindo sentidos muito depois de seu encerramento. Cada texto expressa um percurso singular, marcado pelos encontros, pelos afetos, pelas inquietações e pelas transformações que emergem quando nos dispomos a conhecer o SUS para além dos espaços formais de formação.

Ao longo desta obra, o cuidado aparece como fio condutor das reflexões. Um cuidado que se constrói na escuta, no diálogo, no reconhecimento das diferenças, na valorização dos saberes dos territórios e na disposição para aprender com o outro. As experiências compartilhadas atravessam diferentes cenários e temas: a saúde integral das mulheres, o Serviço Social, a Enfermagem, a Odontologia, a interculturalidade amazônica, os povos e comunidades tradicionais, os espaços de matriz africana, o trabalho comunitário, a equidade e a interdisciplinaridade, evidenciando que a formação em saúde ganha novos sentidos quando se deixa afetar pela complexidade da vida.

Os relatos demonstram que o VER-SUS não transforma apenas a maneira como conhecemos os serviços de saúde; transforma, sobretudo, a forma como nos posicionamos diante deles. Ao deslocar o olhar para as relações, para os territórios e para os sujeitos que produzem o cuidado, a vivência convida à construção de práticas mais sensíveis, críticas e comprometidas com a realidade social. Não se trata apenas de conhecer políticas, serviços ou redes de atenção, mas de reconhecer que o SUS é tecido diariamente por pessoas, coletivos e comunidades que fazem do cuidado uma prática compartilhada.

Talvez a maior contribuição desta obra seja justamente lembrar que algumas experiências continuam nos acompanhando muito depois de vividas. Permanecem na maneira como escutamos, acolhemos, planejamos, trabalhamos e defendemos o direito à saúde. Permanecem porque transformam nossa forma de compreender o cuidado e fortalecem o compromisso coletivo com um SUS público, universal, equitativo, democrático e profundamente humano. É essa permanência que atravessa cada capítulo deste livro e que continua inspirando novas formas de aprender, cuidar e construir o futuro da saúde coletiva brasileira.

PREFÁCIO

LIVRO VER-SUS

Foi com alegria e entusiasmo que aceitei o convite para fazer o prefácio desta obra, como um dos marcos, em comemoração aos 21 anos do Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), organizada por parte da equipe técnica.

Reitero ainda a importância da Associação Rede Unida e da Coordenação Nacional do Projeto VER-SUS, nas articulações com o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde, para a retomada do Projeto VER-SUS, assim como de sua capilarização para as diferentes regiões do Brasil, nessas mais de duas décadas de existência.

Comemorar esse marco temporal do Projeto VER-SUS é celebrar também uma experiência coletiva e transformadora que se constrói no encontro pedagógico e afetivo entre diferentes atores da universidade, dos serviços de saúde, da gestão, dos movimentos sociais e de comunidades. Projeto este que já afetou a vida de muitos estudantes, trabalhadores, gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e comunidades, ao reconhecer que a formação na saúde está intrinsecamente integrada à realidade social, no confronto das desigualdades que atravessam a vida cotidiana e ciente dos desafios concretos enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro. Em um cenário vivo em ato, marcado por profundas transformações sociais, epidemiológicas, ambientais e políticas, os futuros profissionais em formação, compreendem que o cuidado em saúde exige ampliar o olhar e também colaborar para o enfrentamento das condições que produzem vulnerabilidades e iniquidades.

Eu acredito, como docente, pesquisadora e usuária do SUS, que a retomada do financiamento do Projeto VER-SUS, materializada nesta obra, nos convida a esperar. Esperar, em uma perspectiva Freireana, não como atitude passiva, mas como movimento de resistência, construção coletiva e compromisso ético-político com um projeto democrático de sociedade em que a vida seja colocada no centro das decisões. Retomar e fortalecer o VER-SUS significa criar novas possibilidades para que estudantes e outros diferentes sujeitos do campo da saúde conheçam, vivenciem e compreendam o SUS em sua complexidade, reconhecendo-o como uma das mais importantes políticas públicas brasileiras e como expressão concreta da defesa da vida de milhões de pessoas.

Este livro é relevante justamente por reunir diferentes vozes, experiências e olhares de atores e atrizes, das distintas regiões do país, que participaram e participam dessa trajetória formativa implicada por confluências a partir dos encontros interdisciplinares, interprofissionais e intersetoriais que a imersão oportunizada pelo Projeto VER-SUS proporciona. Os capítulos inseridos nesta obra são registros de vivências desenvolvidas em territórios que representam as diversas populações que são atendidas pelo SUS. São memórias vivas de processos formativos que materializam a aprendizagem significativa a partir das provocações proporcionadas por encontros territorializantes e desterritorializantes, que possibilitam o aumento da potência da produção colaborativa em saúde. Cada experiência revela, à sua maneira, que o conhecimento produzido no campo da saúde se fortalece quando dialoga com os territórios e quando reconhece como legítimos os diferentes saberes construídos na prática cotidiana.

Ao aproximar reflexão e experiência, conceitos e realidade da formação e do trabalho em saúde, o livro reafirma que aprender sobre o SUS significa também vivenciá-lo, problematizá-lo e participar de sua construção. As experiências compartilhadas permitem compreender que a formação de profissionais comprometidos com a saúde coletiva não acontece somente

nos espaços formais de ensino, mas também nos serviços, nas comunidades, nos movimentos sociais e nos encontros cotidianos da vida. Neste contexto, o ineditismo e a potência deste livro residem, justamente, na possibilidade de reunir diferentes territórios e perspectivas dessa experiência formativa singular e assim preservar uma memória coletiva de experiências que apostam no diálogo, na participação e na formação crítica.

A leitura deste livro esparrama sementes de narrativas que materializam a força transformadora da imersão na realidade do SUS, em busca de florescer mais movimentos formativos de solidariedade, democracia, equidade e defesa pelo direito à vida. Assim, que a leitura seja capaz de despertar memórias em quem já participou do VER-SUS, inspiração em quem deseja vivenciá-lo, para levar edições para os seus contextos locais e compromisso em todos aqueles que acreditam que a educação e a saúde podem contribuir para transformar realidades e para mobilizar mais mentes e corações em defesa do SUS.

Convido, portanto, leitores(as) a percorrerem estas páginas com abertura para se deixarem afetar pelas experiências aqui narradas, passando por “Entre práticas e vivências: o VER-SUS como espaço de reflexão para a saúde integral da mulher” de Costa e colaboradores; “Serviço social em movimento: desafios e potencialidades no campo da saúde” de Silva; “Mais do que sete dias: o SUS que ficou em mim” de Santos; “Entre o cuidado e o aprendizado: relato de experiência de uma acadêmica de enfermagem no VER-SUS” de Reis; “Entrelaços do cuidado: encontros que tecem o SUS” de Rodrigues e colaboradores; “É SUS, VER-SUS: estágio de vivências no SUS como dispositivo de novos olhares sobre trabalho, ensino e políticas em saúde” de Bezerra e colaboradores; “Portas abertas para o bem viver: conexões entre o terreiro ilê axé obá xangô, a comunidade e o SUS” de Paulo e colaboradores; “Desafios que inspiram: aprendizados de resiliência e compromisso social no VER-SUS” de Farias; “Um olhar sobre o trabalho comunitário do grupo mulher maravilha no contexto do sus: um relato de experiência” de Moreira e Santos; “Saúde e interculturalidade na Amazônia: vivências, rodas de conversa,

oficinas e suas contribuições para o fortalecimento do SUS” de Santos e colaboradores; “Vivências no SUS: reflexões de uma cirurgiã-dentista e uma estudante de enfermagem sobre equidade e saúde coletiva na Amazônia” de Miranda e Lobato; “VER-SUS na Amazônia: experiências interdisciplinares e a construção coletivas da saúde no SUS” de Lourenço e colaboradores; “Construindo saberes no território: a experiência da vivência no sus na região Norte” de Santos e Alves; e por último “Memórias do cuidado, sonhos coletivos: trilhas de uma vivência no SUS” de Aleoni, Lourenço e Silva.

Que a dedicação e compromisso dos(as) autores(as) que compuseram este livro nos ajudem a lembrar que o SUS é feito de pessoas, territórios, encontros, sonhos e lutas por um mundo melhor. E que o VER-SUS continue sendo espaço multiplicador para formar sujeitos capazes de compreender essa realidade, intervir sobre ela e, coletivamente, transformá-la.

Boa leitura e, sobretudo, boas experimentações.

Profa. Dra. Ana Suelen Pedroza Cavalcante

ENTRE PRÁTICAS E VIVÊNCIAS: O VER-SUS COMO ESPAÇO DE REFLEXÃO PARA A SAÚDE INTEGRAL DA MULHER

Ralfe Viana Costa
Fernanda Raquel Toillier
Cleisla Antonio D'Avila
Rejane Louise de Lima Bastos

Introdução

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), na sua versão de 2011, realiza uma discussão ampla acerca do perfil epidemiológico da população feminina no Brasil e estabelece princípios e diretrizes, dentre eles a humanização, para avançar no cuidado à saúde desta população. Nesse sentido, podemos destacar um ponto relevante nesta discussão: o câncer de colo uterino e a necessidade de um cuidado integral efetivo.

A esse respeito, torna-se indispensável dialogar também com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), que organiza e orienta ações no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com foco no rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. Ambas as políticas, quando articuladas, reforçam o compromisso do SUS em enfrentar os agravos relacionados ao câncer, sobretudo o câncer de colo uterino, ainda altamente incidente entre mulheres brasileiras, especialmente em contextos de vulnerabilidade social.

Com a finalidade de discutir esta relação, este trabalho visa, a partir de uma experiência vivenciada na edição piloto de formação de facilitadores da Região Sul, apresentar uma reflexão interdisciplinar sobre a problemática levantada, reconhecendo a importância do preventivo (Papanicolau) como instrumento essencial no diagnóstico do câncer de colo de útero, bem como, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como tecnologia leve, capaz de qualificar e humanizar o cuidado. Para tanto, se faz necessário introduzir o programa que fomentou essas reflexões.

Vivências no SUS como estratégia formativa

O Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS), realizado em articulação com o projeto Vivências e Estágios no Sistema Único de Saúde (VER-SUS), é regulamentado pela Portaria GM/MS n. 6.098 de 2024. Tem como finalidade a promoção de vivências no SUS como ferramenta de fortalecimento da formação profissional em saúde, envolvendo estudantes, residentes, docentes, trabalhadores, gestores da saúde e movimentos sociais, com destino ao trabalho em equipe; à busca por equidade; a mudanças nos modelos de atenção e gestão; tudo isso, atravessado por um processo de integração ensino-serviço-comunidade (Brasil, 2024).

Em virtude do seu formato contemporâneo, faz-se necessário reforçar com certo compromisso um ponto relevante de sua história para justificar a presente construção deste trabalho, o fato de que o VER-SUS é fruto da mobilização estudantil. Segundo Ferla e colaboradores (2013), após longa caminhada de discussões e eventos de ordem multifatorial, dentre eles, a reorientação da formação em medicina e a mobilização estudantil, em 2002, o Ministério da Saúde criou a Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil e Associações Científico-Profissionais da Saúde, com o intuito de aproximar os estudantes no desenvolvimento

de projetos que pensassem a sua própria formação. Posteriormente, esse movimento culminou na organização do VER-SUS/RS e foi se tornando cada vez mais popular pelo Brasil.

Nessa perspectiva, como prescreve a história do VER-SUS, este trabalho também pretende carregar o caráter reflexivo da reorientação da formação pretendida dentro da sua construção, ou seja, seremos nós, estudantes, pensando sobre a importância dessas temáticas em nossa formação.

A vivência e o cuidado equânime na saúde

A Vivência Piloto de Formação de Facilitadores da Região Sul, que ocorreu nas cidades de Porto Alegre (RS) e Nova Santa Rita (RS), entre os dias 11 e 17 de janeiro de 2025, trouxe consigo o peso de retomar o programa e resgatar a alegria envolvida no processo. É impreterível dizer que participar deste momento foi extremamente emocionante e animador. Entretanto, superando as expectativas, a edição termina deixando em nós muitas reflexões acerca do que foi vivenciado dentro destes dias, nos restando compartilhá-las.

Nesse sentido, assim como sugere as cirandas da Educação Popular em Saúde, estar em roda era algo frequente durante toda a vivência (Figura 1). Haviam por lá rodas deliberativas; rodas de confecção de mandalas; rodas de vôlei; rodas de conversa; rodas de música; e todas elas se configuraram um lugar de encontro das identidades. Os movimentos de convergência e divergência eram parte de um todo que evidenciava a gestão participativa desta vivência e de oportunidade interdisciplinar de trocas.

Figura 1. Atividade desenvolvida em ciranda entre viventes e facilitadores



Fonte: Jorge Marcos Mazarem Izaguirre, 2025.

Os Núcleos de Base (NBs), que chamamos acima de roda deliberativa, foram apresentados como “uma estratégia potente para fortalecer a participação ativa nas instâncias de gestão democrática das vivências no SUS” (Ferla *et al.*, 2025, p. 10). Os processos de tomada de decisão eram frequentemente discutidos em grupo e o seu foco estava nos NBs. Nesse espaço eram discutidas a divisão de tarefas, como, lavar o banheiro e fazer alvorada, e eram realizadas as reflexões acerca do que era experienciado no dia a dia, como as aulas ou as visitas técnicas a serviços de saúde.

As aulas eram encontros com convidados e não tinham caráter avaliativo, mas sim, a perspectiva de convocar os viventes a reflexões necessárias. Na edição em questão, discutia-se a intersecção entre saúde e as emergências climáticas. Contamos com a ilustre presença de professoras e professores universitários, de gestoras e gestores da saúde, de uma vereadora, de profissionais da saúde e

de movimentos sociais, como Movimento Sem Terra (MST). É possível dizer que essas aulas nos preparam para respeitar os territórios em que iríamos visitar e, sobretudo, para as afecções que possivelmente encontraríamos em contato com as vivências em que o território vivo nos invocaria.

Consideramos que, para um cuidado efetivo em saúde, deve-se refletir sobre dois conceitos fundamentais no SUS: equidade e determinantes sociais da saúde. As vivências práticas nos territórios permitem compreender melhor a realidade sociopolítica, econômica e cultural, evidenciando os fatores e determinantes que influenciam no processo saúde-doença, no acesso a serviços e no funcionamento do SUS. Tendo em vista que cada território visitado durante as práticas do VER-SUS, possui suas características singulares, como também, foram influenciados diretamente ou indiretamente pelas enchentes do ano de 2024, no Rio Grande do Sul, classificado como a maior catástrofe climática do estado. “[...] os determinantes sociais são importantes para entender como a saúde é sensível ao ambiente social e funcionam como um elemento de justiça social, sendo assim um importante desafio da saúde coletiva” (Ceballos, 2015, p.12).

Durante a vivência prática, foi possível conhecer territórios com Unidades Básicas de Saúde, a uma distância muito curta, mas com atendimentos e campanhas voltadas para questões em saúde, totalmente diferentes. Pode-se citar a diferença entre ações de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Porto Alegre, que estão localizadas na Zona Norte e relativamente próximas. Segundo o gestor de um dos serviços, as duas UBS propõem ações bem diferentes, em virtude da população atendida. Em uma, o território é marcado por violência, pobreza, tráfico de drogas e um alto índice de pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Em outra, não existe um ponto de tráfico de drogas, a violência é consideravelmente menor e existe uma prevalência de doenças crônicas na população.

Desse modo, os determinantes sociais influenciam o coletivo desses territórios, de forma que os serviços se organizaram para fazer campanhas e

ações voltadas para as temáticas que se sobressaem nesses locais. Compreender os determinantes sociais faz com que o cuidado em saúde tenha sentido para as pessoas, porque vai de encontro com as necessidades reais da população.

Nessa discussão também entra o princípio da equidade. Esse conceito e princípio do SUS é de suma importância para se pensar na estruturação dos serviços, na formação dos profissionais, na organização do cuidado, no atendimento e no planejamento terapêutico de cada sujeito. As pessoas possuem diferenças entre si, contudo, essas diferenças não podem excluir, nem tampouco privilegiar ninguém. Dessa forma, a equidade pode ser compreendida como uma forma justa e distinta de atender as pessoas, de acordo com as suas necessidades, para que se possa promover igualdade de oportunidades. Nesse sentido, deve-se considerar também os marcadores sociais da diferença, que são classificações socialmente construídas usadas para diferenciar pessoas em grupos distintos, como gênero, raça, classe social, idade, entre outros. A identificação dos marcadores sociais da diferença auxilia na construção de políticas públicas mais eficazes.

Desse modo, no que se refere ao contexto do SUS na cidade de Porto Alegre, entre os serviços ofertados em prol de seus princípios, está o Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Esse complexo conta com o Hospital Fêmina, que presta atendimento especializado somente para mulheres, o Hospital da Criança, o Consultório de Rua, que por meio de uma equipe multiprofissional presta assistência às pessoas em situação de rua, o Ambulatório de Identidade de Gênero (AMIG), um ambulatório dedicado ao atendimento de pessoas trans, travestis e não-binárias, que também conta com equipe multiprofissional. Ainda, Porto Alegre também conta com a Política Municipal de Saúde Integral da População Negra, instituída pela Lei n. 13.406, de 24 de março de 2023 (Brasil, 2023).

Torna-se relevante destacar que no Rio Grande do Sul existe a Divisão de Políticas de Promoção da Equidade, o Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. O objetivo desses consiste em promover a equidade no acesso à assistência e fomentar ações

que garantam serviços compatíveis com as necessidades em saúde, as quais diferem em qualidade e quantidade de acordo com o contexto social.

Para tanto, atua com base na Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde do Rio Grande do Sul, Portaria SES-RS n. 512/2020, a primeira do país com esse objetivo. Essa política visa promover a equidade no acesso e na atenção à saúde de populações chave, como as populações LGBTQIAPN+, povos indígenas, população em situação de rua, população negra, povos ciganos, população privada de liberdade, egressos do sistema prisional, população de migrantes, refugiados e apátridas e população do campo, da floresta e das águas. Assim, contribuindo para estabelecer princípios e diretrizes para a organização e orientação na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Rio Grande do Sul, 2020).

Esses serviços e as políticas são importantes para o desenvolvimento e construção de um SUS que seja para todos e colaboram para promover a integração de ações e serviços que proporcionam atenção contínua, integral, com boa qualidade, excelência na prática clínica, com responsabilidade, ética e humanização. Nesse sentido, a partir do exposto, pretende-se realizar uma discussão referente à Saúde da Mulher, em especial a realização de exames preventivos na Atenção Primária, como também, refletir sobre os transpasses entre os conceitos discutidos anteriormente.

A infecção por HPV é a principal causa de câncer de colo de útero na mulher, e a maneira mais eficaz de prevenção ainda é o exame de Papanicolau. Entretanto, por ser um procedimento invasivo e que gera na mulher ainda muito constrangimento, sua cobertura acaba declinando e elevando as taxas de detecção de lesões já em estágios mais avançados. Em um estudo retrospectivo, Mertins *et al.* (2025) analisaram dados citopatológicos de 22 municípios da região central do Rio Grande do Sul, revelando uma cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero por meio do preventivo de apenas 23%. Nesse sentido, vê-se a necessidade da busca por maneiras de ampliar o acesso e a cobertura do exame preventivo, seja por meio de políticas públicas e/ou com emprego de técnicas complementares.

Em consonância ao exposto, associada a medicina tradicional, as PICS vêm sendo cada vez mais utilizadas como estratégia de promoção à saúde da mulher, se destacando como o equilíbrio entre a tecnologia e a natureza, e garantindo um atendimento mais humanizado, menos centrado na doença e mais centrado no bem-estar de maneira global.

Pinheiro *et al.* (2021) em seu estudo destacam os benefícios da utilização de PICS no cuidado da saúde da mulher. Dentre elas, melhoria do sono e qualidade de vida, redução de inchaço abdominal, sensibilidade mamária e cólicas. O poder de promoção do bem-estar e relaxamento das terapias alternativas tornam o atendimento mais humanizado, trazendo a sensação de segurança, o que pode vir a facilitar, por exemplo, a coleta do exame preventivo que para muitas mulheres é um evento delicado e de muito constrangimento e medo atrelados.

Acerca da experiência de vivência que dá luz a esta reflexão, temos como âncora uma das unidades visitadas, que em especial fazia uso das PICS como rotina para o atendimento, seja ele ginecológico, psicológico e acolhimento por parte da enfermagem. O objetivo, conforme explicado pela enfermeira responsável pelo serviço, era tornar o ambiente de saúde em um espaço seguro e acolhedor, buscando maneiras complementares em prol da prevenção de agravos e recuperação da saúde de maneira integral.

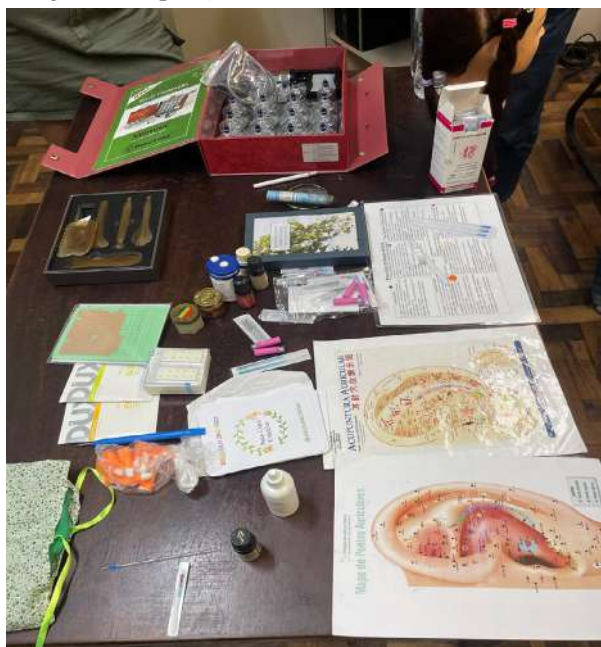
Dentre as técnicas utilizadas destacam-se a aromaterapia, cromoterapia, musicoterapia, auriculoterapia, reiki e geoterapia (Figuras 2 e 3). Todas essas, têm como foco proporcionar conforto e bem-estar, estreitar as relações entre profissional e pacientes, assim como, criar vínculos que resultam em melhor adesão aos cuidados de saúde e ampliação do acesso ao serviço.

Figura 2. Cristais, argilas e essências utilizadas nas PICS



Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Figura 3. Exposição de materiais utilizados nas PICS



Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Assim, como parte da visita, facilitadores e visitantes tiveram a oportunidade de experienciar diretamente algumas das PICS, destacando-se a auriculoterapia e o reiki (Figura 4). A auriculoterapia é uma técnica terapêutica da medicina tradicional chinesa, que estimula pontos específicos na orelha externa, utilizando sementes, agulhas ou esferas metálicas, com o objetivo de promover o equilíbrio do organismo. Esses pontos auriculares correspondem a diferentes órgãos e sistemas do corpo, e sua estimulação busca minimizar sintomas físicos e emocionais, como dores, ansiedade, insônia e estresse. Já o reiki é uma prática de origem japonesa que consiste no posicionamento das mãos acima de pontos estratégicos do corpo, com o intuito de canalizar a energia vital universal (ki) e promover a harmonização dos campos físico, emocional, mental e espiritual. Durante a vivência, foi possível perceber os efeitos imediatos de ambas as práticas, como sensação de relaxamento, bem-estar e alívio de tensões, reforçando a importância dessas abordagens no cuidado integral à saúde, no sentido de ampliar as possibilidades terapêuticas centradas no ser humano.

Figura 4. Roda de conversa e aplicação de auriculoterapia e reiki



Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Tecendo Saberes e Afetos: lições partilhadas na travessia do VER-SUS

Ao refletirmos sobre a experiência vivida, torna-se evidente que a integração entre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e os objetivos da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) revela um caminho potente para a qualificação do cuidado. A PNAISM, ao enfatizar a humanização e o atendimento integral, abre espaço para práticas que valorizam o sujeito em sua singularidade e reconhecem os múltiplos determinantes que atravessam o processo saúde-doença.

A PNPCC, por sua vez, garante que tais práticas se articulem com protocolos clínicos, linhas de cuidado e metas de redução da mortalidade por câncer, fortalecendo o elo entre prevenção, tratamento e reabilitação. As PICS, nesse sentido, surgem como tecnologias leves que favorecem o vínculo, a escuta ativa e a redução de barreiras emocionais, especialmente em procedimentos que ainda carregam estigmas e constrangimentos, como o exame preventivo de colo de útero.

Como grupo multiprofissional, fomos atravessados de maneiras distintas por esse contato. Para nós, enquanto profissionais e futuros profissionais da saúde, a vivência despertou reflexões sobre a necessidade de superar a fragmentação do cuidado. O olhar interdisciplinar mostrou que o rastreamento do câncer de colo de útero não se limita a uma prática técnica, mas envolve também aspectos culturais, sociais e subjetivos. Reconhecer a resistência de algumas mulheres em realizar o exame, por exemplo, não deve ser entendido apenas como “falta de adesão”, mas como um fenômeno que exige empatia, acolhimento e sensibilidade.

Figura 5. Arte presente em unidade de saúde que remete a necessidade de humanização do cuidado da saúde da mulher



Fonte: Jorge Marcos Mazarem Izaguirre, 2025.

A experiência compartilhada na unidade visitada nos mostrou que o cuidado integral não depende apenas de recursos tecnológicos ou estruturais, mas também da capacidade das equipes em construir relações de confiança. Nesse sentido, as PICS podem ser compreendidas como ferramentas de equidade, uma vez que ampliam o acesso e tornam o SUS mais próximo das necessidades reais da população. Para nós, estudantes e profissionais, a vivência no VER-SUS reafirmou a importância de uma formação crítica e humanizada, que dialogue com as políticas públicas, especialmente a PNAISM e a PNPCC, e que nos provoque a pensar não apenas sobre “o que fazer”, mas sobre “como fazer” e “para quem fazemos”.

Considerações finais

Este estudo propõe uma análise sobre a integração entre as políticas públicas de saúde da mulher e as práticas de cuidado no Sistema Único de

Saúde (SUS), tendo como alicerces a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC). Através da experiência adquirida durante o programa VER-SUS, a análise revela a complexidade do cuidado integral, que vai além da aplicação de exames preventivos, como o Papanicolau, e incorpora múltiplos fatores, incluindo determinantes sociais de saúde, humanização e o uso de Práticas Integrativas e Complementares (PICs).

Sendo o câncer de colo do útero uma das principais causas de mortalidade feminina no Brasil, exige-se uma abordagem holística e adaptada às realidades sociais e culturais. Nesse contexto, as PICs surgem como uma estratégia complementar eficaz para os cuidados convencionais. Essas práticas contribuem para mitigar o constrangimento e o medo frequentemente associados ao exame preventivo, oferecendo um cuidado mais centrado no bem-estar global da mulher.

A vivência no VER-SUS também ressaltou a necessidade de uma formação profissional interdisciplinar e crítica, que transcenda o conhecimento técnico e integre os princípios de equidade e integralidade do SUS. A observação de diferentes realidades, marcadas por distintas vulnerabilidades sociais, atrelada à visão de profissionais de diferentes áreas, demonstrou que as políticas públicas em saúde precisam ser maleáveis e adaptadas para atender às necessidades específicas de cada comunidade, considerando seus determinantes sociais e culturais.

Em conclusão, é imprescindível fortalecer a sinergia entre as políticas públicas, as práticas integrativas e a capacitação dos profissionais de saúde. Essa articulação é crucial para a promoção de um cuidado mais sensível, equitativo e humanizado. A experiência no VER-SUS ressalta a importância de uma reflexão contínua sobre os métodos de cuidado sob o olhar multidisciplinar, visando o aprimoramento do sistema de saúde. Em suma, este trabalho reforça o compromisso com a construção de um SUS mais equânime, inclusivo e responsivo às necessidades reais da população.

Referências

BRASIL. **Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023.** Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 dez. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14758.htm. Acesso em: 2 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 6.098, de 16 de dezembro de 2024.** Altera a Portaria de Consolidação MS nº 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, 18 dez. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6098_18_12_2024.html. Acesso em: 2 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** 1. ed. 2. reimpr. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

CEBALLOS, A. G. da C. de. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde.** Recife: [s. n.], 2015.

FERLA, A. A. et al. **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). 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2025. 25 p. E-book. (Série Conhecimento em Movimento, v. 13).

FERLA, A. A.; RAMOS, A. de S.; LEAL, M. B.; CARVALHO, M. S. de (org.). **Caderno de textos do VER-SUS/Brasil.** 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. 106 p. (Coleção VER-SUS/Brasil)

MERTINS, H. L. *et al.* Incidence of cytopathological changes in patients attended by the Brazilian Public Health System (SUS) in the central region of Rio Grande do Sul: analysis of cervical cancer screening. **Disciplinarum Scientia:** Saúde, Santa Maria, v. 26, n. 1, p. 25-39, 2025.

PINHEIRO, L. K. C. *et al.* Práticas integrativas e complementares: uma estratégia na promoção da saúde da mulher. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 17, p. e87101718147, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/357298340_Praticas_integrativas_e_complementares_uma_estrategia_na_promocao_da_saude_da_mulher. Acesso em: 20 abr. 2026.

PORTO ALEGRE. **Lei nº 13.406, de 24 de março de 2023.** Institui a Política Municipal de Saúde Integral da População Negra no Município de Porto Alegre. Porto Alegre: Câmara Municipal de Porto Alegre, 2023. Disponível em: https://www.camarapoa.rs.gov.br/draco/processos/138008/Lei_13406_-_Promulgada.pdf. Acesso em: 20 abr. 2026.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria SES nº 512/2020.** Aprova a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202007/31153736-512.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2025.

SERVIÇO SOCIAL EM MOVIMENTO: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO CAMPO DA SAÚDE

Karina Lorrany Silva

Construção sociopolítica da prática profissional do Serviço Social na Saúde

O Serviço Social brasileiro construiu, ao longo de sua trajetória, uma sólida inserção nas políticas sociais, especialmente a partir da Constituição Federal de 1988, a qual assegurou a saúde como direito universal e dever do Estado. A regulamentação da profissão pela Lei n. 8.662/1993 consolidou sua inclusão entre as 14 profissões da área da saúde, legitimando sua atuação em equipes multiprofissionais com um olhar crítico voltado aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Contudo, apesar do reconhecimento legal e ético-político, a presença do Serviço Social nos espaços de saúde ainda se mostra permeada por invisibilidades, disputas de legitimidade e desafios para a afirmação de seu projeto profissional crítico (Bravo, 2012).

A construção das políticas públicas de saúde no Brasil tem sido historicamente pautada por lutas sociais, avanços legislativos e transformações institucionais. A Reforma Sanitária Brasileira representou um marco fundamental, ao propor a ruptura com o modelo biomédico e hospitalocêntrico até então vigente. Inspirada por ideais democráticos e por uma concepção ampliada de saúde, a Reforma defendeu a saúde como direito universal, indissociável das condições de vida da população, e resultado dos

determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais (Paim, 2008). A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, tornou-se símbolo desse processo, ao consolidar a ideia de participação social e descentralização como eixos estruturantes da política de saúde no Brasil.

Os princípios defendidos pela Reforma Sanitária foram incorporados à Constituição Federal de 1988 e regulamentados pelas Leis Orgânicas da Saúde (Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990), que instituíram o Sistema Único de Saúde (SUS). Estruturado sobre os pilares da universalidade, integralidade e equidade, o SUS se configurou como política pública de caráter universal e intersetorial, sustentada pela participação social e pelo controle democrático.

Nesse contexto, o Serviço Social reafirmou sua inserção, ao articular práticas profissionais que dialogam com os princípios do SUS e da Reforma Sanitária, conectando a dimensão técnica da saúde às condições sociais e históricas da população usuária (Bravo; Matos, 2014). A sintonia entre o Projeto Ético-Político do Serviço Social e os princípios que estruturam o SUS e a Reforma Sanitária não é apenas teórica: ela se materializa na própria dinâmica da prática profissional.

A Reforma Sanitária brasileira, ao defender a saúde como direito universal, integral e equânime, propôs uma ruptura com o modelo biomédico, reconhecendo que o processo saúde-doença é determinado por condições sociais, econômicas, culturais e políticas. Esse entendimento converge diretamente com a perspectiva crítico-dialética do Serviço Social, que compreende a questão social como expressão das contradições estruturais do capitalismo e orienta sua intervenção para a defesa e ampliação dos direitos sociais. Assim, o Projeto Ético-Político, ao se fundamentar em valores como liberdade, equidade, justiça social, democracia e defesa intransigente dos direitos humanos (CFESS, 1993), encontra no SUS um campo fértil para materializar sua direção social, fortalecendo a luta pela universalização de políticas públicas e pelo acesso digno à saúde.

Ainda assim, a efetivação do reconhecimento da profissão encontra limites. A fragmentação das equipes multiprofissionais, a hegemonia biomédica e a reprodução de práticas que secundarizam o papel do Serviço Social contribuem para a invisibilidade da profissão na saúde (Costa; Schraiber, 2006). Essa marginalização também se expressa nos espaços de formação interprofissional, como o Programa Nacional de Vivências no SUS, em que a participação de estudantes de Serviço Social é frequentemente minoritária diante de cursos mais tradicionais da saúde, embora o edital adote critérios amplos, democráticos e não diferenciados entre áreas da saúde. Na edição realizada na Região Sudeste em abril de 2025, por exemplo, entre 55 participantes, apenas dois eram estudantes da área, o que ilustra as dificuldades da profissão em garantir presença e reconhecimento nesses espaços formativos.

Dessa forma, refletir sobre a inserção do Serviço Social nas vivências interprofissionais significa, ao mesmo tempo, reafirmar os princípios da Reforma Sanitária e evidenciar a contribuição singular da profissão para a efetivação da universalidade, da equidade e da integralidade do SUS. Mais do que ocupar formalmente um lugar já garantido em legislação, trata-se de fortalecer a visibilidade de um trabalho que alia criticidade, compromisso ético-político e defesa de direitos, constituindo o Serviço Social como profissão essencial para a consolidação da saúde como direito social.

Embora o campo da saúde seja reconhecido como espaço privilegiado de atuação profissional, ele ainda não ocupa lugar plenamente central e sistemático ao longo da graduação em Serviço Social. A construção desse campo de prática vem sendo tensionada por disputas em torno do projeto de saúde pública no Brasil e pela necessidade de formação crítica sintonizada com o SUS e com a Reforma Sanitária, indicando avanços, mas também lacunas na tematização da saúde nos currículos e nos campos de estágio (Bravo; Matos, 2014). Porém, conforme indicam as diretrizes da própria Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, a formação em

Serviço Social deve assegurar fundamentos teórico-críticos que possibilitem a atuação qualificada no campo da saúde e nas demais políticas sociais (ABEPSS, 1996).

O Programa Nacional de Vivências no SUS se mostrou uma iniciativa estratégica de formação complementar, buscando aproximar estudantes e residentes da realidade concreta do sistema público de saúde. Por meio de atividades práticas e teóricas, visitas a serviços de saúde e discussões reflexivas, o programa ofereceu aos participantes a oportunidade de compreender a complexidade das práticas de atenção à saúde, os desafios do trabalho multiprofissional e a necessidade de humanização e integralidade no atendimento aos usuários. Essa experiência permite que estudantes de diferentes áreas ampliem sua visão sobre os determinantes sociais da saúde e compreendam a importância da articulação entre políticas públicas e direitos sociais, fortalecendo a formação crítica e cidadã.

A proposta operativa do programa utiliza a metodologia de Josué de Castro (1908-1973) para o desenho e articulação de suas ações. Essa metodologia se caracteriza por uma abordagem multidisciplinar, integrando dados quantitativos e qualitativos, por meio de abordagens interdisciplinares, observação direta de campo, análise crítica de determinantes sociais e compromisso com a transformação social. Verifica-se que esta prática permite a compreensão das desigualdades sociais e dos determinantes estruturais da saúde, aproximando os profissionais da experiência vivida pelos usuários e fortalecendo a capacidade de análise crítica e proposição de intervenções. Assim, o programa propõe não apenas formação de profissionais capacitados tecnicamente, mas também engajados socialmente, refletindo o caráter transformador da metodologia de Josué de Castro, que entendia a investigação científica como instrumento de mudança e de promoção da justiça social.

Experienciação de uma estudante de Serviço Social no Programa Nacional de Vivências no SUS

A participação no Programa Nacional de Vivências no SUS possibilitou um exercício de integração interprofissional marcado por trocas de saberes entre diferentes áreas da saúde. A vivência, além de possibilitar o contato com diferentes níveis de atenção e serviços de saúde, evidenciou a importância do acolhimento, da interdisciplinaridade e da cultura como dimensões constitutivas do cuidado. Desde o início, a recepção na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) foi marcada pela presença de símbolos de movimentos sociais, como bandeiras do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e do Levante Popular da Juventude. Esses elementos conferiram ao espaço formativo uma atmosfera de luta e resistência, lembrando que o SUS é fruto de processos históricos de mobilização popular.

A imersão em territórios, a escuta de profissionais e usuários, a interdisciplinaridade e a valorização da cultura popular mostraram-se dimensões fundamentais para formar profissionais comprometidos com a defesa do SUS. Para o Serviço Social, esse espaço é ainda mais relevante, pois possibilita reafirmar seu compromisso ético-político com a transformação social, a defesa de direitos e a construção de práticas mais humanizadas.

Todavia, a experiência também evidenciou a reduzida inserção do Serviço Social em espaços de formação interprofissional, uma vez que entre mais de cinquenta participantes apenas dois eram estudantes da área. Esse dado revela não apenas a invisibilidade da profissão, mas também as dificuldades estruturais para que estudantes de Serviço Social possam acessar experiências formativas de maior imersão.

As atividades desenvolvidas em Vitória (ES), sediadas principalmente na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), incluíram também visitas a equipamentos de saúde do SUS em diferentes níveis de atenção. Em um hospital de alta complexidade, chamou atenção a baixa quantidade de assistentes

sociais, a ponto de não haver nenhum profissional disponível para apresentar sua prática durante a visita. Esse cenário contrasta com a realidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) onde até o momento realizei meus estágios obrigatórios em Uberaba (MG), de porte e abrangência semelhantes, que conta com mais de 15 assistentes sociais atuando inclusive em regime de plantão, o que garante maior continuidade no atendimento e aproximação das demandas sociais dos usuários.

Já na Atenção Primária, o contraste se inverte. Enquanto em Vitória as Unidades Básicas visitadas contavam com assistentes sociais em sua rotina de atendimento, em Uberaba (MG) a cobertura é inexistente em algumas unidades, ou mínima e organizada por meio de rodízio em outras, restringindo a continuidade das ações e fragilizando a integralidade do cuidado. Essas observações empíricas reiteram a importância da presença do Serviço Social em diferentes níveis de atenção, demonstrando que a quantidade e a forma de inserção dos profissionais impactam diretamente na qualidade e no alcance do cuidado em saúde.

Ainda, em todos os espaços visitados, os relatos das equipes das unidades indicaram uma rotina marcada pela sobrecarga e pela falta de recursos, cenário que dialoga com a precarização estrutural do SUS no contexto das políticas de austeridade e de subfinanciamento crônico. Essa realidade impacta diretamente o trabalho do Serviço Social, que, diante da escassez de profissionais e da alta demanda, vê-se frequentemente obrigado a atuar de forma pontual e emergencial, em detrimento de práticas planejadas e preventivas.

Assim, a vivência permitiu constatar que os desafios de gestão e estrutura não se restringem a questões organizativas, mas expressam as contradições próprias de um sistema público construído em meio a disputas políticas e interesses econômicos. O fortalecimento do SUS, nesse sentido, exige enfrentar tanto a precarização material quanto a invisibilização de práticas profissionais que, como o Serviço Social, são indispensáveis para a efetivação de um cuidado integral e equitativo.

A literatura aponta que a atuação do assistente social é fundamental para a efetividade do SUS, pois incorpora dimensões como escuta qualificada, acolhimento, defesa de direitos e articulação com a rede intersetorial (Costa; Schraiber, 2006). Ao lado disso, a formação crítica da profissão permite compreender o processo saúde-doença a partir das condições socioeconômicas, culturais e políticas da população, contribuindo para práticas mais humanizadas e socialmente comprometidas.

A vivência no SUS também evidenciou a centralidade da participação popular como princípio estruturante do sistema de saúde e como expressão de resistência diante dos limites impostos pela gestão e pelo subfinanciamento. O contato com diferentes territórios e experiências mostrou que a efetividade do SUS não depende apenas da organização estatal, mas também da mobilização coletiva das comunidades. Um exemplo foi o Programa de Educação Popular em Saúde (PEDPOPSUS), que atua na formação de agentes populares de saúde, para o acompanhamento local, na assistência dos territórios valorizando os saberes tradicionais e as particularidades de cada local. Com princípios como amorosidade, diálogo e autonomia, a experiência ilustra o potencial da educação popular para ampliar a noção de saúde, incorporando saberes tradicionais e comunitários. Paulo Freire (1987) já afirmava que a educação é um ato político, e no campo da saúde essa perspectiva se traduz na construção de práticas emancipatórias, que reconhecem o protagonismo dos sujeitos e de suas comunidades.

Essas experiências apontam que a participação popular não é um adendo, mas um fundamento do SUS. Para o Serviço Social, cuja prática se ancora no projeto ético-político de defesa de direitos e justiça social, o diálogo com os movimentos sociais e comunitários é parte indissociável da atuação em saúde. Reconhecer e fortalecer essas experiências é, portanto, uma das perspectivas mais potentes para ampliar a efetividade do SUS e consolidar a presença do Serviço Social como mediador entre a política pública e a população usuária.

Durante as atividades teóricas do programa, tornou-se evidente que estudantes de áreas mais tradicionais da saúde, como medicina, tinham contato limitado com noções fundamentais sobre o SUS, humanização e atenção integral aos usuários, vivenciando essas discussões de forma inaugural durante a vivência. Além disso, questões estruturantes como racialidade, saúde da população preta, indígena e LGBTQIA+ não se mostraram centrais em suas formações. Essa lacuna revela como o currículo de muitas áreas ainda prioriza a dimensão biomédica em detrimento de debates sociais, éticos e políticos.

O Serviço Social, por sua vez, diferencia-se por inserir desde a graduação debates sobre desigualdades sociais, direitos humanos e processos de vulnerabilização. Professoras e pesquisadores frequentemente destacam que nenhuma outra profissão em saúde possui um olhar tão crítico e integral para as expressões da questão social, tornando os assistentes sociais indispensáveis à efetividade do SUS (Bravo; Matos, 2014). Essa formação também permite articular de forma interseccional as dimensões de gênero, raça, classe e orientação sexual, possibilitando práticas inclusivas e comprometidas com a justiça social (Martins, 2012).

A discussão sobre a baixa inserção do Serviço Social em programas de educação interprofissional, como o Vivências no SUS, conecta-se também às lacunas existentes na formação acadêmica. Ainda que a saúde seja reconhecida como um campo de atuação, muitas matrizes curriculares dos cursos de Serviço Social não conferem centralidade a esse debate, reproduzindo uma histórica marginalização da temática. Essa realidade compromete a formação dos estudantes e limita sua inserção qualificada em espaços de prática e extensão vinculados ao SUS.

Um exemplo concreto dessa ausência pôde ser observado na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), instituição da qual faço parte. Durante a graduação, matérias eletivas relacionadas à saúde, como a disciplina Violência e Saúde, não estavam contempladas no plano pedagógico do curso. A inclusão dessa e de outras disciplinas no currículo somente se concretizou a partir da

mobilização estudantil, que reivindicou a ampliação do debate sobre saúde dentro da formação profissional. Esse movimento evidencia a importância do protagonismo discente na construção de um currículo mais próximo das demandas sociais e alinhado às necessidades. Essa lacuna curricular não é um fenômeno isolado, mas expressão de um desafio nacional.

Ainda, a baixa participação de estudantes de Serviço Social no programa Vivências no SUS pode ser explicada não como desinteresse, mas como resultado de determinantes sociais e institucionais. Pesquisas apontam que a categoria é majoritariamente composta por mulheres trabalhadoras, que conciliam graduação com atividades remuneradas, o que limita a disponibilidade para programas intensivos de imersão (CFESS, 2022). Somado a isso, em muitos currículos acadêmicos, a saúde não ocupa centralidade, o que pode reduzir o incentivo à participação em projetos extensionistas dessa natureza.

Assim, reconhecer essas barreiras é fundamental para pensar estratégias de fortalecimento da presença do Serviço Social nos espaços interprofissionais, reafirmando sua contribuição singular na defesa da universalidade, equidade e integralidade do SUS.

Reflexões finais

A experiência vivenciada no Programa Nacional de Vivências no SUS reafirma que o Sistema Único de Saúde não pode ser analisado apenas como uma política setorial, mas a partir do direito à saúde, expresso na garantia de acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde, nas disputas em torno do fundo público, das prioridades de Estado e do enfrentamento da questão social em suas múltiplas dimensões. A ausência do Serviço Social em determinados espaços visitados, assim como sua presença limitada em programas de formação interprofissional, é reflexo de um contexto de precarização e de restrição orçamentária que atinge, de forma desigual,

diferentes profissões. Como destaca Behring (2003), o ajuste fiscal e a lógica neoliberal têm reduzido a capacidade do Estado de garantir direitos universais, produzindo fragilização institucional e sobrecarga sobre os trabalhadores da política de saúde.

Nesse cenário, torna-se ainda mais evidente a necessidade de fortalecer o projeto ético-político do Serviço Social, cuja centralidade está na defesa intransigente dos direitos sociais e na crítica às desigualdades estruturais. Para Iamamoto (2007), a profissão se constitui como mediação entre a realidade concreta dos usuários e a luta pela universalização dos direitos, o que confere ao assistente social um papel estratégico na efetivação dos princípios do SUS.

A vivência também demonstrou que o Serviço Social contribui de forma singular para a democratização da saúde, pois traz para o centro da prática a análise das condições de vida, das opressões de classe, raça e gênero, bem como a defesa da participação popular. Essa dimensão crítica e totalizante é apontada por Netto (2011) como constitutiva de uma prática profissional que não se reduz à execução de tarefas imediatas, mas se orienta pela compreensão histórica e social das contradições.

Do mesmo modo, a ausência de debates mais sistemáticos sobre raça, gênero e diversidade sexual nos espaços interprofissionais reforça a urgência de que o Serviço Social esteja presente em maior número e com maior protagonismo. Autoras como Saffioti (2004) lembram que não há como compreender a saúde sem considerar as formas de opressão patriarcal e racista que estruturam a sociedade brasileira, e é justamente essa leitura ampliada que o Serviço Social carrega em sua formação.

Portanto, a reflexão que se impõe é que fortalecer o Serviço Social no SUS significa fortalecer o próprio caráter público, democrático e emancipatório da política de saúde. As perspectivas passam pela ampliação da presença da profissão em todos os níveis de atenção, pela valorização e melhores condições de trabalho, pela inserção efetiva em programas de formação interprofissional e pela defesa do financiamento público adequado. Os desafios, por sua vez,

residem na resistência ao avanço do privatismo, ao desmonte das políticas sociais e à invisibilização do trabalho profissional.

Em síntese, o Serviço Social possui um potencial singular para qualificar o debate ampliado de saúde, trazendo para o centro da política a análise crítica dos determinantes sociais, a defesa de direitos e a articulação intersetorial, que são elementos indispensáveis para a consolidação de um cuidado integral e democrático. A forma de atuação dos assistentes sociais não apenas fortalece, mas engrandece a capacidade de articulação do SUS, ampliando sua potência enquanto política pública.

Refletir sobre o fazer em saúde exige reconhecer que nenhum campo profissional, de maneira isolada, responde às múltiplas necessidades da população; ao contrário, é na composição coletiva, na pluralidade e complementaridade dos saberes que o sistema se efetiva. Como lembra Yazbek (2009), a profissão se define como parte das forças sociais que lutam pela construção de uma ordem societária justa e igualitária, na contramão da mercantilização da vida. Assim, reafirmar o Serviço Social no SUS é reafirmar a saúde como direito humano, expressão de cidadania e fundamento de um projeto democrático de país.

Também é importante destacar que, programas como o VER-SUS nos mostram o quanto a formação acadêmica precisa estar conectada com a realidade concreta dos serviços de saúde e com as necessidades da população. Ter acesso a uma formação de qualidade, crítica e interdisciplinar é fundamental para que os futuros profissionais compreendam o SUS em sua totalidade e estejam preparados para enfrentar os desafios cotidianos da saúde pública no Brasil. O contato direto com usuários, profissionais e territórios é uma experiência que transforma o olhar e reforça a importância de um ensino que vá além da teoria, aproximando universidade, serviço e comunidade.

Nesse sentido, as Vivências no SUS desempenham um papel essencial. Elas criam espaços de troca entre diferentes áreas, ampliam a compreensão sobre a complexidade da saúde e fortalecem a noção de que o trabalho em equipe

multiprofissional é indispensável. Ao mesmo tempo, possibilita que estudantes e residentes reafirmem a relevância de suas profissões e mostrem, na prática, que o SUS precisa de um olhar crítico e humanizado. Trata-se de uma oportunidade não apenas de aprendizado individual, mas de construção coletiva de um futuro em que o direito à saúde seja de fato garantido a todos e todas.

Referências

- ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996.
- BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 20 abr. 2026.
- 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 3 maio 2026.
- BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 3 maio 2026.
- BRASIL. Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Assistente Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jun. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm. Acesso em: 20 abr. 2026.
- BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2012.
- BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2014.
- CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.
- CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Perfil de Assistentes Sociais no Brasil: formação, condições de trabalho e exercício profissional. Brasília: CFESS, 2022.
- COSTA, M. D. H. da; SCHRAIBER, L. B. Serviço Social e saúde coletiva: desafios e perspectivas. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 171-178, jul./dez. 2006. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/rk/i/2006.v9n2/>. Acesso em: 3 maio 2026.

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

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em: 3 maio 2026.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. Disponível em: https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos-das-mulheres/obras-digitalizadas/questoes_de_genero/saffiotti_heleieth_-_genero_patriarcado_e_violencia_1.pdf. Acesso em: 3 maio 2026.

YAZBEK, M. C. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. In: CFESS; ABEPSS (org.). **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CFESS; ABEPSS, 2009. p. 143-163.

MAIS DO QUE SETE DIAS: O SUS QUE FICOU EM MIM

Erida Sthefany de Oliveira Santos

A todos os que acreditam que o SUS é mais do que um sistema –
é um gesto de amor, coragem e justiça social.
Dedico este relato aos trabalhadores e trabalhadoras da saúde
que seguem acreditando, mesmo quando o cansaço pesa,
e que fazem da esperança o seu modo de lutar.
E dedico, com todo o meu amor, à minha mãe e ao meu irmão –
que me ensinaram a ser forte, a lutar pelo que acredito
e a nunca deixar que calem a minha voz.
Foi deles que aprendi que resistir também é uma forma de amar,
e que é na coragem de continuar, mesmo quando é difícil,
que se revela o verdadeiro sentido da vida.

A formação em saúde vai muito além das salas de aula. Antes de ser feita de provas, livros e laboratórios, ela é feita de gente, de encontros, de realidades que nos atravessam e nos transformam. Este manuscrito é um relato pessoal-reflexivo sobre minha participação no Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde (VER-SUS), realizado em Recife, Pernambuco, entre os dias 25 e 31 de maio de 2025. Em sete dias de imersão em realidades concretas do Sistema Único de Saúde, vivi experiências que ressignificaram profundamente minha formação acadêmica, profissional e humana, transformando o modo como compreendo o cuidado, o trabalho em saúde e o papel social do profissional que escolhe atuar nesse campo.

O que vivi no VER-SUS me mostrou que o SUS não se aprende apenas nos livros, ele se vive. Como afirma Jairnilson Paim (2009), o SUS é mais do que uma política pública: é um projeto civilizatório, um exercício permanente de democracia e solidariedade. E foi mergulhando nessa experiência que percebi que a formação em saúde é, essencialmente, formar-se com o outro. Como destaca Lilia Schraiber (2008), o trabalho em saúde é relacional, atravessado por afetos, valores e responsabilidades compartilhadas. Assim, cada vivência me ensinou que cuidar é também escutar, é se implicar com a realidade e compreender que o SUS é feito de muitas vozes, e que agora, entre essas vozes, também está a minha.

O início precede o começo

Na agenda do programa, a vivência estava marcada para começar no dia 25 de maio e, de fato, as atividades se iniciaram nesta data. Mas o que eu não imaginava era que a trajetória começaria muito antes do que o edital previa.

Nas mídias sociais da universidade que estudo, encontrei uma publicação sobre uma vivência e estágios na realidade do SUS. Naquele instante, me aprofundi no edital, mergulhei no site da Rede Unida e, a cada novo clique, sentia-me mais instigada a participar e viver aquela experiência. O que até então era desconhecido, em minutos tornou-se curiosidade; logo depois, desejo; e, em breve, se transformaria em paixão, admiração e saudade.

Na leitura atenta do edital, percebi que aquilo seria uma experiência grandiosa para minha formação. Afinal, seriam sete dias ao lado de outros 77 estudantes e residentes de diversos lugares do Nordeste, cada um com suas histórias, paixões e sonhos singulares. Mas o que realmente fez meus olhos brilharem naquela leitura? Cotas. Sim, cotas! Para indígenas, quilombolas, pessoas negras, com deficiência e pessoas trans.

E o que isso significava? Representatividade. Apropriação do que é nosso por direito. Justiça social. Diversidade. Foi emocionante descobrir que aquele projeto, que me permitiria conhecer mais profundamente o SUS, também tinha a cara do SUS. Porque a saúde pública é feita por gente, e para gente de todo tipo, cor, raça, crença, gênero e sexualidade.

Essa diversidade não é apenas simbólica: é uma expressão concreta do princípio da equidade, um dos pilares do Sistema Único de Saúde. A equidade pressupõe tratar desigualmente os desiguais, reconhecendo que as diferenças sociais, étnico-raciais, territoriais e culturais produzem desigualdades no acesso e nos resultados em saúde (Paim, 2009). Assim, incluir e valorizar diferentes identidades e trajetórias na formação em saúde é também promover justiça social e democratização do conhecimento.

As políticas afirmativas no ensino e na saúde pública, como as cotas e os programas de incentivo à diversidade, têm se mostrado instrumentos potentes para a transformação do perfil dos profissionais do SUS, aproximando o sistema das realidades plurais do povo brasileiro. Como destaca Cecília Donnangelo (1983), a compreensão da saúde exige reconhecer seus determinantes sociais, e isso só é possível quando quem cuida também reflete a multiplicidade de quem é cuidado.

Dessa forma, o VER-SUS se apresenta não apenas como uma vivência acadêmica, mas como uma prática pedagógica de equidade, que reafirma o compromisso ético-político de uma formação em saúde voltada à defesa da vida e da diversidade.

Finalmente, depois de dias de ansiedade e expectativa, o resultado saiu. Fui aprovada! Fiquei em êxtase, contava os dias, planejava a mala e ansiava pelo início da tão sonhada semana de vivência.

