

intervis que transformam

3
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 3

1ª Edição
Porto Alegre
2026



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



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

Coordenador Geral da Associação Rede Unida

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editores-Chefes: Alcindo Antônio Ferla e Héider Aurélio Pinto

Editores Associados: Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Fernanda Cornelius Lange, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Sheila Rubia Lindner, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Virgínia de Menezes Portes

Conselho Editorial

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

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman
Carolina Araujo 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 3/ 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.
- 216 p. (Série Vivências em Educação na Saúde, v. 45).
- E-book: 3.5 Mb; PDF
- Inclui bibliografia.
- ISBN: 978-65-5462-277-6
- DOI: 10.18310/9786554622776
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 CONSTRUÇÃO COLETIVA: PLURALIDADE DE SABERES NA FORMAÇÃO E DEFESA DO SUS11

João Batista de Oliveira Junior

PREFÁCIO | FORMAR PARA PRODUZIR NOVOS MUNDOS14

Roger Flores Ceccon

VIVÊNCIA E ESTÁGIO NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (VER-SUS): UM DISPOSITIVO PARA (RE)PENSAR A FORMAÇÃO EM SAÚDE20

Kelling Raquel Müller, Dieli Soldi, Gabriel Ziem Cardoso de Siqueira, Adriani de Souza Rodrigues

FORMAÇÃO EM SAÚDE E RESPONSABILIDADE SOCIAL: REFLEXÕES A PARTIR DO PROGRAMA NACIONAL DE VIVÊNCIAS NO SUS (VER-SUS)37

Caio Henrique Silva da Silva, Károl Veiga Cabral, Willian Fernandes Luna

PROGRAMA NACIONAL DE VIVÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELA ÓTICA DOS VIVENTES DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL.....50

Alex Ribeiro Souza, Bianca Jacqueline Silva Fernandes, Igor Douglas Miranda Andrade, Lavínya Moreira Souto, Rafaela Oliveira da Silva, Vanessa Alves da Silva

UM OLHAR SOBRE O VER-SUS EM SÃO LUÍS (MA): UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....68

Nathalya de Jesus Pinheiro Costa

O SUS DE MIL MÃOS: RELATO DE EXPERIÊNCIAS FORMATIVAS NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MARANHÃO84

Beatriz Ingrid Vaz Lima, Gyovanna de Sousa Fontes, Kévila Maiza da Silva, Larissa Fernanda Silva Ribeiro, Laryssa Clara Fonseca Costa, Lilyan Raquel Amorim Moreira

ENTRE MUROS E RUAS: O VER-SUS RECIFE/PE COMO ESPAÇO DE FORMAÇÃO E TRANSFORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA 101

Sthefany Santina Silva Santos, Ewerlane Sobral Moreira, Beatriz Araújo Lima, Gracielle Malheiro dos Santos

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DAS VIVÊNCIAS NO SUS..... 111

Carolyne Reduzina Queirós, Rafaela Antunes Fernandes Petrone, Rayssa Peixoto Vitorio, Isaac Alves Rodrigues, Amanda Medeiros Frota Cruz

ENTRE TERRITÓRIOS E RESISTÊNCIAS: SABERES TECIDOS NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE..... 118

Glebson Costa Alves, Joanna Beatriz de Oliveira Silva

CAMINHOS QUE ATRAVESSAM: MEMÓRIAS DE UMA VIVÊNCIA NO SUS PELO OLHAR DE FACILITADORES..... 132

Ewerlane Sobral Moreira, Sthefany Santina Silva Santos, Beatriz Araújo Lima, Gracielle Malheiro dos Santos

DESMITIFICANDO A SAÚDE PRISIONAL: A INTEGRAÇÃO ENTRE O SISTEMA PRISIONAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 147

Giovanna de Sousa Fontes, Larissa Fernanda Silva Ribeiro

NOVAS PERSPECTIVAS DE RESSOCIALIZAÇÃO DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE E OS IMPACTOS NA SAÚDE PÚBLICA 161

Emanuely Félix Pires, José Anderson Melquiades Bezerra, Juliana Silva de Souza, Fabiane Perondi, Kesley Pessoa de Sousa

PROVOCAÇÕES FOUCAULTIANAS: UM OLHAR DO VER-SUS SOBRE PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO E TRABALHO NO SISTEMA PRISIONAL 176

Diego de Oliveira Santos, Márcio Luís Chagas Mendes

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO VER-SUS: PRINCÍPIOS E TERRITÓRIOS QUE TRANSFORMAM 188

Camila Ruhana Costa Marques, Joyce Aurélia Siqueira Lima, Liana Capistrano Lopes

SOBRE A EQUIPE ORGANIZADORA 205

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES 208

APRESENTAÇÃO

A CONSTRUÇÃO COLETIVA: PLURALIDADE DE SABERES NA FORMAÇÃO E DEFESA DO SUS

João Batista de Oliveira Junior

Formar para o Sistema Único de Saúde (SUS) é um desafio que ultrapassa a transmissão de conhecimentos, o desenvolvimento de competências técnicas ou o domínio de práticas profissionais. Significa formar sujeitos capazes de compreender a complexidade da vida, reconhecer as desigualdades que atravessam os territórios, dialogar com diferentes saberes e assumir compromisso ético e político com a defesa do direito à saúde. Em outras palavras, formar para o SUS é formar para a realidade.