Na última reunião com a comissão local, a professora Mariana Gomes, que, quando residente, também participou como vivente, disse algo que me marcou profundamente. E hoje vejo o quanto ela estava certa: “Vocês vão amar. É uma experiência única e incrível. Não tem como participar do VER-SUS e não ser transformado”.

Sim, Mariana estava certa. Mas eu incluiria um adendo: “A transformação começa antes do início da vivência”.

Eu ainda não sabia, mas desde o momento em que me inscrevi, uma nova Sthefany já começava a ser moldada.

O que nos une?

Setenta e oito estudantes e residentes da área da saúde fizeram suas malas, deixaram suas famílias, compromissos, afazeres, faculdades e obrigações pessoais e acadêmicas para embarcar rumo a Recife. Alguns já eram de Pernambuco, mas também havia representantes de Alagoas, Bahia, Paraíba e Sergipe. E uma pergunta insistente ecoava em minha mente: “O que nos une?”. Certamente, havia algo em comum entre nós. O que teria levado todos aqueles jovens a se despedirem de seus lares, abrirem mão de tantas coisas e se lançarem com intensidade naquela semana de vivências? Entretanto, meus questionamentos não demoraram a ser respondidos.

Nossa primeira atividade foi nos reunirmos com o Núcleo Base (NB), pequenos grupos formativos que são a estrutura pedagógica central do VER-SUS. Cada NB é composto de forma intencionalmente diversa, reunindo participantes de diferentes cursos, regiões, gêneros, raças e trajetórias, para que o aprendizado aconteça no encontro, no diálogo e na troca de experiências. Essa construção coletiva reflete o próprio espírito do SUS: plural, democrático e feito por muitas vozes.

Tivemos ao todo sete Núcleos Base, cada um com um nome escolhido pelos próprios integrantes, nomes que simbolizavam resistência, ancestralidade e esperança: Em Roda (do qual fiz parte), Sankofa, Galeria de Mulheres Atemporais, Suspirando, Mãe Dôra, Esperançar o SUS, Tengo Lengo Tengo e DIA (diversidade, inclusão e acessibilidade).

Cada grupo, com suas particularidades e afetos, foi se tornando um espaço vivo de construção e reflexão sobre o que é ser e estar no SUS. Não

eram apenas grupos de estudantes; eram coletivos pulsantes, compostos por pessoas inteiras, carregadas de histórias, saberes e vivências que se entrelaçavam e se completavam.

Após essa formação inicial, recebemos a tarefa de nomear nosso grupo, e aproveitamos esse momento para nos conhecer melhor, compartilhar o que nos havia trazido até ali e, sobretudo, começar a tecer vínculos. Foi nesse encontro entre as diferenças que o aprendizado começou, porque o SUS, assim como os NBs, também se constrói na convivência, no respeito e na escuta sensível. À medida que ouvia cada depoimento, compreendi a resposta para a pergunta que tanto me inquietava: o que nos unia ali era o amor pelo SUS.

Todos acreditavam no SUS, mas não naquele SUS caricaturado, tantas vezes reduzido e mal interpretado em discursos midiáticos e redes sociais, onde se mostram apenas filas, superlotações e escassez. Essa representação distorcida faz parecer que o sistema é sinônimo de fracasso, apagando o que há de mais potente nele: o esforço cotidiano de milhares de profissionais que garantem o direito à saúde mesmo diante de condições adversas.

Acredito no SUS real, aquele que pulsa nos serviços de base, nas equipes que sobem o morro, nos territórios esquecidos. O SUS que sobrevive à falta de recursos, que se reinventa na solidariedade e que só pode ser verdadeiramente compreendido quando se está dentro dele, dentro das Unidades Básicas, dos hospitais públicos, das salas de espera onde se compartilham histórias e esperanças.

É nas beiras do sistema, nas periferias urbanas, nas comunidades ribeirinhas e nas zonas rurais, que o SUS revela sua força e sua beleza, porque é ali que ele cumpre o que promete: ser público, gratuito e para todos.

Não, ninguém ali estava romantizando ou vivendo uma utopia. Todos nós conhecíamos bem as falhas, dores e desafios da saúde pública. Ainda assim, optamos por continuar. Porque para manter de pé um sistema de tamanha grandeza, são necessárias muitas mãos, mãos dispostas a construir, lutar e resistir. Aquela coletividade de 78 pessoas havia escolhido fazer parte dessa

luta, reconhecendo que ela não começou ali. Cada vivente era a continuidade de um caminho já trilhado, herdeiro de uma história construída por muitas vozes que sonharam, lutaram e acreditaram na saúde como direito. Não somos uma simples engrenagem, mas uma força viva de continuidade, que mantém em movimento o projeto civilizatório e democrático que o Sistema Único de Saúde representa.

Esse movimento histórico que sustenta o SUS é fruto da Reforma Sanitária Brasileira, um marco na luta social por equidade e justiça, protagonizado por profissionais de saúde, gestores, usuários e movimentos populares. Como afirma Jairnilson Silva Paim (2009), o SUS nasce do ideal de transformar o cuidado em um ato coletivo, orientado por princípios éticos e políticos que garantam a universalidade, a integralidade e a participação social. Assim, estar no SUS é também se reconhecer parte de uma trajetória de resistência, de enfrentamento às desigualdades e de compromisso com a dignidade humana, um compromisso que segue pulsando em cada território, em cada agente comunitário e em cada estudante que decide permanecer nessa caminhada.

Alguns ali talvez ainda não soubessem exatamente como caminhar nesse propósito, mas, como disse Paulo Freire: “É caminhando que se faz o caminho e, ao fazer o caminho, o caminho se faz.” E o que tínhamos em comum? Coragem (Freire, 1987). E às vezes, coragem é o bastante para começar tudo. Como diria Guimarães Rosa: “O que a vida quer da gente é coragem” (Rosa, 2001).

Uma luta contínua

Ao me inscrever na vivência, eu tinha uma visão sobre o que era o SUS, uma visão essencialmente teórica, construída a partir do que eu ouvia nas aulas e lia nos livros. Achava que compreendia o sistema, mas hoje percebo que

meu entendimento era limitado, preso às palavras e aos conceitos. O que vivi no VER-SUS me mostrou que o SUS não se explica apenas com teorias; ele se sente, se experimenta, se constrói com gente e para gente. A vivência ampliou meu olhar sobre o conceito de saúde, que deixou de ser apenas ausência de doença e passou a significar vida em todas as suas dimensões, social, afetiva, comunitária e política.

Talvez alguém que nunca tenha participado de uma experiência como o VER-SUS imagine que o verdadeiro sentido da saúde pública só se revela dentro de um posto, de um hospital, de um consultório. Mas posso afirmar: dentro daquele hotel, antes mesmo da primeira visita de campo, eu já começava a compreender o SUS como território de encontros e afetos, de trocas e aprendizados.

No dia 26 de maio, tivemos a mesa de abertura, seguida do debate sobre as políticas de saúde, conduzido pelo mestre em Saúde Coletiva, Itamar Lages. Com sua trajetória de militância e defesa incondicional do sistema público, ele falava com uma firmeza que não intimidava, mas despertava, provocava em nós um senso de pertencimento e responsabilidade. Suas palavras tinham o peso de quem vive o SUS no cotidiano e o defende com paixão. Ele não falava apenas de políticas e leis, mas de um projeto de país, de um movimento vivo que exige coragem, entrega e compromisso ético de todos que dele fazem parte.

Ele nos recordou a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), um marco histórico na trajetória da saúde brasileira, responsável por impulsionar as bases políticas, sociais e ideológicas que dariam origem ao SUS. Como destaca Jairnilson Paim (2009), essa conferência, realizada em 1986, foi o ápice do movimento da Reforma Sanitária brasileira, que defendia a saúde como direito universal e dever do Estado, uma ruptura com o modelo excludente e fragmentado vigente até então.

Foi nesse espaço de mobilização e enfrentamento que profissionais, gestores, usuários e militantes se uniram em torno de um mesmo propósito: repensar o conceito de saúde e lutar por um sistema público, integral e

participativo. O enfrentamento se dava contra as estruturas de poder e desigualdade que, historicamente, restringiam o acesso aos serviços de saúde, privilegiando quem podia pagar e marginalizando quem mais precisava (Paim, 2008; Nunes, 2009).

Dali nasceu o que hoje conhecemos como SUS, consolidado posteriormente pela Constituição Federal de 1988, um fruto direto das discussões, propostas e pressões populares que emergiram na 8ª CNS. Antes disso, o acesso à saúde no Brasil era seletivo e excludente: apenas trabalhadores formais, vinculados à Previdência Social, tinham direito ao atendimento médico, deixando grande parte da população à margem (Donnangelo, 1983; Paim, 2009).

Ao relembrar esse momento, Itamar não falava de dados frios ou de relatórios técnicos; ele falava de pessoas reais, homens e mulheres comuns, trabalhadores, usuários, militantes, que ousaram lutar mesmo sem garantias de vitória. Lutaram para que existisse um sistema capaz de oferecer dignidade, cuidado e cidadania, um direito que, antes, era privilégio de poucos e que, graças à luta coletiva, passou a ser reconhecido como de todos.

As palavras dele ecoaram em mim como um chamado: como eu poderia honrar aqueles que ergueram a bandeira antes de mim? Seria apenas me tornar uma boa profissional? Dedicando-me aos meus estudos? Atendendo pelo SUS? Logo percebi que nada disso, isoladamente, bastava. A verdadeira forma de honrar essa herança era lutar. Sim, lutar. Lutar por um SUS que não fosse apenas um ideal escrito na lei, mas uma realidade concreta na vida das pessoas. Lutar por equidade, por integralidade, por universalidade. E mesmo que esses princípios estejam assegurados na Constituição Federal de 1988, ainda não é hora de baixarmos a guarda. A luta precisa ser diária, porque garantir saúde para todos, sem distinção, é um ato político.

A fala de Itamar me fez entender que o SUS não é um sistema acabado, pronto e garantido; ele é um processo vivo, em constante construção, que precisa de gente disposta a se desgastar por ele, a levantar todos os dias e

continuar exigindo, cobrando, pressionando e enfrentando. Ele encerrou sua fala com um pedido que ficou marcado em mim: que honremos a luta daqueles que vieram antes de nós. Não se tratava de uma homenagem simbólica, mas de uma convocação prática. Honrar significa continuar, significa não deixar que a chama se apague.

Foi nesse mesmo espírito que, no terceiro dia de vivência, realizamos nossa primeira visita ao território, indo ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) Espaço Travessia René Ribeiro, em Recife. Foi ali que uma fala me atravessou profundamente. Dessa vez, veio da psicóloga e coordenadora do serviço, uma mulher de voz firme e olhar acolhedor, que nos disse:

“O nosso maior problema na unidade não é a falta de recurso, não é a falta de estrutura, não é a comunidade. O nosso maior problema são os profissionais que trabalham conosco, mas não têm amor pelo SUS.”

Essa fala me desarmou. Revelou uma ferida aberta no coração do sistema: a desumanização dentro dos próprios espaços de cuidado. E me fez refletir sobre o que realmente sustenta o SUS. Não são apenas as políticas, as portarias ou os recursos financeiros, é o trabalho humano, movido por vínculos, afetos e compromisso ético.

Como destaca Lilia Blima Schraiber (1993), o processo de trabalho em saúde é, antes de tudo, uma prática social, carregada de sentidos, relações e afetos. Quando esse trabalho se esvazia de significado, o cuidado se torna mecânico e o vínculo com o usuário se rompe. Da mesma forma, Gastão Wagner de Sousa Campos (2007) lembra que a humanização não se reduz a boas intenções, mas é uma postura ética que exige envolvimento, escuta e corresponsabilidade. Amar o SUS, portanto, não é um sentimento idealista, é um ato ético e político que se materializa no cotidiano do trabalho, na disposição de estar presente e no compromisso de servir com dignidade.

Logo, as palavras da coordenadora do CAPS AD caíram sobre mim como um choque de realidade. Porque, por mais que se fale de leis, políticas,

financiamento, conferências e pactuações, nada disso se sustenta se quem está na ponta não tem paixão, não tem disposição, não tem entrega. O SUS não é sustentado apenas por estruturas, ele é sustentado por pessoas que o amam, que acreditam nele e que, mesmo cansadas, continuam. E foi ali, naquele serviço, entre olhares cansados e mãos comprometidas, que compreendi que o amor pelo SUS não é um discurso, é ação, resistência e esperança em movimento.

Enfrentar o SUS exige muito mais do que técnica. Exige paixão. É preciso estar disposto a ouvir, a caminhar, a se envolver, a se indignar e a se alegrar junto com o povo.

Quem não tem amor pelo SUS, inevitavelmente o abandona, o enfraquece ou, pior, trabalha contra ele de dentro, quando realiza seu trabalho sem compromisso, sem ética, sem humanidade. São profissionais que esquecem que o cuidado não se limita a um procedimento, mas é uma relação de presença, empatia e responsabilidade social. Essa realidade, tantas vezes invisibilizada, mostra a urgência de repensar o processo de formação e Educação Permanente em saúde, espaços que, como lembra Ceccim e Feuerwerker (2004), são fundamentais para produzir sujeitos críticos, sensíveis e comprometidos com o sentido público do trabalho em saúde.

Foi doloroso ouvir aquilo, mas também foi um alerta para mim: não basta me formar fisioterapeuta e ocupar um espaço dentro do sistema. É preciso escolher, todos os dias, amar esse projeto coletivo, amar o povo, amar a luta.

E amar aqui não é um sentimento romântico, mas uma decisão diária de disposição, de se colocar à serviço, mesmo diante do cansaço e da falta de reconhecimento. A vivência me fez entender que essa disposição nasce do encontro, do coletivo, do trabalho compartilhado, como defendem Merhy (2002) e Campos (2007), o trabalho em saúde só faz sentido quando se constrói com o outro, e não sobre o outro.

Porque não é fácil enfrentar os desafios de um sistema que vive sob ataque, que sofre cortes e é constantemente pressionado por interesses que buscam enfraquecê-lo. A Emenda Constitucional n. 95/2016, por exemplo,

congelou por vinte anos os investimentos em saúde e educação, impondo um teto de gastos que limita a expansão dos serviços e compromete a qualidade da atenção oferecida à população. Já a Emenda Constitucional n. 109/2021 (PEC Emergencial) aprofundou esse cenário, ao flexibilizar ainda mais os gastos sociais e ampliar a lógica de contenção fiscal.

Transformar o direito à saúde em mercadoria é negar a essência do SUS, um projeto construído na luta popular, sustentado pela solidariedade e pela defesa da vida. Diante disso, amar o SUS é também resistir à mercantilização, reafirmando, em cada prática e em cada território, que saúde não é favor nem produto: é direito, conquista e expressão de justiça social.

Amar o SUS é, de certa forma, amar também o cansaço e a frustração que o acompanham, e ainda assim levantar-se no outro dia para continuar. É reconhecer que, por trás de cada fila, de cada dificuldade, de cada ausência de recurso, existe uma vida que espera dignidade.

Foi assim que compreendi que o SUS é, acima de tudo, uma luta contínua. Uma luta que não se vence de uma vez por todas, mas que se mantém através do controle social, da participação popular e do compromisso ético de cada trabalhador e cidadão. Como lembra Jairnilson Paim (2009), a defesa do SUS depende da ação conjunta entre Estado e sociedade civil, que precisa estar atenta, crítica e organizada para garantir que o direito à saúde não se perca nas disputas políticas e econômicas.

É uma luta que começou antes de mim e que continuará depois de mim, mas que exige, agora, o meu posicionamento. É erguer a bandeira e não a abaixar, ainda que o vento esteja contrário. É me somar a uma multidão de vozes que, dia após dia, não aceitam o silêncio imposto pelos interesses de quem lucra com a desigualdade, sejam eles empresas privadas, grupos políticos ou gestões que veem a saúde como mercadoria e não como direito.

E hoje, mais do que nunca, depois de viver o VER-SUS, percebo que o sistema precisa de militantes apaixonados, de profissionais que não apenas trabalhem nele, mas vivam por ele, que façam do cuidado uma prática política e transformadora.

Viver pelo SUS é entender que a luta não termina no diploma, mas se renova no cotidiano, nas salas de aula, nas unidades de saúde, nas conferências e nos conselhos. É participar do controle social, fortalecer os espaços de escuta e deliberação, questionar, propor e defender os princípios que o sustentam.

E é nessa disposição e nessa paixão que eu quero me formar, não apenas como fisioterapeuta, mas como cidadã que reconhece que a saúde é um direito conquistado e que só permanecerá vivo se houver quem continue a lutar, seja com as mãos, com a voz, com o estudo ou com o simples gesto de não desistir.

Conhecendo o SUS

Durante a vivência, participei de diversos debates, rodas de conversa e visitas a serviços de saúde e espaços comunitários, realizados tanto no hotel onde estávamos hospedados quanto nos territórios do SUS em Recife. Cada um desses momentos me atravessou de forma singular e potente, porque em cada fala, olhar e encontro havia algo que me desafiava a repensar a forma como eu entendia a saúde pública, não como um conceito, mas como vida em movimento. Essas experiências ampliaram minha visão de mundo e fortaleceram ainda mais minha paixão pela saúde coletiva. Mesmo que eu escrevesse laudas e mais laudas, ou que falasse por horas seguidas, ainda assim não seria possível relatar tudo o que vivi, porque cada experiência me marcou de maneira única e profunda.

No terceiro dia de vivência, participamos de uma discussão mediada por Mauriceia Maria de Santana, enfermeira e educadora popular em saúde, com mais de trinta anos de atuação no Sistema Único de Saúde. Doutora e mestre em Saúde Pública pela Fiocruz, Mauriceia construiu uma trajetória marcada pelo compromisso com a Atenção Primária à Saúde, pela formação de profissionais e pela defesa da Educação Permanente como ferramenta de transformação social. Ao longo de sua caminhada, tem se dedicado a articular

saberes entre universidade, serviço e comunidade, sustentando o ideal de um SUS vivo, participativo e popular.

Ela iniciou sua fala com um recorte de vida pessoal que imediatamente capturou minha atenção: “Nasci na linha do tiro e me criei na linha do fogo.” Foi nesse momento que compreendi que ouviríamos uma história de luta, resistência e superação. Mauriceia compartilhou sua infância difícil e mostrou, com força e orgulho, como cada conquista exigiu esforço redobrado: “Para chegar aqui, tive que superar dez que tiveram vida fácil.”

Não havia arrogância em sua fala, mas firmeza e verdade. Ali estava uma mulher que construiu seu caminho com coragem e, a cada palavra, transbordava amor pelo serviço público de saúde. Para ela, o SUS é um tesouro, um espaço de felicidade e propósito. Estar no SUS não é acaso, é escolha, é destino, é a certeza de estar no lugar certo. Com convicção, ela afirmou: “Sim, o SUS dá certo e é bom!”

Suas palavras ecoaram em mim. Mauriceia nos lembrou que a matéria-prima do SUS somos nós mesmos. São as pessoas que fazem o SUS acontecer, com suas histórias, seus afetos, seus saberes e sua força. E deixou um alerta poderoso: o conhecimento que adquirimos nunca deve nos desumanizar. Por maior que seja a bagagem técnica, não podemos perder a nossa humanidade.

Na sequência, conduziu um diálogo sobre a importância de viver para algo significativo, de se engajar no SUS com desejo, afeto e amorosidade. Essa amorosidade, como ela destacou, está ligada a uma ancestralidade que sustenta o cuidado em saúde. Ela nos provocou com perguntas fundamentais: quais são as singularidades do território? O que essas singularidades dizem sobre as pessoas e sobre nossa atuação? Como construir políticas de cuidado que ultrapassem os muros institucionais e cheguem à vida real das comunidades?

Sua fala trouxe uma verdade simples e profunda: o território fala, grita, clama. É preciso ouvir a voz das pessoas, caminhar com elas, construir junto, e não impor de cima para baixo. Se não houver esse diálogo, caímos no risco de reproduzir apenas o modelo biomédico, limitado e distante da realidade social.

Mauriceia reforçou que pensar um modelo de saúde que dialogue com o território é, sobretudo, chamar o outro para o processo, reconhecê-lo como sujeito ativo, capaz de se transformar e transformar o espaço que habita. Afinal, quando chegamos a um território, já sabemos o que o povo quer? Como cuidar sem antes escutar?

Para ela, o conhecimento é um ato revolucionário, e toda revolução começa com uma pergunta. A saúde coletiva, nesse sentido, é um espaço de transformação: cuidar vai muito além da prescrição de remédios. Cuidar é escutar, é acolher, é reconhecer, é caminhar junto. É entender que o saber liberta, amplia horizontes e aproxima pessoas.

Ela defendeu ainda a importância de renegociar práticas, unindo o saber acadêmico ao saber popular. Porque a transformação real só acontece quando o conhecimento nasce do encontro, quando reconhecemos o que precisa ser mudado e temos coragem de agir. O “onde” se transforma em “quem”: quem vive ali, quem compõe aquele espaço, quem precisa ser ouvido.

Mauriceia concluiu sua fala de forma marcante, nos lembrando que tudo o que fazemos é em nome do que já foi, do que está e do que ainda virá. É um compromisso ético, político, sensível e territorializado.

Nos dias seguintes, seguimos até os territórios, dessa vez, para conhecer as unidades de saúde de atenção secundária, espaços que recebem usuários encaminhados da Atenção Básica e onde o cuidado ganha novas camadas de complexidade. Caminhar por esses serviços foi, para mim, um exercício de escuta e de presença. Ali, entre corredores, salas de espera e olhares atentos de trabalhadores e pacientes, pude compreender que o SUS, ao contrário do que muitos dizem, não assusta, ele encanta. Encanta mesmo com suas falhas e desafios, porque revela o quanto pode ser potente quando vivido em sua essência, sustentado por vínculos, compromisso e esperança.

Uma das visitas que mais me marcou foi ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, que trabalha sob a perspectiva da política de redução de danos. Em uma conversa com a psicóloga e gestora da unidade,

ouvi uma fala que me atravessou: “Aqui não atendemos o drogado ou o alcoólatra. Aqui atendemos pessoas. A droga ou o álcool é apenas um aspecto da vida delas, mas elas são muito mais que isso”.

Que fala linda, repleta de humanidade. Naquele momento, desejei que todos os profissionais de saúde tivessem essa mesma visão. Afinal, isso é a verdadeira integralidade: cuidar do usuário além da patologia, enxergá-lo como pessoa, reconhecer suas necessidades para além do que cabe em uma consulta rápida que demorou meses para ser agendada. O cuidado precisa ser integral, interdisciplinar, humano, equânime, inclusivo, digno, respeitoso e libertador.

Também tivemos a oportunidade de conhecer movimentos sociais e coletivos populares, como a Rede de Mulheres de Passarinho, o projeto Mulher Maravilha, a Comissão Pastoral da Terra, o grupo Libertando Subjetividades/ Escola Livre de Redução de Danos, a Nova Associação de Travestis e Pessoas Trans de Pernambuco e o Terreiro de Pai Luizinho. Cada um, à sua maneira, mostrava que o SUS é muito mais do que um sistema de saúde: é um projeto civilizatório sustentado por gente comum que acredita no cuidado como ato político e de resistência.

Uma das experiências mais marcantes foi justamente a visita ao Terreiro de Pai Luizinho, que ampliou meu olhar sobre o que é um território de saúde. Até então, eu via os terreiros apenas como espaços religiosos e de cura espiritual, nunca imaginei que poderiam ser também lugares de promoção da saúde e de Educação Permanente.

Há mais de 12 anos, Pai Luizinho, babalorixá e líder comunitário, caminha junto à Unidade Básica de Saúde da comunidade, fortalecendo o cuidado em saúde e construindo pontes entre a ciência e a espiritualidade. Um dos agentes comunitários do território percebeu que, para cuidar de forma integral, era necessário dialogar com as lideranças espirituais, que exercem papel central nas decisões e na confiança da comunidade. A partir dessa aproximação, o terreiro deixou de ser apenas espaço religioso e passou a ser também ponto de vacinação, local de ações educativas e espaço de escuta e

acolhimento. Desde então, a adesão da comunidade às práticas de saúde só cresceu, revelando a potência de um cuidado construído com o território, e não sobre ele.

Essa vivência me fez compreender, como afirma Milton Santos (1996), que o território é mais do que um recorte geográfico: é um espaço vivido, tecido pelas relações sociais, culturais e simbólicas. E, como lembra Cecília Donnangelo (1983), é nesse cotidiano das relações e dos modos de vida que se produz saúde, nas práticas, nos encontros e na partilha.

Compreendi de forma concreta que o SUS é feito de gente. Não é um programa, não é um conceito abstrato, é vida, é história, é resistência. São pessoas com sonhos, necessidades e desejos que precisam ser ouvidas e respeitadas. É no território, com suas singularidades, desafios e potências, que o SUS se revela em sua forma mais genuína: como projeto coletivo de cuidado e de transformação social.

Percebi que não há como aprender o SUS apenas dentro da universidade. É preciso romper os muros acadêmicos e ir ao encontro da realidade, estar no território, sentir na pele quem é o SUS em sua concretude. Um dos maiores aprendizados que levo é a certeza de que a principal qualidade de quem atua no sistema é a escuta sensível, o que Merhy (1997) chama de *tecnologia leve*, isto é, o encontro vivo entre sujeitos, mediado pela escuta, pela relação e pelo afeto. É nesse campo das relações que o cuidado se constrói e ganha sentido.

Ao mesmo tempo, percebi também um grande desafio: muitos trabalhadores ainda permanecem distantes da comunidade, o que cria uma barreira silenciosa, mas profunda, entre quem cuida e quem é cuidado. Essa distância, como afirmam Ceccim e Feuerwerker (2004), reflete uma formação em saúde ainda centrada em modelos biomédicos e tecnicistas, que precisam ser urgentemente ressignificados pela Educação Permanente, aquela que se dá no cotidiano do trabalho, na troca e na reflexão coletiva.

Essa realidade foi traduzida de maneira contundente pelas palavras de um usuário da unidade: “Meu médico é o agente de saúde que sobe o morro

no sol e na chuva pra saber como estou, não aquele que fica lá embaixo no ar-condicionado só preenchendo prontuário e escrevendo receita.” Essa frase carrega a força da vivência de quem sente na pele o que é ser atendido por um sistema que, por vezes, se torna burocrático e desumanizado.

O contraste entre o profissional que se mantém distante, restrito ao papel e à caneta, e o agente comunitário que enfrenta ladeiras íngremes, calor escaldante e chuvas inesperadas para estar presente, revela o que de fato significa o cuidado. É nesse gesto simples, porém profundamente transformador, de subir o morro que os profissionais de saúde encontram seu verdadeiro sentido: estar próximos, olhar nos olhos, partilhar a vida.

A fala não é apenas uma crítica, mas também um chamado: o SUS não sobrevive apenas de técnicas, protocolos ou saberes acadêmicos, mas, sobretudo, de presença, de disposição e de paixão. Esses elementos, mais do que virtudes pessoais, são expressões de uma ética do cuidado, uma ética que reconhece o outro como sujeito e entende que o compromisso com a pessoa usuária dos serviços de saúde é, antes de tudo, um compromisso ético e humano. Estar presente é um ato ético; dispor-se a ouvir e a acolher é um gesto ético; apaixonar-se pela missão de cuidar é uma escolha ética.

Como nos lembra Ayres (2004), o cuidado em saúde não se reduz a procedimentos técnicos, mas é uma prática relacional, atravessada por valores, afetos e responsabilidades compartilhadas. Cuidar é uma forma de se implicar com a vida do outro, e é nessa implicação que o trabalho em saúde ganha sentido.

Esses valores dialogam diretamente com os princípios do Sistema Único de Saúde: a universalidade, que garante o direito de todos ao cuidado; a integralidade, que compreende o ser humano em sua totalidade e não apenas em sua doença; e a equidade, que busca oferecer mais a quem mais precisa. Amar o SUS é, portanto, viver esses princípios na prática cotidiana, é fazer da ética não uma palavra bonita, mas uma ação concreta, que se manifesta no modo como se olha, se escuta e se age diante do outro.

É preciso atravessar os limites do consultório, romper com a indiferença e se permitir ser tocado pela realidade concreta das pessoas. Só assim é possível construir uma saúde que não seja apenas um serviço prestado, mas uma relação de compromisso mútuo, tecida pela empatia, pela responsabilidade e pela ética que sustenta o verdadeiro sentido do cuidado (Pessini; Barchifontaine, 2012).

Essas experiências ampliaram minha visão crítica sobre o SUS e reforçaram a necessidade de lutar por um sistema cada vez mais vivo, humano, próximo e comprometido com as realidades locais.

Sete dias foram suficientes?

Sete dias nunca serão suficientes para, de fato, conhecer o SUS em toda a sua dimensão, mas foram suficientes para me fazer despertar para a saúde coletiva. O que vivi nesse curto tempo foi mais do que uma experiência acadêmica: foi um mergulho em realidades que não cabem nos livros, nem nos slides das aulas, mas que estão estampadas nos rostos, nas falas e nas lutas cotidianas de usuários e trabalhadores. O SUS é vasto, complexo, cheio de contradições e de desafios que não podem ser esgotados em uma semana, mas bastaram sete dias para eu perceber que, por trás de cada número, protocolo ou estrutura, há pessoas que resistem e persistem.

Aprendi que o SUS não se explica apenas em relatórios ou legislações; ele se revela no olhar cansado de quem enfrenta filas, na indignação de quem denuncia a falta de compromisso, na esperança de quem vê no agente comunitário o verdadeiro vínculo com a saúde. Ele se mostra na coragem dos profissionais que, mesmo diante da escassez, insistem em cuidar, e também na voz daqueles que lembram que, para enfrentar o SUS, não basta o diploma: é preciso ter disposição e paixão.

Esses sete dias despertaram em mim não só a compreensão do quanto ainda falta para alcançar a integralidade e a equidade sonhadas, mas também a

convicção de que o SUS pulsa na coletividade, na luta compartilhada, na crença de que saúde é direito e não privilégio. Mais do que vivenciar o SUS, eu fui transformada por ele. O SUS ficou em mim, como memória, como aprendizado e, sobretudo, como chamado. Um chamado a ser não apenas expectadora ou beneficiária, mas participante ativa dessa construção inacabada que insiste em resistir, apesar de todas as tentativas de silenciamento.

Talvez sete dias não sejam suficientes para mudar o SUS, mas foram o bastante para mudar a forma como eu o enxergo, e, de alguma forma, a forma como enxergo a mim mesma dentro dele. Porque o SUS é feito de muitas vozes, e agora a minha também ecoa entre elas, carregando a certeza de que mais do que sete dias, o que precisamos é de toda uma vida de compromisso, paixão e luta para que esse sistema não apenas exista, mas floresça.

Referências

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ/IMS; ABRASCO, 2009. 284 p. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/miolo-livro-ricardo.pdf>. Acesso em: 3 maio 2026.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dez. de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 dez. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 3 maio 2026.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 109, de 15 de mar. de 2021. Altera dispositivos da Constituição Federal e do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir medidas de ajuste fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 mar. 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc109.htm. Acesso em: 3 maio 2026.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 3 maio 2026.

CAMPOS, G. W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio

de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/>. Acesso em: 3 maio 2026.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1983.

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. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

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

NUNES, E. D. **Saúde coletiva**: história e fundamentos. São Paulo: Hucitec, 2009.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/jmpzg>. Acesso em: 3 maio 2026.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 356 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/4ndgv>. Acesso em: 3 maio 2026.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de. **Problemas atuais de bioética**. 9. ed. São Paulo: Loyola, 2012.

ROSA, J. G. **Grande sertão**: veredas. 19. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SCHRAIBER, L. B. **O homem e a serpente**: outras histórias para a saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B. O trabalhador de saúde: muito além do herói. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. de (org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2008.

ENTRE O CUIDADO E O APRENDIZADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM NO VER-SUS

Giovanna Maria Rebouças dos Reis

Introdução

No Brasil a saúde é um direito de todos e dever do Estado, conforme estabelece a Constituição Federal de 1988. Para garantir esse direito, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sustentado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. O SUS representa uma conquista histórica dos movimentos sociais e sanitários, e se configura como um projeto civilizatório voltado à promoção da saúde e à redução das desigualdades sociais (Brasil, 2001; Bahia, 2009).

Apesar de sua força normativa, o SUS enfrenta desafios estruturais e políticos que comprometem sua efetividade, como o subfinanciamento, a fragmentação da atenção e as tensões entre modelos privatizantes e projetos de universalização (Wagner, 2009). Ainda assim, permanece como espaço de resistência e cuidado, sustentado por profissionais, gestores e usuários que acreditam em sua potência transformadora.

Nesse cenário, o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) surge como uma iniciativa estudantil e institucional voltada à formação crítica e humanizada de futuros profissionais da saúde. Criado em

2002, o projeto tem como propósito promover a aproximação dos estudantes com a realidade concreta do SUS, por meio de vivências territoriais, rodas de conversa, visitas a serviços e construção coletiva de saberes (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Com abrangência nacional e caráter interdisciplinar, o VER-SUS articula ensino, gestão, atenção e controle social, contribuindo para a formação integral e cidadã dos participantes (Canônico; Bretas, 2014; Figueiredo *et al.*, 2022).

A convivência com estudantes de diversas áreas da saúde, bem como com profissionais atuantes nos serviços, ampliou a compreensão sobre o trabalho em equipe, a escuta qualificada e a corresponsabilidade na construção de práticas mais integradas e resolutivas. Esses momentos de troca foram fundamentais para desconstruir visões fragmentadas e fortalecer o entendimento de que o cuidado em saúde é um processo coletivo, que exige abertura, empatia e compromisso com o outro, aspectos que dialogam com a proposta de formação ampliada e crítica (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Além disso, a vivência nos territórios evidenciou a importância da Atenção Básica como porta de entrada do SUS e como espaço privilegiado de vínculo e acolhimento. Observou-se como os agentes comunitários de saúde, as equipes de saúde da família e os usuários constroem, no cotidiano, estratégias de enfrentamento às vulnerabilidades sociais e de promoção da vida. Essa imersão permitiu reconhecer que o SUS não se limita a estruturas físicas ou protocolos técnicos, mas se materializa nas relações, nas histórias e nas resistências que se entrelaçam nos territórios. Tal perspectiva reforça o entendimento do cuidado como prática sensível e transformadora, conforme discutido por Amaral *et al.* (2018), ao abordar o cuidado como ato político e poético.

Participar do VER-SUS partiu do desejo de compreender o SUS para além da teoria, vivenciando seus desafios, conquistas e contradições. Como acadêmica de enfermagem, percebi que para uma formação mais completa precisava dialogar mais com os territórios, com os saberes populares e com as

práticas cotidianas de cuidado. A experiência no VER-SUS também revelou a potência dos encontros interprofissionais e interinstitucionais, nos quais diferentes olhares sobre o cuidado puderam dialogar e se complementar. A expectativa era de que essa vivência proporcionaria não apenas conhecimento técnico, mas também amadurecimento ético, político e humano. Foi exatamente o que aconteceu: fui atravessada por encontros que deslocaram certezas, mobilizaram afetos e reacenderam propósitos (Ferreira *et al.*, 2014).

Este relato tem como objetivo compartilhar a experiência de uma estudante durante o VER-SUS, destacando os principais aprendizados, os desafios enfrentados e as reflexões construídas ao longo da imersão. Trata-se de uma narrativa pessoal, que busca dar visibilidade aos processos formativos que surgem quando o cuidado é vivido como prática coletiva, sensível e transformadora. Ao longo do texto, serão abordados os eixos que atravessaram a vivência, acolhimento, tensionamento dos modelos de ensino, imersão no SUS e compromisso ético-político, compondo um mosaico de experiências que reafirmam o cuidado como ato político e poético (Amaral *et al.*, 2018).

Metodologia

O presente relato de experiência refere-se à participação de uma acadêmica do curso de Enfermagem do Centro Universitário Adventista de Ensino do Nordeste (UNIAENE), localizado no povoado de Capoeiruçu, município de Cachoeira, Bahia. A vivência ocorreu durante a edição piloto para a formação de facilitadores da Região Nordeste, realizada na cidade de Recife, Pernambuco, entre os dias 25 e 31 de maio de 2025, envolvendo representantes dos estados de Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia e Paraíba.

Ao longo de sete dias intensos, totalizando 84 horas de atividades, estudantes e residentes participaram de uma imersão profunda com o objetivo de ampliar o olhar crítico sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e enriquecer os debates sobre

sua estrutura, funcionamento e desafios. Mais do que uma capacitação técnica, a vivência se propôs a ser um espaço de troca, escuta e construção coletiva.

Todos os participantes, carinhosamente chamados de versusianos, compartilharam o mesmo alojamento, o que favoreceu uma convivência próxima e afetiva. Essa experiência coletiva criou um ambiente propício para o diálogo, onde cada momento, seja nas rodas de conversa ou nos intervalos informais, se transformava em oportunidade de aprendizado. Estar ali, lado a lado com pessoas de diferentes formações, histórias e perspectivas, permitiu enxergar o SUS com mais profundidade e sensibilidade. A cada relato, conectamos o que aprendemos na universidade com a realidade viva dos serviços de saúde, reconhecendo as complexidades e potências do sistema.

As atividades foram organizadas conforme cronograma elaborado pela comissão do evento, incluindo visitas territoriais, debates, palestras e discussões temáticas. Pela manhã, os grupos deslocavam-se para diferentes equipamentos de saúde, tais como: Upinha Córrego do Jenipapo, Grupo Mulher Maravilha, Rede de Mulheres de Passarinho, Comissão Pastoral da Terra, Escola Livre de Redução de Danos, Grupo de Trabalho em Prevenção Positivo (GTP+), Terreiro de Pai Luizinho, Ambulatório LGBTQIAPN+, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Serviço de Informação em Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (SIS/UFPE), Unidades de Saúde da Família (USFs), Consultório na Rua, CISAM, Hospital das Clínicas da UFPE, Hospital da Mulher do Recife (HMR) e diversas Policlínicas.

À tarde, os participantes se reuniam para compartilhar as experiências vividas em cada território, por meio de rodas de conversa que promoviam a socialização dos aprendizados e reflexões coletivas. Esses encontros também abordavam temas específicos, e contávamos com a presença de convidados, professores, profissionais da saúde e trabalhadores com vivência prática nos temas, que enriqueciam ainda mais os debates.

A metodologia adotada privilegiou a conversação, com dinâmicas, bate-papos e rodas de conversa conduzidas pelos próprios participantes, em

alternância com os convidados. Esse formato favoreceu a escuta ativa, o respeito às diferentes vozes e a construção de saberes compartilhados. Foram momentos de aprofundamento teórico e prático, nos quais discutimos aspectos da gestão do sistema, estratégias de atenção, controle social e educação em saúde.

Essa abordagem metodológica, centrada na horizontalidade e na valorização das experiências individuais e coletivas, permitiu que cada participante se tornasse protagonista do próprio processo formativo. Ao invés de apenas receber conteúdos, fomos convidados a construir conhecimento a partir da realidade concreta dos territórios e das vivências compartilhadas. Essa inversão da lógica tradicional de ensino fortaleceu o sentimento de pertencimento e responsabilidade com o SUS, despertando em nós o compromisso ético de atuar como facilitadores que não apenas reproduzem saberes, mas que fomentam espaços de escuta, acolhimento e transformação social.

Resultados

Educação, diversidade e equidade

A experiência vivida no Projeto VER-SUS foi, para mim, mais do que participar do programa nacional de vivências no SUS. Foi um mergulho profundo em territórios, afetos e saberes que transformaram não apenas minha visão sobre o SUS, mas também sobre mim mesma enquanto futura profissional da enfermagem. Ao longo dos dias, entre escutas, encontros e deslocamentos, fui atravessada por aprendizados que não cabem em apostilas ou grades curriculares. Eles se inscrevem no corpo, na memória e no desejo de fazer diferente.

Logo nos primeiros momentos, percebi que o acolhimento no VER-SUS não era apenas uma recepção organizada. Era um gesto político e pedagógico.

A formação dos núcleos de base, com dinâmicas simbólicas como a escolha de imagens e a produção de cartazes, criou um espaço de pertencimento que me fez sentir parte de algo maior. Ali, entre pessoas que eu nunca tinha visto antes, nasceu uma rede de afeto e escuta que rompeu com a lógica fragmentada da formação acadêmica tradicional. Aprendi que acolher é mais do que receber: é reconhecer o outro como legítimo, é criar espaço para que cada um se sinta visto, ouvido e respeitado.

Essa escuta sensível foi um dos maiores aprendizados da vivência. Em cada roda de conversa, em cada visita aos serviços de saúde, fui convidada a silenciar minhas certezas e abrir espaço para o encontro com o outro. Escutar, nesse contexto, não era apenas captar sons, era estar presente, era se implicar, era cuidar com o olhar, com o gesto, com a escuta ativa, e isso me fez repensar profundamente o que significa cuidar. Esse movimento se conecta ao que Freire (1996) aponta como pedagogia da autonomia, em que o diálogo e a escuta são centrais para a formação crítica. Estudos sobre Educação Popular em Saúde reforçam esse caráter transformador (Amaral *et al.*, 2018; Ceccim; Feuerwerker, 2004). Aprendi que reconhecer e valorizar as diferenças é essencial para promover práticas de saúde que respeitem a singularidade de cada pessoa. E que a equidade, nesse sentido, começa quando nos dispomos a aprender com o outro, sem hierarquias, sem verdades absolutas.

O VER-SUS também pressiona, com força, os modelos tradicionais de ensino que vinha vivenciando. A formação em saúde, muitas vezes centrada em conteúdos técnicos e distanciada das realidades concretas, mostrou-se insuficiente diante da complexidade dos territórios visitados. A pedagogia vivenciada no projeto, construída em metodologias ativas, dinâmicas coletivas e diálogo horizontal, me fez perceber que aprender é também se deixar afetar. Que o conhecimento não está apenas nos livros, mas nas histórias de vida, nos saberes populares, nas práticas cotidianas de resistência.

SUS, militância e esperança

A imersão nos territórios e serviços de saúde trouxe à tona as contradições do SUS, mas também sua força como espaço de resistência e cuidado, ao visitar os equipamentos de saúde, o SUS deixou de ser uma estrutura abstrata para se tornar algo vivo, pulsante, cheio de contradições e potências. Vi de perto os desafios enfrentados por profissionais e usuários, as limitações estruturais, a escassez de recursos. Mas também vi gestos de cuidado que resistem, que insistem, que fazem do SUS um espaço de luta e esperança. Entendi que o sistema é sustentado por pessoas que acreditam nele, que o defendem com coragem e afeto, mesmo diante das adversidades.

Essa dimensão militante do SUS já foi identificada em estudos que o descrevem como espaço de resistência frente às desigualdades estruturais (Bahia, 2009; Wagner, 2009). Além disso, pesquisas sobre o VER-SUS destacam como essas vivências despertam nos estudantes um compromisso político em defesa do sistema (Figueiredo *et al.*, 2022).

A cada visita, a cada conversa com profissionais e usuários, fui percebendo que o SUS é sustentado por uma rede invisível de afetos, resistências e compromissos. Mesmo diante das dificuldades estruturais, o que se viu foram pessoas que não desistiram de cuidar, que reinventam diariamente suas práticas para garantir dignidade àqueles que mais precisam. Essa militância silenciosa, muitas vezes invisibilizada, é o que mantém vivo o projeto do SUS como política pública de inclusão e justiça. E foi nesse cotidiano de luta que encontrei esperança, não uma esperança ingênua, mas uma esperança ativa, que se constrói no enfrentamento das desigualdades.

Uma das atividades que mais me marcou foi a metáfora da ciranda, utilizada para refletir sobre equidade. Ficou claro que nem todos partem do mesmo lugar, e que tratar todos de forma igual pode ser injusto. Essa imagem me atravessou profundamente. Compreendi que a equidade é um princípio ético e político que precisa orientar cada gesto de cuidado. Que reconhecer as

diferenças e desigualdades é essencial para construir práticas verdadeiramente inclusivas e transformadoras.

O VER-SUS me ensinou que defender o SUS é também assumir uma postura política diante do mundo. É reconhecer que o cuidado em saúde não se limita ao atendimento clínico, mas envolve escuta, acolhimento e compromisso com a transformação social. A metáfora da ciranda, tão potente, me fez entender que a equidade exige movimento, exige que saíamos do lugar confortável para reconhecer os obstáculos que impedem o outro de avançar. E que, ao fazer isso, estamos não apenas cuidando, mas também construindo um país mais justo e solidário.

Transformações pessoais e profissionais

A convivência com participantes de diferentes regiões e formações também foi um ponto alto da vivência que provocou mudanças profundas na minha forma de pensar e sentir a formação em saúde. Cada troca, cada conversa, cada olhar compartilhado me ensinou algo novo. Aprendi que a diversidade é potência, que a construção coletiva é caminho, e que o protagonismo estudantil pode, sim, transformar a formação em saúde. Senti que não estou sozinha nesse percurso, há uma rede pulsante de pessoas comprometidas com um SUS mais justo, mais humano, mais democrático.

As falas dos facilitadores e professores foram verdadeiros disparadores de reflexão. Cada história compartilhada, cada provocação lançada, acendeu em mim o compromisso com a militância em saúde. Entendi que defender o SUS é também defender a democracia, e que esse gesto exige envolvimento afetivo, posicionamento ético e mobilização coletiva. O cuidado, afinal, é também resistência.

Como estudante de um Centro Universitário confessional, privado, participar do VER-SUS ao lado de tantos colegas vindos de universidades

públicas foi uma experiência que ampliou profundamente minha compreensão sobre os diferentes contextos de formação em saúde no Brasil. Percebi que, enquanto minha trajetória acadêmica carrega marcas de uma estrutura mais institucionalizada e, por vezes, distante das práticas populares, muitos dos estudantes das universidades públicas traziam consigo vivências mais próximas dos movimentos sociais, da militância e das lutas por direitos.

Esse encontro entre mundos distintos não gerou distanciamento, ao contrário, foi um espaço fértil de trocas, escutas e aprendizados. Entendi que a diversidade institucional é também uma riqueza formativa, e que o SUS, como projeto democrático, precisa justamente dessa pluralidade de olhares, saberes e compromissos. Estar entre estudantes de diferentes origens me fez reconhecer que a construção de uma saúde coletiva mais justa passa por pontes, não por muros, e que essas pontes começam a ser erguidas quando nos permitimos aprender com o outro.

Por fim, o VER-SUS me fez sonhar com os chamados “inéditos viáveis”, possibilidades que ainda não existem, mas que podem ser construídas a partir do desejo coletivo de transformação. Senti que posso ser a ponte entre os territórios e as mudanças que queremos ver. Que minha formação não precisa se limitar aos muros da universidade, mas pode se expandir, se enraizar, se comprometer com a vida real das pessoas. Os resultados da vivência não podem ser medidos apenas por indicadores acadêmicos, eles se expressam em afetos mobilizados, em olhares transformados, em compromissos assumidos. Aprendi que cuidar da saúde coletiva é, antes de tudo, cuidar da democracia e que transformar o SUS é possível, desde que se faça junto, com coragem, afeto e compromisso político.

Conclusão

A participação no projeto se constituiu como uma experiência formativa transformadora, capaz de articular teoria, prática e afetos em um processo pedagógico contra-hegemônico. Ao longo da vivência, foi possível

compreender que a formação em saúde ultrapassa os limites da técnica e do conhecimento biomédico, exigindo abertura ao encontro, sensibilidade às diferenças e compromisso ético-político com a vida.

O acolhimento, a escuta ativa e a construção coletiva se revelaram como dimensões centrais do processo, demonstrando que o cuidado não se limita a procedimentos clínicos, mas é também um gesto político e pedagógico. Nesse sentido, o VER-SUS se configurou como espaço de educação libertadora, em diálogo com Paulo Freire, ao possibilitar que estudantes se reconhecessem como sujeitos históricos, capazes de intervir na realidade e de sonhar com “inéditos viáveis”.

As visitas aos territórios e serviços de saúde, somadas às rodas de conversa e às trocas com diferentes participantes, evidenciaram as contradições e potências do SUS. Se, por um lado, emergiram os desafios relacionados ao subfinanciamento, às desigualdades sociais e às tensões político-institucionais, por outro, destacou-se a força de profissionais, usuários e gestores que mantêm vivo o projeto de um sistema público, universal e democrático. Essa ambivalência reforçou a ideia de que o SUS é mais do que uma política pública: é campo de resistência, cuidado e esperança.

Essa trajetória também revelou que a transformação do SUS não depende apenas de grandes reformas institucionais, mas de pequenas ações cotidianas que, somadas, constroem um novo horizonte de cuidado. Cada escuta genuína, cada gesto de acolhimento, cada espaço de diálogo entre profissionais e usuários representa um passo concreto rumo à efetivação dos princípios que sustentam o sistema. O VER-SUS nos ensinou que a militância em saúde se faz no território, na relação com o outro, na disposição de romper com práticas excludentes e de construir alternativas que respeitem a dignidade humana.

Enquanto acadêmica de enfermagem, a experiência reafirmou a necessidade de repensar os modelos de ensino em saúde, aproximando-os dos territórios e das realidades sociais, valorizando os saberes populares e a diversidade cultural do país. Ser profissional do SUS implica, portanto,

assumir uma postura de escuta, acolhimento e luta cotidiana pela efetivação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Nesse sentido, o projeto mostrou-se como um dispositivo potente de formação integral, que não apenas amplia o olhar crítico sobre o sistema de saúde, mas também mobiliza afetos e convoca à militância em defesa da democracia e da justiça social. Entre o cuidado e o aprendizado, a vivência deixou como legado a certeza de que transformar o SUS é possível, e que essa transformação só se concretiza no coletivo, na resistência e no compromisso ético-político de cada um que acredita na saúde como direito de todos.

Ao retornar para a universidade, levo comigo não apenas os aprendizados técnicos, mas uma nova forma de estar no mundo como futura profissional. A vivência me convocou a assumir um compromisso que transcende o diploma: o de ser agente de mudança, defensora de um SUS que acolhe, escuta e transforma. Mais do que uma atividade acadêmica, o VER-SUS foi um chamado à ação, um convite para que cada estudante se reconheça como parte ativa na construção de uma saúde pública mais justa, inclusiva e democrática.

Referências

AMARAL, M. A. *et al.* Educação popular em saúde: reflexões sobre práticas e formação. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 589-600, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/i/2018.v22n64/>. Acesso em: 4 maio 2026.

AMARAL, V. F. *et al.* Mobilizando estudantes em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): experiências interprofissionais do VER-SUS – Sobral, CE. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1787-1797, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22suppl2/1787-1797/>. Acesso em: 25 ago. 2025.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 741-754, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/i/2009.v14n3/>. Acesso em: 4 maio 2026.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 753-762, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/L7Nsq8y9bgDqtV7PjK7WNbQ/>. Acesso em: 4 maio 2026.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 20 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

CANÔNICO, R. P.; BRÊTAS, A. C. P. Significado do Programa Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde para formação profissional na área de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 256-261, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/CStL5wx9wngj5QpKZ9v74by/>. Acesso em: 4 maio 2026.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/>. Acesso em: 4 maio 2026.

FERREIRA, R. S. *et al.* VER-SUS/PI: relato de experiência de acadêmicos sobre o SUS no Piauí. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 7, n. 4, p. 199-208, 2014. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revinter/article/view/230>. Acesso em: 25 ago. 2025.

FERREIRA, V. S. C. *et al.* Vivências e estágios na realidade do SUS: a potência da formação em saúde a partir da educação interprofissional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-963, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/i/2014.v38n103/>. Acesso em: 4 maio 2026.

FIGUEIREDO, A. M. *et al.* O VER-SUS e sua contribuição para a formação em saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 46, n. 4, e056, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/i/2022.v46n4/>. Acesso em: 4 maio 2026.

FIGUEIREDO, E. R. L. *et al.* Programa VER-SUS: o impacto do paradigma da extensão em saúde na formação do profissional em saúde coletiva na região da Amazônia Oriental. **Revista Debates Insubmissos**, Caruaru, v. 5, n. 16, p. 53-71, jan./abr. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/debatesinsubmissos/article/view/250915>. Acesso em: 25 ago. 2025.

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

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, 2006.

RAMOS, T. K. *et al.* Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde – VER-SUS: relato de experiência. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 10, n. 12, p. 4687-4691, dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11539/13445>. Acesso em: 25 ago. 2025.

SILVA, A. M.; ZANESCO, C. VER-SUS Santa Maria edição verão 2016: um relato de experiência. **Revista Ciência em Extensão**, v. 13, n. 2, p. 130-140, 2017. Disponível em: <https://>

ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1453/1382. Acesso em: 25 ago. 2025.

LIRA NETO, J. C. G. et al. VER-SUS: um relato de experiência sobre uma vivência-estágio na realidade do Sistema Único de Saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 7, n. esp., p. 1042-1046, mar. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11574/13571>. Acesso em: 25 ago. 2025.

WAGNER, G. O SUS entre a integralidade da atenção e a lógica do mercado. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 7-15, 2009. Disponível em: <https://cebes.org.br/o-sus-e-o-parasitismo-do-mercado/1924/>. Acesso em: 4 maio 2026.

WAGNER, G. W. de S. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: uma análise crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 731-740, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/i/2009.v14n3/>. Acesso em: 4 maio 2026.

ENTRELAÇOS DO CUIDADO: ENCONTROS QUE TECEM O SUS

Danniely da Silva Rodrigues
Camila Gabriel Lima Carneiro
Luan Henrique Anselmo da Silva
Breno Gomes Pereira
João Pedro Nascimento Sousa
Joelma Mendonça Paulo

No tear¹ da formação em saúde: marcos, tensões e possibilidades

Enquanto a formação em saúde muitas vezes se ancora em um modelo técnico-científico, centrado na transmissão de conteúdos, na aplicação de protocolos e com a interdisciplinaridade fragilizada, pois o conhecimento se limita a um núcleo segmentado da saúde, Abrahão e Merhy (2014) apontam a importância de uma outra perspectiva formativa, que considera o encontro, a experimentação e o trabalho vivo como centrais no processo pedagógico. O aluno-profissional é, então, convocado a produzir-se na relação com o outro, com o território, não apenas para o território. Abrindo a possibilidade de incorporar saberes mais diversos, ligados a experiências concretas que contemplem a complexidade dos usuários dos serviços de saúde, ampliando a potência criativa e transformando o cuidado em uma *práxis* política.

O Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma estratégia fundamental para aproximar discentes da realidade

¹ O emprego do verbo “tear” é deliberado e possui função estética e conceitual. Derivado do português “tear” designa o artefato utilizado na produção de tecidos, cuja finalidade é entrelaçar fios e tecer. A escolha do termo enfatiza a ideia de construção, entrelaçamento e composição, operando como metáfora para os processos abordados.

concreta dos serviços de saúde, articulando teoria e prática e favorecendo a formação crítica. A iniciativa piloto para formação de facilitadores foi feita por recorte regional, o VER-SUS, realizado em Recife entre 25 e 31 de maio de 2025, reuniu estudantes de diferentes estados do Nordeste e combinou momentos de discussão teórica e experiência prática mediante uma abordagem ativa e participativa. As atividades incluíram acolhimento dos viventes, discussões e debates sobre modelos, redes e equipamentos do SUS, Atenção Primária, linhas de cuidado, território e o papel do facilitador, bem como visitas a serviços de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, além de coletivos sociais e culturais.

Os princípios que configuram a base normativa e institucional do SUS são a universalidade, a integralidade e a equidade que, em conjunto, atuam como base para as políticas públicas do programa (Noronha; Pereira, 2013). A universalidade assegura que toda pessoa tenha direito ao acesso aos serviços de saúde, independentemente de condição social, raça, gênero ou qualquer outro marcador, reforçando o caráter público do sistema. A integralidade, por sua vez, propõe compreender os sujeitos em sua totalidade, articulando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, em consonância com as múltiplas dimensões da vida humana. Já a equidade busca enfrentar as desigualdades históricas do Brasil, orientando a distribuição de recursos e a organização dos serviços de modo a atender prioritariamente os grupos que sofrem diferentes formas de violência, em decorrência dos marcadores sociais que os atravessam cotidianamente.

No entanto, apesar de todas as conquistas do SUS e sua execução no país, importantes para o processo democrático e plural do país, as condições de desigualdade no Brasil persistem, dificultando o acesso a direitos básicos, como a saúde. As chamadas iniquidades em saúde expressam como certos marcadores sociais atravessados por raça, classe, gênero, sexualidade e outros, influenciam o processo de saúde e de adoecimento (Oliveira *et al.*, 2020). A perspectiva sobre determinantes sociais de saúde entrelaçados em questões

econômicas, trabalhistas, culturais e étnico-raciais é crucial para enfrentar as iniquidades em saúde, pois deve-se avançar no debate verificando os efeitos nas populações envolvidas, com o horizonte voltado às múltiplas invenções e novas possibilidades de mundo e de cuidado.

Imbricada nas discussões até o momento expostas, tornou-se imperativo para nós analisarmos as experiências proporcionadas a partir do Programa de Vivências no SUS, narrando as implicações e reflexões acerca do percurso formativo no campo da saúde, em meio a inserção nos diferentes territórios, vivida de maneira compartilhada por estudantes de graduação de distintas áreas da saúde. Entendemos o programa enquanto um espaço potente nas políticas públicas, portanto é lícito questionarmos: como construir caminhos possíveis de existência e resistência diante do apagamento a determinadas populações e territórios? Como é possível produzir um cuidado atento e acolhedor contemplando a integralidade e equidade em compromisso com as diversas realidades sociais? Inquietos com essas reflexões e impactados positivamente pelo Programa Vivências no SUS, estamos certos de que este amplia o olhar das futuras trabalhadoras e trabalhadores da saúde e possibilita práticas de cuidado mais equitativas, para além dos limites da formação acadêmica tradicional, ao colocar o SUS e os territórios como centro do processo de aprendizagem. Esse cenário foi terreno fértil de uma experiência transformadora em saúde e protagonista de um ponto crucial na formação de cada um de nós.

Caminhos para integralidade: percursos coletivos de uma formação crítica

Na edição de 2025, realizada em Recife, participaram 78 estudantes dos estados de Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Sergipe e Bahia. Logo no primeiro dia, foi possível reconhecer a pluralidade formativa representada:

Medicina (12), Farmácia (4), Psicologia (13), Fonoaudiologia (5), Fisioterapia (7), Enfermagem (13), Terapia Ocupacional (3), Odontologia (5), Serviço Social (2), Saúde Coletiva (1), Nutrição (2), Educação Física (2) e Biologia (1). Ainda que os dados nacionais analisados por Marioto e Rocha (2024) indicam uma predominância histórica da Enfermagem (55,45%), seguida pela Medicina (37,44%) e pela Psicologia (37,15%) entre 2012 e 2018, foi justamente a diversidade de áreas presente em Recife que se destacou como uma riqueza do processo, possibilitando trocas singulares e aprendizados coletivos.

Esse movimento de encontro nos levou a refletir sobre a formação em saúde, ainda marcada por currículos rígidos e pouco integrados, que dificultam a compreensão crítica do SUS e de uma atuação verdadeiramente interprofissional. Muitos cursos permanecem centrados em especialidades ou disciplinas isoladas, o que fragmenta o aprendizado e limita a percepção da integralidade do cuidado. Como aponta Reeves (2016), a Educação Interprofissional cria ambientes em que estudantes e residentes aprendem em conjunto com outros profissionais, desenvolvendo práticas colaborativas para lidar com problemas educacionais, profissionais e organizacionais. No VER-SUS, essa perspectiva se concretizou na experiência compartilhada da realidade do sistema em suas múltiplas dimensões sociais, culturais e históricas.

Para além da programação oficial de visitas, palestras e rodas de discussão, a vivência se deu na intensidade da imersão. Viver juntos durante sete dias em um mesmo espaço nos provocou a experimentar um cotidiano partilhado que também se tornava formativo. O aprendizado não se restringiu aos momentos institucionais: ele se espalhou pelas refeições compartilhadas, pelos cafés da manhã que iniciavam o dia, pelos almoços e jantares que reuniam experiências e pelas noites que prolongavam as reflexões. Ali, fora dos horários “previstos”, seguíamos elaborando as narrativas do vivido, discutindo papéis, revisitando os trajetos do dia e problematizando as contribuições de cada área e de cada sujeito. O encontro não se encerrava com o cronograma; pelo

contrário, se ampliava no convívio, nas risadas coletivas e nos estranhamentos que também compõem o processo de formação.

Quando falamos de imersão, tratamos dessa força que emerge do encontro e da dimensão pela qual esse coletivo se potencializa, reafirmando a ideia popular de que “a cabeça pensa onde os pés pisam”. Pois, ao passo que articulamos nossas diferenças, tensionadas por um horizonte comum, coabitamos e percorremos espaços e caminhos dos mais diversos. De maneira tal que, ainda que estivéssemos ali para apreender os conteúdos transmitidos, construímos significações para além das impressões pessoais.

A vivência imersiva igualmente nos fez compreender de forma mais concreta o princípio da integralidade, bandeira histórica dos movimentos sanitários. Como destacam Agreli, Peduzzi e Silva (2026), “a integralidade é um conceito polissêmico, que envolve a integração entre promoção, prevenção e recuperação da saúde, a articulação interdisciplinar, intersetorial e interprofissional e, sobretudo, a qualidade das interações no cotidiano do cuidado”. No VER-SUS, essa reflexão ganhou corpo nos espaços de roda e discussão coletiva, quando nós, graduandos, pudemos compartilhar saberes e experiências, construindo leituras críticas tanto sobre o cuidado nos territórios quanto sobre a própria organização do SUS.

Nesses processos de troca, assim como Ribeiro e Cândido (2021) ao refletirem sobre os pensamentos de Edgar Morin acerca do conceito de transdisciplinaridade, os autores propõem uma analogia para sua compreensão:

Uma tapeçaria composta por fios de linho, seda, algodão, lã, de cores variadas. Para conhecê-la, seria interessante compreender as leis e princípios relativos a cada uma dessas espécies de fio”. Contudo, a soma dos conhecimentos sobre cada tipo de fio que compõem a tapeçaria é insuficiente para conhecer essa nova realidade que é o tecido, isto é, as qualidades e propriedades próprias desta textura, como, além disso, é incapaz de nos ajudar a conhecer sua forma e sua configuração.

Essas reflexões se materializaram de forma potente nas produções coletivas realizadas durante a vivência, nas quais os grupos foram convidados a representar como compreendiam a rede de atenção do SUS e seus modos de funcionamento. Os cartazes elaborados traduziram não apenas os fluxos entre serviços, mas também a circulação dos usuários e os encontros possíveis dentro dessa rede que se constrói cotidianamente a partir das conexões entre sujeitos, territórios e políticas.

Nesse exercício, ficou evidente que a rede não é apenas uma organização de serviços, mas um espaço de interações que, assim como na tapeçaria descrita por Morin, entrelaça fios distintos para formar uma nova textura. A transdisciplinaridade se apresentou nesse processo não como algo plenamente concretizado, mas como um horizonte ideal a ser buscado. As construções coletivas das redes possibilitaram uma perspectiva de afetação, estreitando as discussões sobre o papel do cuidado em rede, independentemente do núcleo de saúde em que cada participante se encontrava. Nesse movimento, evidenciou-se que, assim como os serviços de saúde precisam se comunicar para garantir o cuidado, também os profissionais necessitam dialogar para que a rede se sustente e se renove.

Tais construções podem ser visualizadas na Figura 1, que ilustra as representações elaboradas pelos viventes sobre a rede do SUS e suas conexões.

Figura 1. Produções coletivas de viventes sobre a Rede do SUS



Fonte: Arquivo próprio (2025).

Como fios que se entrelaçam em uma tapeçaria, o SUS se revela não apenas como estrutura, mas como criação coletiva, tecida nas relações, nos encontros e nos afetos. A experiência do VER-SUS mostrou que a rede só existe quando há diálogo entre sujeitos e saberes, quando a integralidade se constrói no cotidiano vivo do cuidado.

Território como espaço vivo: diálogos, afetos e práticas de cuidado

Vivenciar o VER-SUS em Recife nos fez percorrer diferentes espaços que compõem a rede de saúde e vida desse território. Os atravessamentos vivenciados nos diversos espaços que visitamos nos colocaram em contato com a potência de compreender o território vivo, em constante movimento, atravessado por histórias, disputas e afetos. Partimos do entendimento de que o território funciona como um espaço-processo, que articula cultura, subjetividade e cuidado, sendo, portanto, constitutivo da própria prática em saúde (Lima; Yasui, 2014). De igual modo, na vivência, isso se materializou nas narrativas das trabalhadoras, que nos fizeram compreender como as condições de vida, as práticas da comunidade e os modos de resistência configuraram as necessidades e produções de cuidado.

Schweickardt e Souza (2024) abordam a territorialidade como o sentido dado pelas pessoas ao seu lugar, o seu pertencimento e os seus significados, incorporando os elementos simbólicos e subjetivos do território. A experiência vivenciada nos provocou a refletir sobre a importância de considerar esses sentidos na atuação profissional, uma vez que compreender os significados que atravessam o território possibilita a criação de estratégias de cuidado mais significativas e condizentes com a realidade dos usuários.

Durante a vivência, a importância da noção de território se evidenciou na visita ao CAPS AD, localizado no bairro da Tamarineira, no centro do Recife. A localização do serviço não é apenas um dado geográfico, mas influencia diretamente seu funcionamento e suas relações com o entorno (Cézar; Melo, 2013). Estar situado nesse bairro implicava em dinâmicas específicas de interação, tanto com as pessoas que transitam no espaço quanto com os sentidos atribuídos ao lugar.

O serviço encontra-se atrás de uma grande praça, ampla e arejada, mas cercada por uma grade imponente, separando-a fisicamente do CAPS.

Essa barreira, longe de ser apenas material, simbolizava os limites de acesso e os processos de exclusão que marcam o cotidiano das pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico e/ou o uso de substâncias. Dessa forma, os estigmas não apenas reforçam o isolamento social, mas também contribuem para o próprio processo de adoecimento, uma vez que delimitam quem pode ocupar determinados espaços e de que forma (Nascimento; Leão, 2019).

No cotidiano dos serviços e das ruas, compreendemos que o território é também espaço simbólico, cultural e afetivo, carregado de pertencimento, mas também de desigualdades e exclusões. O cuidado em saúde se qualifica quando se reconhece essa dimensão territorial: quando se compreende que saúde não se produz apenas dentro dos serviços, mas nas relações sociais, nas redes comunitárias e nos encontros que constituem a vida cotidiana (Lima; Yasui, 2014).

O encontro entre diversas trajetórias e vivências trouxe à tona uma experiência marcada pela interculturalidade. Mais do que símbolos, foi o cruzamento de histórias e territórios que potencializou esse processo. Pessoas vindas de diferentes estados do Nordeste, região tantas vezes tratada com homogeneidade, se reuniram num exercício coletivo de escuta e troca. A convivência nos possibilitou tanto o reconhecimento do comum quanto o estranhamento daquilo que difere, ampliando o olhar sobre as múltiplas formas de ser, viver e, principalmente, cuidar. Com atenção aos serviços visitados e às práticas dos movimentos sociais em Recife, ficou evidente que cada participante trazia contribuições singulares, e que o aprendizado se dava não apenas pelo conhecimento técnico e específico, mas pelas relações e significados advindos de seus territórios.

Assim, com a vivência passamos a entender que o território é protagonista quando se fala em cuidado. Ele não apenas abriga os serviços, mas molda e tensiona suas práticas, trazendo consigo os saberes populares que atravessam e compõem esse processo. Reconhecer tais singularidades exige uma atenção comprometida, capaz de produzir ações sensíveis e efetivas, sintonizadas com as realidades locais.

Humanização como ato político: para além da técnica, o encontro

Em meio à formação como facilitadores em diversos territórios fomos convocados ao encontro com realidades que, muitas vezes, ficam invisibilizadas no contexto formativo acadêmico (Brasil, 2012). Essa aproximação despertou o senso de humanização diante das demandas dos serviços e das usuárias e usuários do SUS, levando a compreender que o cuidado não se restringe à técnica, mas envolve escuta, acolhimento e respeito. Reconhecendo o usuário como protagonista ativo no processo de saúde.

Os territórios vivenciados foram tecidos por diferentes espaços, desde a rede externa até o funcionamento interno dos serviços de saúde, percebendo seus arranjos desde a gestão até a atenção. As estruturas visitadas nos possibilitaram a chance de compreender o espaço organizacional e físico das unidades, considerando os diversos ambientes, as classificações, a quantidade de leitos, e o atuar da saúde no território onde está inserido.

Nessa direção, a aproximação com as pessoas e suas histórias possibilitou a ampliação do entendimento acerca da formação em saúde, que está além do exposto nas disciplinas curriculares. Vivenciar os princípios do SUS no cotidiano dos territórios, revelou que o aprendizado mais significativo ocorre quando o conhecimento científico conversa com a realidade social dos territórios.

O VER-SUS provou a nós viventes que a qualificação da assistência, é efetiva quando compreendemos o outro em sua totalidade. Essa formação constitui um processo essencial que garante que a vivência seja libertadora e educativa, entendendo que humanizar é um ato que fortalece o SUS quando cada encontro é experienciado com dignidade, amorosidade e respeito (Brasil, 2012; Brasil, 2013).

O VER-SUS levantou o seguinte questionamento: finalmente, o que é cuidado? A Política Nacional de Humanização (PNH) conceitua cuidado como o modo que preza pela autonomia, a singularidade e a corresponsabilidade de

cada indivíduo. O cuidar perpassa as técnicas, é reconhecimento do sujeito em sua integralidade e desenvolver vínculos que permitam práticas mais equânimes (Brasil, 2013). A PNH vai contra a noção de cuidado centrado na doença, e mostra a pessoa como protagonista de sua saúde. Essa perspectiva nos fez refletir que ser profissional do SUS significa se implicar desde o acolher de histórias, construir estratégias coletivas de cuidar, entender potencialidades e as singularidades das usuárias e usuários.

Com o propósito de assegurar o direito conquistado com a Constituição Federal de 1988, “saúde como um direito de todos”, é urgente a compreensão de que a humanização não é um complemento, mas um eixo estruturante junto aos demais princípios do SUS na formação em saúde (Brasil, 2004; Queiroz *et al.*, 2022).

Conseguimos experimentar essa implicação da humanização na prática, ao perceber relatos em diversos locais. Na Escola Livre de Redução de Danos, espaço social que acolhe pessoas em situação de rua e que fazem uso de substâncias psicoativas, identificamos a humanização na priorização da saúde dessa população a partir do acolhimento sem julgamentos, da valorização dos saberes e experiências dos participantes, da construção de vínculos de confiança e da escuta atenta às necessidades individuais, evidenciando um cuidado que reconhece a dignidade, a singularidade e os direitos das pessoas atendidas. Como também, no Espaço Trans do Hospital das Clínicas da UFPE (HC-UFPE), vimos a luta pela dignidade se transformar em cuidado humanizado, presente desde a estrutura, harmonia e interdisciplinaridade da equipe até a construção de vínculos concretos com as usuárias e usuários.

Nossas vivências revelaram que a humanização não cabe em protocolos rígidos, pois não se trata apenas de atuar seguindo regras, o cuidado é uma construção a partir do olhar que acolhe, no tempo disponibilizado pelo profissional para uma escuta qualificada, na palavra respeitosa. Nesse contexto afetivo e de compromisso, cada lugar nos trouxe a certeza de que o SUS é vivo e só se sustenta a partir do “humanizar”. Entendemos ainda, que o nosso

processo na vivência, não foi apenas enquanto observadores de serviços de saúde, mas fomos tocados, provocados e transformados.

Novos horizontes

A experiência no VER-SUS reforça que a formação em saúde deve se expandir para além das estruturas formais, dos conteúdos curriculares engessados e baseados em modelos técnico-científicos descontextualizados. Ao atravessar territórios e dialogar com diferentes pessoas, percebemos que o aprendizado se constrói na interação, no caminhar pelo mundo, na atenção às relações e à vida cotidiana: nas histórias, nos afetos e nas demandas de cada território. Essa vivência aponta para novos horizontes na educação em saúde, nos convidando a pensar em práticas pedagógicas mais integradas e flexíveis. Entre essas possibilidades, ganha destaque a consolidação de abordagens transdisciplinares, capazes de integrar saberes de diferentes profissões e de fortalecer a atuação em equipes multiprofissionais. A atuação profissional deixa de ser centrada apenas na técnica individual e se transforma em prática colaborativa, em que cada profissional se reconhece no coletivo e se implica em soluções que considerem a complexidade do território.

São essas vivências que abrem espaço para inovação nas redes e nas práticas: construindo redes de cuidado mais equitativas, fortalecendo vínculos comunitários e criando intervenções que respondam às necessidades materiais das usuárias (os) dos serviços. As tecnologias de cuidado, construídas por múltiplas mãos, com diferentes funcionalidades e perspectivas, ganham força e robustez teórica-metodológica quando elaboradas levando em conta o contexto e a realidade material do território em que elas serão utilizadas. Em nossa vivência testemunhamos o impacto e importância de conhecer o território de atuação, seus relevos, cores, sons, encruzilhadas e tradições.

O percurso vivido em Recife, de forma coletiva no VER-SUS, reafirma que uma formação em saúde visando atender os princípios do SUS é inseparável

da vivência de percorrer os serviços, ouvir e dialogar com trabalhadoras(es) e com usuárias(os). São experiências que ilustram como o cuidado é uma prática ética, política e relacional, preparando-nos para atuar com responsabilidade, empatia, criatividade e compromisso com um SUS justo e integral, sendo uma tarefa contínua, que se renova a cada prática, a cada território e a cada encontro.

Referências

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/nV9LbfrSj7vnMfpZgG6mKfG/>. Acesso em: 4 maio 2026.
- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150511.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2025.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 20 abr. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Governo Colaborativo em Saúde. **Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde: VER-SUS: guia do facilitador**. Porto Alegre: Ministério da Saúde; Rede Governo Colaborativo em Saúde, 2012. Acesso em: 23 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 22 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador de práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 23 ago. 2025.
- CÉZAR, M. A.; MELO, W. Centro de Atenção Psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 127-142, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Rnd4H9LjdgRR9WqxbDWFm5q/>. Acesso em: 4 maio 2026.
- 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**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. e162, 2024. Disponível em: <https://cpahjournal.com/cpah/article/view/162>. Acesso em: 4

maio 2026.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QbbzS8wB6xFWrmKHPKCNRMb/>. Acesso em: 4 maio 2026.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000117740_por. Acesso em: 4 maio 2026.

NASCIMENTO, L. A.; LEÃO, A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 103-121, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/sNMq8ftzJLGCfvsQ47ckrSn/>. Acesso em: 4 maio 2026.

NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3, p. 19-32. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/98kfw>. Acesso em: 27 ago. 2025.

OLIVEIRA, E. *et al.* Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, e180736, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YjPXdHKdRgCCHVxNpxwNPNv/>. Acesso em: 4 maio 2026.

QUEIROZ, M. F. F. *et al.* **Em foco a formação interprofissional: experiências dos grupos PET-Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/06/Livro-Em-foco-a-formacao-interprofissional-experiencias-dos-grupos-PET-Saude.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2025.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-197, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/VrvpZyszPQ6hrVp7SFhj6XF/>. Acesso em: 4 maio 2026.

RIBEIRO, V.; CÂNDIDO, V. C. Contribuições de Edgar Morin para uma educação transdisciplinar em saúde. **PoliÉtica: Revista de Ética e Filosofia Política**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 265-287, 2021. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/PoliEtica/article/view/56851>. Acesso em: 4 maio 2026.

SCHWEICKARDT, J. C.; SOUZA, L. C. **Cartografia social como ferramenta de análise do território: os diferentes modos de fazer o cuidado em comunidades rurais e ribeirinhas na Amazônia**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2024. 115 p. (Série Saúde & Amazônia, v. 31; Subsérie Cadernos de Cartografias e Histórias da Amazônia, v. 1)

É SUS, VER-SUS: ESTÁGIO DE VIVÊNCIAS NO SUS COMO DISPOSITIVO DE NOVOS OLHARES SOBRE TRABALHO, ENSINO E POLÍTICAS EM SAÚDE

José Anderson Melquíades Bezerra

Fabiane Perondi

Caroline Rodrigues de Carvalho

Emanuely Félix Pires

Impulsionado a partir de diversas iniciativas de extensão pelo Brasil e movido por muitas inquietações, surgiu, em 2002, no Rio Grande do Sul, o Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS). A primeira edição reuniu cerca de 200 estudantes de 16 diferentes cursos da área da Saúde. O sucesso da proposta foi tão expressivo que, em 2003, o Ministério da Saúde convidou as Executivas e Representações Nacionais de Estudantes para, em conjunto, construírem a primeira edição de abrangência nacional (Ferla *et al.*, 2013).

Essa iniciativa possibilitou que 1.200 estudantes estabelecessem contato com 60 Secretarias de Saúde, promovendo um rico intercâmbio de experiências e saberes entre os participantes. O projeto nasceu com o propósito de dialogar com as demandas existentes nos territórios, voltando-se à formação para o trabalho no SUS e à ampliação das discussões sobre intersetorialidade e multiprofissionalidade. Por meio de vivências em diferentes espaços, os futuros profissionais da saúde puderam conhecer e compreender a organização e a

gestão dos serviços, o fazer em saúde, as estratégias de Educação Permanente e a relevância da atuação do controle social (Ferla *et al.*, 2013).

Em dezembro de 2024, o Ministério da Saúde, em parceria com a Associação da Rede Unida, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), lançou o Programa Nacional de Vivências no SUS (Vivências no SUS). A iniciativa tem como objetivo fortalecer a formação de profissionais de saúde em consonância com as reais necessidades do SUS, promovendo práticas colaborativas, o trabalho em equipe, a equidade nos serviços de saúde e a transformação dos modelos de atenção e gestão, a partir da integração ensino-serviço-comunidade e da participação popular (Brasil, 2024).

Inspirado no Projeto VER-SUS, o novo programa amplia o perfil dos sujeitos participantes, e inova ao incluir, além de estudantes, professores, trabalhadores, gestores, residentes, representantes de movimentos sociais e do controle social. As vivências ocorrem em formato de imersão, no qual os participantes se deslocam até a cidade-sede da experiência para desenvolver atividades prático-teóricas-reflexivas, vivenciando o cotidiano de diferentes instituições de saúde, desde a Atenção Primária até a Terciária (Brasil, 2024).

Na edição de 2025, foi desenvolvido o projeto-piloto de formação de facilitadores, estruturado em diferentes regiões: Sul, Norte, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste, sendo que as Regiões Norte e Nordeste foram subdivididas em dois eixos cada (Eixo 1 e 2).

A etapa descrita corresponde ao projeto-piloto de formação de facilitadores, realizado em São Luís (MA), no eixo Nordeste 2. Os participantes formados nesse processo estarão aptos a atuar como multiplicadores, apoiando as próximas etapas do Programa Nacional de Vivências no âmbito do SUS.

O programa foi concebido a partir da inspiração no VER-SUS e, por isso, traz como característica central a promoção de novos olhares sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Esses olhares se refletem não apenas na trajetória acadêmica e profissional dos participantes, mas também em sua formação

pessoal e cidadã. Os objetivos e preceitos que orientam ambas as iniciativas se aproximam, sobretudo no que se refere ao impacto formativo sobre o sujeito enquanto ser humano, aspecto considerado igualmente relevante. Além disso, a oportunidade de conhecer e compreender as diferentes realidades de atuação do SUS em um país de dimensões continentais possibilita reflexões aprofundadas sobre o fazer em saúde e sobre o papel social do profissional nesse contexto (Ferla *et al.*, 2013).

Nesse contexto, o VER-SUS é executado em diferentes regiões do território nacional, considerando as especificidades socioeconômicas, culturais e ambientais de cada localidade. A iniciativa abrange distintos grupos populacionais e múltiplos territórios de integração, envolvendo sujeitos, biomas e dinâmicas sociais, favorecendo o intercâmbio de experiências, práticas e saberes entre estudantes provenientes de diversas instituições e regiões do país (Ferla *et al.*, 2013).

O programa foi organizado em três fases. A primeira consistiu na seleção dos participantes, realizada por meio de formulário *on-line* e carta de intenção. A segunda etapa foi a vivência, com duração de sete dias, ocorrida no município de São Luís (MA). Por fim, a terceira etapa correspondeu à devolutiva, momento em que os viventes trabalharam em atividades que conseguissem expressar as suas experiências no programa.

Essa devolutiva foi composta por três produtos: um Vivenciário, em formato de vídeo, no qual cada participante relatou suas experiências individuais; os Caminhos Possíveis, documento que apresentou propostas de vivências futuras nos territórios de origem dos viventes; e um Portfólio, no qual cada grupo detalhou as atividades e aprendizados desenvolvidos em cada dia da imersão.

O relato a seguir foi costurado sob o olhar dos residentes em Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas da UFRN, de Vigilância em Saúde e de Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará, além da contribuição de uma graduanda em Farmácia da Universidade Federal do Ceará.

O objetivo deste trabalho foi refletir sobre as experiências e aprendizados adquiridos durante a vivência piloto para a formação de facilitadores, realizada no estado do Maranhão, entre os dias 25 e 31 de maio.

As vivências em São Luís e nas cidades circunvizinhas

Durante a vivência, diversas instituições e espaços foram visitados, proporcionando uma ampla perspectiva sobre a saúde, o território e a cultura local. Além das visitas, foram realizadas atividades práticas, como a ação promovida pelo Corpo de Bombeiros sobre prevenção de incêndios em ambientes de saúde, na qual os participantes aprenderam sobre os tipos de extintores e o manuseio correto de cada um. A imersão cultural no Centro Mandingueiros do Amanhã também se destacou como um momento de valorização da cultura e da ancestralidade, onde os participantes conheceram passos de capoeira e experimentaram instrumentos tradicionais, como o berimbau, o atabaque e o pandeiro, descrevendo a vivência como uma experiência sensorial e espiritual.

Além de São Luís, foram visitadas cidades vizinhas, como São José de Ribamar, onde o grupo conheceu o Centro de Saúde local e sua estrutura de funcionamento. Observou-se nessa unidade a centralização de especialidades médicas, bem como a concentração da dispensação de medicamentos controlados em poucas unidades do município, o que pode representar um obstáculo ao acesso contínuo às terapias e aos serviços especializados. Em seguida, foi realizada visita à Maternidade Municipal, que possui o selo “Hospital Amigo da Criança” e se destacou pela estrutura moderna, pelos equipamentos e pela qualificação de sua equipe, configurando-se como uma referência em atendimento humanizado na região.

Durante a vivência, também visitamos o município de Paço do Lumiar, onde participamos de um rico momento de diálogo na Prefeitura, com a

presença do prefeito e de gestores locais. Tivemos ainda a oportunidade de conhecer alguns equipamentos de saúde do território, o que proporcionou uma experiência potente de aproximação entre a gestão pública e os estudantes do VER-SUS. As discussões giraram em torno dos desafios da Atenção Primária à Saúde e do papel da tríade ensino-serviço-comunidade, eixo estruturante da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Essa vivência reforçou que a formação em saúde deve ocorrer em diálogo com a realidade local, reconhecendo o território como espaço vivo de aprendizagem e transformação.

A presença da gestão municipal nesse encontro revelou a importância da gestão como coautora do cuidado, capaz de articular diferentes sujeitos e responsabilidades de maneira ética, participativa e comprometida com a população. Como afirma Ceccim (2005), a Educação Permanente pressupõe a articulação entre aqueles que produzem o cuidado e aqueles que o gerem, uma relação que se concretizou ali, em Paço do Lumiar, por meio da escuta, da troca e da construção coletiva. Foi um verdadeiro exercício de democracia e corresponsabilidade com o SUS, que ampliou nossa compreensão sobre o papel político e formativo da gestão em saúde.

Visitamos a unidade de saúde do Centro de Triagem do Presídio de Pedrinhas. A unidade destinada aos detentos chamou a atenção pela organização e pela equipe que compõem o quadro profissional, contando com uma equipe multiprofissional composta por médico, dentista e psicólogo. Ainda, o espaço dispõe de sala de medicação e sala de repouso, garantindo condições adequadas para o atendimento. A farmácia interna mantinha um bom estoque de medicamentos, com controle rigoroso dos psicotrópicos, que são entregues diretamente nas celas. Destacou-se também o êxito na modificação do processo de dispensação dos medicamentos para tuberculose, medida que reduziu as falhas no tratamento.

Anteriormente, os próprios detentos eram responsáveis por armazenar e administrar as doses, o que resultava em esquecimentos e irregularidades.

Após a mudança, a medicação passou a ser distribuída diretamente pela enfermaria nos horários prescritos, o que contribuiu significativamente para a adesão terapêutica. Também foi explicado o funcionamento do método APAC (Associação de Proteção e Assistência aos Condenados), sistema esse que propõe uma abordagem humanizada da execução penal.

A Penitenciária foi um dos grandes marcos da vivência, pois nos permitiu observar, na prática, como a ressocialização pode ser efetivada por meio do trabalho e da valorização da dignidade humana. Dentro da unidade prisional, encontramos internos engajados em diversas atividades produtivas: fabricação de absorventes, costura de fardas escolares, confecção de matracas utilizadas nas festas juninas e até projetos de piscicultura como mostrado na imagem, onde são produzidas quase duas toneladas de peixes. Essas ações demonstram que é possível transformar o cárcere em espaço de cidadania e reconstrução de trajetórias.

Figura 1. Registro durante visita ao presídio de Pedrinhas (MA)



Fonte: Autores, 2025.

Em Itapecuru-Mirim, cidade um pouco mais distante do município de São Luís, visitamos a Casa do Idoso, um espaço amplo e bem estruturado para a população idosa com atendimento multiprofissional. Embora bem equipada, um usuário relatou dificuldade de acesso a serviços básicos e falta de medicamentos essenciais. Ao lado, a Casa da Criança também se mostrou um espaço amplo e bem equipado para a promoção da saúde infantil.

Na última parte da manhã, foi realizada visita ao Centro de Especialidades do município, que, embora ofereça alguns serviços especializados, apresenta uma infraestrutura que compromete a qualidade dos atendimentos. Considerando a relevância dessa unidade para a rede de atenção à saúde, observa-se a necessidade de maior atenção por parte da gestão municipal quanto à sua manutenção e qualificação.

Na parte da tarde, realizou-se visita à Comunidade Quilombola Santa Rosa dos Pretos, onde os moradores atendidos na Unidade Básica de Saúde local relataram desafios significativos no cuidado à população do território. Entre os principais problemas destacados estavam a falta de medicamentos, a ausência de serviços de referência e as dificuldades de acesso a atendimentos especializados no município, fatores que comprometem o cuidado integral da população quilombola.

Ao mesmo tempo, encontramos um SUS que busca respeitar as tradições, valorizar os saberes locais e atuar de forma intercultural. Esse território é resultado de múltiplas influências sociais e ambientais, constituindo-se como um espaço compartilhado por diferentes grupos sociais que, embora convivam no mesmo ambiente, apresentam distintas formas de relacionamento entre si e com o meio em que vivem (Colussi; Pereira, 2016). Essa vivência reforçou que o cuidado em saúde precisa dialogar com a cultura, com o território e com as especificidades étnico-raciais, reafirmando a necessidade de um SUS diverso, plural e antirracista.

No último dia, visitamos a Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão, em São Luís, e constatamos que a unidade funciona em regime

de porta aberta, recebendo pacientes não apenas do estado, mas também de regiões vizinhas como o Piauí e o Pará. Chamou atenção o fato de o estado ainda estar em fase inicial de implementação da regulação, o que, pela ausência de pactuação entre os entes federativos, compromete a organização dos fluxos, o financiamento e o atendimento. Nesse contexto, vale destacar a importância dos centros reguladores para a efetivação da regulação da assistência, uma vez que a organização dos serviços por esses centros possibilita o acesso de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada (Melo *et al.*, 2021).

Em uma das Unidades Básicas de Saúde visitadas, observou-se a atenção voltada a indígenas venezuelanos migrantes e como o cuidado intercultural desafia o modelo biomédico e exige o reconhecimento de especificidades culturais, alimentares, linguísticas e territoriais dos usuários. Ademais, a visita a Policlínica do Cohatrac, onde está instalado o único ambulatório transsexualizador do estado do Maranhão, mostrou como o equipamento é fundamental para garantir os direitos da população trans. O serviço se configura como espaço de afirmação de identidade, enfrentamento da transfobia institucional e efetivação do princípio da equidade.

O (se) fazer político do vivente

O VER-SUS reúne um conjunto de práticas que tornam a formação dos estudantes participantes única e diferenciada, e isso acaba sendo reafirmado várias vezes dentro do caderno de vivências do SUS (Ferla *et al.*, 2013). Seja pela inquietação despertada ou pela curiosidade diante das atividades propostas, o fato é que os métodos de aprendizagem, as perspectivas teórico-práticas e os cenários vivenciados constroem algo que nenhuma sala de aula, por si só, consegue oferecer: o olhar com responsabilidade social, dentro e com o território.

O programa fomenta a formação de trabalhadores e trabalhadoras para o SUS a partir dos princípios e diretrizes que sustentam o sistema. Mais

do que isso, o seu pilar político possibilita que os profissionais se reconheçam como atores sociais e agentes políticos, capazes de promover transformações concretas nos territórios em que atuarem (Maranhão, 2015).

A questão da saúde tem suas raízes nos problemas sociais, e o papel do profissional de saúde do SUS também é contribuir com os sujeitos das classes subalternas, construindo junto com elas um conhecimento crítico. É preciso reconhecer a insuficiência da intervenção técnica e a necessidade de engajar a luta pelos direitos básicos dos sujeitos, como forma de garantir condições mínimas de saúde. Portanto, o trabalho em saúde também é político. Ele exige reflexão crítica e compromisso social frente a desafios estruturais, tornando-se não apenas uma prática profissional, mas uma forma de construir justiça social (Santos *et al.*, 2017).

Começamos pelo grupo responsável pela redação deste trabalho, formado por um potiguar, uma catarinense e duas cearenses. São, portanto, quatro realidades distintas que se encontram, dialogam e passam a compreender como a saúde se organiza em seus respectivos municípios e estados. Essa diversidade de experiências enriquece o processo, já que cada participante traz vivências próprias e atuações em profissões diferentes, ainda que todas inseridas na mesma área.

No encontro inicial e ao longo das atividades, os integrantes do grupo compartilharam suas percepções sobre a organização da saúde em seus territórios. Relataram os instrumentos disponíveis, os desafios enfrentados, o que consideraram exitoso e aquilo que ainda precisa ser transformado. Essa troca de saberes possibilitou uma visão mais ampla e crítica da realidade da saúde no Brasil. Além disso, ocorre uma intensa troca entre os participantes enquanto estudantes. Os viventes compartilham experiências sobre suas universidades e programas de residência, permitindo compreender como cada estado organiza sua formação em saúde, suas dificuldades, experiências exitosas e as diferentes formas de funcionamento dentro de cada território.

Essa partilha favorece a construção de uma luta articulada em seus contextos locais, estimulando a busca por melhorias tanto no âmbito

da graduação quanto da residência. Dessa forma, os espaços de vivência contribuem para o desenvolvimento de um senso crítico e político entre os participantes. A imagem a seguir registra um momento da visita dos viventes a uma unidade básica de saúde dentro de um território quilombola.

Figura 2. Novos olhares na e com a comunidade



Fonte: Autores, 2025.

Esse processo é potencializado pelo formato de imersão, que viabiliza debates e discussões coletivas, oportunizando uma compreensão mais ampla dos processos de ensino-aprendizagem-trabalho, especialmente sob a perspectiva dos estudantes enquanto futuros profissionais do SUS.

Os residentes, por meio de seus programas de caráter multiprofissional, conseguem ver nos territórios as limitações e potencialidades vistas na cidade de São Luís, e conversarem com seus respectivos locais de trabalhos, assim, conseguem levar e refletir possíveis potencialidades tanto no campo que estão visitando assim como no retorno nos seus locais de trabalho.

O trabalho em saúde

O VER-SUS proporciona o que Merhy (2020) denomina “aprendizagem significativa”, que se manifesta no trabalho vivo em ato: o conhecimento surge do encontro real com usuários, equipes e problemas concretos, não se limitando à acumulação de informações teóricas. Nesse sentido, o aprendizado se fortalece quando vivido no território, permitindo compreender as necessidades e desafios locais.

Essa aproximação com a prática evidencia, entretanto, que os problemas de saúde raramente podem ser resolvidos por uma única profissão. As vivências em residências multiprofissionais e no VER-SUS mostram que as ações isoladas de cada categoria são insuficientes para cuidar das demandas da população, ressaltando a importância de uma abordagem multiprofissional. Como destaca Merhy (2005), o trabalho em saúde se configura como uma troca, na qual a ação de um depende do outro, evidenciando a importância da colaboração entre os profissionais.

Ao mesmo tempo, o contato com o trabalho em equipe permite identificar desafios como barreiras de comunicação, escassez de recursos e resistência a práticas inovadoras, reforçando a necessidade de qualificar a organização do trabalho nos serviços e na gestão. Paralelamente, essas experiências tornam mais evidente a importância da integralidade do cuidado, da equidade e da participação social (Paim, 2009), mostrando que a formação profissional vai além da técnica.

Nesse cenário, a integralidade do cuidado se torna um princípio central: atender o usuário de forma completa significa não apenas tratar a doença, mas considerar suas condições de vida, fatores sociais e necessidades específicas (Mezaroba *et al.*, 2021). O VER-SUS, ao proporcionar essa vivência, permite que os estudantes compreendam como a integralidade se manifesta na prática, fortalecendo a escuta, a empatia e o protagonismo do usuário, ao mesmo tempo em que revela como os determinantes sociais impactam diretamente na saúde.

Fora da caixa: o apreender do VER-SUS

Os cursos de graduação na área da Saúde, ainda se estruturam com base em currículos tradicionais, que reforçam a formação disciplinar, isolada e fragmentada (Brasil, 2004). Essa organização curricular, centrada em conteúdos específicos de cada profissão, contribui para que os estudantes permaneçam restritos aos seus cursos, departamentos e atividades acadêmicas voltadas exclusivamente para sua própria área de atuação. O resultado é a formação de profissionais em “caixas”, com pouca ou nenhuma interação com outras áreas, o que dificulta a compreensão da complexidade do cuidado em saúde principalmente dentro das RAS, que é, por natureza, interdisciplinar e coletivo (Mezaroba *et al.*, 2021).

Nesse contexto, o VER-SUS surge como uma importante estratégia de ruptura com esse modelo formativo, ao promover vivências e incentivar o diálogo entre estudantes de diferentes cursos da área da saúde. Por meio de experiências compartilhadas, rodas de conversa, debates multiprofissionais e visitas a territórios e equipamentos de saúde como mostrado na imagem a visita a casa TEA12+, os participantes são provocados a refletir criticamente sobre o SUS, a realidade social dos usuários e a necessidade de uma atuação integrada.

Assim, o VER-SUS não apenas rompe com a lógica de formação isolada, mas também fortalece valores como o trabalho em equipe, o respeito à diversidade de saberes tradicionais e a construção coletiva do cuidado. É uma experiência que amplia horizontes e forma profissionais mais sensíveis, comprometidos e preparados para enfrentar os desafios reais do sistema de saúde brasileiro.

Figura 3. Visita Multiprofissional em unidade especializada no cuidado de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) – TEA 12+



Fonte: Autores, 2025.

É amplamente reconhecida e valorizada a contribuição pedagógica do Estágio de Vivências para a formação dos estudantes, fundamentada em princípios como a aprendizagem significativa, a pedagogia problematizadora (Freire, 1996), metodologias ativas, a multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade. Esse dispositivo formativo rompe com os limites da sala de aula tradicional, sem, no entanto, perder seu compromisso com a educação e a formação crítica dos participantes, pelo contrário, mostra-se ainda mais potente. A articulação entre os diversos espaços e instituições do SUS se concretiza de forma pedagógica, promovendo o ensino no e pelo serviço, fortalecendo a integração entre teoria e prática e ampliando a compreensão dos estudantes sobre os desafios e potencialidades do sistema de saúde brasileiro.

De forma semelhante ao VER-SUS, as residências multiprofissionais têm como eixo pedagógico não o desenvolvimento de competências técnicas de cada núcleo profissional, mas de habilidades essenciais para a atuação no SUS, como a humanização, a escuta ativa do usuário, a valorização do território e o trabalho em equipe multiprofissional (Ceccon *et al.*, 2025). Quando o estudante, trabalhador ou profissional de saúde ultrapassa os muros da instituição, percebe que o território é um espaço que provoca desassossegos, desperta incômodos e revela potencialidades. No território, é possível sentir cheiros, perceber sensações e temperaturas, ouvir sons e observar cenas que contribuem para compreender as condições de vida e saúde das pessoas.

É nessa perspectiva que os Projetos Pedagógicos das Residências (PRR) se estruturam, considerando as prioridades locorregionais, os aspectos sociodemográficos e as especificidades culturais. Assim, a complexidade da produção de saúde, com foco nos territórios, constitui a base formativa e o eixo de especialização no trabalho (Ceccim *et al.*, 2025).

Figura 4. Ouvidos na comunidade durante visita ao Centro de Idosos da Itapecuru-Mirim (MA)



Fonte: Autores, 2025.

Encerrar o fora da caixa é reconhecer que o VER-SUS nos convida a desacomodar, a romper as bordas do já sabido e experimentar outras formas de aprender. Estar fora da caixa significou olhar para o SUS não como um sistema distante ou idealizado, mas como algo vivo, tecido na complexidade do cotidiano, nas contradições e nas invenções que surgem do encontro entre pessoas, culturas e territórios.

Esse processo nos ensinou que apreender o VER-SUS não é apenas acumular novos conhecimentos, mas deixar-se afetar, transformar e reinventar-se como sujeito e como profissional de saúde. Fora da caixa, entendemos que aprender é também desaprender e reconstruir, em diálogo constante com a diversidade de vozes que fazem o SUS ser o que é: plural, democrático e sempre em movimento.

Conclusão

Encerrar esta experiência não significa concluir um ciclo, mas abrir horizontes. O VER-SUS nos ensinou que o SUS pulsa em cada território, em cada gesto de cuidado e em cada sujeito que luta por saúde como direito. Ao longo dessa imersão, nossos olhares foram deslocados: deixamos de ser apenas estudantes que observam para nos tornarmos sujeitos que participam, questionam e se reconhecem como parte da construção coletiva da saúde pública.

As vivências revelaram que a formação em saúde vai muito além das salas de aula: ela acontece no território, nas comunidades quilombolas, nos presídios, nas rodas de conversa e nos espaços culturais. Nessas práticas, compreendemos a força do diálogo entre saberes populares e acadêmicos, a potência da diversidade e a necessidade de um cuidado que seja, ao mesmo tempo, técnico, humano e político.

O VER-SUS nos transformou porque nos fez sentir a complexidade do SUS em ato vivo. Agora, voltamos para nossos lugares de origem não apenas

com novas ideias, mas com a certeza de que ser profissional da saúde é também ser agente de mudança, articulador de redes e defensor intransigente da vida. Como diz Merhy (2020), é no encontro real que se produz a aprendizagem significativa. E foi nesse encontro que nos reinventamos. Que sigamos multiplicando olhares, afetos e compromissos, para que cada passo profissional seja também um gesto de resistência e esperança.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf. Acesso em: 4 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 6.098, de 16 de dezembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa Nacional de Vivências no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6098_18_12_2024.html. Acesso em: 4 maio 2026.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jc4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/>. Acesso em: 4 maio 2026.

CECCIM, R. B. *et al.* Vinte anos dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde: formação em defesa do Sistema Único de Saúde e do trabalho em equipe. **Saúde em Redes**, v. 11, n. 2, e5030, 2025. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/5030>. Acesso em: 4 maio 2026.

CECCON, R. F. *et al.* Entre vivências, residências e conferências: fortalecer a formação na saúde, defender o SUS. **Saúde em Redes**, v. 11, n. 1, e4952, 2025. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/4952>. Acesso em: 4 maio 2026.

COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. (org.). **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica**. Florianópolis: UFSC, 2016.

FERLA, A. A. *et al.* (org.). **Caderno de textos do VER-SUS/Brasil**. Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

FERLA, A. A. *et al.* **VER-SUS Vol. 2: múltiplos cenários do VER-SUS: vivências e estágios de norte a sul do Brasil**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2016.

FERLA, A. A. *et al.* **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: Rede Unida, 2025.

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

MARANHÃO, T. **Função-facilitador(a) nos estágios e vivências na realidade do Sistema Único de Saúde**: marcas de protagonismo estudantil na construção de práticas formativas. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2015.

MELO, E. A. *et al.* A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e310109, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/86BXPhTn3CrBcZfDjBs33md/>. Acesso em: 4 maio 2026.

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

MERHY, E. E. Ensinar aonde a vida se produz: experimentações. In: DIAS, M. T. G. *et al.* (org.). **Quando o ensino da saúde percorre territórios**: dez anos da Coordenadoria de Saúde. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2020.

MEZAROBIA, E. *et al.* Integralidade do cuidado. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 13, e023, 2021. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1152>. Acesso em: 4 maio 2026.

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

SANTOS, M. A.; REIS, G. A.; BARROS, F. S. *et al.* Projeto VER-SUS/Brasil no estado do Tocantins: protagonismo estudantil em defesa do SUS, da democracia e dos direitos sociais. **Expressa Extensão**, Pelotas, v. 22, n. 1, p. 22-33, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/expressaextensao/article/view/11004>. Acesso em: 4 maio 2026.

PORTAS ABERTAS PARA O BEM VIVER: CONEXÕES ENTRE O TERREIRO ILÊ AXÉ OBÁ XANGÔ, A COMUNIDADE E O SUS

Joelma Mendonça Paulo
Breno Gomes Pereira
Camila Gabriel Lima Carneiro
Danniely da Silva Rodrigues
Luan Henrique Anselmo da Silva
Fernando Soares da Silva Neto

Abrindo os caminhos

*Panhei as ervas que juntas abrem a visão
E me conecta com o meu coração
Panhei as ervas que juntas abrem a visão
E me conecta com o meu coração
[...]*

*Nesse terreiro eu agradeço as Medicinas
A força chega trazendo a sabedoria
Nesse terreiro eu agradeço as Medicinas
A força chega trazendo a sabedoria
(Tainá Santos)²*

² Letra e cifra da música “Terreiro da Rainha”, de Tainá Santos, disponíveis no site Cifra Club: <https://www.cifraclub.com.br/taina-santos/terreiro-da-rainha/>. A canção reflete práticas e experiências que se conectam com o campo da saúde coletiva, ao enfatizar o cuidado comunitário, a valorização de saberes populares e a promoção do bem-estar integral da comunidade.

Falar sobre saúde no Brasil implica também dialogar sobre desigualdade, racismo e a invisibilidade de diversas populações. O racismo religioso, em particular, impõe barreiras simbólicas e concretas de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para usuários/as que seguem religiões de matriz africana (Santos Pinto *et al.*, 2024). Esses espaços, historicamente marginalizados, continuam a sofrer estigmatização, afastando seus praticantes dos serviços de saúde devido ao silenciamento ou à limitada promoção da equidade (Nogueira, 2009).

Esse afastamento resulta de atendimentos frequentemente marcados pela falta de respeito, pelo preconceito e por políticas que, por muito tempo, não reconheceram a pluralidade cultural e espiritual do povo brasileiro, sobretudo no campo da saúde, mesmo diante da existência de políticas voltadas à assistência, equidade e diversidade (Nogueira, 2009).

Segundo Santos Pinto *et al.* (2024), as experiências dos povos de terreiro com os serviços públicos de saúde frequentemente revelam dificuldades relacionadas ao racismo institucional e à falta de reconhecimento de seus saberes tradicionais. Muitos relatos destacam situações de discriminação, atendimento despersonalizado e desrespeito às práticas culturais, o que compromete a construção de vínculos de confiança com os profissionais de saúde e dificulta a busca pelos serviços. Essas experiências demonstram a necessidade de uma abordagem mais culturalmente sensível e de políticas que valorizem os conhecimentos tradicionais dessas comunidades, a fim de promover um acesso mais equitativo e respeitoso ao sistema de saúde.

Nesse contexto, observa-se que o racismo religioso, ao invisibilizar práticas tradicionais e desacreditar os saberes ligados à ancestralidade, provoca desconfiança, resistência e afastamento por parte dos praticantes, que frequentemente se sentem negligenciados ou desrespeitados nos serviços públicos de saúde (Mota, 2011). De acordo com Kirch e Carvalho (2024), a ancestralidade constitui um conjunto de valores, tradições, conhecimentos e práticas que são transmitidos através das gerações, formando uma ponte entre o passado e o presente das comunidades e indivíduos.

Essa transmissão de saberes e experiências é fundamental para fortalecer as identidades culturais, promovendo a resistência frente às forças de homogeneização cultural e auxiliando na preservação das memórias coletivas. Assim, a ancestralidade atua como um elo vivo que conecta as gerações, contribuindo para a manutenção das tradições, o fortalecimento da identidade cultural e a resistência das comunidades tradicionais frente às imposições de culturas externas ou comerciais.

Mahoche (2021) destaca que a intolerância contra religiões de matriz africana não é apenas uma questão cultural, mas uma manifestação concreta do racismo estrutural, que impacta diretamente a garantia de direitos básicos. Para Silva (2003), a articulação entre essas tradições religiosas e o sistema de saúde é fundamental para combater preconceitos, enfrentar o racismo institucional e construir políticas mais inclusivas, capazes de reconhecer e valorizar a diversidade cultural e espiritual da população brasileira.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a Política Nacional para Povos e Comunidades Tradicionais de Terreiro e de Matriz Africana têm como objetivo central a promoção da equidade, o respeito à diversidade cultural e o enfrentamento do racismo estrutural no Brasil. A PNSIPN, conforme o Ministério da Saúde (2025), tem como foco a promoção da saúde da população negra, garantindo o acesso equitativo a serviços de qualidade, bem como ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, reconhecendo o impacto das desigualdades sociais, do racismo e das iniquidades históricas sobre o bem-estar desse grupo (Silva, 2025).

Já a Política Nacional para Povos e Comunidades Tradicionais de Terreiro e de Matriz Africana, de acordo com o Ministério da Saúde (2025), busca proteger culturas, territórios e práticas tradicionais, assegurando a autodeterminação dessas comunidades, o fortalecimento de direitos socioculturais, a valorização da história afro-brasileira e o combate ao racismo religioso. Ambas as políticas enfatizam a participação social, a transversalidade de raça e gênero e a necessidade de ações intersetoriais e integradas para a

superação de barreiras estruturais. Apesar dos avanços, os dois programas ainda enfrentam desafios relacionados à efetiva implementação de suas diretrizes e à garantia de que os direitos, a cultura e o bem-estar dessas populações sejam plenamente respeitados e promovidos.

Debater sobre estas temáticas, vivenciar a realidade nos espaços originários, construir uma perspectiva mais de escuta e de não exclusão é o ponto de partida para um serviço de saúde de qualidade, inclusivo e acessível a todos. Diante disso, surge o Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde, que é uma iniciativa do Ministério da Saúde, coordenada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a Associação da Rede Unida, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e instituições de ensino.

O programa tem como objetivo aproximar estudantes, residentes e jovens profissionais da realidade concreta dos territórios e dos serviços de saúde, promovendo uma formação crítica, cidadã e interdisciplinar. Mais do que uma imersão em campo, o programa propõe um método de construção coletiva do conhecimento, em que cada vivente compartilha suas percepções e impressões nas rodas de conversa realizadas após as vivências. Assim, experiências singulares se transformam em reflexões coletivas, permitindo compreender a complexidade do SUS e os desafios de sua consolidação.

O debate sobre a relação entre terreiros de matriz africana, comunidade e SUS é fundamental no campo da saúde coletiva, pois evidencia desigualdades históricas, racismo religioso e invisibilidade de saberes tradicionais que impactam diretamente o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. A problemática se revela na dificuldade de reconhecimento da diversidade cultural e espiritual dentro das políticas públicas e pelo silenciamento das práticas e experiências comunitárias. Além disso, embora existam políticas voltadas à saúde da população negra e à valorização de saberes ancestrais, ainda há lacunas na sua implementação prática, resultando em afastamento dos praticantes de terreiros dos serviços de saúde.

Portanto, discutir essa articulação não apenas contribui para promover equidade, respeito e inclusão, mas também fortalece a construção de políticas de saúde mais sensíveis à diversidade cultural e espiritual, fundamentais para a promoção do bem-estar integral da população brasileira.

Nessa perspectiva, a visita ao Terreiro Ilê Axé Obá Xangô, na cidade do Recife, estado de Pernambuco, representou não apenas um momento de aproximação entre saúde e religiosidade, mas também um exercício de reconhecimento da ancestralidade como elemento essencial para a promoção do bem viver. O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência dos viventes do programa, vinculados a cursos de graduação, pós-graduação e residência em saúde da Região Nordeste, durante a visita ao terreiro, destacando como essa vivência contribuiu para o debate sobre inclusão, diversidade cultural e espiritual no SUS.

O Terreiro Ilê Axé Obá Xangô: história, resistência e cuidado

Quando o terreiro incomoda, dizem que é barulho. Mas quando a branquitude lucra com isso, aí vira espiritualidade (David Dias – Pai de Santo)³.

Os terreiros de matriz africana sempre foram mais do que espaços religiosos: constituem-se como territórios de resistência, solidariedade e cuidado coletivo. No contexto brasileiro, esses espaços acolhem comunidades historicamente marginalizadas e respondem a demandas sociais que ultrapassam a dimensão espiritual. A prática religiosa, associada ao uso de ervas, banhos, rezas, rituais e orientações, promove saúde física, emocional e social. Essas práticas de cuidado e promoção do bem viver estão muito próximas dos princípios de

³ A frase dita por David Dias (Pai David Dias), Pai de Santo e Mestre em Ciência da Religião pela PU-C-SP, no podcast Atina Para Isso! Disponível em: <https://creators.spotify.com/pod/profile/davidumbanda/episodes/Atina-Pra-Isso-101-Ser-de-Terreiro-e2v268s>. Acesso em: 20 abr. 2026.

integralidade que também fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, os terreiros se consolidam como espaços de proteção, transmissão de saberes ancestrais e fortalecimento da identidade cultural, enfrentando tanto o racismo religioso quanto as desigualdades sociais (Matos, 2020).

As informações apresentadas sobre a história do Terreiro Ilê Axé Obá Xangô, suas práticas, projetos e formas de articulação com o território foram construídas a partir da vivência realizada no âmbito do Programa de Vivências no Sistema Único de Saúde (VER-SUS Nordeste). A visita foi conduzida pelo Babalorixá Luiz Justino de Oyá (Pai Luizinho), liderança religiosa do terreiro e sua filha, eles compartilharam com o grupo a trajetória da casa, suas ações comunitárias e as parcerias estabelecidas com os serviços de saúde do território. Além disso, as informações foram complementadas por falas de agentes comunitários de saúde, profissionais da Unidade Básica de Saúde Francisco Pignatari e pelos diálogos realizados nas rodas de conversa ao longo da visita, caracterizando-se como um relato de experiência construído a partir da escuta, da observação participante e da interação direta com o território e seus sujeitos.

O Terreiro de tradição Nagô, está localizado no bairro Alto Santa Isabel, na zona norte da cidade do Recife, uma região periférica e um dos bairros mais populosos da cidade. O território é marcado pelo intenso comércio, pela feira livre e pelo fluxo diário de pessoas, características que reforçam sua identidade comunitária e popular. Fundado em 16 de julho de 1976 pela Yalorixá Beatriz Gonçalves de Xangô (*in memoriam*), o Ilê consolidou-se ao longo de quase cinco décadas como um espaço de ancestralidade, resistência e cuidado. A trajetória de Mãe Bia, como era carinhosamente chamada, foi marcada pelo protagonismo feminino e pelo compromisso com a coletividade, atributos que a tornaram a base da casa (Prefeitura do Recife, 2024).

Após seu falecimento, a liderança passou ao seu filho, o Babalorixá Luiz Justino de Oyá, conhecido como Pai Luizinho, que mantém viva a memória de sua mãe e preserva a estrutura matriarcal do terreiro. Em sinal

de respeito e reverência à ancestralidade, a cadeira de Mãe Bia permanece intocada no espaço sagrado, simbolizando a continuidade da tradição e a força dos vínculos entre passado e presente (Figura 1).

Os cultos no terreiro, assim como em outros de tradição nagô, estão profundamente ligados à natureza e aos ciclos da vida. Cada orixá é associado a elementos naturais, como rios, florestas, pedras, ventos e fogo, e é por meio dessa relação que se estabelecem as práticas e rituais e cuidado. O uso das folhas, considerado sagrado, é central: delas se preparam banhos, chás, defumações e oferendas, que não apenas compõem o rito religioso, mas também funcionam como práticas de promoção de saúde e bem-estar.

As cerimônias, que envolvem cânticos, danças e toques de atabaque, produzem um ambiente de cura simbólica e espiritual, fortalecendo o corpo e o espírito dos participantes. Do mesmo modo, a partilha de alimentos nos xirês e obrigações reforça a dimensão comunitária, pois comer junto é também um ato de união, solidariedade e cuidado coletivo.

Figura 1. Cadeira de mãe Bia de Xangô



Fonte: Arquivo próprio, 2025.

Mais do que um espaço de rituais religiosos, o Ilê Axé Obá Xangô se constitui como um território de acolhimento, espiritualidade e cuidado. Ali, rezas, banhos, uso de ervas medicinais e aconselhamentos se articulam a ações de promoção da saúde, solidariedade e justiça social, em diálogo direto com as necessidades da comunidade local e com os princípios do SUS. Dessa forma, o terreiro reafirma sua importância como espaço de resistência cultural e política, fortalecendo vínculos de pertencimento e promovendo o bem viver em meio às adversidades cotidianas.

Territorialização e práticas culturais em terreiros

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Muito próximo ao terreiro funciona a Unidade Básica de Saúde Francisco Pignatari, que atende a população do território com cerca de 50 profissionais, incluindo médicos clínicos, pediatras, ginecologistas, dermatologistas, odontólogos e enfermeiros. A unidade conta ainda com três equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), que reúnem três enfermeiros e 26 agentes comunitários. Ainda, o Centro de Saúde serve como ponto de apoio da Vigilância Ambiental, sendo base para dez Agentes de Saúde Ambiental e Controle de Endemias (Asaces).

Essa proximidade física e simbólica favorece uma articulação importante entre o terreiro e os serviços públicos de saúde. Pai Luizinho mantém um diálogo constante com a equipe da unidade, buscando apoio em situações de enfrentamento ao preconceito e estabelecendo parcerias para a realização de campanhas de vacinação, atividades educativas em saúde e ações

de promoção do bem viver. Dessa forma, o Ilê Axé Obá Xangô e a Unidade Básica de Saúde Francisco Pignatari constroem juntos um território de cuidado mais plural, onde o saber tradicional e o saber técnico-científico se encontram e se fortalecem mutuamente em benefício da comunidade.

A visita do VER-SUS e as experiências vivenciadas

No dia 28 de maio, cerca de 20 pessoas, entre estudantes, residentes, profissionais da Atenção Primária e representantes de movimentos sociais, participaram de uma visita ao terreiro, promovida pelo Programa de Vivências no Sistema Único de Saúde Nordeste (figura 2). A proposta central foi conhecer de perto as formas de articulação entre o saber tradicional e o sistema de saúde, reconhecendo o terreiro como território de cuidado e resistência.

Figura 2. Roda de conversa com os viventes, profissionais da saúde e liderança do terreiro



Fonte: Arquivo próprio, 2025.

Nesse sentido, a vivência no terreiro pode ser compreendida à luz da literatura que reconhece a espiritualidade e a religiosidade como dimensões constitutivas do cuidado em saúde. De acordo com Inoue e Vecina (2017), a relação entre espiritualidade, religiosidade e saúde tem sido amplamente discutida, destacando-se a importância de uma abordagem integral no cuidado ao paciente.

Os autores apontam que diversos estudos evidenciam a influência positiva da espiritualidade e da religiosidade na saúde física e mental, contribuindo para maior bem-estar, melhor adesão aos tratamentos e redução de níveis de ansiedade e depressão. Ademais, ressaltam que a Organização Mundial da Saúde reconhece oficialmente a espiritualidade como uma dimensão relevante do conceito de saúde, compreendendo-a como parte do bem-estar integral, ao lado das dimensões física, mental e social.

Durante a visita, chamou atenção a forte parceria estabelecida entre o Ilê Axé Obá Xangô e a Unidade Básica de Saúde Francisco Pignatari, considerada uma das mais antigas da região e que passou por uma revitalização em 2019. Atualmente, atuam na unidade cerca de 50 profissionais de saúde, entre médico clínico, pediatra, ginecologista, dermatologista, odontólogos e enfermeiros.

A Unidade Básica de Saúde também conta com três equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), que incluem três enfermeiros e 26 agentes, além de servir como ponto de apoio da Vigilância Ambiental, com dez agentes de saúde ambiental e controle de endemias (Asaces), responsáveis pelo enfrentamento do *aedes aegypti* e outras pragas. Essa estrutura, quando articulada ao terreiro, fortalece o cuidado em saúde e amplia a rede de apoio à comunidade.

A relação entre o Ilê e a UBS Francisco Pignatari mostra-se fundamental para construir vínculos de confiança entre os adeptos das religiões afro-brasileiras e os serviços públicos de saúde, reduzindo barreiras de desconfiança e preconceito. Além do atendimento clínico, a parceria também envolve o apoio do babalorixá nas lutas contra o racismo religioso, bem como a realização conjunta de ações educativas em saúde e campanhas comunitárias.

O terreiro também se destacou por sua atuação em campanhas de vacinação, sendo pioneiro em Pernambuco ao abrir suas portas para esse tipo de ação em saúde pública. Essa iniciativa tem um valor simbólico profundo, pois representa a superação de barreiras históricas que, por muito tempo, afastaram os terreiros do diálogo com o Estado e com os serviços de saúde. Ao transformar o espaço sagrado em ponto de vacinação, o Ilê Axé Obá Xangô reafirma sua identidade como território de cuidado integral, onde a espiritualidade e a saúde caminham lado a lado.

Além do simbolismo, a prática trouxe impactos concretos para a comunidade. Muitas pessoas que enfrentavam dificuldades de deslocamento ou resistência em procurar os serviços de saúde passaram a se sentir mais à vontade para se vacinar em um espaço onde encontravam acolhimento, confiança e pertencimento. O terreiro, por ser um local de referência comunitária, tornou-se facilitador do acesso, ampliando a cobertura vacinal e fortalecendo a relação entre população e SUS.

A experiência também teve um caráter pedagógico e político, pois demonstrou que a abertura ao diálogo e o respeito à diversidade cultural podem transformar os terreiros em parceiros estratégicos da saúde coletiva. O pioneirismo do Ilê inspirou outras casas de matriz africana e contribuiu para desconstruir preconceitos ainda presentes na sociedade, mostrando que o cuidado em saúde é mais eficaz quando se reconhece e valoriza os saberes e territórios tradicionais. Nesse sentido, a atuação do terreiro em campanhas de vacinação não apenas promoveu saúde, mas também se consolidou como uma ação de resistência, de afirmação da identidade religiosa e de fortalecimento do SUS enquanto política pública inclusiva.

Outro ponto observado foi o envolvimento do terreiro em ações voltadas para a população em situação de rua, reafirmando seu compromisso com os grupos mais vulnerabilizados. Essa prática reforça a concepção ampliada de saúde, ao integrar dimensões sociais, culturais e espirituais no cuidado.

A visita ao espaço mostrou que a saúde floresce quando se permite habitar o território em sua inteireza: espiritual, cultural, social e comunitária. O encontro entre o terreiro e a Unidade Básica de Saúde Francisco Pignatari não foi apenas uma articulação institucional, mas um gesto de reconhecimento mútuo, onde o saber ancestral e o saber técnico se entrelaçam para produzir cuidado vivo e plural. O ato de abrir as portas para a vacinação, de acolher a população em situação de rua, de enfrentar o racismo religioso não como detalhe, mas como urgência, revela que o cuidado só se torna integral quando rompe com os muros da exclusão e assume a diversidade como princípio.

Entre rezas, ervas, consultas e campanhas, vemos se desenhar uma outra pedagogia da saúde: aquela que ensina que o SUS se fortalece não apenas em prédios e políticas, mas na coragem dos encontros que reconhecem a vida em sua complexidade. O Ilê, um território de cuidado, nos faz lembrar que a saúde pública só é verdadeiramente universal quando se constrói de mãos dadas com os saberes que a história tantas vezes tentou silenciar.

Práticas coletivas: educação, diversidade e inclusão

De acordo com estudos relacionados, Mota e Trad (2011) apontam a relevância de desenvolver atividades de cuidado em saúde nos terreiros de candomblé, na função que esses espaços desempenham como centros de apoio social, cura e preservação de vínculos comunitários. Os terreiros oferecem práticas de cuidado que envolvem tanto aspectos espirituais quanto corporais, contribuindo para o bem-estar integral dos seus fiéis e fortalecendo a relação entre religião e saúde.

Rabelo *et al.* (2002) destacam que esses espaços funcionam como redes de apoio capazes de auxiliar na superação de sofrimentos físicos, emocionais e espirituais, sendo estratégias essenciais para a promoção da saúde, especialmente em contextos de vulnerabilidade social. Dessa forma,

reconhecer e valorizar as atividades de cuidado realizado nesses espaços evidencia a importância de uma abordagem integral e culturalmente sensível na promoção da saúde dos praticantes do candomblé.

Entre as iniciativas de maior impacto do Ilê Axé Obá Xangô estão projetos voltados para a educação, a diversidade religiosa e a inclusão social, onde nota-se esse cuidado em aproximar a população dos serviços de saúde. Essas ações são desenvolvidas em parceria com escolas, coletivos comunitários e serviços de saúde do SUS, reforçando a promoção da saúde e da rede de proteção social. O projeto “Ninar nos Terreiros” busca sensibilizar crianças para o respeito à diversidade e ao combate à intolerância religiosa desde a infância. Por meio de atividades educativas realizadas em parceria com escolas, são trabalhados temas como diversidade cultural, respeito inter-religioso e combate ao preconceito.

O ponto culminante do projeto é a visita das crianças ao terreiro, onde elas podem conhecer o espaço e compreender sua importância simbólica e social. Essa experiência ajuda a formar uma geração mais consciente, tolerante e respeitosa. Ademais, o projeto procura de maneira direta encorajar a identidade cultural das crianças e de seus familiares, desenvolvendo um espaço de diálogo e a valorização entre os saberes ancestrais e atuais.

Outro projeto de destaque é o “Colorindo no Terreiro”, direcionado à comunidade LGBTQIAPN+. O espaço oferece acolhimento, escuta e diálogo sobre identidade de gênero, sexualidade, saúde e discriminação, fortalecendo vínculos e promovendo pertencimento. Essa iniciativa reafirma o papel do terreiro como lugar de inclusão e de promoção da equidade, ampliando a noção de cuidado para além da dimensão física, contemplando também aspectos emocionais, sociais e espirituais. Ao reconhecer o terreiro como território de cuidado, o SUS se aproxima das práticas e saberes ancestrais e culturais, validando sua relevância na construção do bem viver.

As ações de saúde desenvolvidas em terreiros de matriz africana contribuem de forma significativa para o fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde, ao ampliarem o acesso aos serviços e promoverem o

cuidado em territórios historicamente atravessados por desigualdades e pelo racismo religioso. Ao se constituírem como espaços de referência comunitária, os terreiros reduzem barreiras de acesso e favorecem a construção de vínculos entre a população e os serviços públicos de saúde, reafirmando a universalidade do cuidado (Mota; Trad, 2011).

Essas iniciativas também sustentam uma concepção ampliada de saúde, ao integrarem dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais no processo de cuidado, em consonância com a integralidade preconizada pelo SUS (França *et al.*, 2016). Ademais, ao reconhecerem as especificidades culturais, territoriais e identitárias das populações atendidas, as ações realizadas nesses espaços contribuem para a promoção da equidade em saúde, enfrentando iniquidades históricas e fortalecendo o SUS enquanto política pública inclusiva e territorializada (Silva, 2003; Paim, 2018).

As práticas coletivas do terreiro reforçam o que a literatura traz sobre a grandiosidade dessa articulação e mostram que o cuidado em saúde não se restringe ao corpo biológico, mas floresce quando abraça a diversidade, educa para o respeito e promove inclusão. Ao abrir espaço para atividades voltadas para crianças, jovens, famílias e para a comunidade LGBTQIAPN+, o terreiro reafirma que saúde é também pertencimento, reconhecimento e dignidade. Esses projetos revelam que o cuidado se multiplica quando dialoga com a ancestralidade, quando desafia o preconceito e sustenta a vida em sua pluralidade. Assim, o terreiro se ergue como território pedagógico e político, onde o SUS encontra potência para se reinventar e se aproximar daquilo que, de fato, é o bem viver coletivo.

Saúde, equidade e resistência

A visita ao Ilê Axé Obá Xangô trouxe reflexões importantes sobre a articulação entre saúde, espiritualidade e diversidade cultural. Em um contexto em que o racismo religioso ainda persiste como obstáculo ao acesso equitativo

ao SUS, experiências como a desse terreiro mostram caminhos possíveis para enfrentar as desigualdades. Ao abrir suas portas para ações de saúde, o Ilê ressignifica a relação entre saberes tradicionais e científicos, demonstrando que ambos podem coexistir de forma complementar. Essa integração fortalece o SUS, ao mesmo tempo em que valoriza a identidade cultural e os saberes ancestrais.

Além disso, os projetos desenvolvidos no terreiro evidenciam que a saúde é inseparável da educação, da equidade e do combate às discriminações. Ao incluir crianças e a população LGBTQIAPN+ em suas ações, o Ilê reforça sua vocação de espaço de cuidado integral, onde se promove o bem viver em sua plenitude.

Falar sobre essa experiência é reconhecer que saúde não se limita a protocolos ou estruturas físicas, mas se tece na encruzilhada entre ancestralidade, espiritualidade e luta por direitos. O encontro entre o SUS e o terreiro revelou que o cuidado nasce do diálogo entre histórias, corpos e saberes que resistem, mesmo diante do racismo estrutural e religioso. Ali, onde ervas curam, rezas acolhem e a coletividade sustenta, aprendemos que saúde é também memória, pertença e afirmação de identidade. Essa vivência mostrou que o cuidado só se torna integral quando atravessa desigualdades, reconhece a diversidade cultural e constrói pontes entre o saber técnico e os saberes ancestrais, ampliando a potência do SUS como política pública inclusiva e plural.

O Legado do Ilê

O relato da visita ao templo, permite afirmar que os terreiros são territórios vivos de cuidado, resistência e promoção da saúde. Ao articular práticas religiosas e culturais com políticas públicas, o Ilê reafirma a importância do diálogo entre o SUS e os saberes tradicionais, fortalecendo vínculos, ampliando o acesso e promovendo equidade.

A experiência vivenciada pelo grupo do Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde Nordeste evidencia que combater o racismo religioso no campo da saúde exige, para além da sensibilização dos profissionais, a construção de parcerias concretas com lideranças religiosas e comunitárias (Figura 3). Os projetos desenvolvidos no terreiro, como “Ninar no Terreiro” e “Colorindo no Terreiro”, mostram que é possível articular cuidado, inclusão e justiça social de maneira inovadora e efetiva.

Figura 3. Registro dos viventes, agentes comunitários de saúde e lideranças do terreiro



Fonte: Arquivo próprio, 2025. Fotografia com manchas aplicadas pelos autores.

A vivência no espaço não apenas ampliou a compreensão dos participantes sobre os desafios enfrentados pelas religiões afro-brasileiras, como também fortaleceu a certeza de que o SUS, para se manter universal e democrático, precisa reconhecer e valorizar a diversidade cultural e religiosa do Brasil. O terreiro, com suas portas abertas para o diálogo e para o bem viver, se apresenta como inspiração e exemplo de como é possível construir uma saúde

pública mais inclusiva, equitativa e humanizada. Nesse contexto, a comunidade de terreiro é reconhecida como protagonista de sua própria história, enfatizando que o SUS se constrói desde o território e dos saberes ancestrais.

Referências

- ALVES, M. C.; SEMINOTTI, N. Atenção à saúde em uma comunidade tradicional de terreiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 85-91, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/5kPYtSvZcwC43qFyYGvN5pQ/>. Acesso em: 4 maio 2026.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 20 abr. 2026.
- BRASIL. **Decreto n. 12.278, de 29 de novembro de 2024**. Institui a Política Nacional para Povos e Comunidades Tradicionais de Terreiro e de Matriz Africana. Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: https://legislacao.presidencia.gov.br/ficha/?/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%2012.278-2024=&OpenDocument. Acesso em: 4 maio 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 4 maio 2026.
- CLEMENTE, C. C.; SILVA, J. C. G. da. Dos quilombos à periferia: reflexões sobre territorialidades e sociabilidades negras urbanas na contemporaneidade. **Crítica e Sociedade: Revista de Cultura Política**, Uberlândia, v. 4, n. 1, p. 86-106, 2014. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/criticasociedade/article/view/26993>. Acesso em: 4 maio 2026.
- NASCIMENTO, W. F. do; SILVA, J. M. da. A saúde desde os terreiros: desafios da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na perspectiva das religiões de matriz africana. **Revista Calundu**, Brasília, DF, v. 6, n. 2, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistacalundu/article/view/46421>. Acesso em: 4 maio 2026.
- SILVA, V. G. da. O terreiro e a cidade nas etnografias afro-brasileiras. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 36, p. 33-79, 1993. Disponível em: <https://revistas.usp.br/ra/article/view/111383>. Acesso em: 4 maio 2026.
- OLIVEIRA, T. C. de et al. Atenção Primária à Saúde e terreiros de candomblé: aproximações e distanciamentos na produção do cuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 47, e20250104, 2026. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/hmXsv87HcLqw7wHCKXYHGrd/>. Acesso em: 4 maio 2026.
- FRANÇA, M. M. L. de; QUEIROZ, S. B. de; BEZERRA, W. C. Saúde dos povos de terreiro, práticas de cuidado e terapia ocupacional: um diálogo possível? **Cadernos Brasileiros de**

Terapia Ocupacional, São Carlos, v. 24, n. 1, p. 105-116, 2016. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1136>. Acesso em: 4 maio 2026.

INOUE, T. M.; VECINA, M. V. A. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 127-130, abr./jun. 2017. Disponível em: https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/V35_n2_2017_p127a130.pdf. Acesso em: 4 maio 2026.

KIRCH, L. C. V.; CARVALHO, F. A. de. Ancestralidade: um conceito importante para a cultura literária contemporânea. **Revista de Estudos de Literatura, Cultura e Alteridade**: Igarapé, Porto Velho, v. 17, n. 2, p. 129-146, 2024. Disponível em: <https://periodicos.unir.br/index.php/igarape/article/view/8455>. Acesso em: 4 maio 2026.

MAHOCHE, M. J. **Análise da violência motivada por racismo e intolerância religiosa, Brasil (2015 a 2018)**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

MATOS, C. C. de S. A. As práticas de saúde no candomblé. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 1, p. e189911897, 2020.

Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/1897>. Acesso em: 4 maio 2026.

MELO, E.; SILVEIRA, A. da F. S. Espaço, debate e (in)visibilidade: estudos sobre terreiros de candomblé em revistas brasileiras de Geografia (2000-2019). **GEOUSP: Espaço e Tempo**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 581-599, 2020. Disponível em: <https://revistas.usp.br/geousp/article/view/173361>. Acesso em: 4 maio 2026.

MOTA, C. S.; TRAD, L. A. B. “A gente vive pra cuidar da população”: estratégias de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 325-337, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bBcjM3zp3ZbSSyhhH3ydsTD/>. Acesso em: 4 maio 2026.

NOGUEIRA, S. **Intolerância religiosa**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2020. (Feminismos Plurais)

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/>. Acesso em: 21 ago. 2025.

PINTO, V. E. S.; CORDEIRO, R. C.; ASSIS, G. C. S. Impactos do racismo no acesso às ações e serviços de saúde para comunidades tradicionais quilombolas e de terreiros: uma revisão integrativa. **Caderno Sisterhood**, Cruz das Almas, v. 4, n. 1, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufrb.edu.br/index.php/negras/article/view/3602>. Acesso em: 4 maio 2026.

RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

SANT'ANNA, C.; CAPUTO, S. Pensando e discutindo afrodiásporas e terreiros: crianças, educação, racismo e imagem. **Periferia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 6-16, jan./jun. 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/periferia/article/view/33615>. Acesso em: 4 maio 2026.

SERRA, O.; PECHINE, M. C. S.; PECHINE, S. Candomblé e políticas públicas de saúde em Salvador, Bahia. **Mediações**: Revista de Ciências Sociais, Londrina, v. 15, n. 1, p. 163-178, 2010. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/6547>. Acesso em: 4 maio 2026.

SIQUEIRA, S. A. V. de; HOLLANDA, E.; MOTTA, J. I. J. Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1397-1406, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Hmkmtw9NYb5cVtfZwJqb36c/>. Acesso em: 4 maio 2026.

SILVA, G. C. M.; CASTRO, A. de. Pesquisa bibliográfica a respeito da avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). **Revista Foco**, Curitiba, v. 18, n. 3, e7920, p. 1-27, 2025. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/7920>. Acesso em: 4 maio 2026.

SILVA, J. M. da (org.). **Religiões afro-brasileiras e saúde**: Projeto Ató-Ire. São Luís: Centro de Cultura Negra do Maranhão, 2003.

DESAFIOS QUE INSPIRAM: APRENDIZADOS DE RESILIÊNCIA E COMPROMISSO SOCIAL NO VER-SUS

Thiago de Sousa Farias

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se como uma das maiores políticas públicas de saúde do mundo, fundamentado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade (Andrade, 2022). Desde sua criação, o SUS tem enfrentado desafios estruturais e políticos que exigem não apenas capacidade técnica dos profissionais, mas também um forte compromisso ético e social com a população atendida. Nesse contexto, a formação em saúde demanda estratégias que aproximem estudantes e trabalhadores da realidade dos serviços, fortalecendo a compreensão crítica sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e o papel transformador do profissional no território (Cardoso *et al.*, 2021).

O Programa Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) surge como uma proposta pedagógica inovadora que busca integrar o ensino acadêmico às experiências concretas do sistema de saúde brasileiro. Criado em 2003, o programa promove imersões em diferentes cenários de atenção, gestão e participação social, proporcionando aos participantes o contato direto com os desafios e potencialidades do SUS. Estudos apontam que o VER-SUS contribui para a ampliação da consciência crítica, para a valorização da prática interprofissional e para o fortalecimento da identidade dos/as futuros/as profissionais de saúde (Cavalcante *et al.*, 2024).

Um dos principais impactos relatados pelos/as participantes refere-se ao desenvolvimento da resiliência, entendida como a capacidade de enfrentar adversidades, adaptar-se e encontrar sentido em situações desafiadoras (Ceccon *et al.*, 2025). No contexto da saúde, a resiliência envolve não apenas aspectos individuais, mas também coletivos, relacionados ao trabalho em equipe, ao apoio social e à construção de redes de cuidado (Frenk *et al.*, 2022). A vivência em territórios vulneráveis e em serviços sobrecarregados, característica do VER-SUS, pode desencadear nos/as estudantes processos de enfrentamento que ampliam sua autonomia, empatia e capacidade de lidar com as incertezas do cotidiano profissional.

A proposta do Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) surge no início dos anos 2000, como resultado da articulação entre o movimento estudantil, instituições formadoras e o Ministério da Saúde. Essa iniciativa buscou aproximar os processos de formação profissional da realidade concreta do SUS, permitindo que os estudantes compreendessem a complexidade das práticas de gestão, atenção e controle social em saúde.

Conforme Ceccim e Ferla *et al.* (2004), o VER-SUS constitui uma estratégia pedagógica voltada à construção de saberes interdisciplinares e à formação de sujeitos críticos e comprometidos com os princípios da universalidade, integralidade e equidade. O *Caderno de Textos VER-SUS* (Brasil, 2004) reforça essa perspectiva ao destacar que a vivência nos serviços possibilita a reflexão sobre o papel social do profissional da saúde e o fortalecimento de valores éticos e políticos fundamentais à consolidação do sistema público brasileiro.

Outro aspecto central promovido pelo programa é o fortalecimento do compromisso social. Segundo Moraes *et al.* (2023), a formação em saúde no Brasil deve estar ancorada em uma perspectiva ética e cidadã, em que o/a profissional compreenda sua função para além do cuidado individual, reconhecendo-se como agente de transformação social. O VER-SUS, ao

articular teoria, prática e território, favorece a construção de valores de solidariedade, responsabilidade coletiva e engajamento político em defesa do SUS (Farinha *et al.*, 2023). Nesse sentido, o compromisso social transcende o exercício técnico, configurando-se como um eixo estruturante da formação crítica e humanizada.

A literatura evidencia que programas de imersão como o VER-SUS contribuem para o desenvolvimento de competências interprofissionais, fundamentais para o trabalho em saúde. Ao reunir estudantes de diferentes cursos e inseri-los em cenários reais, o programa estimula a cooperação, a comunicação e a corresponsabilidade no cuidado, competências essenciais para a consolidação da Atenção Primária e para o fortalecimento do sistema de saúde. Tais experiências também estimulam a reflexão sobre a própria formação, levando os participantes a repensarem suas trajetórias acadêmicas e profissionais (Marcos *et al.*, 2025).

Diante desse panorama, torna-se relevante aprofundar a análise sobre os aprendizados de resiliência e compromisso social proporcionados pelo VER-SUS, uma vez que tais dimensões constituem elementos centrais para a consolidação de profissionais críticos, engajados e preparados para enfrentar as complexidades do trabalho em saúde no Brasil. Assim, este estudo busca reunir e analisar a produção científica sobre o tema, identificando os principais achados, lacunas e desafios futuros, com vistas a subsidiar a formação em saúde e a valorização de políticas públicas que aproximem ensino, serviço e comunidade (Matos *et al.*, 2021).

O presente estudo tem como objetivo identificar e analisar as evidências científicas disponíveis acerca dos aprendizados relacionados à resiliência e ao compromisso social desenvolvidos no contexto do Programa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS). Busca-se compreender de que maneira essas experiências contribuem para a formação crítica, ética e humanizada dos/as futuros/as profissionais de saúde, bem como para o fortalecimento do engajamento social em defesa do SUS.

Metodologia

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura do tipo integrativa que foi desenvolvido entre junho e agosto de 2025, com a finalidade de identificar, analisar e sintetizar a evidência científica disponível sobre os aprendizados de resiliência e compromisso social proporcionados pelo VER-SUS. A metodologia utilizada seguiu rigorosamente as etapas propostas por Galvão, Pansani e Harrad (2015) e pelo Instituto Joanna Briggs (JBI, 2022), reconhecidas por sua aplicabilidade em revisões sistemáticas e integrativas: 1) formulação da questão de pesquisa, com definição clara do objeto de estudo e dos objetivos específicos; 2) identificação dos estudos relevantes, por meio de busca estruturada em bases de dados científicas e literatura cinzenta; 3) seleção criteriosa dos estudos, aplicando critérios de inclusão e exclusão previamente definidos; 4) extração dos dados essenciais, incluindo desenho metodológico, população, conceitos de resiliência e compromisso social, estratégias do programa analisadas, resultados e limitações; 5) análise crítica e síntese interpretativa dos achados, permitindo identificar consensos, controvérsias e lacunas existentes na literatura.

A estruturação do objeto de estudo foi orientada pela estratégia SPIDER, adequada para fenômenos qualitativos (Santos *et al.*, 2007). Assim, definiu-se: P (População): estudantes, preceptores, trabalhadores e usuários envolvidos no VER-SUS; I (Interesse): experiências relacionadas ao desenvolvimento de resiliência e compromisso social; CO (Contexto): estudos qualitativos, quantitativos ou métodos mistos; evidências de mudanças atitudinais, competências socioemocionais e engajamento comunitário; trabalhos empíricos publicados em periódicos, relatórios avaliativos e literatura cinzenta relevante. A pergunta norteadora formulada foi: “Como a participação no VER-SUS contribui para o desenvolvimento de resiliência e compromisso social entre os atores envolvidos e quais fatores favorecem ou dificultam esse processo formativo?”.

A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Scopus e Cochrane Library, complementada por literatura cinzenta, incluindo relatórios institucionais do Ministério da Saúde, da OPAS/OMS, bem como teses e dissertações disponíveis no Catálogo da CAPES. Os descritores foram definidos a partir do DeCS/MeSH, em português, inglês e espanhol, combinados por operadores booleanos (AND, OR) e ajustados conforme a necessidade para ampliar a abrangência da revisão.

A seleção e triagem dos estudos seguiram o modelo adaptado do fluxograma PRISMA (Galvão; Pansani; Harrad, 2015), dividido em quatro etapas: 1) Identificação: localização dos estudos por meio das estratégias de busca; 2) Seleção: leitura de títulos e resumos para verificar pertinência; 3) Elegibilidade: análise completa dos textos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão; 4) Inclusão: integração dos estudos elegíveis à análise final, com participação do autor e de dois revisores independentes, assegurando validade e imparcialidade.

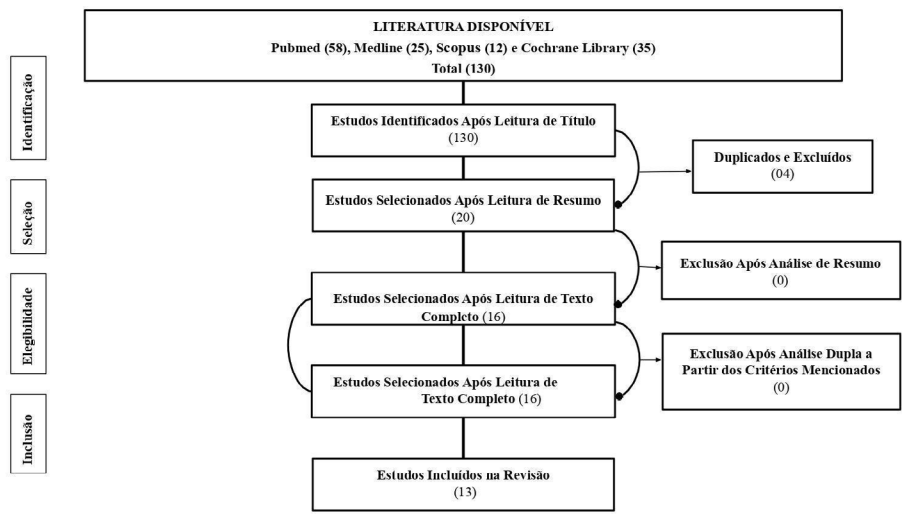
Foram incluídos artigos publicados entre 2021 e 2025, disponíveis em texto completo, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem diretamente a contribuição do VER-SUS para a formação em saúde, com ênfase no desenvolvimento de resiliência e compromisso social. Foram excluídos trabalhos que citassem o programa apenas de forma tangencial, estudos que não abordassem aspectos formativos relacionados ao SUS, análises exclusivamente administrativas, revisões sem rigor científico ou documentos duplicados.

A extração dos dados utilizou instrumento padronizado, contemplando informações sobre autores, ano, local do estudo, objetivos, desenho metodológico, participantes, conceitos de resiliência e compromisso social, estratégias do programa analisadas, resultados, limitações e implicações para a formação em saúde. A análise final dos dados foi realizada por síntese temática, organizando as evidências em categorias que evidenciam os impactos do VER-SUS no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, destacando avanços e lacunas existentes na literatura.

Resultados e discussão

O PRISMA apresenta o fluxo de seleção de estudos para uma revisão de literatura. Inicialmente, foram identificados 130 estudos nas bases de dados MedLine (25), PubMed (58), Scopus (12) e Cochrane Library (35), considerando publicações disponíveis até julho de 2025. Após a leitura dos títulos, 20 estudos foram considerados potencialmente relevantes. Em seguida, quatro estudos duplicados foram excluídos, totalizando 16 trabalhos únicos. Na triagem dos resumos, três estudos foram descartados por não atenderem aos critérios de elegibilidade, resultando em 13 artigos selecionados para leitura na íntegra. O processo pode ser acompanhado na Figura 1, Fluxograma PRISMA, contendo o Processo de Seleção de Estudos da Revisão.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de estudos da revisão



Fonte: Autores, 2025.

Durante a leitura completa dos textos, os 13 estudos foram avaliados minuciosamente pelo primeiro revisor, que considerou todos adequados em

termos de relevância e rigor metodológico. Posteriormente, o segundo revisor corroborou a inclusão dos mesmos 13 estudos, sem registrar discordâncias ou exclusões adicionais, o que confirma a robustez e a concordância do processo de avaliação. Dessa forma, os 13 artigos foram integralmente incluídos na presente revisão de literatura.

Os achados da revisão indicam que o VER-SUS proporciona experiências imersivas que ampliam a compreensão do SUS em sua complexidade, permitindo que os/as participantes observem a organização das equipes multiprofissionais e a interação com usuários/as em contextos socialmente vulneráveis (Gadelha, 2022). Essa aproximação entre teoria e prática favorece o desenvolvimento de uma visão crítica sobre os desafios do sistema e a importância do cuidado integral.

A vivência proporcionada pelo VER-SUS reafirma a relevância da formação em saúde como processo que ultrapassa a dimensão técnica e se insere na construção de sujeitos comprometidos com a transformação social. De acordo com Ceccílio *et al.* (2011) o trabalho em saúde é atravessado por racionalidades múltiplas e por uma micropolítica que se manifesta nas relações entre profissionais, gestores e usuários, exigindo sensibilidade e capacidade reflexiva.

De modo convergente, Merhy *et al.* (2002) propõe o conceito de “trabalho vivo em ato”, enfatizando que o cuidado se concretiza na interação criativa e singular entre os sujeitos. Essa perspectiva permite compreender o VER-SUS como espaço de aprendizagem ética, política e humana, em que a prática se articula à formação crítica e à defesa do Sistema Único de Saúde. Reconhece-se, contudo, como limitação, o caráter restrito do estudo, desenvolvido a partir de experiências específicas, recomendando-se que pesquisas futuras ampliem o escopo analítico e explorem o impacto dessa iniciativa na consolidação de práticas orientadas pela integralidade e equidade em saúde.

A análise evidenciou que a resiliência é um dos principais aprendizados adquiridos pelos/as estudantes, manifestando-se na capacidade de lidar com

situações adversas, como limitações estruturais, alta demanda de atendimento e desigualdades sociais (Matos; Luiz Eduardo Oliveira; Schott, Márcia; *et al.*, 2021). Os/as participantes relataram que a vivência fortaleceu a tolerância à frustração, a persistência diante de desafios e a adaptação a contextos complexos, competências essenciais para a prática profissional em saúde.

Outro impacto observado refere-se ao compromisso social, evidenciado pelo aumento da consciência crítica em relação às políticas públicas e à equidade no acesso aos serviços de saúde (Santos *et al.*, 2021). O programa promoveu o reconhecimento da importância do SUS e estimulou atitudes de engajamento comunitário, responsabilidade ética e participação ativa na defesa de práticas inclusivas.

Os resultados também apontam para a construção da identidade profissional, favorecida pelo contato com diferentes categorias da saúde e práticas interprofissionais (Souza, 2025). A experiência proporcionou percepção da importância do trabalho colaborativo e da intersetorialidade, mostrando que a efetividade do cuidado depende da articulação entre saberes acadêmicos, comunitários e profissionais.

Além disso, a participação no programa estimulou a capacidade reflexiva e autocrítica, promovendo análise das próprias atitudes, decisões e limitações diante de situações complexas (Silva *et al.*, 2024). Esse processo fortaleceu a autonomia e a maturidade dos/as estudantes na tomada de decisões éticas e fundamentadas, alinhadas aos princípios de humanização e integralidade do SUS.

No âmbito da educação em saúde, constatou-se que o VER-SUS vai além da formação teórica, integrando efetivamente aprendizado acadêmico e prática social (Andrade, 2022). A imersão em comunidades e serviços de saúde promove a troca de saberes e o desenvolvimento de práticas contextualizadas, sensíveis às necessidades sociais e capazes de gerar impacto positivo na qualidade do cuidado.

Por fim, os achados indicam que o VER-SUS atua como catalisador de desenvolvimento pessoal e profissional, promovendo competências técnicas,

valores éticos e sociais (Farinha *et al.*, 2023). Os/as participantes desenvolvem resiliência, compromisso social e senso de responsabilidade coletiva, consolidando-se como profissionais críticos/as, engajados/as e preparados/as para atuar em contextos desafiadores, reforçando o papel transformador do programa na formação em saúde e na promoção de práticas socialmente responsáveis.

A análise dos estudos selecionados evidencia que o VER-SUS contribui significativamente para o desenvolvimento de resiliência entre os/as participantes, permitindo-lhes enfrentar desafios complexos presentes na realidade do SUS. As vivências práticas em contextos de vulnerabilidade social e alta demanda assistencial proporcionam a exposição a situações adversas, estimulando a capacidade de adaptação, resolução de problemas e tomada de decisões éticas. Os relatos indicam que tais experiências fortalecem a autonomia, a tolerância à frustração e a persistência, competências essenciais para a atuação profissional em saúde, reforçando a importância de programas de imersão como estratégia pedagógica para a formação crítica e humanizada (Cavalcante *et al.*, 2024).

Paralelamente, a revisão destaca o impacto do VER-SUS no fortalecimento do compromisso social, evidenciado pelo aumento da consciência sobre a equidade, o engajamento comunitário e a valorização das políticas públicas de saúde. Os/as participantes relataram maior compreensão sobre o papel do/a profissional como agente de transformação social, promovendo atitudes éticas, colaborativas e interprofissionais, essenciais para a consolidação do cuidado integral e inclusivo (Cardoso *et al.*, 2021; Farinha *et al.*, 2023; Ceccon *et al.*, 2025). Esses achados reforçam que a integração entre ensino, serviço e comunidade, característica do VER-SUS, contribui não apenas para o desenvolvimento de competências técnicas, mas também para a formação de profissionais críticos, socialmente responsáveis e capazes de atuar de maneira proativa na defesa e fortalecimento do SUS (Santos *et al.*, 2025).

A participação no VER-SUS, em São Luís, Maranhão, possibilitou observar de forma concreta as potencialidades e os desafios do SUS. Ao

vivenciarmos os diferentes níveis de atenção, percebemos que a formação em saúde precisa ultrapassar os limites da sala de aula e inserir os estudantes em realidades diversas, nas quais os princípios de universalidade, integralidade e equidade se materializam. De acordo com Cardoso *et al.* (2021), a educação em saúde deve articular teoria e prática, fortalecendo a formação crítica e o compromisso social com o sistema público.

Entre os elementos mais marcantes, esteve a constatação dos contrastes entre a potência do SUS e as dificuldades enfrentadas na implementação de suas políticas. Nas visitas a comunidades quilombolas, evidenciamos desigualdades no acesso, além de barreiras territoriais e sociais que comprometem o direito constitucional à saúde. Essa realidade remete às análises de Ceccon *et al.* (2025), que enfatiza como a consolidação do SUS é condicionada por desigualdades históricas do Brasil, exigindo políticas específicas de equidade voltadas às populações vulnerabilizadas.

Da mesma forma, a experiência no Complexo Penitenciário de Pedrinhas trouxe reflexões profundas sobre a universalidade do SUS. A observação de práticas de cuidado destinadas às pessoas privadas de liberdade revelou o compromisso ético do sistema, mesmo em contextos de extrema complexidade. Moraes *et al.* (2023), ressalta que a atenção em saúde deve ser orientada pela dignidade humana, independentemente das condições sociais, culturais ou jurídicas em que os sujeitos se encontram. Esse aprendizado ampliou a compreensão coletiva sobre a amplitude dos direitos e o papel humanizador do SUS.

As vivências em serviços de saúde mental e de cuidado ao envelhecimento também se destacaram, ao revelar tanto a criatividade das equipes quanto às limitações estruturais enfrentadas cotidianamente. Segundo Farinha *et al.* (2023), o sistema de saúde necessita de inovação e de processos de trabalho flexíveis para responder às demandas da população. Nesse cenário, a resiliência das equipes em superar obstáculos traduz o compromisso dos trabalhadores com a manutenção do SUS como um sistema vivo e universal.

Outro ponto fundamental foi a realização dos espaços de síntese e reflexão no ambiente da Escola de Saúde Pública. Esses momentos de encontro entre estudantes de diferentes áreas possibilitaram a construção coletiva do conhecimento e a sistematização dos aprendizados. De acordo com Andrade (2022), práticas pedagógicas interprofissionais e dialógicas ampliam a análise crítica, estimulam a empatia e fortalecem o compromisso ético-político dos futuros profissionais. Tais momentos reafirmaram a potência do VER-SUS como experiência formativa ampliada.

As vivências revelaram, ainda, não apenas fragilidades, mas também a capacidade de reinvenção e de resistência do sistema público de saúde. Apesar da sobrecarga dos serviços e das desigualdades sociais, o SUS se mostra capaz de acolher diferentes populações e de adaptar suas práticas. Ressaltam que o SUS é fruto de lutas sociais e políticas, e sua consolidação depende tanto da gestão pública quanto do engajamento social em sua defesa. Dessa forma, torna-se indispensável a formação de profissionais conscientes de seu papel social e comprometidos com os princípios do sistema público de saúde. O VER-SUS, nesse sentido, configura-se como uma estratégia que contribui para o fortalecimento desse compromisso coletivo (Marcos *et al.*, 2025).

Além disso, tornou-se evidente a importância da formação de profissionais sensíveis às realidades sociais e preparados para enfrentar desafios complexos. As experiências vividas demonstraram que a defesa do SUS não se sustenta apenas no discurso acadêmico, mas exige uma postura ativa e engajada. Segundo Matos *et al.* (2021), a saúde é constituída por encontros entre sujeitos e que a qualidade do cuidado está diretamente ligada à valorização das dimensões humanas, relacionais e territoriais do processo de trabalho.

Assim, compreende-se que o VER-SUS é um espaço privilegiado de aprendizado sobre resiliência e compromisso social. O programa não apenas possibilita compreender a estrutura do SUS, mas também evidencia sua potência em contextos adversos, estimulando criticidade, empatia e responsabilidade ética. Os desafios enfrentados tornam-se inspiradores, pois

demonstram que a construção de um sistema de saúde equânime e universal depende da formação e da atuação de profissionais comprometidos com a sua defesa e aprimoramento contínuo (Santos *et al.*, 2021).

Conclusão

O estudo evidencia que o VER-SUS desempenha papel fundamental na formação de profissionais de saúde críticos/as e engajados/as, ao proporcionar experiências práticas que fortalecem a resiliência e o compromisso social. A imersão em diferentes cenários do SUS permite aos participantes vivenciar desafios reais, compreender a complexidade do sistema e desenvolver habilidades de adaptação, reflexão e tomada de decisão ética, contribuindo para a construção de uma prática profissional mais humanizada e socialmente responsável.

Observou-se que a participação no programa favorece a valorização do trabalho interprofissional e da responsabilidade coletiva, reforçando a importância do engajamento com políticas públicas de saúde e com a comunidade. Os aprendizados obtidos vão além do conhecimento técnico, incluindo o fortalecimento de competências socioemocionais, capacidade de enfrentar adversidades e promoção de práticas inclusivas, aspectos essenciais para a consolidação de um cuidado integral e equitativo.

Por fim, a revisão indica que o VER-SUS representa uma estratégia educativa transformadora, capaz de inspirar mudanças tanto na trajetória acadêmica quanto na atuação profissional das pessoas participantes. Ao integrar teoria, prática e experiência social, o programa contribui para a formação de profissionais preparados/as para atuar de forma crítica, resiliente e comprometida com os valores do SUS, oferecendo subsídios para futuras políticas de educação em saúde e para o aprimoramento de práticas pedagógicas que fortaleçam a ética, a empatia e o compromisso social no contexto brasileiro.

Referências

- ANDRADE, A. P. M. O papel dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: histórico, avanços e desafios para concretização do direito fundamental ao meio ambiente do trabalho equilibrado. **Revista do Ministério Público de Contas do Estado do Paraná**, Curitiba, v. 9, n. 16, p. 138-156, 2022. Disponível em: <https://revista.mpc.pr.gov.br/index.php/RMPCPR/article/view/114>. Acesso em: 29 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **VER-SUS Brasil**: caderno de textos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf. Acesso em: 4 maio 2026.
- CARDOSO, V. V. *et al.* Integração ensino-serviço-comunidade na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, DF, v. 32, n. 1, 2021. Disponível em: <https://revistaccs.espdf.fepecs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/963>. Acesso em: 29 out. 2025.
- CAVALCANTE, A. S. P. *et al.* As ferramentas formativas acessadas pelo Projeto de Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde a partir da educação interprofissional. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 57, n. 2, 2024. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rmrp/article/view/225126>. Acesso em: 29 out. 2025.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 527-538, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/f5p3dhvpm78wnqQQwVMmvzg/?lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2025.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 162-167.
- CECCON, R. F. *et al.* Entre vivências, residências e conferências: fortalecer a formação na saúde, defender o SUS. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 4952, 2025. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/4952>. Acesso em: 29 out. 2025.
- FRENK, J. *et al.* Desafios e oportunidades para a formação de profissionais de saúde após a pandemia de COVID-19. **The Lancet**, [S. l.], v. 400, n. 10362, p. 1539-1556, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9612849/>. Acesso em: 29 out. 2025.
- FARINHA, A. L. *et al.* Educação interprofissional nas práticas de integração ensino-serviço-comunidade: perspectivas de docentes da área de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 27, e20220212, 2023. Disponível em: <https://eanjournal.org/article/doi/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0212en>. Acesso em: 29 out. 2025.
- GADELHA, C. A. G. Complexo Econômico-Industrial da Saúde: a base econômica e material do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, e00263321, 2022. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8015>. Acesso em: 29 out. 2025.
- GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar revisões

sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 2, p. 335-342, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/TL99XM6YPx3Z4rxn5WmCNCf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2025.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Evidence Implementation Training Program**. Adelaide: JBI, 2022. Disponível em: <https://jbi.global/education/evidence-implementation-training>. Acesso em: 29 out. 2025.

SILVA, J. M. da *et al.* Interiorização do ensino e da extensão universitária: relato de experiência de um projeto para a educação interprofissional e práticas colaborativas. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, v. 24, n. 1, 2025. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/73906>. Acesso em: 29 out. 2025.

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**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 133-150, 2021. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/112630>. Acesso em: 29 out. 2025.

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

MORAIS, C. F.; CORREA, V. O. S.; CRUZ, K. T. Formação para o SUS em disciplinas básicas dos cursos de saúde: uma experiência do PET-Saúde/GraduaSUS. In: **Estudos e escrita científica multidisciplinar em ciências da saúde**. Guarujá: Editora Científica Digital, 2023. p. 121-135.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf. Acesso em: 29 out. 2025.

SANTOS, R. S. et al. Equipes de aprendizagem ativa na educação em saúde: ensino-serviço-comunidade na prevenção da contaminação por Covid-19. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, e210047, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210047>. Acesso em: 29 out. 2025.

SOUZA, M. F. *et al.* Integração entre Conselho Municipal de Saúde e sociedade: desafios e caminhos no âmbito do SUS. **Editora Impacto Científico**, [S. l.], 2025. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/editoraimpacto/article/download/6551/9023>. Acesso em: 29 out. 2025.

SILVA MARIOTO, D. M.; ROCHA, M. G. 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. Disponível em: <https://cpahjournal.com/cpah/article/view/162>. Acesso em: 29 out. 2025.

UM OLHAR SOBRE O TRABALHO COMUNITÁRIO DO GRUPO MULHER MARAVILHA NO CONTEXTO DO SUS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ewerlane Sobral Moreira

Introdução

Participar do Programa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) edição 2025, na cidade de Recife, representou uma experiência de crescimento singular em nosso percurso acadêmico. Sou graduanda em enfermagem no Centro de Educação e Saúde, pela Universidade Federal de Campina Grande (CES/UFCG) localizado no município de Cuité, interior do curimataú paraibano. A cidade conta com aproximadamente 20 mil habitantes e possui sua rede municipal de saúde organizada, sobretudo, pela Atenção Primária.

Nesse cenário, participo do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), edição Equidade, no qual se estabelece uma relação próxima entre universidade, serviços públicos e comunidade. Essa experiência evidencia o impacto da integração entre ensino, serviço e comunidade no desenvolvimento de ações sociais relevantes para a região, além de oportunizar vivências formativas que extrapolam o espaço da sala de aula.

Nesse contexto, o edital da Rede Unida para o Programa Vivência, por meio da chamada nacional para estudantes de diferentes áreas e estados do país,

despertou em mim o desejo de mergulhar nessa experiência. Esse interesse foi movido pela inquietação de compreender, de maneira mais profunda, outras realidades além daquelas já conhecidas, bem como as múltiplas dimensões que atravessam o cuidado e a saúde coletiva.

O VER-SUS, desde a sua criação, formou-se como um espaço formativo que vai além da simples observação dos serviços, propondo uma imersão crítica e dialógica nas práticas de saúde, no território e nas relações sociais que determinam as condições de vida (Souza *et al.*, 2016). Inspirado em concepções freireanas, o programa aposta na pedagogia da vivência, do diálogo e da escuta sensível como caminhos para formar profissionais comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com a transformação social. Como lembra Paulo Freire, “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”, o que traduz com clareza a essência desse processo: a aprendizagem construída coletivamente a partir da realidade (Freire, 2019, p. 72).

Neste relato, busco compartilhar uma das experiências mais marcantes que vivi durante o VER-SUS: o conhecimento do Grupo Mulher Maravilha, coletivo comunitário que atua na defesa, apoio e fortalecimento de mulheres em situação de vulnerabilidade. Mais do que apresentar o grupo em si, o objetivo deste texto é dar visibilidade à potência do seu trabalho e refletir sobre a importância de articular a saúde com outros espaços sociais, culturais e comunitários que, muitas vezes, ultrapassam os limites institucionais do SUS, mas dialogam diretamente com seus princípios de integralidade, equidade e participação social.

Metodologia

Este trabalho consiste em um relato de experiência construído a partir da prática vivenciada pela autora, em um grupo formado de mulheres, intitulado: Grupo mulher maravilha (GMM), realizado no mês de maio de 2025,

em Recife (PE). Durante o projeto, os acadêmicos tiveram a oportunidade de vivenciar visitas em vários serviços de saúde e em especial, locais com práticas de saúde coletiva em diferentes territórios e contextos sociais.

Dessa maneira, todos os participantes foram divididos em Núcleos Bases (NBs) e, a partir desse agrupamento, foram sorteados os territórios a serem visitados. Essa estratégia possibilitou a imersão nos espaços, promovendo a compreensão da realidade local, possibilitou a interação com movimentos sociais, organizações comunitárias e perceber como essas organizações promovem saúde e fortalecem o SUS, muitos deles com pouca visibilidade governamental. Durante as visitas, foram realizados registros detalhados das atividades, das interações e das percepções pessoais de cada um sobre os momentos vividos, bem como a participação em oficinas, rodas de conversas e atividades culturais, respeitando sempre a ética e a privacidade dos participantes.

No caso do Grupo Mulher Maravilha, a metodologia incluiu o acompanhamento de sua história, fundação, suas ações, conversas sobre sua missão e funcionamento, além da observação do impacto das práticas de empoderamento feminino e educação em saúde na comunidade local. Os dados coletados consistiram em anotações feitas no diário de campo, relatos orais dos integrantes do grupo, registros de interações e reflexões críticas elaboradas após a visita. Dessa forma, foi possível construir um relato que integra experiência prática, contexto histórico-social do território e análise crítica sobre a atuação comunitária, evidenciando sua conexão com os princípios do SUS e com a formação em saúde coletiva.

O Programa VER-SUS e sua importância na formação profissional

O Programa VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) surgiu como uma estratégia inovadora de formação, vinculada

à Rede Unida, com o objetivo de aproximar estudantes de diversos cursos da área da saúde na realidade concreta do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos territórios nos quais ele se manifesta (Rede Unida, 2015). Diferente de estágios tradicionais, o programa rompe com a lógica de ensino centrado exclusivamente no espaço acadêmico e clínico, propondo uma imersão em serviços de saúde, organizações comunitárias, movimentos sociais e experiências populares de cuidado (Souza *et al.*, 2016). Essa abordagem possibilita aos participantes a experimentação de novos aprendizados a partir do cotidiano do trabalho e da realidade dos serviços, permitindo compreender que o SUS não se restringe às unidades básicas, hospitais ou políticas institucionais, mas também se concretiza em espaços coletivos, de resistência e de luta pelo direito à saúde.

As vivências proporcionadas pelo VER-SUS constituem em um princípio educativo fundamental, pois buscam colocar o estudante em contato direto com as demandas sociais, políticas e culturais da população, promovendo a reflexão crítica sobre o processo saúde-doença e os determinantes sociais que o atravessam. É nesse campo de trocas que a teoria se encontra com a prática, e a escuta se torna tão essencial quanto o saber técnico. Assim, o programa contribui para a formação de profissionais éticos, críticos e humanizados, capazes de compreender a saúde como resultado de condições dignas de vida, participação cidadã, empoderamento comunitário, cuidado integral e que saúde vai além das instituições em si, podendo surgir de redes sociais coletivas.

A pedagogia freireana, se fazia presente nos momentos de formação que antecedem as vivências no território, busca orientar todo esse processo, reforçando que “é pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática” (Freire, 1996). Nesse sentido, o VER-SUS atua como um espaço transformador, no qual os estudantes revisitam suas concepções, problematizam modelos tradicionais de cuidado e reconhecem a importância da intersetorialidade, da Educação Permanente em Saúde e da participação social na efetivação do SUS.

Além disso, a experiência fortaleceu valores essenciais à prática profissional na saúde coletiva, como solidariedade, empatia e compromisso social. Ao integrar ensino, serviço e comunidade, o programa oferece não apenas aprendizado acadêmico, mas também a vivência de uma prática social que transforma, enriquecendo e consolidando a formação de profissionais preparados para atuar em defesa de um SUS público, universal, equânime e verdadeiramente conectado com as necessidades da população.

Descrição da vivência com o Grupo Mulher Maravilha

Antes de serem apresentados os territórios a serem visitados, os participantes do VER-SUS são divididos em Núcleos Bases (NBs). A partir dessa divisão, são sorteados os locais que cada NB irá conhecer. Quando soube que, entre os espaços destinados ao nosso núcleo, estava o Grupo Mulher Maravilha (GMM), confesso que não tinha ideia do que encontraria. A princípio, o nome despertou-me muita curiosidade e expectativas, mas nada se comparou à força e à resistência que presenciei naquele lugar.

O caminho até o grupo já dizia muito sobre a realidade em que ele estava inserido, composto por morros, ruas estreitas, casas simples, esgoto a céu aberto, uma cena que evidencia, de imediato, a desigualdade social que estrutura as periferias urbanas do Brasil, e contrasta com a imagem de “cartão postal” que é divulgado na mídia. No entanto, ao chegar, encontramos um espaço igualmente simples em sua estrutura física, mas imenso em potência.

Uma casa pequena, onde as atividades do grupo são realizadas, estava tomada por cartazes, fotos e frases de empoderamento, luta e muita militância, como é mostrado alguns exemplos nas imagens: um, dois, três e quatro. Logo na recepção, fomos acolhidos por uma das fundadoras e por algumas mulheres que, com vozes seguras, olhares e posturas firmes, transmitiam uma energia de pertencimento e resistência.

Como forma de quebra-gelo, nos sentamos nas cadeiras em forma de um grande círculo fechado, mostrado na imagem cinco, nos apresentamos e, em seguida, elas iniciaram um canto que logo nos ensinaram e nos convidaram a entoar juntos: “Cajueiro pequenino, carregado de fulô... eu também sou pequenino cajueiro carregado de amor...” e dessa maneira nos sentimos integrados e envolvidos pelo local.

Como uma boa observadora, aquele momento foi profundamente simbólico. Mais do que uma canção, tratava-se de um momento de coletividade, de construção de vínculos e de afeto. A simplicidade do ato de cantar juntos materializou a essência daquele espaço, de união, resistência, força e amor como ferramentas de luta. A conexão foi tamanha que, posteriormente, ao nos reunirmos com os demais participantes do VER-SUS para discutir as vivências nos territórios, replicamos a música como parte de nossa reflexão coletiva para propagar sua história e o que tínhamos vivenciado.

Em nossas conversas com o grupo e uma das fundadoras, ouvimos relatos que resgataram suas histórias, marcada pelo início do grupo durante a ditadura civil-militar. A princípio, eram apenas poucas mulheres que se reuniam em uma igreja local e enquanto tricotavam, aproveitavam o momento para falar de política, refletir sobre suas condições de vida e comunidade na qual viviam, pensar em caminhos de resistências e de mudança para a comunidade local.

Muitas delas tinham maridos presos ou desaparecidos, e ao conseguirem se reunir naquela época era um ato de coragem, já que “ninguém podia se encontrar, ninguém podia conversar” pois poderia demonstrar que seria um ato de rebelião e rebeldia contra o sistema. Aos poucos, expandiram suas ações, reunindo-se nas casas de outras mulheres como forma de resistência. Isso ocorreu porque foram expulsas da igreja e também precisaram deixar outros locais onde se reuniam, até conquistarem um espaço próprio, mesmo em meio a perseguições.

O objetivo do grupo sempre foi claro e elas sempre reforçaram para nós: construir uma consciência crítica, formar mulheres politicamente engajadas e lutar por autonomia. Para isso, o grupo passou a oferecer

vários cursos para a comunidade, como de informática, tricô, costura, culinária e fotografia, não apenas como meios de geração de renda, mas como estratégia de emancipação, para que mulheres não dependessem financeiramente de seus maridos. Durante anos, contaram com apoio financeiro do exterior, no qual estimulava ainda mais o crescimento do grupo, mas que posteriormente as ajudas foram aos poucos sendo cortadas pelo governo da época. Atualmente o grupo enfrenta sérias dificuldades de manutenção, sobrevivendo de doações e do trabalho voluntário das próprias participantes.

Um dos pontos mais importantes para mim foi a identificação da potência do caráter intergeracional do GMM, onde encontramos ali avós, filhas e netas que perpetuam a militância e a luta por direitos. Essa continuidade mostra que o grupo não apenas resiste, mas se reinventa de tantas maneiras para se manterem firmes, formando novas gerações de mulheres conscientes, fortalecidas e engajadas. Atualmente, inclusive, elas relataram que homens também começaram a participar das atividades, reconhecendo que quebrar o ciclo de tantos problemas existentes, especialmente de violência de gênero na comunidade, também exige a participação masculina nos processos de educação, reflexão e quebras de ciclos.

Durante nossa conversa, foi marcante ouvir um relato de acolhimento do GMM: uma mulher que, em situação de violência doméstica, buscou apoio no grupo já à noite. Foi recebida com chá, aconchego, palavras de encorajamento e orientação. Deitaram-na em um colchão no chão para que ela descansasse, conseguiram um transporte e a acompanharam até a delegacia para registrar a denúncia. Essa história materializa o papel do GMM como espaço de cuidado integral, que acolhe, protege e fortalece mulheres em momentos de extrema vulnerabilidade.

Além disso, o grupo também atua na educação em saúde, repassando conhecimentos adquiridos em palestras e encontros para outras mulheres da comunidade, em uma lógica de multiplicação, coletividade e educação

popular. Muitas participantes se tornam agentes de Educação Popular em Saúde, propagadoras de informação e transformação nos territórios. Essa grande rede viva de saberes encabeçados por mulheres ressoa fortemente com o que Paulo Freire defendia: “ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão”.

Questões como violência contra a mulher, abuso infantil, pessoas portadoras de ISTs e HIV foram citadas como grandes problemas enfrentados na comunidade. Frente a isso, o GMM organiza rodas de conversa com adolescentes, forma lideranças comunitárias e promove debates sobre temas que muitas vezes são silenciados no cotidiano das famílias. O encontro com o grupo foi concluído com um lanche preparado pelas próprias mulheres, regado a muitas conversas e reflexões.

A maioria delas, mulheres negras, periféricas, muitas vivendo de trabalho informal ou de programas sociais, transmitiam uma força que parecia nascer da coletividade. Elas falavam da importância de “falar de política”, lembrando que até o choro de um bebê ao nascer é um ato político, pois traz consigo o direito à vida, ao cuidado e à dignidade.

Ao deixar o Grupo Mulher Maravilha, senti-me renovada. Foi como se aquela vivência confirmasse algo que sempre esteve dentro de mim: sou da saúde coletiva, e é nesse campo que quero crescer como profissional. Saí dali defendendo com ainda mais vigor o SUS, e confirmando que é o povo que o fortalece. Também vi a necessidade de fortalecer as redes que se articulam em torno dele, como o GMM, que, com poucos recursos, sem apoio do governo, pouco visibilizado, mas que carrega uma grande potência política e afetiva, resiste e transforma vidas.

Imagem 1, 2, 3, 4. Cartazes expostos no local, Recife (PE), 29 de maio de 2025



Fonte: Acervo pessoal.

Imagem 5. Momento da roda de conversa no GMM, Recife (PE), 29 de maio de 2025.



Fonte: Acervo pessoal.

Reflexões pessoais com o grupo mulher maravilha e sua integração com o SUS

A experiência vivida no Grupo Mulher Maravilha não foi apenas um momento de observação, mas um encontro transformador, que ressignificou minha compreensão sobre o que é saúde e sobre o papel do profissional que escolhe atuar nesse campo. Ali, compreendi de forma ainda mais clara que saúde não se limita a ambulatórios, procedimentos clínicos, diagnósticos e prescrições. Saúde é também afeto, acolhimento, solidariedade e, sobretudo, organizações coletivas.

O que presenciei naquele espaço dialoga diretamente com os princípios que sustentam o Sistema Único de Saúde, especialmente a integralidade, a equidade e a participação social. O Grupo Mulher Maravilha, mesmo sendo uma organização comunitária autônoma, atua em complementaridade ao SUS, alcançando pontos onde a rede pública, muitas vezes, não consegue chegar. É nesse espaço que mulheres encontram acolhimento imediato diante da violência doméstica; que adolescentes têm acesso a informações críticas sobre sexualidade e prevenção; que famílias encontram uma rede de apoio para além dos serviços de saúde tradicionais.

Essa experiência me fez compreender de forma concreta a importância da intersetorialidade na promoção da saúde. O grupo não atua isoladamente: articula questões de gênero, raça, trabalho, educação, política, direitos humanos e cidadania. Essa abordagem multifacetada amplia as possibilidades de cuidado, revelando que falar de saúde é também falar de democracia, de moradia, de renda e de dignidade.

Ao escutar as histórias das mulheres, percebi que o SUS não se constrói apenas nas políticas formuladas em gabinetes ou nos atendimentos realizados nas unidades de saúde. Ele também se tece nas práticas de resistência comunitária, no engajamento popular e na luta por direitos. O GMM é uma expressão viva de um SUS que vai além das paredes institucionais: ele pulsa nos territórios, nas ruas e nas vozes das mulheres que se unem para enfrentar as opressões históricas que marcam suas vidas.

Pessoalmente, saí dessa vivência profundamente fortalecida. Foi como se cada fala e cada gesto das mulheres me lembrassem do porquê escolhi a saúde coletiva como caminho profissional. Senti que meu propósito como futura enfermeira não se limita ao cuidado individualizado, mas à defesa intransigente de um sistema público, universal e inclusivo, capaz de dialogar com os movimentos sociais e de reconhecer a potência dos saberes populares.

A vivência no Grupo Mulher Maravilha me desafiou a refletir criticamente sobre minha própria prática futura: como posso, enquanto profissional de saúde,

ser ponte entre os serviços formais e as iniciativas comunitárias? Como posso contribuir para que o SUS não seja apenas uma política de Estado, mas também uma prática cotidiana de solidariedade e resistência?

Dessa maneira, reafirmo: a vivência no VER-SUS não apenas ampliou meus horizontes, mas confirmou em mim a convicção de que a saúde é, antes de tudo, um direito conquistado na luta, e que cabe a nós, futuros profissionais, defender, fortalecer e ampliar esse projeto coletivo chamado SUS.

Considerações finais

A experiência vivenciada juntamente com o Grupo Mulher Maravilha durante o programa, proporcionou a importância de integrar práticas comunitárias e ações de promoção da saúde à rotina dos territórios. A vivência permitiu observar como estratégias sociais de empoderamento, Educação Popular em Saúde e acolhimento coletivo impactam diretamente a vida de pessoas, especialmente das mulheres e famílias atendidas, promovendo autonomia, fortalecimento de vínculos, acesso e trocas de informações essenciais sobre diversos assuntos.

O encontro com o grupo não apenas possibilitou compreender a dimensão prática da saúde coletiva, mas também reforçou a importância de dar visibilidade a iniciativas comunitárias que resistem e transformam vidas mesmo diante de limitações de recursos. Do ponto de vista acadêmico, a experiência proporcionou a aplicação concreta dos conhecimentos teóricos adquiridos na academia e nos momentos de formação do programa, estimulando o desenvolvimento de habilidades que tanto se é discutido, como a escuta ativa e qualificada, empatia, trabalho em equipe e reflexão crítica sobre a atuação profissional em um território.

Essa vivência reforça que programas como o VER-SUS e ações comunitárias como as realizadas pelo Grupo Mulher Maravilha são fundamentais para a formação de profissionais mais sensíveis e humanos,

conscientes e preparados para atuar na promoção da saúde e na defesa de um SUS para todos, universal e equânime. A continuidade e ampliação de iniciativas desse tipo têm o potencial de gerar impactos duradouros, tanto na comunidade atendida quanto na consolidação de uma prática profissional comprometida com a transformação social.

Referências

AMARAL, V. F. do *et al.* Mobilizando estudantes em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): experiências interprofissionais do VER-SUS – Sobral, CE, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1787-1797, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22suppl2/1787-1797/pt/>. Acesso em: 21 ago. 2025.

DE SOUSA, F. S. Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde na formação em Odontologia: um relato de experiência. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 14, n. 4, p. 130-143, 2020. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2758>. Acesso em: 21 ago. 2025.

FERLA, A. A.; MARANHÃO, T.; PINTO, H. A. (org.). **Vivências e estágios como dispositivos da aprendizagem**: refletindo sobre o VER-SUS. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 32. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GOMES, R. Educação popular em saúde: fundamentos e práticas. São Paulo: Hucitec, 2015. Observação: não localizei link confiável para esta referência com esses dados exatos.

LEAL, A. A.; DIAS, G. R. VER-SUS como ferramenta de formação profissional diferenciada: um relato de experiência. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 13., 2018, Manaus. **Anais [...]**. Porto Alegre: Rede Unida, 2018. Disponível em: <https://www.redeunida.org.br/en/evento/5/menu/anais/?title=VER-SUS>. Acesso em: 21 ago. 2025.

REDE UNIDA. **Educação popular e transformação em saúde**: experiências e reflexões. Brasília, DF: Rede Unida, 2015.

RIBEIRO, M. A. *et al.* Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) como agente promotor de mudanças na formação de graduação e nas práticas profissionais. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 109-119, 2016. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3687>. Acesso em: 21 ago. 2025.

SANTOS, M. A. *et al.* Projeto VER-SUS/Brasil no estado do Tocantins: protagonismo estudantil em defesa do SUS, da democracia e dos direitos sociais. **Expressa Extensão**, Pelotas, v. 22, n. 1, p. 22-33, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/expressaextensao/article/view/11004>. Acesso em: 21 ago. 2025.

SAÚDE E INTERCULTURALIDADE NA AMAZÔNIA: VIVÊNCIAS, RODAS DE CONVERSA, OFICINAS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DO SUS

**Antônio Ferreira dos Santos
Anderson Ferreira da Rocha
Brenda Campelo da Silva
Hávilla Clycia Oliveira Siqueira Figueira
Luís Fernando dos Santos Mendes**

Introdução

As experiências de inserção e imersão em territórios tradicionais do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo na região amazônica, configurou-se em espaços singulares de aprendizagem e produção de saberes, na medida em que articulam formação acadêmica, práticas de cuidado, intercâmbio cultural e experiências populares. O projeto VER-SUS, realizado no estado do Pará 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 Pan-Americana da Saúde (OPAS), possibilitou a nós estudantes, residentes e profissionais de saúde o contato direto com comunidades tradicionais, populações ribeirinhas, quilombolas, indígenas e movimentos sociais, ampliando a compreensão sobre os determinantes sociais e culturais que perpassam o processo saúde-doença. Nesse contexto, a vivência se consolidou

como uma estratégia de educação político-pedagógica, ao proporcionar um olhar crítico, integral e humanizado sobre a realidade local, em consonância com os princípios do SUS (Paim, 2018).

Um dos aspectos mais relevantes desse processo foi a aproximação com a dimensão da saúde e interculturalidade, na qual o cuidado em saúde transcende práticas biomédicas e incorpora valores, crenças e práticas tradicionais das comunidades amazônicas. A convivência com saberes populares, como o uso de plantas medicinais, rituais espirituais e práticas de cura comunitária, revelou a potência do diálogo entre ciência e cultura. Esse encontro intercultural evidenciou que o cuidado só se efetiva plenamente quando respeita a diversidade e a identidade dos sujeitos envolvidos, conforme destaca Oliveria (2025), ao apontarem que a interculturalidade é um caminho para a construção de políticas públicas de saúde que reconheçam a pluralidade de modos de viver e de cuidar.

Saúde é a capacidade de lutar contra tudo aquilo que nos oprime, são nossos ensinamentos dentro do assentamento Mártires de Abril e Paulo Fonteles. Somos trabalhadores rurais que resistimos em defesa da terra, mesmo que seja com sua própria vida, a saúde também se constrói na resistência coletiva e na afirmação de direitos, cuidar da saúde é, igualmente, lutar contra a fome, a desigualdade e a exclusão⁴.

As vivências possibilitaram identificar meios e fatores, sejam institucionais ou comunitários, para proporcionar um cuidado culturalmente congruente aos fatores que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença e a morte das pessoas de culturas diversas e semelhantes. Essa experiência fortalece os pensamentos teóricos da diversidade e universalidade do cuidado cultural, e proporciona uma imersão nos valores da ancestralidade dos povos e conhecimentos tradicionais que são evidentes na Região Norte.

Nesse sentido, o fortalecimento do SUS mostrou-se diretamente relacionado à valorização do território e à capacidade de integração entre

⁴ Roda de Conversa: Saúde é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime. Presidente da Associação MST.

diferentes formas de conhecimento. Durante a vivência, foi possível observar como as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) enfrentam desafios logísticos, geográficos e estruturais, mas, ao mesmo tempo, desenvolvem estratégias criativas de cuidado junto às comunidades. A inserção dos participantes nesse cotidiano possibilitou compreender de forma concreta o esforço de consolidação do SUS como política pública universal e integral, especialmente em regiões periféricas da Amazônia, onde o direito à saúde ainda encontra barreiras expressivas (Brasil, 2017).

As experiências vividas também revelaram a potência da rede de cuidados através das populações tradicionais, que se organizam em torno de práticas comunitárias de solidariedade e de resistência. A presença de lideranças comunitárias, parteiras, benzedeiras e outros agentes locais de saúde contribui para o fortalecimento de vínculos e para a construção de redes de apoio. Esse protagonismo das populações tradicionais reafirma que o cuidado em saúde é um processo coletivo, e que o reconhecimento dessas práticas amplia a efetividade das políticas públicas, em consonância com os princípios da equidade e da integralidade (De Araújo *et al.*, 2023).

Ao mesmo tempo, a vivência permitiu refletir sobre o papel da formação em saúde articulada a estratégias político-pedagógicas, ao inserir estudantes e residentes em cenários reais de prática e diálogo intercultural. Esse movimento rompe com modelos tradicionais de ensino fragmentado, ao valorizar a experiência vivida como eixo estruturante da aprendizagem. Inspirados na Educação Popular em Saúde, fundamentada por Paulo Freire, os encontros com as comunidades e as discussões entre os viventes foram marcados por rodas de conversa, oficinas, acolhimentos, visitas técnicas e práticas dialógicas, permitindo a construção coletiva do conhecimento e estimulando uma postura crítica frente às desigualdades sociais (Freire *et al.*, 2014).

Esse processo formativo destacou-se ainda por possibilitar a ressignificação do papel do futuro profissional de saúde, e da Educação Permanente dos residentes, que passam a compreender-se como sujeito

político, corresponsável pelo fortalecimento do SUS e pelo enfrentamento das iniquidades em saúde. Ao vivenciar de perto os desafios enfrentados pelas populações amazônicas, pudemos reconhecer a importância do compromisso ético e social da prática em saúde, conforme defende Ceccim (2004), ao discutir a formação para a integralidade do cuidado, e sua relação com a comunidade.

A narrativa construída a partir dessa vivência evidencia que a formação em saúde não pode estar dissociada da realidade territorial. Ao contrário, deve se constituir como prática que articula ensino, serviço e comunidade, em um processo de mão dupla, no qual tanto os estudantes aprendem com o território quanto o território se beneficia da presença desses sujeitos. Nesse sentido, as Vivências no SUS na Região Norte mostraram-se como experiência inovadora de educação em saúde, ao aproximar mundos distintos e fomentar práticas pedagógicas transformadoras.

Do ponto de vista metodológico, não buscamos relatar apenas a generalização dos achados, mas sim dar visibilidade a um processo formativo que se fundamenta no encontro, na escuta e na construção coletiva do conhecimento. A experiência mostrou que a articulação entre teoria e prática só se concretiza quando se reconhece a centralidade do território e da diversidade cultural como componentes indissociáveis da saúde. Assim, cada um dos eixos: interculturalidade, fortalecimento do SUS, populações tradicionais e estratégias político-pedagógicas, emerge como parte de uma mesma teia de saberes e práticas, interligados na vivência.

Por fim, reafirma-se que o VER-SUS-Norte não foi apenas uma atividade de experiência acadêmica ou extensionista, mas sim uma experiência formativa que transformou percepções, ampliou horizontes e fortaleceu o compromisso com a defesa do SUS. A articulação entre cuidado, cultura, território e formação produziu um campo fértil para repensar práticas em saúde e para projetar futuros profissionais mais comprometidos com a justiça social e a equidade.

Nesse percurso, a experiência não apenas formou, mas também foi transformada pela força das comunidades amazônicas. Isso mostrou que o SUS

se fortalece e se reinventa no encontro com a diversidade e com a resistência dos povos da floresta. A vivência também proporcionou a imersão em agendas prioritárias do SUS e promoveu mudanças nos modelos de atenção à saúde por meio do pensamento crítico.

O objetivo deste trabalho foi analisar e refletir sobre as contribuições das vivências práticas, rodas de conversa e oficinas desenvolvidas no âmbito do VER-SUS Norte para a promoção da interculturalidade em saúde e para o fortalecimento do SUS na Amazônia. A análise parte da inserção de estudantes, residentes e profissionais de saúde em territórios de populações tradicionais, valorizando o diálogo entre saberes científicos e populares, a formação político-pedagógica e o compromisso ético-social com a equidade e a integralidade do cuidado.

Saúde e interculturalidade

A discussão sobre saúde e interculturalidade na Amazônia emerge como fundamental diante da diversidade cultural, social e territorial que caracteriza a região. O conceito vai além da mera convivência entre culturas, propondo a construção de práticas de cuidado que dialoguem com os saberes tradicionais, respeitem cosmologias próprias e promovam relações horizontais entre profissionais de saúde e comunidades. Nesse sentido, a interculturalidade se diferencia da noção de “competência cultural” por não se limitar à adaptação do serviço às diferenças, mas por buscar um encontro crítico de saberes, questionando desigualdades históricas e reconhecendo as populações tradicionais como protagonistas do cuidado (Muller, 2023; Miranda *et al.*, 2024).

A experiência nas comunidades tradicionais em Belém (PA) por meio do VER-SUS Norte trouxe à tona a necessidade de compreender a saúde como um processo intercultural. Durante a abertura em conversa com representantes de quilombolas e povos indígenas, tornou-se evidente que os cuidados em

saúde nessas populações não podem ser reduzidos a práticas biomédicas. O uso de plantas medicinais, benzimentos e rituais espirituais expressam saberes que atravessam gerações e se sustentam como patrimônio cultural e forma de cuidado integral.

De acordo com Dias Scopel (2024), a interculturalidade representa um caminho para a efetivação de políticas públicas que respeitem a pluralidade de modos de viver, valorizando os sujeitos e suas tradições. Na prática da vivência, percebia-se que o diálogo respeitoso entre o saber científico e os conhecimentos tradicionais ampliava a compreensão do cuidado e fortalecia vínculos com as comunidades.

Essa convivência também expôs as tensões e desafios relacionados ao reconhecimento institucional desses saberes, muitos profissionais da saúde ainda apresentam resistência em integrar práticas tradicionais ao cotidiano da atenção, o que pode gerar barreiras no acesso das populações indígenas e quilombolas aos serviços. Contudo, o próprio Ministério da Saúde, com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e os avanços recentes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), tem buscado ampliar a inserção de práticas populares e tradicionais no SUS (Brasil, 2015). Nas visitas às UBS em Belém e nas comunidades ribeirinhas, observou-se que essa integração é mais eficaz quando há diálogo entre profissionais e lideranças comunitárias, configurando o cuidado como prática compartilhada, o que infelizmente só foi possível observar na Unidade Básica de Saúde Ribeirinha da Comunidade da Ilha do Combú⁵.

As rodas de conversa revelaram que saúde, para essas comunidades, não se restringe à ausência de doenças, mas à possibilidade de manter a vida em harmonia com a natureza, com a terra e com a coletividade. Ao vivenciar esse encontro intercultural, fomos convidados a repensar a própria prática profissional, deslocando-se de uma postura vertical para uma atitude dialógica, em consonância com a perspectiva de Educação Popular em Saúde.

⁵ A Ilha do Combú está localizada em frente a Belém (PA), no rio Guamá. A comunidade local ribeirinha, tem cerca de 1.500 habitantes, vive do extrativismo, especialmente do açaí, e do artesanato.

A perspectiva intercultural das vistas nas vivências também esteve presente no contato com a Associação de Mulheres Extrativistas, na comunidade do Combú. Ali, as mulheres relataram como as práticas extrativistas da produção do azeite de andiroba, a preservação ambiental e a produção coletiva se conectam com a economia, saúde e a qualidade de vida. Para elas, saúde é poder viver de forma sustentável, garantindo alimento, renda e dignidade. Essa experiência revelou que o cuidado em saúde precisa dialogar com as condições ambientais, emocionais e econômicas, reforçando que saúde e território são dimensões indissociáveis, uma visão que amplia a prática em saúde e traz para o centro da discussão os determinantes sociais e ambientais.

Entre tantas vivências, a que mais me marcou foi a visita à Ilha do Combú. Como tocantinense, eu não tinha dimensão de como é desafiador levar saúde em um território de difícil acesso. A travessia de embarcação até a comunidade já trazia consigo a sensação de atravessar também realidades diferentes, onde o cuidado em saúde exige não apenas técnica, mas sensibilidade e entrega. Fomos recebidos com carinho por uma enfermeira, cujo acolhimento me fez enxergar a força do vínculo e da humanização no cuidado. No mesmo dia, a comunidade vivia o luto pelo falecimento de um morador que havia doado o terreno para a construção da UBS, gesto que simboliza o quanto a saúde se constrói a muitas mãos e com muito afeto. Essa experiência, ao mesmo tempo delicada e transformadora, permanecerá comigo como lembrança de que o cuidado vai além das barreiras geográficas e se firma no encontro genuíno entre pessoas⁶.

Outro aspecto importante foi a valorização das práticas culturais como estratégias de promoção da saúde. A oficina de percussão do projeto Pandeiro Livre, por exemplo, demonstrou como a arte pode ser ferramenta de cuidado coletivo, fortalecendo a identidade cultural e proporcionando bem-estar físico e emocional, além disso a música e a expressão corporal funcionaram como dispositivos terapêuticos, integrando a dimensão cultural à dimensão do cuidado.⁷

⁶ Relato da vivente Hávilla Clycia, Residente em Saúde da Família e Comunidade da Universidade de Gurupi.

⁷ O Projeto Pandeiro Livre leva arte e educação pelos bairros de Belém por meio de instrumentos de Percussão Popular.

A presença em territórios quilombolas e indígenas também explicitou a importância da escuta qualificada e da empatia na prática profissional. O simples gesto de ouvir relatos de violências históricas, discriminação e exclusão foi transformador, tanto para os viventes quanto para os moradores locais. A interculturalidade, nesse contexto, não é apenas reconhecer o outro, mas criar pontes de diálogo, valorizar suas narrativas e construir práticas conjuntas. Esse processo de escuta e reconhecimento é parte essencial da humanização do cuidado, um dos eixos da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004).

Durante a visita ao assentamento Mártires de Abril e Paulo Fonteles, evidenciou-se uma concepção ampliada de saúde compreendida como resistência frente às múltiplas formas de opressão social, ou seja: saúde é resistir contra tudo aquilo que nos oprime. Para os trabalhadores rurais, a luta pela terra, pela soberania alimentar e pela justiça social constitui-se, simultaneamente, como uma luta pela saúde, uma vez que essas dimensões incidem diretamente sobre as condições de vida, o trabalho, a autonomia coletiva e o acesso a direitos fundamentais. Essa compreensão dialoga com abordagens contemporâneas da determinação social da saúde, que compreendem o processo saúde-doença como resultado de relações sociais desiguais, atravessadas por fatores políticos, econômicos, ambientais e culturais, especialmente em contextos de vulnerabilização histórica, como os territórios rurais e amazônicos, assim como pensamentos clássicos como as obras freirianas (Freire, 2014; Buss, 2021; Paim, 2023).

Nesse sentido, a interculturalidade revelou-se não apenas como um referencial teórico, mas como uma prática concreta no cotidiano das vivências, evidenciando que o cuidado integral em saúde somente se efetiva quando reconhece a complexidade cultural, histórica e simbólica dos sujeitos e dos territórios. As experiências vivenciadas demonstraram que a saúde se constrói fundamentalmente nas relações estabelecidas entre pessoas, comunidades, saberes e modos de vida, reafirmando o cuidado como um processo relacional, dialógico e territorializado. Tal perspectiva amplia os horizontes das práticas

profissionais ao desafiar trabalhadores e gestores da saúde a articularem saberes técnico-científicos com conhecimentos populares e tradicionais, reconhecendo a coexistência de dimensões universais e singulares, globais e locais, na produção do cuidado em saúde (Oliveira *et al.*, 2024; Brasil, 2021).

Vivências no processo de fortalecimento do SUS

As vivências no Pará permitiram observar de perto os desafios e potencialidades no fortalecimento do SUS em territórios amazônicos. Durante as visitas técnicas à Unidade Básica de Saúde (UBS) em Belém e no Combú, constatou-se que o SUS se reinventa diariamente para superar barreiras logísticas e estruturais. Profissionais de saúde, muitas vezes com recursos limitados, criam estratégias criativas de cuidado, integrando práticas locais e fortalecendo vínculos comunitários. Essa experiência mostrou que o fortalecimento do SUS depende não apenas de financiamento, mas também da valorização do trabalho em equipe e do diálogo entre profissionais e comunidades, como defende Pereira (2024).

A participação no projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde possibilitou a imersão em um território de saúde marcado pela diversidade cultural, pelas dificuldades de acesso e pela riqueza de experiências coletivas. Ao acompanhar o cotidiano de uma unidade de APS, foi possível vivenciar de forma prática o trabalho em equipe, o acolhimento dos usuários e os desafios da gestão local. Essa experiência se configurou como um espaço pedagógico que articula teoria, prática e reflexão crítica, contribuindo para a formação ampliada e engajada dos viventes.

Um dos elementos mais marcantes nesse processo foi perceber o papel da APS como coordenadora do cuidado e coordenadora das redes. No contato com as equipes das UBS, destacou-se a importância do vínculo longitudinal e da escuta qualificada como ferramentas essenciais para a integralidade.

Entretanto, também foi possível observar a sobrecarga das equipes diante da alta demanda e das dificuldades de infraestrutura. Ficou evidente que as situações do cotidiano, como a organização das consultas, a relação entre profissionais e usuários e a participação em reuniões de equipe, eram potenciais disparadores para o aprendizado coletivo. A cada atividade surgiam novas discussões que iam além do conteúdo técnico, abrangendo questões políticas, sociais e éticas do cuidado em saúde.

Essa metodologia ativa de aprendizagem, centrada no diálogo e na problematização, reforçou o papel da Educação Permanente como ferramenta para transformar tanto a prática profissional quanto a realidade dos serviços, outro aspecto marcante foi a integração ensino-serviço-comunidade, em atividades como visitas domiciliares e rodas de conversa em escolas e associações comunitárias, tornou-se visível a potência do trabalho interprofissional e da articulação entre diferentes áreas do conhecimento. Essa aproximação permitiu compreender que a formação em saúde precisa estar vinculada às necessidades reais da população, estimulando a construção de práticas colaborativas e participativas.

A visita ao CAPS AD também revelou a importância da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como espaço de resistência frente às tendências de retrocesso no campo da saúde mental. O diálogo com profissionais e usuários mostrou que o cuidado em liberdade, pautado nos princípios da Reforma Psiquiátrica, continua sendo desafiado por discursos de medicalização e internação. Nesse contexto, o fortalecimento do SUS passa pela defesa intransigente da RAPS como política pública de cuidado integral e comunitário, conforme reafirmado na Conferência Nacional de Saúde Mental de 2022 (CNS, 2022).

A vivência também foi atravessada pela presença da Educação Popular em Saúde, seja nas conversas com usuários sobre seus saberes tradicionais de cuidado, seja na participação em grupos comunitários que discutiam saúde, território e direitos sociais. Essa troca de conhecimentos reforçou a

percepção de que o SUS se constrói no diálogo entre saber científico e popular e que fortalecê-lo passa necessariamente pela valorização dos sujeitos e suas experiências de vida.

Um dos momentos mais significativos ocorreu na interação com populações em situação de vulnerabilidade social, especialmente em áreas periféricas e rurais, nessas localidades, a precariedade de acesso ao transporte, a falta de saneamento básico e a escassez de recursos estruturais escancararam a importância de políticas públicas intersetoriais. Ao mesmo tempo, essas experiências mostraram a força das redes comunitárias de apoio e a criatividade dos profissionais em construir soluções coletivas.

As vivências também mostraram que o fortalecimento do SUS exige inovação pedagógica. A integração entre ensino, serviço e comunidade, como vivida no projeto VER-SUS, reforça a necessidade de uma formação que prepare profissionais para atuar em cenários complexos e multiculturais. Essa formação precisa estar ancorada na educação interprofissional, na prática colaborativa e na construção de competências críticas e reflexivas (Ceccim, 2021). Desse modo, a vivência evidenciou que o fortalecimento do SUS passa necessariamente pela transformação da formação em saúde.

As vivências também revelaram os limites estruturais que ameaçam o fortalecimento do SUS. Dificuldades de acesso a serviços, falta de profissionais especializados e desigualdades regionais continuam sendo desafios centrais, especialmente na Amazônia. Contudo, os encontros com comunidades e serviços mostraram que, mesmo diante das adversidades, o SUS é capaz de se reinventar, fortalecendo-se a partir da criatividade, da solidariedade e da participação popular. Essa resiliência é o que garante a continuidade do sistema como patrimônio da sociedade brasileira.

Apesar dos impactos positivos, o processo também revelou desafios significativos, como a descontinuidade das políticas de incentivo às vivências, a sobrecarga das equipes e a dificuldade de manter um acompanhamento longitudinal das ações. Ainda assim, a experiência mostrou que as vivências

constituem um dispositivo potente de mobilização social e política, ao fomentar a formação crítica e o engajamento dos estudantes na defesa de um SUS público, universal e de qualidade.

Portanto, vivenciar o SUS no Pará foi compreender que seu fortalecimento depende da soma de esforços: dos profissionais de saúde que atuam em condições adversas, das comunidades que resistem e constroem redes de apoio, dos movimentos sociais que lutam por direitos e das políticas públicas que precisam ser constantemente defendidas.

O fortalecimento do SUS é um processo em construção, que exige vigilância, participação social e compromisso ético-político permanente.

Rede de cuidados através das populações tradicionais

De acordo com Dias (2021), os povos e comunidades tradicionais preservam saberes ancestrais sobre plantas e ervas medicinais que, além de constituírem práticas terapêuticas, fortalecem laços de solidariedade e de cuidado coletivo. Esses conhecimentos, transmitidos oralmente entre gerações, resistem à desvalorização imposta pela ciência hegemônica e pela indústria farmacêutica, configurando-se como alternativas de cura que articulam respeito à natureza e reciprocidade comunitária.

A rede de cuidado construída a partir das populações tradicionais revela uma dimensão ampliada do conceito de saúde, que não se restringe ao corpo biológico, mas integra espiritualidade, ancestralidade e relações de solidariedade comunitária. Essas práticas, mesmo historicamente desvalorizadas pela ciência oficial e pela indústria farmacêutica, resistem enquanto alternativas terapêuticas que unem respeito à natureza e reciprocidade social.

Esse caráter comunitário também se expressa em experiências urbanas contemporâneas, como a Rede de Cuidados entre Mulheres “Viver é Urgente!”. Durante a pandemia, o coletivo articulou ações que uniram o atendimento das

necessidades básicas de sobrevivência com práticas tradicionais de cuidado, promovendo espaços de escuta, autocuidado e fortalecimento emocional. Nesse processo, ficou evidente que a saúde é também construída por meio do acolhimento afetivo e da valorização dos saberes populares, especialmente em contextos de crise social e sanitária (D'Almeida *et al.*, 2024).

Nas comunidades quilombolas, essa rede de cuidado se organiza em múltiplas dimensões. Gomes *et al.* (2024) destacam que a atenção em saúde é estruturada pelo subsistema popular, baseado no uso de chás, garrafadas e remédios caseiros; pelo subsistema familiar, que garante a transmissão de conhecimentos intergeracionais; e pelo subsistema profissional, representado pelos serviços do SUS. Apesar da reconhecida complementaridade entre os saberes tradicionais e os serviços formais de saúde, persistem barreiras estruturais que comprometem a efetivação da integralidade do cuidado, entre as quais se destacam o racismo institucional e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

O racismo institucional manifesta-se de forma velada e sistemática nas práticas, rotinas e organizações dos serviços, produzindo desigualdades no acolhimento, na escuta qualificada e na oferta de cuidados, especialmente para populações historicamente marginalizadas. Conforme analisa Werneck (2016), esse fenômeno opera como um determinante social da saúde, ao limitar o acesso oportuno, a qualidade da atenção e o reconhecimento das especificidades culturais e territoriais dos sujeitos, contribuindo para a reprodução de iniquidades em saúde. Dessa forma, a superação dessas barreiras exige não apenas a ampliação da cobertura dos serviços, mas também a incorporação de uma perspectiva antirracista, intercultural e comprometida com a equidade, condição fundamental para a consolidação de práticas de cuidado verdadeiramente integrais no âmbito do SUS.

Assim, tanto entre povos originários e quilombolas quanto em redes urbanas de mulheres, o cuidado em saúde emerge como prática de resistência e de fortalecimento comunitário. Ao unir dimensões materiais, espirituais e

afetivas, essas experiências reafirmam que saúde não é apenas ausência de doença, mas sim um processo coletivo de viver, conviver e resistir com base na ancestralidade e nos vínculos sociais (Dias, 2021; D’Almeida *et al.*, 2024; Gomes *et al.*, 2024).

A participação no programa Vivências no SUS me levou a um encontro profundo com formas de viver, cuidar e resistir que muitas vezes permanecem invisíveis à lógica da medicina institucional. Em um dos momentos mais marcantes da experiência, na minha concepção, foi quando visitamos uma comunidade quilombola, onde fui acolhida com palavras, olhares, histórias, plantas e práticas que desafiam a linearidade do saber médico/farmacêutico. A primeira casa que visitamos foi a de Tia Querida, uma senhora de 90 anos que imediatamente me fez rever o que entendo por “experiência”. Sentada na varanda, com seus olhos azuis serenos, ela nos recebeu como quem oferece um pedaço de mundo. Seu corpo é arquivo. Sua fala, herança. Ela contou que foi ensinada a rezar desde muito pequena, que viu muitos partos e mortes, que conheceu a dor e aprendeu a cuidar com o que a natureza oferecia: folhas, raízes, fé e tempo. Seu olhar doce era também firme quando dizia: “Quando não tem remédio, a gente vai pro mato”⁸.

Como observam Souza e Paulino (2022), o saber etnobotânico está profundamente ligado à história e ao modo de vida comunitário, sendo perpetuado por meio da convivência entre parentes, vizinhos e compadres. Mais do que práticas empíricas, o uso das plantas envolve também crenças espirituais e místicas, que reforçam sua eficácia simbólica e terapêutica, compondo um importante recurso de saúde diante das dificuldades de acesso aos serviços médicos formais (Souza, 2022).

Na Amazônia, a biodiversidade regional favorece a ampla utilização da flora local para fins terapêuticos. Comunidades quilombolas, ribeirinhas e indígenas recorrem a chás, garrafadas e banhos de ervas para o tratamento de enfermidades comuns, como dores no estômago, inflamações e infecções. Um inventário realizado na comunidade quilombola de Arapucu (Óbidos-

8 Relato da vivente Brenda Campelo, Graduada em Farmácia UFPA.

PA) identificou 58 espécies medicinais de 31 famílias botânicas, sendo arruda, capim-santo, hortelã, boldo e caapeba entre as mais citadas. O preparo em forma de chá foi o método preferido, tanto pela praticidade quanto pela tradição, revelando a força cultural do hábito de cultivar e compartilhar plantas medicinais dentro da comunidade (Souza, 2022).

Esses usos tradicionais também assumem relevância no cuidado feminino e na atenção à saúde coletiva. De acordo com Costa et al. (2023), em comunidades amazônicas as plantas não são apenas remédios, mas também símbolos de resistência cultural e de práticas de cuidado interligadas ao cotidiano das mulheres, que acumulam o papel de guardiãs do conhecimento fitoterápico. Assim, o preparo de chás, emplastros e banhos vai além da dimensão curativa, atuando como prática social e educativa, transmitida em rodas de conversa e experiências comunitárias (De Araújo *et al.*, 2023).

Nessa mesma perspectiva, Pereira *et al.* (2023) ressalta que os quintais agroflorestais e as hortas caseiras funcionam como espaços de preservação da biodiversidade e de transmissão de saberes. Neles, cada planta possui um valor terapêutico associado a histórias familiares e a experiências de cura, consolidando-se como patrimônio imaterial das populações amazônicas. Essa prática fortalece a autonomia das comunidades frente às dificuldades de acesso ao sistema de saúde, além de promover uma relação de respeito e reciprocidade com a natureza (Pereira *et al.*, 2023).

Conhecemos seu Pedro, que já foi benzedeiro, e sua irmã, dona Eredina, de 85 anos, uma importante erveira da região. Eles compartilharam algumas de suas práticas: casca de cajá com limão ou mel para febre; raiz do açaí (especialmente da ponta vermelha) para diarreia; guaraná e folhas de árvore para infecção urinária; além de uma mistura de sálvia do Marajó, mostrinhos, alecrim, jurubeba e conhaque, tomada diariamente para evitar dores e complicações na gravidez. “Assim tive meus 13 filhos”, disse ela. Essa visita à casa de dona Eredina me fez voltar no tempo e lembrar de quando eu era criança e ia à casa da minha avó, quando eu pegava um livro de remédios com plantas medicinais que ela guardava com carinho, e relia quase todos os dias,

admirando e sonhando em ser como ela, alguém que tinha remédio para quase tudo. Eu me perguntava: “como ela sabia de tudo isso?”. É lindo, e até hoje acho lindo. Hoje tenho um olhar mais científico, mas ainda luto para que esse saber nunca se perca.

O contato com os moradores mostrou que o conhecimento sobre as plantas não é apenas um recurso de cura, mas também um elo comunitário: vizinhos compartilham mudas, folhas e receitas caseiras, fortalecendo vínculos sociais e a sensação de pertencimento. Essa convivência revelou como o cuidado em saúde, em Mosqueiro, vai além da clínica e alcança dimensões culturais, afetivas e espirituais.

Assim, foi possível compreender que a valorização dos saberes tradicionais amplia a rede de cuidado do SUS, promovendo um encontro entre ciência e ancestralidade. Integrar práticas populares ao cuidado oficial não significa substituí-lo, mas reconhecê-lo como parte legítima da realidade das comunidades. Dessa forma, o respeito e o diálogo entre esses saberes permitem construir uma atenção em saúde mais integral, humanizada e culturalmente sensível, fortalecendo a autonomia das populações tradicionais e sua relação com a natureza.

O SUS articulado com estratégias políticas-pedagógicas no processo formativo e profissional

A vivência no Pará mostrou que o SUS só pode ser fortalecido se estiver articulado com estratégias político-pedagógicas capazes de transformar a formação em saúde, e isso foi possível no projeto VER-SUS, ao propor a imersão em territórios e serviços, revelou-se como potente estratégia de ensino-aprendizagem, permitindo que estudantes vivenciassem a complexidade da realidade amazônica. Essa experiência defende a educação como prática de liberdade e como construção coletiva do conhecimento. No contexto da saúde,

isso significa formar profissionais críticos, comprometidos com a equidade e com a defesa do SUS.

Durante a vivência, os momentos de reflexão coletiva após as visitas e oficinas mostraram-se fundamentais para o aprendizado. O espaço de partilha de experiências e sentimentos permitiu ressignificar vivências, integrar teoria e prática e construir saberes coletivos. Essa metodologia é coerente com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos da área da saúde, que enfatizam a importância da formação crítica, reflexiva e voltada às necessidades sociais (Brasil, 2022). Assim, as estratégias político-pedagógicas vivenciadas reafirmaram a necessidade de metodologias ativas e participativas no processo formativo.

As oficinas culturais, como a de percussão no projeto Pandeiro Livre, também se mostraram espaços pedagógicos potentes. Ao articular arte, cultura e saúde, essas atividades possibilitaram uma formação ampliada, em que os estudantes puderam vivenciar a saúde para além da dimensão biomédica. Essa perspectiva dialoga com a ideia de integralidade e com o conceito de educação interprofissional, que propõe a construção de competências colaborativas e a valorização da diversidade de saberes (Ceccim, 2021).

O contato com movimentos sociais, como o MST e o movimento antimanicomial, também foi profundamente pedagógico. Ao ouvir relatos de luta e resistência, os estudantes foram confrontados com realidades históricas de exclusão e violência, mas também com a potência da organização coletiva. Essas experiências mostraram que a formação em saúde não pode se restringir às salas de aula, mas precisa estar enraizada nos territórios e nas lutas sociais. Essa concepção é coerente com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), que reforça o protagonismo popular como estratégia pedagógica (Brasil, 2022).

As visitas às UBS e aos CAPS mostraram a importância de integrar o ensino ao serviço, promovendo a aproximação entre universidade e comunidade. Essa articulação é defendida pela Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde (PNEPS), que propõe a formação em serviço como eixo estruturante do SUS (Brasil, 2022). A vivência permitiu observar como o trabalho em saúde é atravessado por desafios cotidianos, estimulando os estudantes a refletirem sobre soluções criativas e sobre o papel da equipe multiprofissional.

Outro aspecto relevante foi a interdisciplinaridade. Ao reunir estudantes de diferentes cursos, a vivência permitiu trocas de saberes e práticas, estimulando a construção coletiva do cuidado. Essa abordagem interdisciplinar é fundamental para enfrentar os desafios complexos da saúde, especialmente em contextos amazônicos, onde questões ambientais, sociais e culturais se entrelaçam.

A experiência mostrou que o processo formativo precisa superar o modelo fragmentado e estimular a prática colaborativa. A reflexão coletiva realizada ao final das atividades reforçou a importância de uma pedagogia crítica e reflexiva. Mais do que transmitir conteúdos, o processo formativo precisa estimular a análise crítica, a capacidade de problematizar a realidade e o compromisso ético-político com a transformação social.

As vivências também revelaram que estratégias político-pedagógicas precisam ser sensíveis às especificidades culturais e territoriais. A formação em saúde na Amazônia, por exemplo, não pode ignorar a interculturalidade, a biodiversidade e as desigualdades regionais. Incorporar essas dimensões ao processo formativo é essencial para formar profissionais capazes de atuar em contextos diversos, respeitando a pluralidade cultural e garantindo a equidade.

Por fim, a experiência mostrou que a articulação entre SUS e formação em saúde é um caminho de mão dupla. O SUS fortalece-se quando forma profissionais comprometidos, e a formação ganha sentido quando está enraizada na realidade do SUS. As estratégias político-pedagógicas vivenciadas no Pará reafirmaram a potência da educação como prática transformadora, capaz de articular saberes, territórios e sujeitos na construção de um sistema de saúde público, universal e democrático.

Reflexões e considerações

As vivências realizadas evidenciaram que pensar saúde na Amazônia exige ultrapassar abordagens estritamente biomédicas, reconhecendo o cuidado como um processo profundamente vinculado aos territórios, às culturas e às histórias de resistência das populações tradicionais. A inserção em comunidades quilombolas, indígenas, ribeirinhas e em assentamentos como Mártires de Abril e Paulo Fonteles possibilitou compreender a saúde como expressão da luta por dignidade, autonomia, justiça social e preservação da vida, em consonância com uma concepção ampliada de saúde.

Nesse percurso, tornou-se evidente que o fortalecimento do SUS ocorre no encontro com os povos e comunidades tradicionais. A integralidade do cuidado mostrou-se dependente do reconhecimento e da valorização das práticas culturais locais, articuladas de forma dialógica aos saberes técnico-científicos. Essa complementaridade reafirma a interculturalidade como elemento central para a produção do cuidado em contextos amazônicos, ampliando a efetividade das ações em saúde e o vínculo entre serviços e comunidades.

Outro aprendizado central refere-se ao papel da formação em saúde ancorada no território e no SUS. As estratégias político-pedagógicas vivenciadas, como rodas de conversa, oficinas e metodologias ativas, evidenciaram que a aprendizagem se torna mais significativa quando parte da realidade concreta e da reflexão coletiva. O VER-SUS destacou-se, nesse sentido, como uma experiência formativa capaz de produzir sujeitos críticos, sensíveis às desigualdades sociais e comprometidos com a defesa do sistema público de saúde.

Por fim, as vivências reafirmaram que o SUS, apesar dos desafios estruturais, permanece vivo graças à resistência das comunidades, dos movimentos sociais e dos trabalhadores da saúde. Fortalecer o SUS significa fortalecer os territórios, a participação social e uma educação crítica em saúde. Assim, o VER-SUS-Norte configurou-se não apenas como uma atividade

acadêmica, mas como um processo transformador, evidenciando o SUS como um projeto coletivo, democrático e em permanente construção.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 26 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS:** atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 28 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 28 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Política Nacional de Educação Permanente e Educação Popular em Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_educacao_permanente_popular.pdf. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n.º 2, de 17 de outubro de 2022. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de saúde. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 120-121, 17 out. 2022. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=242161-rces002-22&category_slug=outubro-2022-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS):** revisão e atualização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_2reimp.pdf. Acesso em: 12 jan. 2026.

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, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 29 ago. 2025.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/al/>. Acesso

em: 12 jan. 2026.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

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**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Acesso em: 26 ago. 2025.

CNS. **Relatório da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/agosto/confira-o-relatorio-final-da-5a-conferencia-nacional-de-saude-mental-domingos-savio>. Acesso em: 29 ago. 2025.

COSTA, M. de F.; SILVA, J. C.; ALMEIDA, C. S. Saberes tradicionais e o uso de plantas medicinais no cuidado feminino amazônico. **Saúde Coletiva**, v. 84, p. 1-12, 2023. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com>. Acesso em: 29 ago. 2025.

ARAÚJO, J. P. de et al. Saberes e práticas tradicionais de saúde da população amazônica. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 13, n. 84, p. 12220-12235, 2023. Disponível em: <https://www.revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3023>. Acesso em: 26 ago. 2025.

DIAS-SCOPEL, R. **Saúde indígena: abordagens antropológicas e epidemiológicas**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2024. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2024/12/Livro-Saude-Indigena.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2025.

DIAS, J. M. T.; CAETANO, M. do C. S. Saberes ancestrais e saúde: a potência das populações tradicionais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, 2021. Disponível em: <https://www.interface.org.br>. Acesso em: 29 ago. 2025.

D'ALMEIDA, N.; SANTOS, M.; MOURA, C.; COLETIVA CAIANA. Rede de cuidados entre mulheres: viver é urgente: tempos de cura no caos. **Retratos da Escola**, Brasília, DF, v. 18, n. 38, 2024. Disponível em: <https://retratosdaescola.emnuvens.com.br>. Acesso em: 29 ago. 2025.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2014. Disponível em: <https://nepegeo.paginas.ufsc.br/files/2018/11/Pedagogia-da-Autonomia-Paulo-Freire.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2025.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 54. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

GOMES, J. R.; SILVA, A.; MARTINS, P. R. Itinerários terapêuticos em comunidades quilombolas: práticas populares e desafios de acesso ao SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 33, n. 1, 2024. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc>. Acesso em: 29 ago. 2025.

MIRANDA, V. A. M. de; BELIZÁRIO, A. B. Q.; PEREIRA, M. F. Encontro de saberes: interculturalidade crítica e saúde colectiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, e10262024, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2024.v29n12/e10262024/es/>. Acesso em: 28 ago. 2025.

MÜLLER, M. R.; LIMA, R. C.; ORTEGA, F. Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.

32, n. 3, e210731pt, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2023.v32n3/e210731pt/>. Acesso em: 28 ago. 2025.

OLIVEIRA, M. C. de *et al.* Interculturalidade, território e práticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 28, e230198, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/i/2024.v28/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 26 ago. 2025.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): avanços, desafios e perspectivas no pós-pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 307-318, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

PEREIRA, A. L. *et al.* **Participação social, complexidade e formação em saúde**: narrativas dos monitores da 17ª CNS sobre aprendizagens emancipatórias, democráticas e de fazeres profissionais diversos e plurais. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2024.

PEREIRA, A. L.; OLIVEIRA, B. S.; NASCIMENTO, P. H. Quintais agroflorestais e hortas medicinais: espaços de preservação da biodiversidade e transmissão de saberes. **Revista Brasileira de Práticas de Saúde**, v. 14, n. 2, p. 55-70, 2023. Disponível em: <https://revistasbsp.org>. Acesso em: 29 ago. 2025.

SOUZA, B. C. de O. Q. de; PAULINO, I. R. Desenvolvendo hábitos culturais e saberes práticos: plantas medicinais como fonte de saúde coletiva. **Revista de Extensão da Integração Amazônica**, v. 3, n. 1, p. 164-172, 2022. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.ufopa.edu.br/index.php/extensaoaintegracaoamazonica/article/view/2090>. Acesso em: 29 ago. 2025.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5N3ZqYF7CkGJfYq8tV3kQ4m/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

VIVÊNCIAS NO SUS: REFLEXÕES DE UMA CIRURGIÃ-DENTISTA E UMA ESTUDANTE DE ENFERMAGEM SOBRE EQUIDADE E SAÚDE COLETIVA NA AMAZÔNIA

Fabiana Borges Miranda
Stephany Araujo da Silva Lobato

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, representa uma das maiores políticas públicas de saúde do mundo. Baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, garante o direito de todos os cidadãos brasileiros ao acesso à saúde, como dever do Estado (Brasil, 1990; Paim, 2009). Mais do que um sistema de atendimento, o SUS organiza ações de promoção, prevenção e reabilitação em todo o território nacional, articulando-se com os determinantes sociais da saúde e reconhecendo que cada território apresenta necessidades próprias (Brasil, 2000).

A Atenção Primária à Saúde (APS) se caracteriza como porta de entrada prioritária da Rede de Atenção à Saúde (RAS), representando o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde. As RAS constituem uma estratégia do SUS, associada a um conjunto de ações e serviços de saúde que abrangem o cuidado individual, familiar e coletivo, em todos os ciclos de vida. Elas se estabelecem em arranjos organizativos

constituídos por serviços de saúde com variadas configurações tecnológicas e missões assistenciais, articuladas de forma complementar e com base territorial (Brasil, 2017).

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída em 2006 e atualizada em 2017, representa o principal marco normativo do funcionamento da APS no Brasil. A PNAB estabelece diretrizes, princípios e estratégias para a consolidação da APS como coordenadora do cuidado e organizadora das redes de atenção, conforme previsto no SUS. Ademais, essa política regulamenta a atuação das diferentes modalidades de equipes da Atenção Básica, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) indicada como modelo prioritário de organização do cuidado (Brasil, 2017).

A saúde coletiva compreende o cuidado para além do indivíduo, considerando as condições de vida, o contexto social, a cultura e as políticas públicas nas quais a população está inserida. Diante disso, a APS se apresenta como uma estratégia fundamental na promoção da saúde, ao priorizar ações de prevenção, promoção e educação em saúde, além do tratamento, de forma equitativa (Maziero *et al.*, 2020). Do mesmo modo, a equidade está associada ao mecanismo de correção das desigualdades, ao reconhecer que o acesso aos serviços de saúde deve ser direcionado pelas necessidades específicas de cada indivíduo (Carvalho; Silva; Rabello, 2020).

Essa abordagem ganha ainda mais importância em contextos marcados por diversidade sociocultural, como é o caso de Belém, capital do Pará, localizada na região amazônica. A região amazônica caracteriza-se como um extenso território, rico em biodiversidade, fauna, flora e pela pluralidade étnico-cultural, no qual subsistem diversas formas de ocupação que se constroem a partir da relação entre cultura, território e modos de vida amazônicos (Kadri; Freitas, 2021).

Para que os princípios do SUS sejam efetivamente aplicados, especialmente em regiões como a Amazônia, é necessário adaptar as ações e serviços de saúde às particularidades da região, utilizando modelos de

assistência em saúde que levem em consideração a extensão territorial, a densidade populacional e os fluxos de acesso.

Nesse sentido, é essencial que profissionais que já atuam nas Redes de Atenção à Saúde e futuros profissionais de saúde integrem conhecimento teórico à vivência prática, desenvolvendo a capacidade de compreender a realidade dos territórios e das populações que os habitam. Nesse cenário, destaca-se o Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde (Vivências no SUS), realizado em articulação com o projeto Vivências e Estágios no Sistema Único de Saúde (VER-SUS), cujo objetivo é estimular a formação de profissionais para o SUS, comprometidos com seus princípios e diretrizes, capazes de promover transformações na sociedade (Rede Unida, 2021).

O programa, retomado em 2025 no formato piloto para formação de facilitadores, reuniu estudantes e residentes de diferentes cursos da saúde e diferentes estados da Região Norte para uma imersão em diferentes territórios, níveis de atenção e práticas de cuidado. Trata-se de uma experiência formativa que amplia e sensibiliza o olhar sobre o conceito de saúde e fortalece o compromisso com a construção de um SUS mais humano, democrático e resolutivo. Posteriormente, espera-se que os participantes integrem as equipes de trabalhos locais e repliquem a metodologia em seus estados (Ferla *et al.*, 2025).

Diante disso, o texto busca refletir sobre os aprendizados construídos ao longo da imersão proporcionada pelo VER-SUS no sistema público de saúde, além de descrever experiências, vivências e reflexões durante o desenvolvimento do programa na cidade de Belém do Pará e municípios adstritos do estado. Este relato justifica-se pela necessidade de dar visibilidade às diferentes áreas profissionais no contexto das vivências, com destaque para a saúde bucal, que embora reconhecida como parte do cuidado integral, nem sempre é valorizada na atenção à saúde. Dessa forma, o manuscrito contribui para a produção de conhecimento ao problematizar a efetivação da equidade e a inserção das diferentes áreas profissionais no cuidado no SUS, especialmente no contexto amazônico.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, com abordagem descritiva e reflexiva, a partir da perspectiva de duas participantes: uma cirurgiã-dentista e uma estudante de enfermagem.

A vivência ocorreu no estado do Pará, na cidade de Belém, realizada entre os dias 12 e 18 de maio de 2025, envolvendo estudantes e residentes de diferentes áreas da saúde do Tocantins, Pará e Amapá. Essa diversidade favoreceu debates enriquecedores sobre diferenças culturais e regionais, bem como reflexões a respeito da saúde e do senso de pertencimento à Amazônia, a resistência e a força das pessoas que fazem o SUS acontecer todos os dias, mesmo diante de limitações.

A programação incluiu visitas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belém: UBS Guamá, UBS Terra Firme, UBS Telégrafo, UBS Pratinha e UBS Satélite. Além disso, foram realizadas visitas à ilha de mosqueiro, com passagem pelo assentamento Mártires de Abril e Paulo Fonteles do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e UBS do Sucurijuquara, a ilha do Combu, com visita à Associação das Mulheres Extrativistas e a UBS Combu, visita à cidade de Abaetetuba e a UBS Santa Rosa (Maria Eunice Rodrigues Carvalho), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Projeto Brincando de Miriti e visita à Praça da República e ao Theatro da Paz.

Durante a imersão, os participantes estiveram presentes em rodas de conversa, palestras, atividades comunitárias, encontros com trabalhadores e gestores, além de vivenciarem o cotidiano dos serviços em diferentes contextos, como comunidades ribeirinhas, assentamentos e periferias urbanas.

Cenários vivenciados no VER-SUS

O SUS, como sistema público e universal de saúde, fundamenta-se no princípio de garantir cuidado a toda a população brasileira, abrangendo

diferentes contextos e realidades. No município de Belém, a UBS da Ilha do Combu se destaca na assistência à população ribeirinha e como exemplo de compromisso com a Atenção Básica. Na Ilha, o deslocamento é possível apenas por transporte fluvial, o que já evidencia as barreiras geográficas ao acesso à saúde. A comunidade, no entanto, se apoia mutuamente, doando terrenos para a construção da UBS ou emprestando embarcações para garantir o atendimento dos moradores.

Nesse território, a saúde não se limita entre as paredes da unidade, mas se constrói nos laços comunitários e na resiliência dos profissionais que adaptam os cuidados às particularidades ribeirinhas. Durante essa visita, foi possível perceber que, mesmo com as dificuldades de acesso pelos rios, falta de transporte fluvial próprio da unidade de saúde e com as constantes quedas de energia na ilha, os profissionais seguem comprometidos em oferecer um atendimento de qualidade à população.

Enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde desempenham atividades que abrangem tanto a dimensão técnico-assistencial, relacionada a conhecimentos e procedimentos técnico-científicos, quanto a dimensão técnico-relacional, que envolve as interações com a comunidade, as famílias e a dinâmica social do processo de atendimento. Além disso, é necessário que a assistência de enfermagem seja pautada no modelo assistencial centrado na integralidade do cuidado ao usuário e na promoção do acesso universal à saúde (Sacramento *et al.*, 2023).

Nesse ínterim, destaca-se a enfermeira gestora da UBS do Combu, que assumia um papel essencial na organização do serviço. Além de coordenar a equipe, ela se mantém próxima da comunidade, ouvindo, acolhendo e buscando soluções e melhorias para garantir que o cuidado em saúde aconteça da melhor forma possível, dentro da realidade do território.

Acompanhar o trabalho de uma enfermeira que atua com comprometimento e empatia junto à comunidade ribeirinha foi motivador para mim enquanto estudante de Enfermagem. Sou natural

da cidade de Cametá, município do Estado do Pará com forte presença de comunidades ribeirinhas. Essa vivência reforça meu compromisso e o desejo de, no futuro, contribuir de maneira positiva para a promoção da saúde dessas populações⁹.

Outrossim, durante a visita à Unidade Básica de Saúde do Guamá, foi possível identificar alguns desafios que podem comprometer a qualidade da assistência e o bom funcionamento dos serviços. Um dos problemas relatados pelos profissionais é a insegurança no território. Muitos demonstram receio de circular pela área, especialmente em determinados horários, devido à violência frequente na região. Esse cenário interfere nas atividades de campo, como as visitas domiciliares e o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Adicionalmente, observou-se a ausência de prontuário eletrônico, o que pode comprometer o registro adequado e a atualização das informações dos usuários. A adoção desse sistema traria benefícios tanto para os profissionais quanto para os pacientes, ao melhorar a comunicação, a continuidade do cuidado e a gestão das informações, promovendo um atendimento mais eficiente e integrado (Ávila *et al.*, 2022).

Durante a visita na UBS do bairro Satélite, os participantes foram acolhidos pelos ACS, que estavam preparando materiais para ações de educação em saúde voltadas à promoção da saúde bucal. A unidade realiza o acompanhamento de 127 idosos, duas vezes por semana, em atividades desenvolvidas na paróquia do bairro, como dança, pilates e ações de educação em saúde. Grande parte desse grupo é composta por pessoas com diabetes e hipertensão. Considerando que a educação em saúde visa promover a autonomia e a capacidade de autocuidado, sua aplicação junto à população idosa é fundamental para a prevenção de agravos e para a melhoria da qualidade de vida (Fittipaldi; O'Dwyer; Henriques, 2021).

⁹ Relato da vivente Fabiana Miranda, estudante de Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

Ser a única dentista desta edição trouxe reflexões importantes sobre a necessidade de maior inserção da Odontologia nos espaços de cuidado coletivo e gestão participativa. Essa vivência mostrou a importância dos dentistas irem além do mocho, enxergando o SUS em sua totalidade e compreendendo como as desigualdades impactam na saúde bucal e geral da população¹⁰.

Na visita à UBS Sucurijuquara, situada no distrito de Mosqueiro, os visitantes foram recepcionados por uma ACS, que preparou uma ambientação, conforme representado na Imagem 1, com a exposição de materiais utilizados por profissionais de saúde na APS. Entre os itens apresentados, destacavam-se a caderneta da criança, da gestante e da pessoa idosa, o cartão de vacinação, o esfigmomanômetro, a balança, além de livros e cadernos voltados à Educação Popular em Saúde, à prevenção e à atualização em saúde.

Imagem 1. Acolhida UBS Sucurijuquara (Belém/PA, 2025).



Fonte: elaboração própria, 2025.

Após a acolhida, a ACS apresentou a estrutura física da unidade, os serviços e os profissionais que integram a equipe multiprofissional. Nessa

10 Relato da vivente Stephany Araujo, cirurgiã-dentista, Universidade Federal do Pará (UFPA).

atividade, foi possível conhecer os espaços de atendimento, os fluxos de funcionamento e as estratégias utilizadas no cuidado à população local. Na sequência, sob a orientação da ACS, foi realizada uma visita domiciliar a dois irmãos, pessoas idosas residentes em Mosqueiro, que compartilharam seus conhecimentos sobre o uso de plantas medicinais.

Foram apresentadas algumas espécies cultivadas em seus terrenos, juntamente com explicações sobre suas aplicações no preparo de chás e remédios caseiros, evidenciando a valorização dos saberes tradicionais no cuidado com a saúde. A receptividade dos moradores ressalta a diversidade de formas de cuidado presentes no território, assim como a importância do vínculo entre profissionais e comunidade.

No assentamento Mártires de Abril e Paulo Fonteles do MST, ficou evidente que as políticas públicas não são dadas, mas sim conquistadas. Assim como na Ilha do Combu, a força está no apoio comunitário e no cuidado coletivo. Como sintetizado em uma fala de um dos representantes do movimento: “Saúde é a capacidade de lutar contra tudo o que nos oprime”. Durante essa visita, a recepção foi marcada por expressões culturais e práticas sustentáveis: poesias, músicas, plantas, frutos e alimentos naturais preparados com ingredientes livres de agrotóxicos (Imagem 2 e 3).

Esses elementos, mais do que uma acolhida, simbolizam a proposta de um modo de vida fundamentado no modelo de agricultura agroecológica e no cuidado com a saúde coletiva. Representam o compromisso com a sustentabilidade, o respeito aos ciclos da natureza e a valorização dos saberes tradicionais.

Imagem 2 e 3. Pupunha e Macaxeira cozida (Belém (PA), 2025).



Fonte: Elaboração própria, 2025.

Em Abaetetuba, município do estado do Pará, observamos uma gestão que atribui grande importância à saúde mental da comunidade. Entre os serviços observados, destaca-se o CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) e a Associação Cultural de Brinquedos de Miriti, onde o território e a identidade cultural se entrelaçam com o conceito ampliado de saúde.

Na Associação Cultural de Brinquedos de Miriti ocorre a união de artesãos da cidade com o intuito de promover a produção de brinquedos feitos de miriti, fibra leve e flexível retirada de uma palmeira da família Arecaceae abundante na região (Santos; Coelho-Ferreira, 2011). A produção desses brinquedos garante renda a muitas famílias, além da produção, os artesãos atuam na promoção de oficinas, feiras culturais e exposições, fortalecendo o reconhecimento dessa arte como manifestação cultural da cidade.

No âmbito do CAPS AD, as práticas desenvolvidas devem ser organizadas junto ao usuário, de modo a garantir a participação ativa do indivíduo e a corresponsabilidade no tratamento, levando em consideração seu meio social, suas necessidades, história pessoal e meio onde vivem (Reis; Ferrazza, 2021). Nesse contexto, o CAPS AD oferece atendimento pautado na redução de danos e em conjunto ao paciente, evidenciando a assistência acolhedora e centrada nas particularidades de cada indivíduo.

Em paralelo, destaca-se também o funcionamento da UBS fluvial, que oferece atendimento especializado às populações ribeirinhas afastadas e constitui um exemplo de equidade em saúde, ao empenhar-se em superar barreiras geográficas e sociais por meio de ações fundamentadas no cuidado, na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Ao levar serviços essenciais diretamente às comunidades, essa estratégia fortalece a Atenção Básica, amplia o acesso aos serviços do SUS e contribui para a redução das desigualdades no contexto amazônico.

Por fim, foi realizada uma visita guiada à Praça da República, localizada no bairro da Campina, em Belém do Pará. A atividade incluiu a visita ao Theatro da Paz, patrimônio histórico e cultural da cidade. Além disso, participamos de um passeio geoturístico conduzido por integrantes do Projeto Geoturístico da Universidade Federal do Pará (UFPA), que proporcionaram explicações sobre os elementos estruturais da praça e os principais monumentos ali presentes. Ao longo do percurso, foram compartilhadas as histórias e significados associados aos espaços visitados, o que valoriza o patrimônio histórico-cultural e fortalece a identidade local.

Reflexões sobre a experiência

Durante a vivência, tivemos a oportunidade de conhecer diferentes territórios, o que nos permitiu compreender a diversidade social, étnica e cultural presente no estado do Pará.

O início da vivência, marcado por um momento coletivo de acolhimento com a presença de representantes de instituições, movimentos sociais e trabalhadores da saúde, foi essencial por possibilitar o contato direto com profissionais e militantes que já atuam no sistema de saúde. Ouvir suas experiências, trajetórias e perspectivas contribuiu para a compreensão dos desafios e das potências que envolvem o cuidado em saúde no contexto do

SUS. Essa abertura também permitiu que cada participante se apresentasse, compartilhando sua origem, motivações e expectativas em relação à vivência, momento que favoreceu o fortalecimento dos vínculos entre os viventes.

Tivemos a oportunidade de conhecer a rotina das UBSs localizadas tanto no centro da cidade quanto na região metropolitana, bem como o atendimento realizado em uma UBS ribeirinha, cuja organização e dinâmica de atendimentos apresentaram diferenças, apesar da proximidade geográfica entre esses locais. Destaca-se, ainda, a visita ao distrito de Mosqueiro, a qual se mostrou fundamental no contexto da vivência, por possibilitar uma imersão real no território e o contato direto com a realidade cotidiana da comunidade e com moradores que ali vivem há muitos anos.

A inserção em espaços de saúde proporcionou grandes oportunidades de aprendizado, ao permitir a observação do funcionamento das rotinas de trabalho e das interações multiprofissionais. Essas experiências reforçam a relevância da articulação entre ensino, serviço e comunidade no processo de formação em saúde. Como aspecto a ser aprimorado, ressalta-se a escolha de cenários localizados em regiões mais próximas ao centro da cidade, especialmente no dia destinado à imersão em UBSs. Essa iniciativa poderia contribuir para a otimização do tempo de deslocamento e, conseqüentemente, ampliar o período destinado às atividades de conhecimento dos espaços.

Foi possível observar que, embora a equidade seja um dos princípios fundamentais do SUS, sua efetivação ainda enfrenta desafios. Na Ilha do Combu, por exemplo, o acesso aos serviços de saúde ainda é limitado, especialmente no que diz respeito ao transporte. A ausência de uma ambulância compromete o acesso à saúde em ilhas mais afastadas, evidenciando os desafios ainda existentes para a efetivação da equidade no SUS. Esse cenário evidencia que, embora a APS seja reconhecida como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, sua operacionalização ainda enfrenta dificuldades estruturais, territoriais e logísticas, especialmente em contextos amazônicos.

No âmbito das reflexões produzidas ao longo da vivência, as rodas de conversa foram essenciais para o processo formativo, ao se configurarem como espaços de escuta, expressão e elaboração coletiva do conhecimento. Esses momentos permitiram que cada participante compartilhasse suas percepções individuais acerca dos cenários visitados. A diversidade de opiniões foi valorizada, reconhecendo que cada sujeito interpreta a realidade a partir de suas vivências e trajetórias.

As discussões conduzidas por profissionais como médicos, psicólogos, docentes e trabalhadores do SUS foram fundamentais para o aprofundamento das reflexões sobre as redes de atenção à saúde em Belém. A variedade de falas favoreceu a construção de um ambiente de diálogos. Destaca-se, ainda, a pluralidade nas formas de expressões utilizadas pelos participantes, que foram incentivados a comunicar suas percepções por meio de diferentes linguagens, como recursos audiovisuais, produções artísticas, expressões poéticas e musicais.

Ao abordar a odontologia no contexto da vivência, observou-se que a saúde bucal não aparecia de forma explícita nas rodas de conversa ou nas agendas dos serviços visitados, o que reforçou a invisibilidade histórica dessa área no cuidado coletivo. Ainda assim, foi possível levantar reflexões sobre o impacto do cuidado bucal na saúde, especialmente em gestantes, idosos e pessoas com doenças crônicas, além de dialogar com outros profissionais e participantes sobre estratégias de prevenção e educação em saúde.

Essa percepção sobre a menor valorização da saúde bucal no cuidado em saúde dialoga com dados nacionais. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2023 (SB Brasil 2023) aponta que a cárie dentária permanece como um problema de saúde pública, especialmente na Região Norte, evidenciando as desigualdades no acesso e na continuidade do cuidado em saúde bucal. Apesar de ser amplamente prevenível, a cárie ainda se mantém como agravo frequente ao longo do curso de vida, o que reforça a necessidade de maior integração da odontologia às ações da Atenção Primária à Saúde, considerando o princípio de equidade no SUS.

Essa invisibilidade da odontologia está alinhada à permanência de um modelo de cuidado centrado na doença, de base curativista. Nesse contexto, as ações de promoção e prevenção tendem a ser colocadas em segundo plano, o que dificulta o cuidado integral e as práticas da APS.

Essa experiência ampliou o entendimento sobre a urgência de retirar a odontologia do espaço restrito do consultório e inseri-la nos processos comunitários, reafirmando sua importância para a integralidade no SUS. Diante disso, é necessário ampliar a assistência odontológica, integrando a clínica ao compromisso ético e social e reconhecendo a Atenção Primária à Saúde não apenas como porta de entrada, mas como espaço privilegiado de cuidado e transformação.

A Atenção Primária à Saúde destaca-se como um pilar do SUS que precisa ser fortalecido. A equidade não é apenas um conceito presente nos documentos oficiais, mas se concretiza nas pequenas escolhas cotidianas de profissionais que acolhem, ajustam condutas, escutam ativamente e buscam responder às necessidades específicas de cada território. Além da imersão nos territórios de saúde, o programa também proporcionou encontros culturais marcantes. A união entre Pará, Amapá e Tocantins, revelou como nossas histórias estão conectadas, nos sotaques, nas comidas típicas e nas lutas por dignidade nos serviços públicos de uma região rica, mas muitas vezes negligenciada pelo poder público.

Conclusão

A participação no VER-SUS representou uma oportunidade de vivenciar de forma direta a realidade do sistema público de saúde. Acompanhar a rotina das unidades, dialogar com os profissionais e escutar as histórias de vida de pessoas que habitam os territórios amazônicos, possibilitou o entendimento sobre o que significa, na prática, o cuidado em saúde. Ademais,

ao inserir os participantes em diferentes realidades, as vivências reforçam a importância do conhecimento dos territórios, demonstrando que as políticas públicas precisam considerar as particularidades locais e que a equidade é necessária para a saúde coletiva e para a assistência em saúde.

O VER-SUS reafirmou que defender o SUS não é apenas reconhecer sua importância, mas participar ativamente da sua construção cotidiana. Mais do que compreender o sistema, é necessário assumir uma postura protagonista dentro dele, fortalecendo práticas colaborativas e interdisciplinares. Para a Odontologia, em especial, essa experiência evidenciou a urgência de ocupar espaços para além do atendimento clínico, participando das decisões, dos planejamentos e das ações coletivas em saúde. Inserir-se nos territórios, compreender os determinantes sociais que atravessam o adoecimento e atuar a partir de uma perspectiva integral são caminhos para que a profissão contribua efetivamente para a equidade.

No âmbito da enfermagem, a vivência fortaleceu a compreensão de um cuidado que considera o todo, valoriza a escuta ativa, a humanização e as práticas em saúde voltadas à transformação social. Conclui-se que a formação em saúde precisa ser vivida para além das salas de aula. São as experiências reais com as pessoas e com os territórios que ensinam o verdadeiro sentido do cuidado. O VER-SUS, assim, não apenas sensibiliza, mas nos convoca. Convoca à permanência no SUS com responsabilidade ética, compromisso social e esperança ativa na construção de um país mais justo.

Referências

ÁVILA, G. S. et al. Prontuário eletrônico na gestão do cuidado em equipes de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 27, e79641, 2022. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/79641>. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 20 abr. 2026.

BRASIL. **Lei n.º 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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaNacionalPromocaoSaude.pdf>. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 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, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: relatório final.** 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

CARVALHO, A. M. de P.; SILVA, G. A. da; RABELLO, E. T. A equidade no trabalho cotidiano do SUS: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 590-598, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040151>. Acesso em: 20 set. 2025.

FERLA, A. A.; TONIOL, R.; REIS, R. A.; CECÍLIO, L. C. O. (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).

FITTIPALDI, A. L. de M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, e200806, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200806>. Acesso em: 21 set. 2025.

KADRI, M. R. E.; FREITAS, C. M. de. Um SUS para a Amazônia: contribuições do pensamento de Boaventura de Sousa Santos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 3459-3466, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.30772019>. Acesso em: 20 set. 2025.

MAZIERO, V. G. *et al.* Positive aspects of authentic leadership in nursing work: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 6, e20190118, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0118>. Acesso em: 22 set. 2025.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Disponível em: <https://fiocruz.br/livro/que-e-o-sus-e-book-interativo-o>. Acesso em: 20 set. 2025.

REDE UNIDA. **Vivências VER-SUS.** Porto Alegre: Rede Unida, [s. d.]. Disponível em: <https://www.redeunida.org.br/en/versus/menu/vivencias-ver-sus/>. Acesso em: 20 set. 2025.

REIS, C. A.; FERRAZZA, D. de A. Redução de danos em um CAPSad: discursos e práticas profissionais. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 14, n. 1, p. 3-18, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i1.1240>. Acesso em: 20 set. 2025.

SACRAMENTO, R. C. *et al.* Dimensões assistenciais do trabalho do enfermeiro na atenção primária. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 27, e20220404, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0404pt>. Acesso em: 22 set. 2025.

SANTOS, R. da S.; COELHO-FERREIRA, M. Artefatos de miriti (*Mauritia flexuosa* L. f.) em Abaetetuba, Pará: da produção à comercialização. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi: Ciências Humanas**, Belém, v. 6, n. 3, p. 559-571, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-81222011000300006>. Acesso em: 22 set. 2025.

VER-SUS NA AMAZÔNIA: EXPERIÊNCIAS INTERDISCIPLINARES E A CONSTRUÇÃO COLETIVAS DA SAÚDE NO SUS

**Dhuanny de Souza Lourenço
Élika Lopes de Andrade
Gabriel dos Santos Aparício
Jenniffer Karollayne Gomes Aleoni**

O Programa Nacional de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (Vivências no SUS), realizado em articulação com o projeto Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) representa uma iniciativa essencial para a formação crítica e multidisciplinar de estudantes de saúde, aproximando-os das realidades sociais, culturais e ambientais que permeiam o cuidado público no Brasil. Essa imersão propicia o contato direto com as complexidades do SUS, promovendo a construção coletiva do conhecimento e a valorização de saberes diversos, reforçando a saúde como direito universal e resultado da interação entre fatores biológicos, sociais e ambientais.

A participação no VER-SUS, realizada em junho de 2025 na região amazônica, possibilitou um olhar ampliado não apenas sobre a saúde humana, mas também sobre a interdependência entre saúde animal, ambiental e social, uma perspectiva fundamental para a medicina veterinária na promoção da

saúde pública. A vivência em territórios ribeirinhos, comunidades indígenas, unidades de Atenção Básica e espaços culturais evidenciou que o cuidado em saúde é multidimensional e demanda a integração entre saberes científicos, tradicionais e comunitários.

Esse processo de imersão foi marcado por diálogos, escuta ativa e experiências práticas que desafiaram paradigmas convencionais, ressaltando a importância da humanização, da participação social e do reconhecimento das singularidades culturais e territoriais. Com a metáfora dos rios que se encontram na Amazônia, neste relato buscamos sintetizar a confluência de saberes e práticas que moldam uma visão interdisciplinar e comprometida com a construção de um SUS mais justo, inclusivo e sustentável.

Tendo isso em vista, o presente relato tem como objetivo compartilhar reflexões sobre essa experiência, destacando a importância da atuação integrada entre as áreas da saúde. Nesse contexto, enfatiza-se a contribuição da medicina veterinária para a saúde coletiva, além de reafirmar o papel da formação crítica e sensível na construção de profissionais preparados para os desafios contemporâneos da saúde pública.

Abertura da vivência: o deslocamento interno e a redescoberta do território

A abertura da vivência VER-SUS em Manaus provocou um tipo de deslocamento que ia além do geográfico. Por sermos manauaras, não atravessamos o país para chegar ao Norte, atravessamos, sim, uma nova perspectiva sobre o lugar onde vivemos. Ao nos inserir em uma experiência pensada para provocar imersão crítica na realidade do Sistema Único de Saúde, percebemos que o maior deslocamento era interno: redescobrir nossa cidade pelos olhos de quem vinha de fora e, a partir disso, construímos também nosso próprio olhar sobre o território.

Logo nas primeiras dinâmicas de acolhimento, tornou-se evidente que o VER-SUS não é apenas uma atividade acadêmica, mas um dispositivo pedagógico potente de formação crítica e coletiva. O simples gesto de formar grupos a partir da escolha de copinhos coloridos revelou um princípio essencial do programa: a horizontalidade. Não havia hierarquia entre nós. Cada estudante, independentemente de sua origem, curso ou universidade, era um “vivente”, alguém que não só observa, mas também sente, participa e constrói.

Essa proposta se articula com os princípios da Educação Popular em Saúde, que, segundo Vasconcelos (2001), privilegia o reconhecimento dos saberes populares e o diálogo como ferramentas de transformação social, assegurando que o processo educativo ocorra a partir da valorização da subjetividade de todos os envolvidos. A vivência não começou com uma aula expositiva ou com conteúdos técnicos, mas com uma roda, espaço ancestral de troca e construção coletiva. A formação em saúde, nesse contexto, ultrapassa os limites da sala de aula e se enraíza no território, nas relações e na escuta sensível do outro.

A presença da Fiocruz Amazônia já no primeiro dia também foi simbólica: nos lembrou que o SUS é sustentado não apenas por serviços assistenciais, mas também pela produção de conhecimento, pela pesquisa comprometida com as necessidades da população e pela defesa de um projeto de sociedade mais justo. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) afirma que a formação deve ocorrer atrelada a ideia, que é sintetizada pela frase, de ser “no trabalho, com o trabalho e para o trabalho” (Brasil, 2009) , a partir da realidade concreta dos sujeitos. Estar ali, nesse espaço de ciência e compromisso social, foi um primeiro contato com essa articulação entre teoria, prática e território.

O primeiro encontro com os outros viventes revelou, ainda, a potência da interdisciplinaridade e da diversidade regional. Estudantes de diferentes cursos e estados compunham o grupo, e cada um carregava uma bagagem única. Essa pluralidade foi, desde o início, um convite à escuta ativa e ao

exercício do diálogo, elementos centrais para qualquer prática de cuidado. Como futuros profissionais da saúde, percebemos que aprender com o outro é tão fundamental quanto qualquer conteúdo técnico. A convivência se tornou, desde o início, um espaço formativo.

Mais do que um início formal, o primeiro dia foi o despertar para uma jornada de mergulho coletivo no SUS. E, como nos encontros entre rios, o fluxo que se iniciava ali não anulava as particularidades de cada um, mas compunha uma nova correnteza, mais forte, mais complexa e mais sensível. A travessia estava só começando, mas já deixava evidente que seria marcada por escuta, afeto e compromisso com a transformação.

USFR Nossa Senhora do Livramento: saúde ribeirinha e equidade no acesso

A visita à Unidade de Saúde Fluvial (USFR) Nossa Senhora do Livramento evidenciou, de forma concreta, os desafios e a potencialidade da Atenção Básica em territórios ribeirinhos da Amazônia. A travessia pelas águas, tão característica da região, mostrou que a geografia amazônica é um elemento central na organização dos serviços de saúde, exigindo adaptações logísticas e um compromisso efetivo com o princípio da equidade, que norteia o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse princípio, previsto na Constituição Federal, reafirma o direito de todas as pessoas a acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, o que implica em estratégias diferenciadas para populações em situação de maior vulnerabilidade.

Nesse contexto, as equipes fluviais representam uma resposta concreta do SUS para garantir o cuidado integral a populações tradicionalmente excluídas dos centros urbanos. A USFR funciona como uma extensão móvel da Atenção Básica, levando consultas, vacinação, acompanhamento de gestantes e outras ações diretamente até as comunidades ribeirinhas. Esse

modelo evidencia como o SUS se adapta para responder às especificidades culturais, ambientais e sociais do território amazônico.

O contato com o rio foi também um convite à imersão sensorial no ambiente da comunidade: molhar os pés antes das refeições e, mais do que isso, mergulhar por inteiro nas águas tornou-se um gesto simbólico de pertencimento e conexão com o território. Esse momento não apenas celebrou a cultura ribeirinha, mas também enfatizou a importância de uma saúde que compreenda a integralidade, contemplando aspectos físicos, emocionais e comunitários.

Um dos momentos mais significativos durante a visita foi acompanhar o trabalho do cirurgião-dentista da equipe fluvial, que conduzia uma investigação sobre as práticas tradicionais de cuidado bucal presentes na comunidade. Sentado em uma canoa, ao lado dos moradores, ele documentava o uso de remédios naturais, como plantas medicinais empregadas para aliviar dores dentárias. Essa iniciativa não visa substituir o atendimento odontológico convencional, mas sim integrar e valorizar os saberes locais, promovendo um intercâmbio respeitoso entre a medicina popular e a ciência formal. Tal abordagem reforça o vínculo de confiança entre os profissionais de saúde e a comunidade, evidenciando um dos pilares do SUS: o reconhecimento e o respeito às especificidades culturais como elementos fundamentais para um cuidado integral e humanizado.

A experiência na USFR revela que a formação em saúde deve necessariamente incorporar a complexidade dos territórios e a diversidade cultural dos povos amazônicos. O SUS, enquanto projeto político e social, exige uma atuação que vá além do modelo biomédico tradicional, incorporando práticas que respeitem a pluralidade de saberes e promovam a justiça social e o direito universal à saúde.

Território, pertencimento, interculturalidade e saúde única

No terceiro dia de vivência, tivemos a oportunidade de visitar o Centro de Medicina Indígena Bahserikowi, fundado pela família de João Paulo, que teve a sua história de origem contada por Carla, sobrinha de João Paulo Lima Barreto, fundador do centro e importante liderança Tukano. Segundo ela, a motivação para criação do espaço partiu de uma experiência dolorosa: uma parente picada por uma cobra peçonhenta foi levada ao hospital, mas ao invés de receber cuidado digno, foi tratada com descaso, preconceito e racismo.

A equipe médica, desconsiderando o corpo indígena como território integral e sagrado, propôs a amputação de seu pé como solução imediata. A família recusou. Levou-a a outro local, onde, unindo práticas tradicionais e tratamento humanizado, conseguiram preservar seu corpo e sua dignidade. Esse episódio escancarou a violência institucional ainda presente nos serviços de saúde e tornou evidente a urgência de práticas interculturais que respeitem o modo de vida indígena.

A visita ao Centro de Medicina Indígena Bahserikowi foi, sem dúvida, um dos momentos mais simbólicos e transformadores de toda a vivência. Diferente das unidades de saúde convencionais, ali o cuidado não se resume a protocolos clínicos ou a classificações biomédicas. Desde a chegada, era perceptível que estávamos entrando em um território sagrado, um espaço onde a saúde se entrelaça com espiritualidade, ancestralidade, floresta e resistência.

O episódio escancarou a violência institucional ainda presente nos serviços de saúde e tornou evidente a urgência de práticas interculturais que respeitem o modo de vida indígena. Essa experiência está longe de ser um caso isolado. A Constituição Federal (1988) e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNSI) (2002) garantem que o atendimento à população indígena deve respeitar seus saberes, línguas, culturas e modos próprios de cuidado.

No entanto, na prática, o que se vê frequentemente é a imposição de um modelo biomédico único, que ignora os direitos dos povos originários ao cuidado integral e diferenciado. O Bahserikowi surge, assim, como uma resposta política, espiritual e epistemológica à exclusão, um centro de medicina indígena fundado por indígenas, para indígenas, onde pajés e mestres tradicionais atendem com base no saber ancestral, em conexão profunda com a floresta.

Esse cenário reflete um problema recorrente e estrutural no SUS: o racismo institucional e a falta de sensibilidade cultural nos serviços de saúde convencionais. De acordo com o Relatório de Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil: dados de 2024 (CIMI, 2025), apontam que muitos indígenas enfrentam posturas discriminatórias, atendimento tardio ou inadequado e até situações de omissão de socorro. A recusa da amputação não foi apenas uma resistência individual, mas um ato político e cultural que reafirma o direito à saúde dentro de seu contexto.

É fundamental ressaltar que o Brasil possui direito regulamentar que resguarda o acesso à saúde dos povos indígenas, como no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), instituído pela Lei n. 9.836/1999 e regulamentado por Decreto em 1999, que garante serviços diferenciados e respeitosos por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Ademais, a PNSI firma o direito de que ações de saúde indígenas devem respeitar concepções, práticas e participação comunitária.

Esse direito, no entanto, encontra barreiras práticas. Relatos evidenciam que indígenas frequentemente são atendidos com menor prioridade, sofrem discriminação linguística e experienciam desarticulação institucional entre SasiSUS e outros serviços do SUS, conforme relatório disponibilizado pelo Conselho Indigenista Missionário (2025). Esses problemas só enfatizam a necessidade de espaços como o Bahserikowi, mesmo sem integração à rede pública ou acesso a incentivos públicos, onde o cuidado integra corpo, ancestralidade e ambiente, dialogando com as políticas de interculturalidade e com os princípios do Direito Humano à Saúde, como determinam a

Constituição Federal (art. 196 e art. 6º) e a Declaração da ONU sobre os Direitos dos Povos Indígenas (2007).

Do ponto de vista veterinário e ambiental, essa visita foi especialmente significativa. O caso de acidente ofídico que originou o Bahserikowi revela como o ofidismo está diretamente ligado à realidade das populações amazônicas, que vivem em contato íntimo com a floresta e sua fauna. As serpentes não são apenas uma ameaça, elas fazem parte do ecossistema e da cosmologia indígena. A forma como as comunidades indígenas manejam esses riscos, utilizando saberes milenares sobre o comportamento, habitat e uso de plantas medicinais como antídotos naturais, é uma demonstração de inteligência ecológica.

Esse conhecimento, transmitido oralmente por gerações, precisa ser reconhecido como ciência. Do ponto de vista veterinário, ele também representa um campo fértil para pesquisas sobre toxinas, mecanismos de defesa, conservação da biodiversidade e produção de antivenenos. Ao articular ciência moderna e saber tradicional, podemos desenvolver estratégias mais eficazes, sustentáveis e respeitosas para lidar com o ofidismo na região, que permanece como um grave problema de saúde pública em comunidades rurais e indígenas. Estar no Bahserikowi nos fez repensar, de forma profunda, o papel da medicina veterinária na promoção da saúde coletiva.

O conceito de “Bem-Viver” propõe uma relação equilibrada entre pessoas, animais e natureza, baseada no cuidado, no respeito à terra e na responsabilidade coletiva pela vida. No contexto amazônico, essa interdependência não é uma teoria: é uma realidade vivida. A floresta é farmácia, é templo, é território. A picada de uma cobra não é apenas um agravo clínico é também um chamado para ouvir a terra, para respeitar os ciclos da natureza e os saberes que dela emergem.

O Bahserikowi não é, portanto, apenas um centro de atendimento: é um espaço de cura, resistência e transformação política. Um território onde a ciência não compete com a ancestralidade, mas caminha ao lado dela. Como futuros profissionais da saúde, saímos de lá com o entendimento de que a

verdadeira integralidade só é possível quando reconhecemos os múltiplos saberes que sustentam a vida e que o SUS, para ser verdadeiramente universal, precisa ser, acima de tudo, intercultural.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Luzia, observamos um exemplo significativo de atenção humanizada direcionada ao público pediátrico. O ambiente do consultório é planejado com foco na promoção do conforto emocional e da expressão infantil, utilizando elementos lúdicos que incluem uma parede destinada a atividades artísticas, como pintura livre. Essa intervenção ambiental não apenas contribui para a redução da ansiedade e do estresse nas crianças durante o atendimento, mas também favorece o fortalecimento do vínculo entre o profissional de saúde, o paciente e sua família.

Ao criar um espaço acolhedor e lúdico, a UBS Santa Luzia implementa estratégias que vão além da mera prestação de serviços clínicos, incorporando aspectos psicossociais essenciais para a integralidade do cuidado. Tal abordagem está alinhada ao princípio da humanização no SUS, que reconhece a importância de ambientes terapêuticos que promovam a participação ativa do usuário e sua família no processo de cuidado.

Posteriormente, tivemos a oportunidade de vivenciar a gastronomia regional no restaurante Biatuwi, referência na valorização da culinária amazônica tradicional. A experiência reforçou a importância da alimentação como componente integral da saúde coletiva, destacando a utilização de ingredientes nativos e práticas culinárias que preservam o patrimônio cultural e ambiental da região. A alimentação saudável, aliada ao respeito pela diversidade cultural, é um fator determinante para a promoção do bem-estar e a prevenção de doenças, em consonância com os princípios da promoção da saúde e da educação alimentar previstos nas políticas públicas de saúde.

Encerrando as atividades do dia, visitamos o bar Sarará, espaço cultural que funciona como um importante polo de sociabilidade e expressão artística local. O Sarará contribui para o fortalecimento dos vínculos comunitários e para a preservação da identidade cultural, elementos fundamentais para a construção

da saúde coletiva. Espaços como este evidenciam a interrelação entre cultura, saúde e território, demonstrando que o bem-estar social depende, também, da valorização das manifestações culturais e da promoção de ambientes que incentivem o pertencimento e a coesão social. Tal perspectiva está em consonância com abordagens integrativas em saúde pública que reconhecem o papel das expressões culturais como determinantes sociais da saúde.

Saúde mental, intersectorialidade e práticas educativas em saúde pública

A visita ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III Benjamin Matias Fernandes marcou o início das atividades do quarto dia de vivência. Como espaço estratégico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o CAPS é um serviço substitutivo aos antigos hospitais psiquiátricos, alinhado às diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira e aos princípios da Lei n. 10.216/2001, que estabelece a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, priorizando o cuidado em liberdade e a não institucionalização.

Ao chegar, fomos recebidos por uma equipe interdisciplinar que conduzia oficinas com os usuários em um ambiente visivelmente afetivo, criativo e comunitário. A participação em atividades como pintura e jogos evidenciou como os dispositivos terapêuticos do CAPS vão além da prescrição clínica, incluindo práticas culturais, artísticas e relacionais como estratégias de cuidado integral. A escuta ativa, a presença cotidiana e o acolhimento sem julgamento ali se materializam como potentes instrumentos de cuidado.

A experiência reforçou a importância de uma abordagem centrada na singularidade de cada sujeito, valorizando sua história, vínculos e autonomia. A saúde mental, nesse contexto, deixa de ser entendida como um campo restrito ao diagnóstico e à medicalização, e passa a ser compreendida como um processo de reconstrução da cidadania, pertencimento e dignidade.

Na parte da tarde, participamos da oficina “Adeus, Mosquito”, realizada entre os próprios viventes, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). A atividade propôs uma reflexão lúdica e educativa sobre a prevenção de arboviroses, como dengue, zika e chikungunya, a partir da criação de jogos, materiais informativos e intervenções educativas. A metodologia adotada refletia os princípios da Educação Popular em Saúde, conforme proposto por Paulo Freire e institucionalizado na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), pela Portaria GM/MS n. 2.761/2013, ao promover o diálogo horizontal e a valorização do saber compartilhado entre profissionais, estudantes e comunidade acadêmica.

Sob uma perspectiva interprofissional, a oficina também permitiu pensar a vigilância em saúde a partir da articulação entre diferentes áreas do conhecimento. Como estudante de Medicina Veterinária, reconheço que o controle de vetores exige uma abordagem integrada, que considere as condições ambientais, os ciclos zoonóticos e os modos de vida locais. A atuação do profissional veterinário no campo da saúde pública, especialmente nas áreas de zoonoses, controle de endemias e promoção da saúde ambiental, reforça o princípio da integralidade do cuidado no SUS, ampliando a compreensão da saúde como fenômeno complexo e coletivo.

Do ponto de vista veterinário e ambiental, o combate ao *Aedes aegypti* demanda uma leitura ecológica do território e ações intersetoriais que envolvam educação, vigilância, infraestrutura urbana e participação social. A oficina foi, portanto, um exercício prático de construção coletiva do conhecimento, em que o cuidado emerge não apenas da técnica, mas do encontro e da corresponsabilidade.

Ao final do dia, retornamos ao espaço da devolutiva, onde compartilhamos impressões, sentimentos e aprendizados com os demais viventes. Mais uma vez, o exercício de escuta e troca revelou-se tão potente quanto as experiências vividas nos territórios. A saúde, entendida como processo social, exige também que estejamos abertos à reflexão crítica, ao desconforto e à transformação de nossos próprios olhares.

Parque das tribos: Atenção Básica e diversidade cultural no território urbano indígena

No quinto dia de atividades, realizamos uma visita à Unidade de Saúde da Família (USF) Parque das Tribos, localizada em uma comunidade urbana composta por famílias indígenas de mais de 30 etnias distintas. Esse contexto multifacetado revela a complexidade da Atenção Primária à Saúde (APS) em territórios culturalmente diversos, com demandas específicas e singulares.

Durante a visita, acompanhamos o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais essenciais para a operacionalização da APS, que atuam como mediadores entre o sistema de saúde e a comunidade. Eles realizam visitas domiciliares, monitoram condições de saúde e orientam sobre prevenção, construindo vínculos de confiança e pertencimento com as famílias atendidas. A rotina desses profissionais inclui enfrentar desafios ambientais, como acesso precário, relevo acidentado e condições climáticas adversas, que impactam diretamente a efetividade do cuidado prestado.

Essa experiência reforça que o trabalho dos ACS transcende a mera vigilância em saúde, constituindo-se como estratégia fundamental para garantir a integralidade, longitudinalidade e a continuidade do cuidado, pilares essenciais da Atenção Básica, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Contudo, é evidente que esses profissionais enfrentam dificuldades estruturais que comprometem sua atuação. Como apontam Morosini e Fonseca (2018), a sobrecarga de trabalho e a insuficiência de recursos técnicos e financeiros limitam o potencial transformador desse sujeito, transformando muitas vezes a potência do diálogo em uma urgência burocrática.

À noite, a visita ao Curral do Boi Contrário, espaço de manifestações culturais do Boi-Bumbá Garantido, proporcionou uma dimensão ampliada do conceito de saúde, que transcende a biomedicina e incorpora elementos culturais, sociais e emocionais. A cultura popular, enquanto forma de expressão coletiva, atua como fator de promoção do bem-estar psicossocial

e fortalecimento da identidade e coesão social, aspectos reconhecidos como fundamentais para a saúde coletiva (Campos, 2010; Souza; Gomes, 2017).

Essa vivência evidencia a importância de considerar os determinantes sociais e culturais da saúde no desenvolvimento de políticas públicas e práticas assistenciais. A integração entre saúde e cultura reforça a necessidade de um olhar ampliado e humanizado na atenção à saúde, que valorize as especificidades locais e a diversidade dos sujeitos envolvidos.

Em síntese, a experiência no Parque das Tribos evidencia que a Atenção Básica deve ser compreendida não apenas como um nível de atenção à saúde, mas como uma estratégia política e social que articula Estado e comunidade, promovendo equidade, inclusão e respeito à diversidade cultural. O exercício do cuidado deve estar fundamentado em princípios éticos e políticos que valorizem a escuta ativa, o reconhecimento dos saberes e a construção de vínculos sociais, assegurando que o SUS seja, de fato, um sistema universal, integral e equitativo.

Último dia: onde os rios se despedem e os saberes se encontram

No encerramento do programa, reuniu-se o grupo na Fiocruz para um momento de síntese e reflexão crítica sobre as experiências acumuladas ao longo da vivência. A roda de diálogo, conduzida em um ambiente de escuta ativa e horizontalidade, propiciou a troca de percepções, emoções e aprendizados oriundos das diversas atividades realizadas em territórios indígenas, comunidades ribeirinhas, serviços de saúde mental e espaços culturais.

Este momento revelou que a vivência ultrapassou a simples apreensão técnica das políticas públicas em saúde, configurando-se como um processo coletivo de construção epistemológica, fortalecimento dos vínculos interpessoais e desenvolvimento da sensibilidade ética e política

dos participantes. Foram discutidos os desafios estruturais enfrentados pelos sistemas de saúde e a importância da valorização dos saberes culturais e ancestrais na promoção da saúde integral.

A interação entre estudantes de múltiplas áreas da saúde reforçou a compreensão da integralidade do cuidado, evidenciando que a efetividade das intervenções depende da articulação interdisciplinar e da colaboração entre profissionais, tais como médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, psicólogos e outros atores da rede. Essa articulação é essencial para a operacionalização dos princípios constitucionais do SUS, especialmente a universalidade, integralidade e equidade.

O encerramento também refletiu os princípios da Educação Popular em Saúde, ao valorizar a participação ativa dos sujeitos no processo de formação e o protagonismo das comunidades na construção e na gestão dos processos de cuidado em saúde. A roda de partilha tornou evidente que o aprendizado extrapola o domínio técnico e científico, integrando a empatia, a escuta qualificada e o compromisso ético com a justiça social e a transformação das realidades coletivas.

Assim, o encerramento consolidou a formação de uma rede de futuros profissionais de saúde com um compromisso ampliado: não somente a apropriação do conhecimento técnico, mas também a compreensão do SUS como um sistema político, social e cultural, cuja eficácia depende da integração entre ciência, humanização e responsabilidade social.

Conclusão

A vivência no SUS transcendeu o âmbito acadêmico tradicional e se configurou como uma experiência epistemológica e ética, fundamental para compreender a saúde como fenômeno complexo e integrado. Ao percorrer os diversos territórios de Manaus, observamos que o cuidado em saúde não

pode ser fragmentado nem restrito às práticas biomédicas convencionais, exigindo uma abordagem holística que contemple as múltiplas dimensões do ser humano em seu ambiente.

Essa experiência foi significativa, pois evidencia a relação de cuidado e equilíbrio entre seres humanos, animais e a natureza, princípio central do Bem Viver. A atuação da Atenção Básica em comunidades ribeirinhas e indígenas, por exemplo, não só reforça a necessidade de práticas integrativas de cuidado humano, mas também a importância de compreender os determinantes ambientais e zoonóticos que permeiam esses espaços. A presença de agentes comunitários e profissionais capacitados para navegar territórios desafiadores revela a urgência de políticas públicas que considerem o ecossistema como um todo, promovendo a saúde coletiva a partir da gestão sustentável dos recursos naturais e da vigilância epidemiológica.

Além disso, o diálogo com saberes ancestrais e práticas indígenas evidenciou que a saúde não é um conceito estanque ou exclusivamente técnico, mas está profundamente relacionada à cultura, espiritualidade e ao equilíbrio com a natureza. Esse reconhecimento amplia o escopo da medicina veterinária tradicional, convocando os futuros profissionais a atuarem de forma transdisciplinar, respeitando a diversidade cultural e colaborando com outras áreas da saúde para promover o bem-estar integral das populações.

A vivência também reforçou a importância do trabalho em equipe multidisciplinar, demonstrando que a eficácia do SUS está na articulação entre diferentes saberes e práticas. A experiência no CAPS III e na UBS Santa Luzia mostrou que a saúde mental, o cuidado humanizado e a promoção da cidadania dependem do diálogo constante entre profissionais, usuários e comunidades. Isso ressoa diretamente com a atuação veterinária na saúde pública, onde a prevenção de doenças zoonóticas e a garantia de ambientes saudáveis são partes integrantes do cuidado coletivo.

Em suma, esta vivência consolidou a compreensão de que a medicina veterinária, inserida em um contexto ampliado de saúde coletiva, deve superar

a visão tradicional restrita ao cuidado individual e médico-curativo, abraçando uma perspectiva integral que valorize as inter-relações entre o ser humano, os animais e o ambiente. Assim, a formação profissional se enriquece não apenas tecnicamente, mas também eticamente, preparando futuros veterinários para serem agentes transformadores comprometidos com a justiça social, a sustentabilidade ambiental e a promoção da saúde em sua plenitude.

Referências

BARRETO, J. P. L. Bahserikowi: Centro de Medicina Indígena da Amazônia: concepções e práticas de saúde. **Amazônica**: Revista de Antropologia, Belém, v. 9, n. 2, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/5665>. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 20 abr. 2026.

BRASIL. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nº 564, de 8 de junho de 1992, e nº 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 30 ago. 1999.

BRASIL. Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 24 set. 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_

permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: portaria n.º 1.996, de 20 de agosto de 2007. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 nov. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VER-SUS/Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s. d.]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/folder_versus.pdf. Acesso em: 29 set. 2025.

CAMPOS, G. W. de S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZPyBXcTXwZvLh5H9PDzvxpnl/>. Acesso em: 29 set. 2025.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. **Relatório Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil**: dados de 2024. 22. ed. Brasília, DF: CIMI, 2025. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2025/07/relatorio-violencia-povos-indigenas-2024-cimi.pdf>. Acesso em: 29 set. 2025.

FIOCRUZ. **Fundação Oswaldo Cruz na Amazônia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, [s. d.]. Disponível em: <https://amazonia.fiocruz.br>. Acesso em: 29 set. 2025.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 60. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 261-274, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CtVJjm7MRgkGKjTRnSd9mxG/>. Acesso em: 29 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas**. Nova York: ONU, 2007. Disponível em: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Declaracao_das_Nacoes_Unidas_sobre_os_Direitos_dos_Povos_Indigenas.pdf. Acesso em: 29 set. 2025.

SOUZA, E.; GOMES, R. Expressões culturais e saúde: uma aproximação necessária. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 110-121, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017161360>. Acesso em: 29 set. 2025.

SUESS, P. **Elementos para a busca do bem viver**: Sumak Kawsay: para todos e sempre. Brasília, DF: CIMI, 2010. Disponível em: <https://cimi.org.br/2010/12/elementos-para-a-busca-do-bem-viver-sumak-kawsay-para-todos-e-sempre/>. Acesso em: 29 set. 2025.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2001.

CONSTRUINDO SABERES NO TERRITÓRIO: A EXPERIÊNCIA DA VIVÊNCIA NO SUS NA REGIÃO NORTE

Adria Da Silva Santos
Adrielly Ingrid Faustino Alves

Introdução

A formação em saúde, especialmente no contexto brasileiro, exige cada vez mais experiências formativas que ultrapassem os limites das salas de aula tradicionais e que possibilitem ao estudante um contato direto com os múltiplos cenários de prática do Sistema Único de Saúde (SUS) (Cavalli; Carvalho, 2022). A universidade, por si só, não é capaz de dar conta da complexidade dos processos de saúde-doença, tampouco de traduzir integralmente as demandas reais das populações, sobretudo em um país marcado por desigualdades sociais, econômicas, étnico-raciais e territoriais tão profundas. Assim, os processos formativos precisam incorporar dispositivos pedagógicos que permitam ao estudante imergir em realidades concretas, tensionando teorias, confrontando discursos e construindo saberes a partir da experiência vivida (De Lemos Tavares *et al.*, 2022).

Nesse sentido, o Programa Nacional de Vivências no SUS (VER-SUS) surge como uma estratégia pedagógica singular e potente, reconhecida nacionalmente por sua capacidade de articular ensino, serviço e comunidade. O

programa é mais que uma atividade de extensão universitária; ele representa um espaço de formação crítica, de produção de subjetividades e de fortalecimento do compromisso social dos futuros profissionais da saúde. Ao proporcionar imersões em territórios e serviços, o VER-SUS amplia horizontes e possibilita que estudantes de diferentes áreas e instituições vivenciem coletivamente a dinâmica do SUS, compreendendo não apenas seu funcionamento técnico-administrativo, mas também suas dimensões políticas, sociais e humanas (Mariana; Gabrielle, 2024).

A experiência vivenciada em Manaus (AM), no mês de junho de 2025, inscreve-se nesse movimento de aproximação entre a universidade e o SUS, possibilitando a estudantes de diversas regiões do país um mergulho em realidades singulares da Amazônia urbana e periférica. Manaus, por sua posição geográfica e características sociais, apresenta um conjunto de desafios e potencialidades que revelam com clareza tanto as fortalezas quanto as fragilidades da política pública de saúde no Brasil.

A vivência oportunizou o contato direto com Unidades Básicas de Saúde (UBS), com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com o Centro de Medicina Indígena, além de oficinas culturais em territórios periféricos e a visita institucional à Fiocruz Amazônia. Cada um desses espaços contribuiu de forma singular para a compreensão ampliada da saúde e da produção do cuidado.

Ao longo dos dias de vivência, tornou-se evidente que a formação em saúde, quando ancorada em experiências de campo, ganha densidade e sentido. A Atenção Primária à Saúde (APS), por exemplo, deixou de ser apenas um conceito estudado em disciplinas teóricas para se materializar no cotidiano das equipes e usuários. A saúde mental foi compreendida não apenas como uma diretriz de política pública, mas como um fazer em rede que depende de vínculos, da criatividade e da persistência de trabalhadores e usuários. A interculturalidade, vivenciada no diálogo com práticas indígenas de saúde, mostrou-se um campo fértil para problematizar a colonialidade presente em muitos discursos biomédicos. As oficinas culturais e a passagem

pela Fiocruz, por sua vez, trouxeram à tona o caráter indissociável entre ciência, cultura, território e vida.

Dessa forma, este relato de experiência busca analisar criticamente as aprendizagens construídas a partir da vivência no VER-SUS Manaus/2025, destacando as dimensões formativas, políticas e éticas que emergiram desse encontro entre estudantes, serviços de saúde e comunidades locais. Mais do que descrever atividades, é essencial produzir reflexão sobre como programas como o VER-SUS potencializam a formação em saúde, contribuindo para a consolidação de profissionais críticos, comprometidos com a transformação social e capazes de enfrentar os desafios impostos pelas desigualdades brasileiras.

Além disso, busca-se evidenciar como a realidade amazônica, marcada por especificidades geográficas, culturais e históricas, amplia a compreensão sobre a diversidade de modos de viver e de produzir saúde no Brasil.

Assim, ao expandir o olhar sobre o SUS em Manaus, este relato também dialoga com a necessidade de pensar o futuro da saúde coletiva no país, reforçando a importância da educação pelo trabalho e da formação que integra teoria, prática, pesquisa e vivência comunitária. Nesse percurso, o que se coloca em evidência não é apenas a aprendizagem de técnicas ou protocolos, mas a construção de uma ética do cuidado, ancorada no reconhecimento do outro, no respeito às diferenças e na luta por equidade.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa, a partir da observação participante, diário de campo e análise temática. As narrativas foram construídas relacionando vivências práticas e referenciais teóricos em saúde coletiva. A análise dos dados seguiu a técnica de análise temática, orientada por categorias emergentes relacionadas às práticas de cuidado na APS, saúde mental, interculturalidade e educação pelo trabalho.

As atividades vivenciadas foram sistematizadas em narrativas que articulam a experiência prática com a fundamentação teórica, permitindo uma reflexão crítica sobre os processos formativos.

Desenvolvimento

Atenção Primária à Saúde (APS)

A participação nas UBS de Manaus revelou a centralidade da APS na organização do cuidado. Observou-se a atuação das equipes de saúde da família, que, apesar das limitações estruturais e da sobrecarga de trabalho, desenvolvem estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento de condições crônicas. As visitas domiciliares e os grupos educativos evidenciam o potencial da APS para estabelecer vínculos e promover a integralidade do cuidado (Raquel *et al.*, 2025).

A vivência na Atenção Primária à Saúde em Manaus integrou de forma importante a experiência no VER-SUS, não apenas pelo contato com diferentes serviços e equipes de saúde, mas sobretudo pela oportunidade de compreender, de forma prática e crítica, como os princípios do SUS se concretizam, ou encontram limites, nos territórios. Ao acompanhar o cotidiano das UBS, incluindo unidades urbanas periféricas e uma unidade ribeirinha, foi possível perceber a centralidade da APS na organização do cuidado, a complexidade das práticas desenvolvidas e o papel fundamental dos trabalhadores e da comunidade na sustentação desse nível de atenção, mesmo diante de inúmeros desafios estruturais e políticos.

A APS, como definida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é a porta de entrada preferencial do sistema, caracterizando-se pela longitudinalidade do cuidado, pelo vínculo entre profissionais e usuários, e

pela responsabilização territorial (Silva, *et al.*, 2022). Contudo, em territórios amazônicos, como o de Manaus, a materialização desses princípios adquire especificidades que desafiam qualquer análise simplista. A cidade, marcada por intensas desigualdades sociais, diversidade cultural e geográfica, além de problemas de infraestrutura urbana e rural, apresenta um mosaico de realidades que impactam diretamente a organização da rede de serviços e o cotidiano das equipes (Damasceno *et al.*, 2025).

Nas UBS localizadas em áreas urbanas periféricas, observou-se a sobrecarga de trabalho enfrentada pelas equipes de Saúde da Família (ESF). Profissionais relataram a dificuldade em atender a população, marcada por condições de vulnerabilidade social, habitação precária, desemprego e altos índices de violência urbana e rural. Ainda assim, foi notável a criatividade e a resiliência desses trabalhadores, que lançam mão de estratégias diversas para garantir o cuidado. Os grupos educativos, as visitas domiciliares e as ações intersetoriais com escolas e associações de bairro mostraram-se ferramentas potentes de promoção da saúde, mesmo quando a estrutura física da UBS e a disponibilidade de insumos não correspondiam às necessidades locais.

A vivência na unidade ribeirinha evidenciou a singularidade da APS nesse território, marcada por especificidades socioculturais, desafios logísticos e pela construção coletiva do cuidado entre profissionais comprometidos e comunidade engajada. O deslocamento até a comunidade já evidencia os desafios logísticos da região: o acesso se dá majoritariamente por via fluvial, com longos percursos em embarcações que enfrentam as variações sazonais do rio. Esse fator, que para observadores externos pode parecer um obstáculo intransponível, é vivido com naturalidade pela população local, que desenvolveu modos próprios de organização da vida em harmonia com o rio. A equipe de saúde que atua na unidade ribeirinha demonstrou um compromisso notável, evidenciando como o trabalho em saúde vai muito além da dimensão técnica, exigindo sensibilidade cultural, vínculo afetivo e profundo respeito à realidade dos usuários.

O cotidiano da unidade ribeirinha mostrou uma APS vibrante, marcada pelo engajamento da comunidade e pelo protagonismo dos trabalhadores de saúde. Os profissionais, mesmo enfrentando escassez de recursos materiais e limitações de infraestrutura, buscavam constantemente alternativas para garantir a integralidade do cuidado.

Durante uma roda de conversa realizada no espaço comunitário, foi possível perceber o orgulho dos moradores em contar com uma equipe que não apenas atende às suas demandas clínicas, mas também se engaja em processos educativos, de mobilização social e de fortalecimento da cidadania. A comunidade, por sua vez, não se coloca em posição passiva: participa ativamente na organização das atividades, colabora com a logística das visitas domiciliares, auxilia no transporte de insumos e valoriza o trabalho dos profissionais, criando um ambiente de corresponsabilidade pelo cuidado coletivo (Mohr *et al.*, 2025).

Esse engajamento comunitário revelou-se um diferencial crucial. Em contextos de difícil acesso, onde a chegada de medicamentos pode atrasar e a substituição de profissionais é mais demorada, a solidariedade e a capacidade de autogestão da população tornam-se fatores decisivos para a manutenção da saúde comunitária. A presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), muitos deles moradores da própria comunidade, reforça essa ponte entre equipe e população, permitindo que as ações de saúde se construam a partir do conhecimento territorial, das relações de vizinhança e da confiança mútua. Ao mesmo tempo, os trabalhadores da saúde ribeirinha compartilham das dificuldades da população, dividindo não apenas os desafios profissionais, mas também os cotidianos de deslocamento, abastecimento e comunicação, criando uma rede de apoio e pertencimento.

Nesse cenário, destaca-se a atuação do cirurgião-dentista na UBS, que vem desenvolvendo práticas inovadoras para aproximar o cuidado odontológico das populações ribeirinhas. Ao criar o personagem “Dr. Sorriso da Floresta” e utilizá-lo em visitas domiciliares, ele transforma o atendimento em uma

experiência lúdica e acolhedora, fortalecendo o vínculo entre profissionais e comunidade. Além disso, iniciativas como a “Maloca do Conto” que é um espaço de encontro e troca de saberes por meio de uma abordagem que transcende a dimensão clínica, incorporando elementos culturais e comunitários no processo de cuidado como a canoa que é um elemento do cotidiano da comunidade (Lima *et al.*, 2023). Tais experiências reafirmam a potência da APS na Amazônia, ao conjugar criatividade profissional, participação social e sensibilidade às especificidades do território (Raquel *et al.*, 2025).

Durante a vivência, foi possível acompanhar atendimentos clínicos que, embora simples em termos de recursos tecnológicos, demonstraram elevada qualidade humana e técnica (Torres *et al.*, 2025; Kelly *et al.*, 2023). Em uma consulta de pré-natal, por exemplo, a enfermeira não se limitou ao acompanhamento biomédico: envolveu a gestante em uma conversa sobre hábitos alimentares, práticas culturais de cuidado e o papel da família no apoio à gravidez (Cavalli; Carvalho, 2022). Esse momento ilustra como a APS, quando efetivamente praticada, é capaz de integrar dimensões biológicas, sociais e culturais, construindo um cuidado mais abrangente e significativo.

As visitas domiciliares na comunidade ribeirinha também foram experiências de grande aprendizado. Ao adentrar as casas construídas à beira do rio, os estudantes puderam observar as condições de vida que influenciam diretamente o processo saúde-doença: acesso limitado à água potável, dificuldades no manejo de resíduos, exposição a insetos e animais peçonhentos (Gonçalves; Souza, 2023). Esses determinantes sociais da saúde, embora já conhecidos em termos teóricos, ganham concretude quando vivenciados de perto. A cada visita, ficava evidente como a prática da APS precisa transcender o espaço da unidade de saúde, alcançando a vida cotidiana das famílias e dialogando com as condições objetivas que moldam sua saúde.

Além disso, destacou-se a realização de ações educativas em parceria com a escola da comunidade. Crianças e adolescentes participaram de atividades sobre higiene, alimentação saudável e prevenção de doenças

endêmicas, como a malária e a dengue, que ainda representam desafios significativos para a região (Arruda *et al.*, 2023). Nessas atividades, o protagonismo da comunidade foi novamente evidente: lideranças locais colaboraram na organização dos encontros, professores adaptaram conteúdos escolares para integrar as temáticas de saúde e os próprios jovens atuaram como multiplicadores junto às suas famílias. Essa articulação entre saúde e educação evidencia o caráter intersetorial da APS e sua capacidade de gerar transformações sociais duradouras (Silva *et al.*, 2022).

Apesar das potencialidades observadas, não se pode ignorar os desafios enfrentados pelas unidades ribeirinhas e urbanas. A carência de recursos humanos, a alta rotatividade de profissionais, a falta de insumos básicos e as dificuldades de comunicação ainda representam entraves significativos (Damasceno *et al.*, 2025; Vollmer *et al.*, 2020).

Em algumas situações, a equipe relatou dificuldades em encaminhar pacientes para serviços de maior complexidade, devido às longas distâncias e à escassez de transporte sanitário. Essas limitações, entretanto, não apagam o compromisso dos trabalhadores e o engajamento da comunidade, mas ressaltam a necessidade de políticas públicas mais efetivas e sustentáveis para a região amazônica.

Do ponto de vista formativo, a vivência nas UBS e, em especial, na unidade ribeirinha, foi de grande impacto para os estudantes. Ao presenciar as práticas concretas da APS, tornou-se possível compreender de maneira mais profunda conceitos muitas vezes restritos ao campo teórico, como longitudinalidade, integralidade, equidade e participação social (Arruda *et al.*, 2023). A experiência mostrou que esses princípios não são abstratos, mas realidades em disputa, que se materializam no cotidiano do trabalho em saúde e nas relações entre profissionais e comunidade.

A dimensão ética do cuidado também foi evidenciada. O compromisso dos trabalhadores com a dignidade e a vida dos usuários, mesmo diante das adversidades, demonstrou a potência de uma prática profissional que não se

limita à execução de protocolos, mas que reconhece no outro um sujeito de direitos, com história, cultura e saberes próprios (Raquel *et al.*, 2025). Essa postura ética, aliada ao engajamento da comunidade, aponta caminhos para a construção de uma APS verdadeiramente transformadora, capaz de enfrentar as desigualdades e promover a saúde em sua concepção mais ampla.

Por fim, a vivência permitiu reconhecer a APS não apenas como um nível de atenção, mas como um projeto político de sociedade. Ao garantir o acesso universal, integral e equânime à saúde, mesmo em territórios distantes e de difícil acesso, a APS materializa o princípio da justiça social e reafirma a centralidade do SUS como política pública comprometida com os direitos humanos. A unidade ribeirinha visitada, com seus trabalhadores comprometidos e sua comunidade engajada, tornou-se símbolo desse projeto: uma experiência que, embora permeada por dificuldades, aponta para a possibilidade de construir um sistema de saúde mais justo, inclusivo e solidário, sustentado pelo encontro entre profissionais e população, pela corresponsabilidade no cuidado e pelo reconhecimento da diversidade cultural e territorial da Amazônia.

Saúde mental e Redes de Atenção Psicossocial

A vivência no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) possibilitou uma compreensão aprofundada das práticas substitutivas e intersetoriais em saúde mental. As atividades terapêuticas, incluindo oficinas de arte e grupos de apoio, evidenciaram a relevância da escuta qualificada e do protagonismo dos usuários na construção do cuidado. A integração com outros serviços da rede de atenção psicossocial (RAPS) mostrou-se fundamental para assegurar a continuidade e a integralidade do cuidado (Silva *et al.*, 2025).

A vivência em Manaus possibilitou um mergulho profundo nas práticas de saúde mental dentro da rede pública, em especial na atuação dos CAPS. Ao

adentrar esse espaço, a densidade das histórias que circulam pelos corredores, pelos olhares dos usuários, pelas conversas espontâneas e pelos processos de cuidado que ali se teciam em meio a desafios e resistências. A experiência não se limitou à observação técnica, mas se configurou como um exercício ético-político de reconhecimento da complexidade da vida e da centralidade da luta antimanicomial no Brasil.

É impossível compreender a potência e as contradições vivenciadas sem resgatar a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira. Desde a década de 1970, trabalhadores, familiares e usuários mobilizaram-se para questionar o modelo manicomial, centrado no isolamento, na exclusão e na violência institucional. A Constituição de 1988 e a criação do SUS abriram espaço para um novo paradigma de atenção, baseado na territorialidade, na integralidade e na cidadania. Em 2001, com a Lei n. 10.216, consolidou-se juridicamente a transição para um modelo comunitário e substitutivo, que encontrou nos CAPS seu dispositivo central (Silva *et al.*, 2025).

O CAPS visitado em Manaus refletia esse legado histórico, mas também as tensões contemporâneas. De um lado, evidenciava-se o compromisso dos profissionais com práticas acolhedoras e criativas, capazes de transformar o sofrimento em possibilidade de vínculo e cuidado. De outro, apareciam as marcas do subfinanciamento, da sobrecarga de trabalho e da fragilidade estrutural que ameaçam a sustentabilidade da política de saúde mental. Ainda assim, o espaço mostrava-se vivo, pulsante, sustentado por trabalhadores comprometidos e por usuários que reivindicam seu lugar de sujeitos de direito.

Durante a vivência, as pesquisadoras participaram de diferentes atividades terapêuticas. Oficinas de pintura e artesanato revelaram não apenas talentos ocultos, mas sobretudo a potência da expressão artística como estratégia de ressignificação da dor e do retrato regional. Em cada traço e cor surgiam narrativas de vida, memórias, desejos e sonhos que frequentemente permanecem invisíveis na lógica biomédica. Ao lado das oficinas, acompanhamos grupos de apoio e rodas de conversa, nos quais

a escuta qualificada e o compartilhamento de experiências criavam um espaço de solidariedade coletiva. Nesses momentos, o cuidado deixava de ser individualizado para tornar-se um ato político, de construção de comunidade e fortalecimento de redes de suporte.

Destaca-se a forma como os profissionais do CAPS buscavam articular diferentes saberes, superando a fragmentação típica da clínica tradicional. Psicólogos, médicos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos trabalhavam de maneira interdisciplinar, em diálogo constante, reconhecendo que o sofrimento psíquico não se reduz a um diagnóstico, mas envolve dimensões sociais, econômicas, culturais e afetivas. Essa visão integradora ficou evidente nas reuniões de equipe, onde os casos eram discutidos de forma coletiva, levando em consideração não apenas sintomas, mas também o território, a família, as condições de moradia, a inserção no trabalho e o acesso a políticas sociais (Secco; Tesser, 2023).

Um aspecto central observado foi a articulação intersetorial da rede de atenção psicossocial. O CAPS não se limitava às suas quatro paredes, mas se conectava com escolas, CRAS, CREAS, UBS, hospitais gerais, movimentos sociais e iniciativas culturais, o que garante a integralidade e a continuidade do cuidado (Silva *et al.*, 2025). A exemplo, alguns usuários participavam simultaneamente de oficinas no CAPS e de atividades culturais em centros comunitários, demonstrando a importância de compreender a saúde mental como produção de vida e não apenas como tratamento clínico.

Entretanto, não se pode ignorar os inúmeros desafios enfrentados. Muitos usuários relataram dificuldades em acessar serviços básicos, como transporte público, alimentação adequada e moradia digna. Essas vulnerabilidades sociais atravessam a saúde mental, intensificando o sofrimento e dificultando os processos de reabilitação psicossocial. Além disso, a persistência do estigma em relação ao transtorno mental ainda se manifesta em olhares de preconceito, barreiras no mercado de trabalho e até mesmo no próprio sistema de saúde, onde usuários são muitas vezes reduzidos ao estereótipo de “loucos perigosos”

(Secco; Tesser, 2023). Essa realidade evidencia que a luta antimanicomial não se restringe à extinção dos manicômios, mas continua atual na batalha cotidiana contra o preconceito e a exclusão.

Um dos momentos mais marcantes da vivência foi ouvir o relato de uma usuária que, após anos de internações psiquiátricas compulsórias, encontrou no CAPS um espaço de acolhimento e reconstrução de sua identidade. Ela descrevia o serviço como sua “segunda casa”, onde pôde redescobrir o valor de sua voz, de sua autonomia e de sua capacidade de sonhar. Histórias como essa reafirmam a potência dos serviços comunitários em transformar vidas, resgatando a dignidade negada por práticas manicomiais.

Também merece destaque o engajamento das famílias no processo de cuidado. Muitas vezes esquecidas pela lógica hospitalocêntrica, as famílias encontravam no CAPS espaço de apoio e orientação. Grupos de familiares permitiam compartilhar angústias, trocar estratégias de cuidado e construir coletivamente respostas para os desafios do cotidiano. Essa participação não apenas fortalece o tratamento, mas também contribui para reduzir o isolamento social dos usuários, favorecendo a reinserção comunitária.

Do ponto de vista formativo, a vivência no CAPS apresentou reflexões fundamentais sobre o papel dos futuros profissionais de saúde. Estar diante de sujeitos em sofrimento psíquico rompeu estigmas internalizados e nos convocou a assumir uma postura ética, sensível e comprometida com a defesa dos direitos humanos. Aprendemos que cuidar em saúde mental não é apenas prescrever medicamentos, mas construir relações, valorizar narrativas e apostar na potência da vida, mesmo quando esta se apresenta marcada por rupturas e fragilidades.

Por fim, a experiência revelou a necessidade urgente de fortalecer as políticas públicas de saúde mental no Brasil. Em um contexto de ameaças de retrocessos, com tentativas de restaurar práticas manicomiais e privatizantes, torna-se ainda mais crucial reafirmar o SUS como sistema público, universal e comunitário. O CAPS de Manaus mostrou que é possível, apesar das

adversidades, construir práticas inovadoras e humanizadas. No entanto, sem financiamento adequado, valorização dos trabalhadores e políticas intersetoriais consistentes, corre-se o risco de fragilizar conquistas históricas e comprometer a vida de milhares de usuários.

Assim, a vivência em saúde mental não apenas nos aproximou das práticas cotidianas do cuidado, mas também nos convocou a assumir um compromisso político e ético com a defesa da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. Trata-se de reconhecer que a saúde mental é inseparável da justiça social, da garantia de direitos e da construção de uma sociedade mais inclusiva, solidária e democrática.

Saberes indígenas e interculturalidade

O contato com o Centro de Medicina Indígena possibilitou a vivência de práticas de cuidado que respeitam e incorporam os saberes tradicionais das populações indígenas. A mediação intercultural foi fundamental para estabelecer um diálogo respeitoso e eficaz entre os profissionais de saúde e as comunidades indígenas, evidenciando a necessidade de políticas de saúde que considerem as especificidades culturais e territoriais.

A organização social do cuidado inclui tanto os especialistas indígenas, como pajés, benzedeiros e *Kumuã*, responsáveis por afastar doenças e equilibrar forças, quanto as mulheres, que assumem papel fundamental na preservação e transmissão dos saberes (Gonçalves; Souza, 2023). O corpo, entendido na cosmologia indígena, não é apenas físico: é constituído por sete elementos como terra, água, fogo e ar, cuja harmonia garante a saúde. Quando ocorre um desequilíbrio, recorrem-se a rituais, rezas e benzimentos que restabelecem o fluxo vital (Eixas *et al.*, 2025).

Outro aspecto relevante é o calendário cosmológico presente em algumas comunidades, que estrutura o tempo comunitário a partir

das festas, rituais e períodos de plantio, vinculando saúde, território e espiritualidade. Essa concepção rompe com a lógica linear ocidental e demonstra como a vida coletiva está profundamente articulada à natureza e ao cosmos (Gonçalves; Souza, 2023).

Enquanto a biomedicina tende a compreender a saúde a partir de parâmetros biológicos e mensuráveis, priorizando diagnósticos objetivos e tratamentos padronizados, a medicina indígena articula corpo, espírito, território e cosmos em uma visão integrada do cuidado. A experiência com o Centro de Medicina Indígena mostra que essas perspectivas não são excludentes, mas complementares: o diálogo entre ambas amplia as possibilidades terapêuticas e fortalece a resolutividade do cuidado. Ao considerar as práticas tradicionais não como antagonistas, mas como saberes legítimos e indispensáveis, abre-se espaço para uma atenção em saúde mais sensível, intercultural e efetiva, capaz de responder tanto às necessidades clínicas quanto às dimensões culturais e espirituais das populações atendidas.

Essa vivência permitiu compreender, de forma concreta, que a saúde indígena está profundamente ligada à coletividade, ao território e à espiritualidade, e que a ruptura desses vínculos gera adoecimento não apenas individual, mas também comunitário. O aprendizado decorrente dessa experiência reforça a importância da escuta ativa e do reconhecimento das diversas formas de produzir cuidado, desafiando o olhar biomédico a ampliar seus horizontes e a valorizar outras epistemologias.

Ainda, o contato direto com os saberes tradicionais evidenciou o papel transformador da interculturalidade em saúde: não se trata apenas de coexistência entre sistemas de conhecimento, mas de uma construção conjunta, pautada no respeito e na troca. Essa convivência de saberes contribui para a formação de profissionais mais sensíveis, críticos e comprometidos com a diversidade, capazes de atuar de maneira ética e humanizada em contextos pluriculturais.

Oficinas culturais e pesquisa em saúde

As oficinas culturais realizadas em territórios urbanos periféricos, durante a vivência, configuraram-se como espaços de aprendizagem coletiva e construção de saberes que vão além do ambiente acadêmico (Arruda *et al.*, 2023). Essas atividades permitiram não apenas a reflexão sobre os determinantes sociais da saúde, mas também evidenciaram como a cultura, a educação popular e o envolvimento da comunidade constituem dimensões fundamentais para o cuidado em saúde e para a promoção da cidadania.

Dentre as oficinas realizadas, destaca-se a oficina do “mosquito”, voltada para a problematização das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, como dengue, zika e chikungunya. Diferentemente de uma aula expositiva tradicional, a oficina foi conduzida em um formato interativo, no qual os estudantes, trabalhadores de saúde e moradores puderam compartilhar percepções, conhecimentos prévios e experiências de enfrentamento cotidiano em relação ao mosquito e às doenças que ele transmite (Hazarika, 2020). O uso de materiais lúdicos, como cartazes ilustrativos, peças teatrais improvisadas, músicas e jogos educativos, permitiu que a informação científica se transformasse em conhecimento acessível, construído em diálogo com os saberes populares.

O que mais se destacou nesse processo foi a capacidade de engajamento. A oficina não se limitou a ensinar a identificar o ciclo de vida do mosquito ou a eliminar focos de água parada, mas estimulou a reflexão sobre como fatores como saneamento básico precário, ausência de políticas públicas adequadas e desigualdades sociais criam condições propícias para a persistência dessas doenças. Assim, ao discutir um tema aparentemente restrito ao campo biomédico, foi possível problematizar a relação entre saúde e condições de vida, abrindo espaço para um olhar crítico sobre os determinantes sociais.

Essa atividade mostrou que a comunicação em saúde é eficaz e não deve se restringir à transmissão de informações técnicas de forma verticalizada, é preciso adotar metodologias participativas que favoreçam a troca de saberes e a valorização

das experiências locais (Hazarika, 2020; Silva *et al.*, 2022). Durante a oficina, por exemplo, moradores compartilharam estratégias próprias de enfrentamento, como mutirões de limpeza organizados pela comunidade, práticas de vigilância solidária e formas criativas de mobilizar vizinhos para evitar a proliferação de criadouros. Ao mesmo tempo, profissionais de saúde trouxeram dados atualizados sobre a epidemiologia das arboviroses na região, reforçando a importância da participação coletiva no enfrentamento desse problema.

Essa experiência também evidenciou a potência de construir outras oficinas voltadas à comunidade, inspiradas no mesmo princípio participativo. A partir da oficina do mosquito, os estudantes foram instigados a pensar em como outras temáticas poderiam ser abordadas de maneira semelhante. Questões como saúde mental, alimentação saudável, prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas, saúde sexual e reprodutiva, combate à violência de gênero e saúde ambiental surgiram como possibilidades de serem trabalhadas com metodologias lúdicas e coletivas.

O aprendizado central foi compreender que a oficina é mais do que uma atividade pedagógica isolada: é um dispositivo de mobilização social e de fortalecimento do vínculo entre comunidade e serviços de saúde (Kuwaiti *et al.*, 2023). Ela permite que os moradores não sejam apenas receptores de informações, mas protagonistas do processo, reconhecendo-se como sujeitos de direitos e agentes de transformação em seus territórios.

Outro ponto importante foi perceber como a oficina dialoga com a tradição da Educação Popular em Saúde, inspirada nos princípios freireanos. Ao invés de uma prática bancária, em que o profissional deposita conhecimento no outro, a oficina se organiza a partir da problematização do cotidiano, da valorização das falas e da experiência da comunidade. Essa abordagem gera pertencimento, desperta consciência crítica e amplia a capacidade de ação coletiva.

Essa integração entre ciência e prática comunitária revelou-se essencial: de um lado, a oficina mostrou como a comunidade pode construir soluções próprias e participar ativamente do cuidado; de outro, a pesquisa científica

mostrou como o conhecimento sistematizado pode oferecer suporte para qualificar essas práticas e orientar políticas públicas mais efetivas (De Lemos Tavares *et al.*, 2022). Trata-se de um movimento de mão dupla, em que ambos os saberes, popular e científico, se encontram e se fortalecem.

Por fim, a experiência com a oficina do mosquito trouxe aprendizados que extrapolam o conteúdo em si. Ela demonstrou a importância do trabalho em equipe, do planejamento coletivo e da criatividade na produção de ações em saúde. Mostrou também que é possível, a partir de uma atividade simples e bem conduzida, fomentar processos de Educação Permanente, estimular o protagonismo comunitário e construir uma prática de saúde mais próxima das realidades locais.

Dessa forma, pode-se afirmar que as oficinas culturais e a visita à comunidade local compõem um eixo formativo fundamental da vivência, na medida em que articulam cuidado, cultura e ciência. A oficina do mosquito, em especial, mostrou que construir oficinas voltadas à comunidade é, em si, um aprendizado transformador: mais do que transmitir informações, trata-se de aprender a dialogar, a mobilizar, a respeitar e a construir coletivamente caminhos para enfrentar os problemas de saúde que atravessam a vida cotidiana das populações.

Considerações finais

A experiência vivenciada em Manaus, por meio do programa VER-SUS, revelou de forma concreta a complexidade e os desafios da implementação do SUS em territórios urbanos periféricos e em contextos marcados pela diversidade populacional e territorial. A imersão nos serviços de saúde, como as UBS e o CAPS, possibilitou compreender a centralidade da articulação entre os diferentes níveis de atenção, assim como a necessidade urgente de políticas públicas que assegurem recursos adequados, infraestrutura e condições dignas de trabalho para os profissionais de saúde.

O contato com saberes indígenas mostrou a relevância de uma abordagem intercultural, essencial para a construção de práticas de cuidado que respeitem as especificidades culturais e territoriais, fortalecendo a perspectiva de um SUS plural e inclusivo. Da mesma forma, as oficinas culturais e a visita às diversas populações evidenciaram a importância da integração entre ensino, serviço, pesquisa e comunidade, ressaltando a produção de conhecimento como ferramenta para transformação das práticas de saúde.

Nesse sentido, o VER-SUS se constituiu como uma vivência formativa potente, que contribuiu para o desenvolvimento de competências técnicas, éticas, políticas e humanas. O programa possibilitou reflexões críticas, ampliou o olhar sobre os determinantes sociais da saúde e reforçou o compromisso dos estudantes com a promoção da equidade e da justiça social. Recomenda-se, portanto, a continuidade e a ampliação de iniciativas como essa, que fortalecem o vínculo entre universidade, serviços de saúde e comunidades, formando profissionais comprometidos com a defesa e a transformação do SUS.

Referências

ARRUDA, N. dos S.; QUEIROZ, I. P. de; SANCHES, M. A. Bioethics and health of black population in Brazil: performance of Fátima Oliveira. **Revista Latinoamericana de Bioética**, Bogotá, v. 23, n. 2, p. 71-80, 2023. DOI: <https://doi.org/10.18359/rlbi.6244>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/1270/127079289006/html/>. Acesso em: 4 maio 2026.

BARROS, R. D. de et al. Distribuição geográfica e fatores associados com a produtividade de médicos e enfermeiros na atenção primária brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, e11452024, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2025.v30n7/e11452024/pt/>. Acesso em: 4 maio 2026.

CAVALLI, L. O.; CARVALHO, B. G. A formação médica na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 46, n. 4, e131, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/HXpWFgtcWzGzKd6DTZRCZRk/>. Acesso em: 4 maio 2026.

GONÇALVES, L. D. V.; SOUZA, J. B. de. Ukuse - Bahse Merise: diálogos: arte e bahsesé: experiência e formação junto ao Centro de Medicina Indígena. **Somanlu: Revista de Estudos Amazônicos**, Manaus, v. 23, n. 2, jul./dez. 2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/384612901_Ukuse_-_Bahse_Merise_-_Dialogos_-_Arte_e_Bahsesé

Experiencia_e_formacao_junto_ao_Centro_de_Medicina_Indigena. Acesso em: 4 maio 2026.

HAZARIKA, I. Artificial intelligence: opportunities and implications for the health workforce. **International Health**, Oxford, v. 12, n. 4, p. 241-245, 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/inthealth/article/12/4/241/5821036>. Acesso em: 4 maio 2026.

KUWAITI, A. A. et al. A review of the role of artificial intelligence in healthcare. **Journal of Personalized Medicine**, Basel, v. 13, n. 6, e951, 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2075-4426/13/6/951>. Acesso em: 4 maio 2026.

LIMA, L. A. M. et al. Vigilância da dor de dente na atenção primária à saúde no Brasil: série temporal de 2014-2023. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 8, e20250022, 2025. DOI: <https://doi.org/10.63231/2595-0118.20250006-pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/ZgSzVxVZXzFP7gmNMcG4snr/>. Acesso em: 4 maio 2026.

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, e162, 2024. Disponível em: <https://cpahjournal.com/cpah/article/view/162>. Acesso em: 4 maio 2026.

MOHR, E. T. B. et al. Aplicativo e-SUS Vacinação: uma tecnologia da estratégia e-SUS APS para campanhas de vacinação do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, e02972025, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2025.v30n6/e02972025/>. Acesso em: 4 maio 2026.

NEPOMUCENO, R. de C. A. et al. Resiliência coletiva: um olhar sobre o trabalho na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 145, e9699, 2025. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/9699>. Acesso em: 4 maio 2026.

SECCO, A. C.; TESSER, C. D. Revisiting Whitaker: psychotropic drugs and mental health care in Primary Health Care. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 139, p. 941-956, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2023.v47n139/941-956/en/>. Acesso em: 4 maio 2026.

SEIXAS, E. C. dos S. et al. Medicina indígena, decolonização, povo Tukano e Bahsesse: uma narrativa. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, São Paulo, v. 8, n. 18, e181811, 2025. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1811>. Acesso em: 4 maio 2026.

SILVA, L. S. et al. Being ethical and bioethical in daily life of primary health care: nurses' perceptions. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, n. 3, e20210093, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/38JVtkRVzDWvyMqQNSQNJC/>. Acesso em: 4 maio 2026.

SILVA, M. C.; TREICHEL, C. A. dos S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Therapeutic itineraries shared by users of specialized mental health services: a cluster analysis. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 11, e00052624, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RwVwVvrhzzvBPvtZ94fH4r/>. Acesso em: 4 maio 2026.

SILVA NETO, P. K. da et al. Health professionals' knowledge about ethical criteria in the allocation of resources in the COVID-19 pandemic. **Monash Bioethics Review**, Dordrecht, v. 41, p. 181-197, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40592-023-00174-y>. Acesso em: 4 maio 2026.

TAVARES, A. C. A. L. de L. *et al.* Bioethics curriculum in medical schools in Portuguese-speaking countries. **BMC Medical Education**, London, v. 22, n. 1, e199, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12909-022-03250-9>. Acesso em: 4 maio 2026.

TORRES, D. R.; WERMELINGER, E. D.; FERREIRA, A. P. Aplicação da inteligência artificial na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo e avaliação crítica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 145, e10070, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PVB3n8hZ4WJpg9x3zVHTTxg/>. Acesso em: 4 maio 2026.

VOLLMER, S. *et al.* Machine learning and artificial intelligence research for patient benefit: 20 critical questions on transparency, replicability, ethics, and effectiveness. **The BMJ**, London, v. 368, l6927, 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.l6927>. Acesso em: 4 maio 2026.

MEMÓRIAS DO CUIDADO, SONHOS COLETIVOS: TRILHAS DE UMA VIVÊNCIA NO SUS

Jenniffer Karollayne Gomes Aleoni
Dhuanny de Souza Lourenço
Matheus Mark de Oliveira Silva

Apresentação

O VER-SUS se constitui como um espaço formativo que tensiona os modos tradicionais de ensinar e aprender em saúde, ao propor a imersão de estudantes em territórios onde o Sistema Único de Saúde acontece em sua complexidade cotidiana. Mais do que conhecer serviços ou fluxos institucionais, a vivência convida a experimentar o SUS a partir do encontro com pessoas, histórias, limites e potências que atravessam o cuidado nos territórios. Em Manaus, esse convite se materializou em deslocamentos, visitas domiciliares, rodas de conversa, conselhos de saúde e encontros marcados por condições sociais, culturais e geográficas singulares da Amazônia.

Este capítulo tem como objetivo refletir sobre a formação em saúde a partir da experiência vivida no VER-SUS, tomando o corpo, a escuta, o sonho coletivo e o cuidado como categorias centrais de análise. Ao narrar e problematizar essa vivência, busca-se compreender como determinados modos de estar no território produzem aprendizagens que não se restringem ao plano técnico, mas envolvem dimensões éticas, políticas e sensíveis da formação em saúde.

A perspectiva adotada parte do entendimento de que a formação não se dá apenas pela transmissão de conteúdos, mas por processos que envolvem a experiência vivida. Nesse sentido, o corpo ocupa um lugar central, não apenas como objeto do cuidado, mas como meio de aprendizagem. Trata-se de reconhecer o corpo como instrumento de escuta, percepção e implicação, capaz de captar aquilo que muitas vezes não se expressa em palavras. Essa compreensão dialoga com a noção de aprendizagem incorporada, na qual conhecer implica sentir, observar, conviver e deixar-se afetar pelo território e pelas relações que nele se constroem.

Assumir o corpo como método significa, portanto, deslocar a ideia de formação como algo neutro ou distante. A experiência no VER-SUS mostrou que aprender em saúde envolve presença implicada, abertura ao encontro e disposição para ser atravessado pelas condições concretas do cuidado. É a partir desse marco teórico-metodológico que se desenvolvem as reflexões apresentadas a seguir, organizadas em torno das vivências no território e das aprendizagens que emergem do caminhar, da escuta e do sonhar coletivo no SUS.

Vivência

O corpo aprende primeiro: estar como método

Antes das anotações, das teorias, antes mesmo das palavras bem alinhadas, o corpo já sabia. Era ele quem reagia primeiro ao calor, à espera longa, ao silêncio das casas, à voz firme das mulheres. Estar no VER-SUS em Manaus foi sentir com o corpo inteiro e entender que, às vezes, ele sabe mais do que conseguimos dizer.

Essa experiência inicial revela o que Moura *et al.* (2025) descrevem como “aprendizagem incorporada”: um processo no qual o conhecimento

não é apenas transmitido, mas vivido corporalmente. Na saúde coletiva, isso significa compreender que as práticas de cuidado emergem do território e do corpo que nele se insere, um aprendizado que começa pelo sentir, pelo observar, pelo estar junto.

No início da vivência, eu ainda tentava organizar tudo racionalmente, encaixar o que via nas categorias conhecidas. Mas bastaram os primeiros dias de campo para perceber que não era assim que se aprendia ali. Não havia roteiro pronto. O que havia era chão quente, ruas estreitas, trajetos por onde o cuidado circulava com mais força do que a própria estrutura podia suportar. E havia gente, trabalhadores(as), moradores(as), pessoas com quem o SUS acontece todos os dias, mesmo nas ausências.

Foi então que a experiência corpórea passou a guiar a vivência. As pernas que cansavam no caminho da visita domiciliar, a pele que suava entre os becos e o arrepio que surgia diante de certas falas e silêncios compunham um modo de escuta que ultrapassava o ouvir. Tratava-se de um corpo que percebia, sentia e se deixava afetar, abrindo-se ao que não era dito, mas vivido, em uma escuta que vai além dos sentidos tradicionais, vibrátil e porosa (Rolnik, 2006).

Em uma das visitas, caminhando por uma área alagada, percebi que meu corpo já reconhecia os caminhos antes da razão. O calor, os sons e os cheiros anunciavam histórias que ainda não tinham sido ditas. Essa percepção do território com a inteireza do corpo aproxima-se do que Rodrigues (2024) chama de “escuta territorializada”: a capacidade de captar as dimensões invisíveis do cuidado para além do discurso.

Contudo, essa escuta territorializada não é neutra, ela atravessa também a precariedade do SUS na Amazônia, onde a ausência de infraestrutura, os longos deslocamentos fluviais e as desigualdades culturais impõem limites à atuação.

Esse aprendizado não se faz com distanciamento. Como escreve Paulo Freire (2002), é preciso estar junto, implicado, com os pés no barro e o coração desarmado. É nesse tipo de encontro que a formação em saúde se revela como

travessia: um processo de deslocamento, de desacomodação. Não é sobre conhecer o SUS por fora, mas sobre vivê-lo por dentro, de forma encarnada, nos gestos e nos afetos.

Ao colocar o corpo como primeiro instrumento de cuidado, o que se ativa são as chamadas tecnologias leves (vínculo, acolhimento, escuta) que, segundo Souza *et al.* (2020), são o eixo da inovação no cuidado em saúde. Essa dimensão, muitas vezes invisível, é o que sustenta a integralidade: não se trata apenas de procedimentos, mas de relações vivas.

É também aí que as palavras de Emerson Merhy (2002) ganham densidade: as tecnologias leves, como o vínculo e a relação interpessoal, mostravam-se essenciais. Eram essas tecnologias que sustentavam o cuidado em sua forma mais sensível e eficaz, muitas vezes mais potentes do que os equipamentos ou protocolos rígidos. Sentar, escutar, olhar nos olhos: tudo isso era tecnologia. E o corpo, instrumento central de sua ativação. A cada visita, o desafio era não só compreender o que estava sendo dito, mas escutar o que se calava. E isso, aprendi, não se aprende nos livros.

Pesquisas recentes, como as de Santos *et al.* (2021), mostram que trabalhadores da Atenção Básica identificam essas práticas relacionais (ouvir, tocar, acompanhar) como elementos centrais para garantir adesão, confiança e efetividade no cuidado. No contexto amazônico, essas tecnologias leves assumem papel ainda mais decisivo, pois são elas que mediam distâncias físicas, carências estruturais e barreiras culturais.

Mas o corpo, além de aprender, também denuncia. Ele denuncia o desgaste dos agentes comunitários que atravessam quilômetros sob sol e chuva, o cansaço dos profissionais que precisam improvisar sem insumos, a dor de famílias que carregam sozinhas o peso do cuidado. Como destaca Campos e Onocko Campos (2006), não há integralidade possível sem cogestão do trabalho em saúde e esse ainda é um dos grandes desafios políticos do SUS.

Nessa formação que se dá na vida, os mapas do território não são apenas geográficos. São feitos de vínculos, de estratégias locais, de inteligências

que escapam à lógica técnica. Carlos Rodrigues Brandão (2006) já dizia que só se aprende quem se mistura. E misturar-se, no VER-SUS, era mais do que uma metáfora, era uma necessidade ética.

Aprendi que estar é um método, no sentido de uma aprendizagem incorporada e situada, baseada na presença implicada no território. Nesse método, o corpo é instrumento de escuta, o afeto é via de conhecimento e a experiência cotidiana orienta a formação. Sentir é parte da escuta, e há uma pedagogia no mormaço, no barulho dos barcos, na fala cuidadosa do agente de saúde e no silêncio das mães que carregam o cuidado sozinhas.

Essa dimensão formativa do corpo em travessia também abre caminho para uma postura mais implicada nos espaços de controle social. Moraes Neta (2025) argumenta que é na presença, no corpo que participa, escuta e fala, que se sustenta a possibilidade de participação democrática no SUS. Estar inteiro nos territórios é, assim, um ensaio para atuar também de forma mais crítica e propositiva nos conselhos e coletivos de saúde.

O corpo que aprende no campo é o mesmo que chega aos espaços de deliberação: traz consigo marcas de caminhada, silêncios escutados, histórias guardadas. Não fala em abstrato. Fala atravessado pelo calor da visita domiciliar, pelo cansaço da fila, pela memória das mãos que encontrou. Lembro de uma reunião em um conselho local de saúde onde o cansaço dos usuários se misturava ao desejo de serem ouvidos. É nesse corpo atravessado que a democracia em saúde ganha densidade: não como discurso distante, mas como gesto de quem esteve junto.

Esse corpo que aprende é também o que resiste. E talvez, por isso, a formação que se faz na vivência seja tão potente: porque não se restringe à teoria, mas passa pela pele, pelo chão, pela presença. O que atravessa transforma, e é nesse atravessamento que o cuidado se torna também exercício de cidadania.

Escutar como quem caminha: o cuidado que começa antes da fala

Nem sempre o cuidado se anuncia em palavras. Muitas vezes ele começa no gesto simples de estar junto: pés na lama, corpo suado, olhos atentos, mas sem a pressa de interpretar. Escutar como quem caminha é deixar que o silêncio fale o que ainda não foi dito. É perceber que, em muitos territórios, o cuidado chega primeiro pelo olhar que se sustenta, pela escuta que não interrompe, pela presença que acompanha.

Durante a vivência, percebi que o silêncio podia ser mais denso que qualquer fala. Ao atravessar vielas estreitas e ouvir o bater leve de uma janela se abrindo, entendi que a escuta que caminha observa antes de perguntar e sente antes de intervir. Esse modo de escuta se aproxima do que Sodré (2023) chama de tecnologia leve: não um recurso externo, mas uma forma de estar que se faz no entremeio dos sentidos e das relações.

Nas vivências do VER-SUS, muitas vezes o que mais nos marcou não foi o que ouvimos, mas como fomos capazes de escutar. Sentar no quintal de alguém, esperar o tempo da conversa chegar, aceitar o café oferecido antes de qualquer pergunta, esses gestos pequenos eram também tecnologia de cuidado. Lembro de uma casa onde ninguém reagiu às perguntas iniciais. Só quando nos sentamos no chão de terra, em silêncio, uma senhora se aproximou devagar. Trouxe uma cadeira simples, ofereceu água e, minutos depois, começou a contar parte de sua vida. Foi nesse tempo de espera que a escuta ganhou corpo. Essa prática condensou o que Rodrigues (2024) destacou: as tecnologias leves influenciam a confiança e o vínculo ao cuidado. Havia momentos em que bastava perceber um suspiro mais demorado ou o tremor das mãos para reconhecer que ali existia um pedido. Mesmo sem fala clínica, a escuta já se fazia intervenção.

Nesse sentido, a escuta não é apenas uma técnica. Como lembra Joan Tronto (1993), escutar é condição para qualquer prática verdadeiramente

relacional e ética. Mais recentemente, autores como Tronto (2024) e Samuel *et al.* (2025) têm reforçado que a ética do cuidado permanece atual, pois sustenta práticas democráticas e solidárias em tempos de desigualdade. Escutar é, portanto, implicar-se no vínculo, reconhecer a dignidade do outro e acolher seus saberes.

Essa dimensão também se tornava visível nos pequenos gestos que atravessavam o corpo. As crianças que corriam ao nosso lado e perguntavam curiosas quem éramos, os sorrisos trocados no caminho, os olhares que nos abriam passagem, tudo isso já era escuta em ato. João Paulo Barreto (2022), ao descrever a prática dos kumuã, mostra que o conhecimento não é apenas racional, mas corpo em travessia, experiência vivida que se aprende no sentir e no afetar-se. Escutar como quem caminha, nesse sentido, é permitir que o corpo também seja atravessado pelo que encontra, reconhecendo que o saber nasce da relação e da presença.

Caminhando pelas comunidades, percebi que o cuidado se movia também no inesperado: o latido de um cachorro distante, o som de um barco ao longe, o sopro de vento que entrava pela porta aberta. Esses sinais periféricos revelavam contextos e convidavam a uma escuta mais ampla. Estudos recentes na Atenção Básica mostram que acolhimento, empatia e vínculo são cada vez mais reconhecidos como instrumentos fundamentais no cuidado. Joan Tronto (1993, 2024) lembra que cuidar é assumir responsabilidade e atenção genuína, e nesse cenário escutar é um gesto político e ético.

A visita domiciliar, no entanto, quase nunca seguia roteiro. Ela começava no caminho, na conversa com a vizinha que chamava da rua, na criança agarrada à perna da mãe, na jovem que preferia mostrar seu caderno escolar antes de falar de saúde. Escutar nessas condições exigia mais que técnica: exigia presença. Ricardo Ayres (2004) lembra que é na clínica ampliada que o cuidado se reinventa. A escuta não serve apenas para levantar dados, mas para acolher sentidos. E, como destaca Merhy (2002), essa é a força das tecnologias leves: deslocar o foco da técnica para a relação.

Mas escutar, nesses territórios, também era política. Eduardo Passos (2018) nos lembra que, em cenários de violência e exclusão, a escuta resiste ao silêncio imposto. Reconheci isso em encontros onde moradores falavam baixo, quase em um sussurro, como se temessem que suas dores não coubessem no espaço da saúde. Escutar, nesses casos, era também denunciar aquilo que o sistema não via. É nesse ponto que a perspectiva da Promoção Emancipatória da Saúde (Porto, 2019; Santos, Meneses, 2014) se conecta: escutar não é apenas ouvir demandas, mas legitimar epistemologias silenciadas, reconhecendo nos territórios outros modos de compreender e praticar saúde.

Carlos Rodrigues Brandão (2006) amplia ainda mais: escutar é também pesquisar. É aprender com o território, sem pretensão de superioridade, mas com disposição de transformação. Escutar, nesse sentido, é um modo de produzir conhecimento e de viver.

Ainda assim, não era fácil. O tempo institucional, a urgência da fila, o cansaço do dia a dia, tudo tencionava a prática da escuta. Em alguns momentos me percebi impaciente, querendo forçar a fala que não vinha. Foi nessa dificuldade que compreendi: escutar como quem caminha exige humildade para parar, respeitar ritmos e aceitar que o silêncio também é dado.

No VER-SUS, essa escuta se tornou aprendizagem. Ensinou que nem tudo que importa cabe na ficha do sistema. Que dores profundas às vezes se escondem em um “tá tudo bem” sussurrado. Que é preciso ler também os gestos, os intervalos, os cheiros, os corpos que falam à sua maneira.

Finalmente, escutar como quem caminha transforma também quem escuta. Não se é mais apenas observador. O sujeito da escuta volta atravessado pelo que viveu, carrega a memória dos encontros e não retorna igual. Essa mudança interior faz parte da formação e também do que o SUS precisa: profissionais e estudantes que não escutam apenas tecnicamente, mas que levem consigo as marcas, as fragilidades e a responsabilidade com o que escutaram. Escutar como quem caminha é, no fundo, reconhecer que o cuidado começa muito antes da prescrição. Ele começa quando nos dispomos a acompanhar.

E, nesse acompanhar, algo em nós também muda. Porque quem escuta de verdade nunca volta igual.

Sonhar junto é resistir: o cuidado como prática coletiva

Em uma tarde, ao final de uma visita domiciliar, organizamos uma roda improvisada na sala de uma casa simples. Estávamos cansados, mas as pessoas da comunidade se reuniram espontaneamente: mulheres que trabalhavam no cuidado familiar, jovens que queriam entender como acessar o serviço, agentes comunitários que passavam de maneira informal. Surgiram trocas sobre falta de insumos, sobre o medo de denunciar, mas também sobre solidariedade. Quem podia emprestava tinta, quem podia emprestava cesta básica. Nessa roda, o sonho coletivo se fez conversa viva, e o cuidado saltou dos protocolos para o humano, na força dessas trocas.

Em meio aos limites estruturais vividos no cotidiano do SUS, a esperança não surgia como ingenuidade, mas como força concreta sustentada na coletividade. Em cada visita, roda de conversa ou pausa para o lanche, emergia a sensação de que o cuidado ultrapassava o indivíduo. Era uma construção comum, gestada nos encontros, nas partilhas, nos silêncios acolhedores.

Durante a vivência em Manaus, ficou claro que o sonho não estava dissociado da realidade. Sonhávamos sim, mas com os pés na lama, com o corpo atravessado pela escuta, com a escassez nos lembrando do que ainda precisa ser conquistado. Era um sonhar que resistia, que se materializa em pequenos gestos cotidianos: uma rede de proteção criada entre moradores, o improviso de profissionais que encontravam meios de cuidar mesmo quando o recurso era escasso, a disposição de estudantes em caminhar juntos, dividindo afeto e indignação.

Essa percepção ganhou densidade quando acompanhamos uma reunião do Conselho de Saúde no Parque das Tribos. Ali, testemunhamos como o engajamento comunitário havia conquistado a implantação de uma unidade de saúde dentro do território, garantindo um atendimento voltado às necessidades dos indígenas não aldeados. Mais do que isso, a mobilização resultou na negociação para que 40% dos apartamentos em construção no bairro fossem destinados a famílias indígenas sem moradia. A cena era simbólica: um coletivo que sonhava junto e, sonhando, transformava a realidade. Esse protagonismo dialoga com Morais Neta (2025), para quem o controle social só é efetivo quando os sujeitos se reconhecem como protagonistas e não meros usuários.

Naquele mesmo dia, um toró nos surpreendeu. Saímos debaixo de chuva pesada, atravessando a rua alagada em direção à van. O vidro embaçado, o som da água batendo no teto, o cansaço e as risadas que tentavam secar o frio foram também parte do aprendizado. No retorno, a conversa se voltou às políticas de acesso e permanência. Um líder indígena da comunidade relatou sua própria história: havia ingressado em um curso de Medicina, mas não conseguiu permanecer. A ausência de políticas de apoio o levou a abandonar os estudos, pois precisava trabalhar e, mais tarde, priorizar sua família. Esse relato mostrou, de forma muito concreta, que garantir acesso não é suficiente. São necessárias políticas de permanência que sustentem os trajetos formativos, especialmente para populações historicamente excluídas.

Em outra ocasião, uma educadora compartilhou a lembrança de uma estudante indígena que não pôde apresentar sozinha seu trabalho acadêmico, precisando da autorização e da presença de um professor. O episódio, narrado com indignação, revelava como o racismo estrutural e a desvalorização de outros modos de saber ainda atravessam as instituições de ensino. Nesses instantes, percebi que sonhar junto também significava enfrentar o silenciamento, lutar por reconhecimento e afirmar epistemologias diversas como legítimas.

Essas conversas de chão lembram Paulo Freire (2002), para quem sonhar é parte do processo formativo. O sonho é político quando se enraíza

no chão onde pisamos, quando se transforma em projeto coletivo e em prática cotidiana. Essa dimensão política se fez ainda mais presente no Parque das Tribos, onde vimos o cuidado acontecer não apenas nas casas, mas também nas cooperativas de geração de renda, na articulação comunitária e até nas paredes: um grafite recém-pintado trazia a frase “Saúde é direito, não privilégio”. Era um gesto pequeno, mas carregado de potência, uma forma de cuidado sensível que se inscrevia no território como denúncia e esperança.

O sonho coletivo também se refletia na organização entre vizinhos para apoiar quem vivia com condições crônicas. Moradores relatam como se ajudavam mutuamente no transporte, na compra de medicamentos ou no preparo de alimentos. Esses arranjos comunitários se aproximam do que Merhy (2002) chama de tecnologias leves: práticas relacionais e solidárias que sustentam o cuidado para além da estrutura formal. Galeano (2000) lembrava que a utopia está no horizonte e, a cada passo, se afasta dois passos. Ainda assim, caminhamos. O VER-SUS mostrou que esse caminhar é feito na prática comunitária, no conselho, no grafite, no gesto de vizinhança.

Se há algo que o SUS nos ensina é que ninguém cuida sozinho. O cuidado é obra coletiva, e o sonho, quando compartilhado, transforma-se em prática possível. A força desse sonho não terminou no último dia da vivência. Alguns estudantes se comprometeram a manter contato, a trocar experiências, a acompanhar os projetos locais e a somar nos conselhos de saúde de seus municípios. Essa rede mostra que o sonho coletivo não se encerra no território onde começou. Ele se prolonga, atravessa fronteiras e se reinventa em novas travessias.

No fim, percebi que sonhar junto não era apenas projetar mudanças coletivas para o SUS ou para a comunidade, mas também permitir que esses sonhos me tocassem. Cada gesto de solidariedade, cada luta narrada no conselho, cada história interrompida pela falta de políticas de permanência deixava marcas em mim. O sonho coletivo não ficava apenas do lado de fora, no horizonte político. Ele voltava como pergunta íntima, como deslocamento

interior. Foi nesse atravessamento que compreendi: ser parte de um sonho maior também é ser formada por ele. E é nessa devolutiva silenciosa, nesse toque que recebemos quando escutamos, que se anuncia a próxima lição da vivência.

Ser tocada também é formar-se: a escuta que devolve

A vivência foi também um lugar de inversão. Muitas vezes percebi que não estava ali apenas para escutar, mas também para ser escutada. O cuidado, que eu imaginava oferecer, me foi devolvido em formas silenciosas: no acolhimento de uma moradora que ofereceu sombra e café, no olhar atento de uma agente comunitária que percebeu meu cansaço antes mesmo que eu falasse, na delicadeza de uma jovem que abriu sua casa para que nos sentássemos em silêncio. Esses gestos, aparentemente pequenos, foram pedagógicos porque me colocaram diante de uma condição essencial: eu também precisava ser cuidada.

Essa inversão mostra que a formação não é apenas cognitiva ou técnica. Como defende Joan Tronto (1993; 2013), o cuidado exige responsabilidade, responsividade e atenção ao outro, mas também implica em reconhecer que somos todos vulneráveis. Não existe um lado fixo entre quem cuida e quem é cuidado. Esses papéis se alternam, se cruzam e se confundem nos encontros, revelando que a formação em saúde é feita de deslocamentos, afetos e interdependências.

Essa experiência ganha força quando penso no que Franco e Hubner (2019) analisam sobre o corpo vibrátil, inspirado em Suely Rolnik. Escutar não é apenas captar sons, mas sentir o que nos atravessa por outras vias: o corpo que arrepia, que se deixa afetar, que percebe gestos e silêncios. Ser tocada, nesse sentido, foi permitir que meu próprio corpo se tornasse lugar de aprendizagem. Lembro, por exemplo, de uma visita em que uma senhora pouco falou, mas seus olhos marejados diziam o que a boca não traduzia. Eu

não precisei perguntar mais nada: o cuidado estava ali, na escuta que devolvia.

No Centro de Medicina Indígena Bahserikowi, a fala de uma jovem Dessana nos atravessou: “cuidar é também escutar a ancestralidade do corpo”. Naquele momento, percebi que não era a universidade que oferecia saber, mas nós que recebíamos. Ser tocada foi aceitar que há epistemologias que a formação acadêmica não alcança, mas que, ainda assim, precisam ser reconhecidas como parte do campo da saúde. Do mesmo modo, no almoço na Casa de Comida Indígena Biatuwi, entendi que o alimento compartilhado era também forma de cuidado e escuta, devolvendo ao corpo energia e ao grupo pertencimento.

Essa inversão se manifestou também em espaços urbanos. Na USF Santa Luzia, uma enfermeira afirmou que “escutar é parte do tratamento”. Ao insistir que a ficha não esgota a vida do paciente, ela me ensinou que estar na saúde é mais do que preencher dados. Fui escutada como aprendiz, mas também como alguém que precisava reconhecer seus próprios limites para estar junto. O cuidado devolvido estava na paciência da equipe diante de nossa ansiedade de “aprender rápido”.

Eduardo Passos (2018) lembra que escutar em territórios vulnerabilizados é também se deixar deslocar por eles. Não é apenas acumular informações, mas se abrir a ser transformado pelo que se encontra. Essa escuta exige coragem para sair do lugar de saber e entrar no campo da implicação. Como bem diz Jorge Larrosa (2002), a experiência é aquilo que nos passa, que nos atravessa e que nos muda. Ser tocada pela chuva forte que nos fez correr juntos no Parque das Tribos, pela roda improvisada ao final de uma visita, pelo silêncio respeitoso em algumas casas foi também ser formada.

Essa dimensão formativa se estendeu para além dos encontros com usuários. Na roda de devolutiva realizada na Fiocruz, não falávamos apenas das comunidades, mas também de nós mesmos. Fui tocada pelas falas de colegas, que devolviam ao grupo aquilo que haviam sentido e refletido. Ser escutada ali foi perceber que a formação não se encerra no campo, mas se prolonga na

partilha coletiva, em espaços micropolíticos onde a troca de experiências cria sentidos de pertencimento e corresponsabilidade (Nunes, 2024).

Essa experiência pode ser compreendida também em uma escala mais ampla, ao considerar a Saúde Coletiva como um campo atravessado por disputas epistemológicas e institucionais. Nesse sentido, ser tocada e escutar não se restringem a movimentos individuais ou emocionais, mas configuram práticas que tensionam o lugar do cuidado nesse campo maior. A inversão vivida no VER-SUS de ser escutada e ser cuidada constitui, assim, um gesto micropolítico e, ao mesmo tempo, uma crítica ao modelo de formação universitária que ainda privilegia a técnica em detrimento do vínculo (Vieira da Silva, 2023).

Nas comunidades, aprendi que o cuidado não é só aquilo que fazemos, mas também aquilo que deixamos acontecer em nós. Fui cuidada por quem talvez nem soubesse que estava me ensinando. E nesse gesto, a formação se mostrou também política. Porque o cuidado não pode ser neutro: ele carrega escolhas, disputas e negociações. Estar disponível para ser tocada é assumir um lugar de escuta ativa nas redes de cuidado e nos espaços coletivos que sustentam o SUS.

Ser tocada também é formar-se porque nos lembra que o SUS é feito de reciprocidade. O que recebemos das comunidades não cabe nos relatórios ou nas estatísticas. Cabe no corpo, na memória e na forma como nos posicionamos depois. Como lembra Bosi (2003), a memória é um espaço de resistência, um lugar onde se guardam marcas que orientam o futuro. Assim, o cuidado devolvido permanece como experiência incorporada, transformando não apenas a prática profissional, mas também a maneira como escolhemos estar no mundo. Aceitar ser cuidado, portanto, é assumir um compromisso ético e político que ultrapassa a técnica e se inscreve na própria vida.

Quando voltar já não é retorno: o cuidado como semente

No campo, a experiência se mostrou pedagógica não apenas no encontro com usuários e trabalhadores, mas também na percepção de que cada gesto cotidiano carregava potência formativa. A roda improvisada, o conselho local, o grafite no muro, a fala atravessada pela ancestralidade, tudo isso se inscreveu como memória sensível. Essas marcas não se apagam ao deixar o território, mas retornam transformadas em perguntas: como sustentar o vínculo quando a pressa institucional impõe silêncio? Como traduzir em políticas públicas aquilo que foi aprendido nos quintais e nas ruas?

Esse retorno não se restringe ao plano individual, ele se prolonga em redes que se formam entre estudantes, trabalhadores e comunidades, ativando um sentimento de pertencimento político. O cuidado que foi vivido em Manaus não permanece circunscrito ao campo, mas se desloca para a sala de aula, para os conselhos de saúde, para os espaços de militância e para a prática profissional futura. Como lembra Brandão (2006), narrar é resistir ao apagamento: ao contar e recontar a experiência, ela deixa de ser apenas memória e se torna também projeto.

A teoria ajuda a elaborar o que foi sentido na vivência. Aquilo que atravessa um acontecimento reconfigura o modo de estar no mundo (Rolnik, 2006), assim como a integralidade do cuidado só se concretiza quando reconhece a vida real em sua complexidade, para além do que cabe nos protocolos (Cecílio, 2005). No VER-SUS, essas reflexões ganharam corpo nas práticas comunitárias, nas tecnologias leves e nas estratégias coletivas de cuidado que emergem mesmo diante da escassez de recursos. Voltar do território, nesse sentido, não significou encerrar a experiência, mas seguir carregando suas marcas no modo de escutar, de agir e de se implicar com o cuidado.

Reflexões finais

Este capítulo teve como objetivo refletir sobre a formação em saúde a partir da vivência no VER-SUS, tomando o corpo, a escuta, o sonho coletivo e o cuidado como categorias centrais. As experiências narradas ao longo do texto evidenciam que essa formação se constrói na presença implicada nos territórios, na escuta sensível e na construção coletiva do cuidado, produzindo aprendizagens éticas, políticas e formativas que ultrapassam o campo técnico.

Encerrar este capítulo é lançar uma última pergunta: que SUS estamos construindo quando nos dispomos a escutar com o corpo inteiro e a sonhar com os outros? Que formação desejamos cultivar quando reconhecemos que cuidar também significa ser cuidado? Que futuro se abre quando nos permitimos caminhar com mais leveza, atenção e sensibilidade?

Este texto é, sobretudo, um convite para que outras vivências floresçam. Em cada nova travessia, que se reconheça a potência da escuta, a beleza do encontro e a urgência de sonhar coletivamente, mesmo quando tudo parece escassear. A experiência no VER-SUS mostrou que o SUS não é apenas uma estrutura institucional. É uma trama de saberes, práticas e resistências. A construção de um cuidado integral e democrático passa pelas tecnologias leves e pelos espaços de controle social, lugares onde se disputa sentido, se produz vínculo e se gera vida. São esses espaços que mantêm vivo o sonho coletivo do SUS, que se renova, apesar de tudo.

Referências

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.

BARRETO, J. P. L. **Kumuã na kahtiroti-ukuse**: uma “teoria” sobre o corpo e o conhecimento-prático dos especialistas indígenas do Alto Rio Negro. Tese (Doutorado em Antropologia Social), Programa de Pós-graduação em Antropologia Social – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2021.

BOSI, E. **Memória e sociedade**: lembranças de velhos. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

BRANDÃO, C. R. **O que é educação popular**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

CAMPOS, G. W. de S.; ONOCKO CAMPOS, R. **Cogestão e saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1686-1693, 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-386094>. Acesso em: 20 dez. 2025.

FRANCO, T. B.; HUBNER, L. C. M. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 6, p. 93-103, dez. 2019. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/3266>. Acesso em: 4 maio 2026.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GALEANO, E. **O livro dos abraços**. Porto Alegre: L&PM, 2000.

LARROSA, J. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, jan./abr. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/>. Acesso em: 4 maio 2026.

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

MORAIS NETA, F. Participação democrática no SUS: corpo, presença e voz. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. esp., p. 55-70, 2025.

MOURA, R. et al. Aprendizagem incorporada e saúde coletiva: notas sobre metodologias ativas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 445-454, 2025.

NUNES, E. D. Saúde e cidadania: componentes micropolíticos da formação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 33, e230145, 2024.

PASSOS, E. Escuta como resistência: política e cuidado em territórios vulnerabilizados. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 30, n. 1, p. 1-12, 2018.

PORTO, M. F. de S. Promoção emancipatória da saúde: desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp., p. 56-70, 2019.

RODRIGUES, A. C. Escuta territorializada e saúde coletiva: aproximações metodológicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, e340123, 2024.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina, 2006.

SAMUEL, L. et al. Ética do cuidado e práticas solidárias em saúde: debates contemporâneos. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 29, e250127, 2025.

SANTOS, B.; MENESES, M. P. Saúde, epistemologias do sul e promoção emancipatória. In: SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P. (org.). **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Almedina, 2014.

SANTOS, P. *et al.* Tecnologias leves e cuidado em saúde: percepções de trabalhadores da atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 74, n. 3, e20200123, 2021.

SODRÉ, M. **A ciência do comum**: notas para o método comunicacional. Petrópolis: Vozes, 2023.

SOUZA, H. et al. Inovação no cuidado em saúde: o papel das tecnologias leves. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp., p. 15-28, 2020.

TRONTO, J. **Moral boundaries**: a political argument for an ethic of care. New York: Routledge, 1993.

TRONTO, J. **Who cares?** How to reshape a democratic politics. Ithaca: Cornell University Press, 2013.

TRONTO, J. Care and democracy: sustaining solidarity in times of inequality. **Journal of Political Philosophy**, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 55-73, 2024.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Saúde coletiva**: teoria, política e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.

A VIVÊNCIA VER-SUS: FORMANDO PROFISSIONAIS COM OS PÉS NO TERRITÓRIO E O CORAÇÃO NO SUS PARA UMA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL TRANSFORMADORA

**Jaqueline Nazare de Assis
Renato Arthur Franco Rodrigues
Isadora Maria Botelho Lessa
Vitória Andressa Oliveira de Arruda
Camila Alencar da Silva
Cintya do Nascimento Pereira
Queli Lisiane Castro Pereira**

Educação Interprofissional e a Formação para o SUS: Desafios e Perspectivas

A formação dos profissionais de saúde deve estar integrada aos sistemas educacionais e de saúde. Para aprimorar o desempenho dos serviços, faz-se necessária a reorientação da educação, aproximando-a do mercado de trabalho e das demandas do SUS, por meio de estratégias inovadoras que impactem positivamente os indicadores de saúde. Nesse sentido, a formação deve priorizar o desenvolvimento de competências interprofissionais e o trabalho em equipe (FRENK et al., 2010). Para tal, é fundamental superar o modelo biomédico e a lógica uniprofissional, de modo a avançar no processo de concretização dos princípios do SUS.

A educação interprofissional (EIP), definida como atividade na qual “duas ou mais profissões aprendem com, de e sobre cada uma delas para melhorar a colaboração e qualidade da assistência” (REEVES, 2016), emerge como estratégia fundamental para enfrentar os desafios contemporâneos da atenção à saúde. Diferentemente da justaposição multidisciplinar, que apenas reúne saberes sem integrá-los, a EIP promove interatividade explícita entre profissionais, favorecendo a construção de práticas colaborativas genuínas. Este modelo educacional, originado na Conferência de Alma-Ata (1978) e consolidado pela Organização Mundial da Saúde, responde diretamente à complexidade das necessidades de saúde, que exigem coordenação eficaz entre diferentes categorias profissionais.

No contexto brasileiro, a EIP assume significado peculiar ao dialogar com a história de construção do SUS, marcada pelo debate sobre integralidade, necessidades sociais e a compreensão do trabalho em saúde como eminentemente coletivo (COSTA, 2016). A concepção ampliada de saúde, que transcende o biologicismo, demanda profissionais aptos à colaboração, capazes de superar a compartimentalização de saberes e a fragmentação assistencial decorrente de sistemas hierarquizados. Entretanto, persistem obstáculos significativos: estudos demonstram que problemas de comunicação e colaboração interprofissional impactam negativamente a qualidade e segurança da atenção, resultando inclusive em eventos adversos graves.

Potencialidades e Evidências da Educação Interprofissional

A literatura acumulada nas últimas três décadas revela que a EIP produz resultados positivos em múltiplos níveis: reações favoráveis dos participantes, mudanças em atitudes e percepções sobre outras profissões, aquisição de conhecimentos e habilidades colaborativas, transformações

comportamentais na prática e, em contextos de pós-graduação, mudanças organizacionais e benefícios aos pacientes (REEVES, 2016; LIMA et al., 2018). Metodologias ativas como aprendizagem baseada em problemas, simulação e práticas em cenários reais favorecem a interação entre diferentes coletivos de pensamento profissional, possibilitando a emergência de um estilo de pensamento interprofissional fundamentado na prática colaborativa.

A combinação de estratégias educacionais que articulam teoria-prática, educação-trabalho e diferentes disciplinas, estruturadas em currículos integrados, tem demonstrado efetividade. Iniciativas brasileiras entre 2009-2017, envolvendo aproximadamente 34.000 profissionais do SUS, evidenciaram que o processamento de problemas da prática profissional por grupos multiprofissionais, aliado à reflexão sobre narrativas de vivências reais, promove engajamento e produção de melhores práticas de cuidado (LIMA et al., 2018).

Limitações e Desafios na Implementação

Apesar dos avanços, a implementação da EIP enfrenta barreiras culturais, estruturais e organizacionais significativas. No ensino superior brasileiro, a lógica da formação específica permanece hegemônica, com estruturas físicas que legitimam a separação entre cursos e dificultam a interação interprofissional. A resistência ao rompimento do modelo tradicional reflete-se na contradição: profissionais continuam sendo formados separadamente para, no futuro, trabalharem juntos (COSTA, 2016). Esta incoerência perpetua a forte divisão do trabalho e compromete a qualidade da atenção oferecida no SUS.

A racionalidade biomédica, que estrutura o pensamento segundo lógica biologicista, constitui obstáculo epistemológico central. Sua superação implica incorporar dimensões subjetivas e sociais do processo saúde-doença, reformular a relação clínica, ampliar objetivos do trabalho além de curar e prevenir, incluindo o apoio à autonomia e autocuidado (CAMPOS et al., 2014).

A compartimentalização disciplinar, associada à hierarquização histórica das profissões – com a medicina ocupando posição dominante sobre demais categorias –, produz relações assimétricas de poder que obstaculizam práticas genuinamente colaborativas.

Outros desafios incluem: grande número de estudantes dificultando logística; diferenças nos calendários e cargas horárias dos cursos; necessidades de aprovação por múltiplos órgãos reguladores; escassez de docentes preparados para facilitar EIP; ausência de apoio institucional para desenvolvimento docente; e insuficiência de políticas que valorizem este modelo educacional com mesma legitimidade atribuída à formação uniprofissional.

Cenário Nacional: Lacunas e Perspectivas na Formação para o SUS

A última década registrou importantes avanços induzidos por políticas interministeriais voltadas à reorientação da formação em saúde. Iniciativas como PET-Saúde, VER-SUS e residências multiprofissionais começam a estimular a interprofissionalidade, fortalecendo a interação ensino-serviço-comunidade e incorporando metodologias ativas. Contudo, essas experiências ainda são insuficientes para produzir mudanças estruturais na cultura acadêmica. A abordagem por disciplinas segue hegemônica, e o processo formativo permanece excessivamente conteudista, dificultando o desenvolvimento de atitudes, habilidades e valores pautados na colaboração.

A análise crítica revela que, embora o debate sobre trabalho em equipe sempre tenha estado presente na construção do SUS, ele concentrou-se predominantemente no campo teórico, sem materializar-se em processos de ensino-aprendizagem capazes de formar profissionais efetivamente aptos à colaboração. A educação permanente em saúde, prevista como estratégia para transformação das práticas, enfrenta desafios similares, operando

frequentemente sob métodos tradicionais que inviabilizam a construção coletiva e dialógica necessária ao controle social e à gestão participativa.

Para que a EIP se consolide no Brasil, é necessário: apoio institucional robusto; investimento em desenvolvimento docente; flexibilização curricular; superação de barreiras culturais ligadas ao profissionalismo; adoção de metodologias que promovam competência interprofissional; e construção de evidências dos ganhos obtidos. Fundamentalmente, exige-se clareza no reconhecimento de que juntar alunos de diferentes categorias no mesmo espaço não materializa interprofissionalidade – esta requer intencionalidade pedagógica explícita, orientada pela prática colaborativa como horizonte e pelo trabalho em equipe efetivo como resultado.

A superação dessas lacunas é essencial para que a formação em saúde dialogue efetivamente com os princípios constitucionais do SUS – universalidade, integralidade, equidade e participação social –, preparando profissionais não apenas tecnicamente competentes, mas dispostos e aptos a trabalhar colaborativamente na defesa da saúde como direito e na construção de uma cidadania plena. Nessa perspectiva, o Programa Nacional de Vivências no SUS (VER-SUS), da SGTES, executado pela Associação da Rede Unida em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), tem como objetivo fortalecer e aprimorar a formação em saúde com foco no trabalho em equipe, na promoção da equidade e na transformação dos modelos de atenção e gestão. O programa também promove a integração entre ensino-serviço-comunidade, contribuindo para o fortalecimento do SUS.

O VER-SUS busca aproximar os estudantes da realidade do sistema, ampliando a compreensão acerca da organização do SUS, de seus desafios e potencialidades. Essa proposta se concretiza por meio de vivências e seminários que articulam ensino-serviço-comunidade, promovendo discussões sobre gestão, atenção, educação, participação social, arte e cultura.

Entre os objetivos do programa estão: fortalecer o compromisso ético-político dos participantes com a reforma sanitária; estimular práticas

interprofissionais e colaborativas; fomentar a educação permanente em saúde; debater projetos político-pedagógicos alinhados às necessidades da população; incentivar a inserção estudantil em movimentos sociais; e valorizar práticas pedagógicas como ferramentas de transformação social. Em síntese, o VER-SUS constitui-se como um espaço privilegiado de articulação entre teoria e prática, entre vivência e produção de conhecimento.

Entre a prática e a reflexão: percepções sobre a formação e agência interprofissional em saúde a partir do VER-SUS

Vivenciar o VER-SUS permite compreender a potência transformadora que o programa representa na formação em saúde. Em um cenário em que ainda prevalecem modelos de ensino fragmentados e uniprofissionais, a experiência no programa possibilita o encontro com os territórios, os serviços e as pessoas que fazem o SUS acontecer.

Participar do VER-SUS em Brasília, em junho de 2025, representou mais do que uma atividade de integração entre ensino, serviço e comunidade: foi um mergulho profundo em territórios, pessoas e políticas que, até então, pareciam distantes da realidade de estudantes oriundos do interior do Mato Grosso e de Goiás. Como graduandas de Enfermagem do campus Araguaia da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) e graduandas de Medicina da Universidade Estadual do Mato Grosso (UNEMAT) e da Universidade Federal de Jataí (UFJ), a experiência surgiu como um convite à escuta, à convivência e à construção coletiva do cuidado em saúde.

Mais do que observar, o VER-SUS convoca os participantes a sentir, refletir e, sobretudo, a se reconhecer como sujeitos ativos na defesa, no fortalecimento e na consolidação do Sistema Único de Saúde. A iniciativa-piloto realizada na região Centro-Oeste em 2025 evidenciou que aquela

vivência extrapolava o caráter de uma simples de uma experiência: tratava-se de um espaço formativo potente, capaz de revelar o papel essencial e, por vezes, invisibilizado de diferentes cursos e saberes que compõem o SUS.

Ao integrar estudantes de diferentes áreas, em espaços diversos e desafiadores, o programa possibilitou a construção coletiva de saberes, o exercício da escuta ativa, a valorização da diversidade e o desenvolvimento de competências colaborativas essenciais para a consolidação dos princípios do SUS. Essa experiência permitiu refletir criticamente sobre a urgência de uma formação interprofissional e comprometida com a transformação social, capaz de corresponder às demandas da comunidade, dos serviços e dos territórios. Compartilhar tal vivência, portanto, constitui uma forma de fortalecer o movimento em prol de uma educação em saúde mais conectada com os desafios do século XXI e com os valores que sustentam o sistema universal de saúde brasileiro.

Nesse sentido, o presente trabalho propõe uma reflexão sobre as experiências interprofissionais vivenciadas por estudantes no Programa Nacional de Vivências no SUS, destacando os cenários visitados, as práticas colaborativas desenvolvidas e as contribuições para a formação em saúde. Apresenta-se um estudo formatado como relato de experiência, com abordagem qualitativa e fundamentado na observação participante realizada durante a vivência no VER-SUS. As informações e reflexões que compõe o estudo foram sistematicamente compiladas a partir de registros detalhados em diários de campo, elaborados pelos participantes com o intuito de documentar percepções, desafios e transformações decorrentes da interação interprofissional e da imersão nos diversos cenários do SUS.

As principais discussões presentes nessa vivência foram organizadas segundo temas centrais, apresentados nos subitens “Territórios que falam: O SUS vivido nos espaços e nas pessoas”, que discorre sobre as diversidade e características dos territórios experienciados, ressaltando as percepções quanto aos desafios e potencialidades existentes; “Quando saberes se encontram: ações, estratégias e aprendizados em equipe”, dedicado ao compartilhamento

das vivências interprofissionais para discussão e construção colaborativa de estratégias; e “Aprender sobre o outro, com o outro e entre si: competências que fazem o cuidado acontecer”, o qual discute competências colaborativas para a atuação em saúde. Ainda, foram trabalhadas reflexões acerca do cuidado na perspectiva interprofissional, apresentadas na seção “Transformações que ficam: o que muda na forma de cuidar e ser profissional”. Por fim, trazemos uma síntese das percepções, aprendizados e sentimentos vivenciados nessa experiência, cuidadosamente descritos no trecho final – “O Legado do VER-SUS”.

Territórios que falam: O SUS vivido nos espaços e nas pessoas

Durante a vivência interprofissional no âmbito do VER-SUS, foi oportunizado conhecer diferentes espaços que compõem os níveis de atenção à saúde. Contudo, nenhum momento foi tão marcante quanto a visita ao Ministério da Saúde. Para estudantes oriundos do interior do Mato Grosso e de Goiás, foi particularmente relevante compreender que o SUS é também um projeto político, construído, tensionado e defendido diariamente. O Ministério, tantas vezes mencionado em documentos, aulas e reportagens, materializou-se diante dos participantes. Caminhar por seus corredores, ouvir profissionais envolvidos na formulação de políticas públicas e conhecer de perto as estruturas e os desafios da gestão federal despertou nos estudantes um sentimento de orgulho, responsabilidade e esperança. A percepção que permaneceu foi a de que, mesmo geograficamente distantes, as universidades públicas do interior também estão intrinsecamente conectadas ao coração do SUS.

Na Atenção Primária, foram visitadas Unidades Básicas de Saúde (UBS) urbanas e rurais, onde se observou o papel estratégico e a dinâmica de trabalho da equipe multiprofissional na promoção da saúde e na articulação com a comunidade. No nível da Atenção Secundária, destacaram-se as visitas aos Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS), que evidenciaram a complexidade do cuidado em saúde mental e a importância da escuta qualificada e do trabalho em rede. Já na Atenção Terciária, o Hospital Universitário de Brasília (HUB) proporcionou uma imersão em práticas clínicas especializadas e em processos de ensino-serviço, revelando os desafios da integralidade do cuidado em ambientes hospitalares.

Além desses espaços, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Brasília), a Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) e o acampamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) ampliaram a compreensão sobre os determinantes sociais da saúde, o controle social e a diversidade cultural, reforçando a importância de uma formação interprofissional e intersetorial para atuação no SUS. Os diferentes territórios visitados revelam a diversidade populacional implicada, permitindo visibilidade a comunidades indígenas, quilombolas e pessoas em situação de rua, que se distinguem em suas individualidades e apresentam demandas específicas. Essas populações enfrentam desigualdades históricas e estruturais que comprometem o acesso e a qualidade da atenção à saúde. A realidade encontrada mostrou um SUS cheio de potencialidades, mas também de fragilidades: infraestrutura insuficiente em determinados serviços, escassez de profissionais para atender à demanda, famílias em situação de vulnerabilidade aguardando cuidados que muitas vezes não chegam, além de uma discrepância evidente entre a gestão central e as condições concretas dos territórios. Essa percepção nos direcionou para a reflexão sobre os desafios enfrentados pelos trabalhadores da Atenção Primária, tanto pela limitação de insumos quanto pela insuficiência de equipes para atender a população, verificando-se a necessidade de maior articulação interprofissional e do fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) para garantir continuidade, integralidade e qualidade do cuidado.

Ao longo das vivências, ficaram evidentes os avanços e desafios presentes no desenvolvimento da política de saúde nos territórios. A necessidade de aprimorar os espaços físicos e tecnológicos dos serviços surgiu como ponto recorrente de preocupação nas diferentes localidades, ressaltando

o impacto direto da infraestrutura na qualidade do cuidado. Observou-se, também, a urgência de ampliar e valorizar a força de trabalho em saúde, reconhecendo os profissionais como pilares fundamentais da atenção. Aliado a isso, a experiência por meio do programa nos possibilitou compreender com maior profundidade a importância de políticas capazes de enfrentar desigualdades e promover equidade, especialmente em territórios socialmente vulneráveis. Destacou-se ainda a relevância de fortalecer práticas de cuidado que respeitem a diversidade cultural. Ficou evidente que a garantia da longitudinalidade do cuidado depende de uma RAS bem articulada, como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Rede Cegonha, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, entre outras, capazes de conectar os diferentes pontos de atenção e sustentar um cuidado integral e resolutivo.

Constatou-se, que os desafios enfrentados pelo SUS são multifacetados. Persistem barreiras históricas e estruturais que dificultam a plena concretização de seus princípios doutrinários — universalidade, integralidade e equidade — estabelecidos pela Lei nº 8.080/1990, especialmente em territórios marcados por desigualdades sociais. A fragmentação do cuidado, ainda centrado em práticas uniprofissionais, compromete a articulação entre os serviços e enfraquece a potência do trabalho colaborativo. Soma-se a isso a sobrecarga dos profissionais, que convivem diariamente com escassez de recursos, subfinanciamento e tensões provocadas por interesses privados que ameaçam a lógica pública do sistema. Ademais, embora garantida pela Lei nº 8.142/1990, a participação social permanece tímida ou pouco efetiva em muitos contextos, limitando a formulação de políticas alinhadas às reais necessidades da população. Esses elementos evidenciam a urgência de fortalecer o SUS por meio de ações que promovam integração, valorizem seus trabalhadores e ampliem o protagonismo popular.

Quando saberes se encontram: ações, estratégias e aprendizados em equipe

A articulação dos saberes foi conduzida por um grupo diverso de viventes: técnicos, graduandos e residentes em enfermagem, medicina, psicologia, odontologia, veterinária, terapia ocupacional, nutrição, fisioterapia, farmácia e saúde coletiva. A atuação dos enfermeiros se destacou pela liderança e organização de forma expressiva nas visitas técnicas, juntamente com residentes e coordenadores das unidades.

Os espaços de encontro se diferenciaram pela utilização de uma diversidade de abordagens para estimular a troca entre os participantes e tornar o aprendizado mais leve e significativo. As rodas de conversa abriram espaço para refletir sobre o território e os desafios da saúde. As dinâmicas em grupo, como as pinturas em tecido e outras expressões artísticas, permitiram que cada um colocasse sua visão de mundo em movimento. A leitura e a escrita também ganharam espaço, com propostas como o “Café Real” e a “Roda do Tempo”, que convidaram à escuta sensível e à construção coletiva de ideias. As apresentações multimídia com vídeos, podcasts, músicas, esquetes teatrais, poemas e poesias trouxeram criatividade e emoção para o processo. E até mesmo o jogo Pac-Man, adaptado para trabalho em equipe, virou ferramenta de aprendizado, exigindo estratégia, cooperação e escuta ativa entre os participantes.

Essas atividades criaram espaços de troca genuína e contato direto com a realidade dos territórios, permitindo que os participantes aprendessem juntos, de forma viva e significativa. Ao unir teoria e prática de maneira leve e envolvente, a vivência despertou reflexões profundas sobre o cuidado em saúde, estimulou a comunicação, fortaleceu o trabalho em equipe e ampliou a escuta. A variedade de formatos e o uso do lúdico tornaram o processo mais participativo e acolhedor, favorecendo a expressão de cada pessoa e construindo um ambiente de aprendizado potente, diverso e transformador. Essas atividades possibilitaram vivências práticas, aproximação com a

realidade local e construção coletiva de saberes, articulando teoria e prática de maneira dinâmica e colaborativa.

Os encontros permitiram trabalhar temáticas relacionadas à estruturação da política de saúde brasileira, perpassando os modelos de assistência à saúde anteriores ao SUS até sua constituição e implementação, normatização e trajetória atual. Nessas discussões, trataram-se aspectos relacionados ao funcionamento do SUS em diferentes estados da região Centro-Oeste, às especificidades para cada categoria profissional, às diferenças entre o SUS e o sistema de saúde privado, bem como comparações com modelos adotados em outros países. Foram realizadas reflexões sobre como seria a realidade caso o SUS não existisse, ponderando possíveis impactos.

As análises sobre o funcionamento do SUS na prática levaram a debates mais amplos acerca de questões sociais e ambientais, evidenciando preocupações com a situação atual do mundo, as mudanças climáticas e seus efeitos sobre a população, em especial povos originários, pessoas em situação de rua e estrangeiros. Essas discussões abordaram temas essenciais para a compreensão integral da saúde pública, fortalecendo uma visão crítica e ampliada sobre o cuidado e suas múltiplas dimensões.

Para além das atividades formais, os momentos de convivência e descontração, fortaleceram a troca de saberes e a interprofissionalidade, não apenas pela diversidade de categorias profissionais, mas também pela pluralidade de experiências e perspectivas de vida, potencializada pela presença de minorias, como quilombolas e integrantes do MST.

Aprender sobre o outro, com o outro e entre si: competências que fazem o cuidado acontecer

No contexto do VER-SUS, a integração entre ensino, serviço e comunidade possibilitou a identificação e o desenvolvimento de competências

colaborativas fundamentais para a atuação em saúde. Segundo Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC, 2010), são estabelecidos seis domínios de competências essenciais para a prática interprofissional colaborativa: comunicação interprofissional; atenção centrado no usuário; clareza de papéis; funcionamento da equipe; resolução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa. A partir da experiência realizada, verificou que as competências, “comunicação interprofissional”, “liderança colaborativa” e a “resolução de conflitos” emergiram das atividades realizadas entre os participantes e das visitas aos serviços e comunidades.

A comunicação interprofissional foi evidenciada ao final de cada dia de visita, quando os participantes se reuniam para discutir as limitações e fragilidades observados nos locais visitados, incluindo questões relacionadas à infraestrutura, logística, composição das equipes e manejo da atenção à saúde. A liderança colaborativa manifestou-se na formação dos Núcleos de Base (NBs), compostos por estudantes de diferentes cursos, o que favoreceu uma abordagem diversificada e integradora sobre os temas apresentados. Essa configuração estimulou a construção coletiva de reflexões críticas diárias a respeito das visitas, permitindo que múltiplas perspectivas subsidiassem as discussões e proposições. Cada NB assumiu, de forma rotativa, responsabilidades ligadas à organização do espaço da vivência, como a comunicação dos eventos, a manutenção da limpeza e da organização do ambiente, os cuidados em saúde voltados aos próprios viventes e a sistematização da agenda das atividades. Essa dinâmica contribuiu significativamente para o fortalecimento do trabalho em equipe e para o desenvolvimento de competências relacionadas à cooperação e à resolução de conflitos ao longo da vivência.

A resolução de conflitos foi trabalhada de forma lúdica e reflexiva por meio da atividade denominada “Pac-Man”. Nessa dinâmica, o Pac-Man deslocava-se lentamente em direção a uma cadeira vazia, enquanto os demais permaneciam sentados. Havia sempre uma cadeira livre posicionada no lado oposto ao Pac-Man, e o objetivo do grupo era impedir que ele a alcançasse. A regra principal

determinava que apenas uma pessoa poderia se levantar e se mover por vez. Embora aparentemente simples, a atividade rapidamente revelou a dificuldade de agir com organização, estratégia e, principalmente colaboração, gerando uma metáfora com o ‘Pac-Man’ engolindo as competências uniprofissionais, sem que haja uma articulação interprofissional efetiva.

Na prática, o Pac-Man frequentemente alcançava a cadeira, pois os participantes próximos a ela, em vez de manterem a calma e coordenarem-se com o grupo, acabavam se precipitando, deixando a cadeira desprotegida. A metáfora proposta pela atividade é clara: os profissionais de saúde correspondem aos jogadores sentados, que muitas vezes atuam de forma desorganizada, fragmentada por categorias, sobrecarregados e sob pressão em cenários de escassez de recursos. Já o Pac-Man representa forças que enfraquecem o SUS, como o subfinanciamento, a precarização do trabalho, a desvalorização da atenção primária e os interesses privados que ameaçam o direito à saúde e ausência da prática interprofissional colaborativa. Apesar de ser apenas um elemento no jogo, o Pac-Man raramente era derrotado, pois sua força residia na desarticulação, na falta de comunicação eficaz, na ausência de liderança e do trabalho colaborativo do grupo adversário.

Essa dificuldade, observada na dinâmica lúdica, espelha muitos dos entraves reais enfrentados nos ambientes de saúde, onde a fragmentação dos saberes e a falta de comunicação podem comprometer a integralidade do cuidado. Contudo, é precisamente neste ponto que a metodologia da Vivência VER-SUS se revela potente. Ao instigar a interação e a negociação entre diferentes visões profissionais, sejam elas de estudantes, residentes ou trabalhadores da saúde, o VER-SUS cria um ambiente de aprendizado vivencial que permite desconstruir o tribalismo das profissões. A imersão em cenários complexos do SUS, as discussões mediadas e a necessidade de construir soluções conjuntas para problemas reais, instigar os participantes a transcenderem suas perspectivas disciplinares, a reconhecerem o valor da interdependência e a desenvolverem as competências colaborativas. A

vivência, portanto, atua como um catalisador para a superação do ‘efeito Pac-Man’, promovendo a articulação dos saberes em prol de um cuidado mais integrado e centrado nas necessidades do usuário.

Assim como no contexto real do SUS, a dinâmica demonstrou que ameaças relativamente pequenas podem se tornar altamente eficazes diante de equipes desmotivadas, desarticuladas e carentes de estratégias colaborativas. A experiência proporcionada por essa atividade reforçou a importância do conhecimento e aplicação de estratégias para o desenvolvimento de competências colaborativas para a resolução de problemas, evidenciando que a prática interprofissional é essencial para a defesa e fortalecimento do sistema de saúde e do cuidado.

Transformações que ficam: o que muda na forma de cuidar e ser profissional

A vivência no VER-SUS promoveu transformações significativas na compreensão do cuidado em saúde. Essa imersão possibilitou perceber não apenas as dificuldades enfrentadas pelos usuários em relação ao acesso, marcadas por fragilidades estruturais e operacionais no desenvolvimento e na implementação das políticas públicas, mas também os desafios vivenciados pelos profissionais que precisam operacionalizar o cuidado com recursos limitados.

Essas experiências fortaleceram a concepção do quanto o cuidado em saúde é fortemente atravessado pelos determinantes e condicionantes de saúde. Quanto mais desiguais forem as condições de vida, maior a vulnerabilidade à doença e menor a chance de acesso a um cuidado e integral. A disponibilidade de recursos, a organização do território e a interação entre comunidade e serviços influenciam diretamente nas práticas assistenciais (CECÍLIO, 2010). Nessas situações, torna-se evidente a relevância da utilização de tecnologias leves propiciando maior integralidade do cuidado por meio da construção

de vínculo, corresponsabilização e a centralidade do usuário, em detrimento do modelo mecanicista, orientado pela realização de procedimentos (Merhy, 1998). Observou-se que, diante da escassez de equipamentos, os profissionais recorrem à criatividade e às potencialidades do próprio território, evidenciando a capacidade de adaptação. Como exemplos disso, foram identificados nas visitas realizadas aos serviços de saúde, onde hortos comunitários, cultivados por profissionais e usuários, eram utilizados como recurso terapêutico complementar, além da improvisação de equipamentos, como pranchas de alisamento capilar adaptadas para a selagem de insumos estéreis, em virtude da ausência de maquinário específico.

A consolidação da centralidade das tecnologias leves como prática de saúde no território, se materializaram na criatividade, no vínculo, no acolhimento e na construção coletiva de soluções, reafirmando o SUS como um sistema vivo e em constante reinvenção diante das demandas existentes. Após a vivência do VER-SUS, percebemos que o cuidado passou a ser compreendido e reconhecido, em maior escala, como uma prática relacional e dialógica, fundamentada não apenas em procedimentos técnicos, mas também em valores éticos e subjetivos que sustentam a integralidade e a humanização (AYRES, 2004).

Esta percepção e sentimento esteve presente nas oficinas e discussões de casos realizadas após as visitas de campo, verificada no envolvimento, de maneira autônoma, dos estudantes. A análise das fragilidades e das vulnerabilidades era feita em colaboração interprofissional com a finalidade de articular estratégias inovadoras para superar as necessidades de saúde, do processo de trabalho e da gestão, identificadas nas imersões. Outro momento envolvente da vivência aconteceu durante uma atividade em que os NB foram convidados a apresentar problemas observados nas visitas aos territórios e propor soluções a partir das diferentes perspectivas e olhares profissionais. Em uma dessas apresentações, um grupo encenou, por meio de uma peça teatral, as dificuldades de acesso às unidades de saúde e sugeriu, como alternativa complementar ao tratamento medicamentoso, o uso de hortos comunitários.

A proposta nasceu da troca entre estudantes de enfermagem, saúde coletiva e medicina, evidenciando o potencial do trabalho colaborativo na construção de soluções criativas e contextualizadas. Essas atividades evidenciaram a importância da prática interprofissional colaborativa usuário centrada. Houve entre os participantes, certo grau de mobilização na direção da prática colaborativa a qual pode desempenhar um papel importante na redução de muitos desafios enfrentados pelo sistema de saúde (OPAS,2010).

No entanto, é importante destacar que a interprofissionalidade não se resume ao simples ato de reunir estudantes de diferentes áreas em um mesmo espaço. Como afirmam Freire et al. (2019, p. 86-96),

Reunir estudantes de diferentes profissões da área da saúde em um mesmo espaço não é suficiente para afirmar que se trata de uma iniciativa assentada na proposta da EIP. Há a necessidade de que o processo de encontro seja potencializado por metodologias que valorizem a colaboração e consiga explorar conhecimentos, habilidades, atitudes e valores capazes de sustentar uma cultura de formação e trabalho, ancoradas na centralidade do usuário, na interação permanente e interdependência entre as diferentes práticas profissionais.

Assim, corroborando com essa perspectiva, a vivência no VER-SUS evidenciou que a potência formativa do trabalho colaborativo reside justamente na articulação entre diferentes saberes, experiências e metodologias, permitindo que o usuário esteja de fato no centro do processo de cuidado.

O impacto na formação prática já é visível, resultando na aprendizagem e melhor articulação no trabalho em equipe, propondo estratégias de intervenção mais fundamentadas e centradas no usuário em todo o seu contexto social e não somente na doença, desenvolvendo uma escuta atenta e interpretativa. Conforme apontam Agreli e Silva (2016), a prática colaborativa em saúde se beneficia na inclusão de saberes e fortifica a qualidade da assistência prestada, ao encorajar a comunicação efetiva e o reconhecimento do paciente em sua plenitude.

A vivência provocou a constatação defendida por Frenk et al (2011) de que a formação de profissionais de saúde exige uma aprendizagem transformacional a qual visa profissionais de saúde que não apenas satisfaçam a demanda do sistema, mas que sejam verdadeiros agentes de mudança, com uma força dotada de habilidades analíticas, de liderança, comunicação e gestão capaz de impactar positivamente os indicadores de saúde. Promoveu comprometimento com a prática interprofissional colaborativa a qual otimiza os serviços, fortalece e incita melhorias de resultados na saúde (OPAS,2011).

O Legado do VER-SUS

A vivência no Programa Nacional de Vivências no SUS se mostrou um espaço formativo singular, capaz de integrar teoria e prática, ensino e serviço. Desde o contato com os territórios até as reflexões coletivas, evidenciou-se a relevância da interprofissionalidade e das práticas colaborativas como fundamentos para fortalecer os princípios do SUS diante das desigualdades sociais e estruturais ainda presentes. A diversidade das equipes e das metodologias adotadas possibilitou aprendizagens significativas, destacando competências como comunicação, liderança colaborativa, resolução de conflitos e, sobretudo, a atenção centrada no usuário, na família e na comunidade. Essas experiências reforçaram que o cuidado integral só é possível quando diferentes saberes dialogam e reconhecem a singularidade de cada sujeito e território.

É evidente que a Vivência VER-SUS em Brasília não apenas cumpriu seus objetivos, mas superou as expectativas ao provocar reflexões profundas e aguçar o pensamento crítico dos viventes. As atividades permitiram vivências práticas, aproximação com a realidade local e construção coletiva de saberes, articulando teoria e prática de maneira dinâmica e colaborativa. Ao envolver o grupo em um processo de educação verdadeiramente transformadora, interprofissional e orientada para a prática colaborativa, a vivência demonstrou

ser um campo fértil para o desenvolvimento de profissionais comprometidos com a saúde e com os princípios do SUS.

Apesar dos desafios enfrentados, desde barreiras institucionais até limitações de recursos, o exercício da cooperação e do diálogo coletivo mostrou-se essencial para a superação das dificuldades vivenciadas no Sistema. Esse movimento fortaleceu o aprendizado de que o SUS é construído diariamente, por meio da corresponsabilidade de todos os envolvidos. Nesse sentido, o VER-SUS reafirma-se como uma ferramenta indispensável de educação profissionalizante e permanente, capaz de fortalecer o sistema de dentro para fora, formando profissionais que compreendem a complexidade e a potência do cuidado em rede. Sua contribuição para uma formação mais humanizada, integral e alinhada com as reais necessidades da população é inegável, pavimentando o caminho para um futuro em que a saúde seja, de fato, um direito universal construído com empatia, conhecimento e colaboração.

O impacto dessa vivência foi transformador, ampliando o olhar crítico dos participantes e reafirmando o compromisso ético-político com a construção de um SUS mais inclusivo, democrático e humano. Como futuros profissionais de enfermagem e medicina, essa experiência representou um marco formativo e afetivo; e, na qualidade de cidadãos, promoveu o fortalecimento do compromisso em lutar por um sistema público, universal e equânime. As vivências em Brasília ensinaram que o território é vivo e que é nele e com ele que se constrói o cuidado em saúde.

Dessa forma, conclui-se que não há como sair do VER-SUS a mesma pessoa que entrou. Mais do que conteúdos, os participantes levaram afetos, indignações, novas perguntas e um desejo renovado de transformação social. Compreendeu-se, de maneira vívida, que ser profissional de saúde no SUS significa muito mais do que executar procedimentos ou seguir protocolos: é estar disposto a escutar, dialogar e atuar politicamente em defesa da vida. A convivência com realidades distintas, os relatos de usuários, os desafios enfrentados pelas equipes de saúde e o potencial das

práticas comunitárias mostraram que o cuidado precisa ser construído com empatia, criatividade e compromisso.

Logo, o VER-SUS evidenciou que as iniciativas que dão certo no SUS começam nas pessoas, na escuta sensível, na troca de saberes, no trabalho em equipe, na articulação entre serviços e, acima disso, na coragem de defender um sistema que reconhece a saúde como direito. A experiência reafirmou que a interprofissionalidade não é apenas um princípio, mas uma necessidade, e que o reconhecimento e a valorização de todos os saberes envolvidos na saúde são fundamentais para uma atuação mais justa, equitativa e efetiva. Trata-se de uma vivência que não apenas qualifica a formação acadêmica, mas também inspira esperança e engajamento, reafirmando o compromisso coletivo com a defesa de um SUS público, universal e equânime.

Referências

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, p. 905–916, 2016.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

BRASIL. Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 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. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política nacional de educação permanente em saúde: o que se tem feito e o que se quer fazer*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. *Journal of Allied Health*, issue suppl. 1, 2010.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004.

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. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2010. p. 117-130.

COSTA, Maria Valéria. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016.

FREIRE, J. R.; SILVA, C. B. G.; COSTA, M. V.; FORSTER, A. C. Educação interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 43, spe1, p. 86-96, 2019.

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

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

LIMA, Valéria Vernaschi; RIBEIRO, Eliana Cláudia de Otero; PADILHA, Roberto Quintella; MOURTHÉ JÚNIOR, Carlos Alberto. Challenges in the education of health professionals: an interdisciplinary and interprofessional approach. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1549-1562, 2018.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, p. 71-112.1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde. Série especial 20 anos da SGTES: a criação da SGTES. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Casa de Oswaldo Cruz. Observatório História e Saúde. Rio de Janeiro, s/d. Disponível em: https://ohs.coc.fiocruz.br/documento_de_trab/especial-20-anos-da-sgtes-a-criacao-da-sgtes/. Acesso em: 25 ago. 2025.

PEREIRA, Q. L. C. et al. O genograma e o ecomapa como indutores da prática interprofissional colaborativa na assistência às famílias com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. In: *Atenção à saúde das famílias latino-americanas: abordagens teóricas e práticas na educação*. p. 50. 2023.

REEVES, Scott. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016.

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

Adria da Silva Santos

Acadêmica de Medicina – Universidade Federal de Rondônia (UNIR).

E-mail: adriadasilva234@gmail.com

Adrielly Ingrid Faustino Alves

Acadêmica de Medicina – Faculdade de Ciências Médicas de Itacoatiara

(AFYA). E-mail: adriellyalvesmed@gmail.com

Ana Suelen Pedroza Cavalcante

Docente da Universidade Estadual do Ceará (UECE), campus Crateús

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – PPSAC/UECE

Programa de Pós-graduação em Saúde da Família – Renasf/ UECE

Coordenação Nacional Nordeste I da Rede Unida

Anderson Ferreira da Rocha

Graduando em Enfermagem, Universidade Federal do Pará (UFPA).

E-mail: afr342@gmail.com

Antônio Ferreira dos Santos

Graduado em Fisioterapia, graduando em Enfermagem, Universidade

Federal do Amapá (UNIFAP). E-mail: totonioneto@gmail.com

Brenda Campelo da Silva

Graduada em Farmácia, Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail:

brendacampelo51@gmail.com

Breno Gomes Pereira

Graduando em Enfermagem pela Faculdade de Goiana (FAG). E-mail: brenogpereira01@gmail.com

Camila Alencar da Silva

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso. Campus Universitário do Araguaia. Email: camila.alencar12020@gmail.com

Camila Gabriel Lima Carneiro

raduanda em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: cglc@academico.ufpb.br

Caroline Rodrigues de Carvalho

Nutricionista, residente em Vigilância em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: carolinerodriguesdecarvalho@gmail.com

Cintya do Nascimento Pereira

Acadêmica de Medicina da Universidade do estado do Mato Grosso (UNEMAT). Email: cintya.pereira@unemat.br

Cleisla Antonio D'Avila

Graduanda de Farmácia, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: cleisla.antonio@acad.ufsm.br

Danniely da Silva Rodrigues

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: danniely.pesquisas@gmail.com

Dhuanny de Souza Lourenço

Graduanda de Medicina Veterinária, Universidade Nilton Lins. E-mail: dhuanny123@gmail.com

Élika Lopes de Andrade

Graduanda em Odontologia, UFAM, Manaus (AM), participante do Programa VER-SUS Norte. E-mail: elika.odontologia@gmail.com

Emanuely Félix Pires

Acadêmica de Farmácia, Universidade Federal do Ceará. E-mail: smefp2@gmail.com

Erida Sthefany de Oliveira Santos

Graduanda em Fisioterapia, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). E-mail: erida.santos@academico.uncisal.edu.br

Ewerlane Sobral Moreira

Estudante, Centro de Educação e Saúde, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande. E-mail: ewerlane.enf@gmail.com

Fabiana Borges Miranda

Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal do Pará. E-mail: fabiana.miranda@ics.ufpa.br

Fabiane Perondi

Fisioterapeuta, residente em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: perondi.fabiane@gmail.com

Fernanda Raquel Toillier

Graduanda de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, Santa Maria, RS). E-mail: fernanda.toillier@acad.ufsm.br

Fernando Soares da Silva Neto

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva, doutorando em Modelos de Decisão e Saúde e especialista em Diversidade pela Universidade Federal da

Paraíba (UEPB). Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: fernando.neto@servidor.uepb.edu.br

Gabriel dos Santos Aparício

Graduando em Odontologia, UFAM, Manaus (AM), participante do Programa Ver-SUS Norte. E-mail: Gsa131201a@gmail.com

Giovanna Maria Reboucas dos Reis

Graduanda em Enfermagem no Centro Universitário Adventista de Ensino do Nordeste (UNIAENE). E-mail: giovannamariareboucas@gmail.com

Gracielle Malheiro dos Santos

Docente. Doutora. Curso de Nutrição. Coordenadora do PET-Saúde Equidade. Centro de Educação e Saúde. Universidade Federal de Campina Grande. E-mail: gracielle.malheiro@professor.ufcg.edu.br

Hávilla Clycia Oliveira Siqueira Figueira

Graduada em Farmácia, residente em Saúde da Família, Universidade de Gurupi. E-mail: havillaclyciaoliver@gmail.com

Isadora Maria Botelho Lessa

Acadêmica de Medicina da Universidade do Estado do Mato Grosso. Email: isadora.maria@unemat.br

Jaqueline Nazare de Assis

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso. Campus Universitário do Araguaia. Email: jaquelineassis2002@gmail.com

Jenniffer Karolayne Gomes Aleoni

Técnica em Agente Comunitário de Saúde, Secretaria Municipal de

Saúde, Manaus (AM), participante do Programa Ver-SUS Norte. E-mail: jenniffer.esf@gmail.com

João Pedro Nascimento Sousa

Graduando em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia. E-mail: joaonasousa@gmail.com

Joelma Mendonça Paulo

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: joelma.paulo@aluno.uepb.edu.br

José Anderson Melquíades Bezerra

Farmacêutico, residente em Atenção Básica pela Escola Multicampi de Ciências Médicas na UFRN. E-mail: anderson.bezerra.049@ufrn.edu.br

Karina Lorrany Silva

Discente de Serviço Social, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E-mail: d202210760@uftm.edu.br

Luan Henrique Anselmo da Silva

Graduando em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: luanhe2017@gmail.com

Luís Fernando dos Santos Mendes

Graduando em Medicina, Centro Universitário Una. E-mail: luisfernando090801@gmail.com

Matheus Mark de Oliveira Silva

Graduando em Enfermagem, Universidade do Estado do Amazonas. E-mail: matheusmark2005@gmail.com

Ralfe Viana Costa

Psicólogo, residência Multiprofissional em Gestão de Políticas Públicas para a Saúde (EGF - Fiocruz Brasília). E-mail: ralde_viana@id.uff.br

Rejane Louise de Lima Bastos

Biomédica, residência Multiprofissional em Atenção Clínica Especializada com Ênfase em Infectologia e Neurologia (Universidade Franciscana, Santa Maria, RS). E-mail: rejane.bastos@ufn.edu.br

Renato Arthur Franco Rodrigues

Cientista político, Mestre em Desenvolvimento Sustentável, Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Jataí (UFJ). Email: renato.arthur.med@gmail.com

Stephany Araujo da Silva Lobato

Cirurgiã-dentista. Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: stephany.lobato@ics.ufpa.br

Thiago de Sousa Farias

Graduando em Enfermagem, Universidade CEUMA (UNICEUMA), Imperatriz, Maranhão, Brasil. E-mail: thiagodesousafarias57@gmail.com

Vitória Andressa Oliveira de Arruda

Acadêmica de Medicina da Universidade do Estado do Mato Grosso. Email: vitoria.andressa@unemat.br

Queli Lisiane Castro Pereira

Doutora em parasitologia. Docente do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde. Campus Universitário do Araguaia. Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). Coordenadora do mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) polo UFMT Email: queli.pereira@ufmt.br

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 978-65-5462-279-0