Essa formação, no entanto, não diz respeito apenas às profissões da saúde. O SUS é uma das maiores políticas públicas brasileiras e sua construção mobiliza diferentes áreas do conhecimento, diferentes profissões e distintos sujeitos sociais. Educação, Serviço Social, Direito, Comunicação, Arquitetura e Urbanismo, Medicina Veterinária, Ciências Sociais, Engenharia, Economia, Artes, Saúde e tantas outras áreas participam, cada uma à sua maneira, da produção das condições de vida e de saúde da população. Defender o SUS exige reconhecer que o cuidado é uma construção coletiva e que a efetivação do direito à saúde depende da articulação entre múltiplos saberes e práticas.

Essa compreensão desafia modelos tradicionais de formação, ainda marcados pela fragmentação disciplinar e pela separação entre ensino, trabalho e realidade social. Os problemas concretos vividos nos territórios não respeitam fronteiras entre profissões. Ao contrário, exigem diálogo, colaboração e a capacidade de construir respostas compartilhadas para questões complexas que envolvem equidade, participação social, direitos humanos, justiça social e desenvolvimento dos territórios. Formar para o SUS significa aprender a trabalhar com o outro, reconhecendo que nenhuma profissão, isoladamente, responde às necessidades de saúde da população.

É nesse horizonte que o 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), reafirma a potência das vivências como dispositivo de formação. Ao reunir estudantes de diferentes cursos de graduação, residentes, docentes, trabalhadores, gestores da saúde e movimentos sociais, o Programa fortalece processos formativos pautados no trabalho em equipe, na integração ensino-serviço-comunidade, na participação popular e na equidade. As vivências criam espaços de encontro em que diferentes perspectivas dialogam, tensionam certezas e ampliam a compreensão do SUS como um projeto democrático construído coletivamente.

Os capítulos que compõem esta obra refletem essa diversidade de olhares. Reunindo reflexões produzidas a partir das vivências-piloto realizadas em 2025, os textos abordam temas como responsabilidade social da formação, integração ensino-serviço-comunidade, Política Nacional de Humanização, interdisciplinaridade, processos de facilitação, saúde prisional, redes de atenção, territórios e práticas de cuidado. Ele não se limita a apresentar experiências distintas, mas se propõe a demonstrar que a formação para o SUS acontece quando somos desafiados a compreender a realidade em toda a sua complexidade, reconhecendo que o cuidado é sempre produzido nas relações entre pessoas, instituições, políticas públicas e comunidades.

Ao longo da leitura, torna-se evidente que a interdisciplinaridade não

aparece apenas como uma estratégia metodológica ou como um princípio organizador do trabalho em equipe. Ela constitui uma postura ética diante da realidade. Pressupõe disposição para escutar, aprender, compartilhar responsabilidades e construir soluções coletivas para desafios que não pertencem a uma única profissão. É justamente essa abertura ao diálogo que permite ampliar as possibilidades do cuidado, fortalecer a integração entre ensino, serviço e comunidade e reafirmar o SUS como um espaço permanente de produção de conhecimento.

Que estas páginas inspirem educadores, estudantes, trabalhadores, gestores, movimentos sociais e profissionais das mais diversas áreas a reconhecer que o SUS também é um projeto de formação da sociedade brasileira. Porque fortalecer o SUS não depende apenas de quem atua em seus serviços. Depende, sobretudo, da capacidade de construir uma cultura de diálogo, cooperação, responsabilidade social e compromisso coletivo com a defesa da vida, da democracia e do direito à saúde.

PREFÁCIO

FORMAR PARA PRODUZIR NOVOS MUNDOS

O convite generoso para prefaciар um livro destinado ao VER-SUS muito me alegra. Não apenas pela possibilidade de conhecer experiências que marcaram profundamente a formação de milhares de estudantes, militantes, trabalhadores e docentes em todo o país, mas porque esta obra chega em um momento importante da história brasileira. Após mais de duas décadas de construção coletiva, atravessando governos, disputas políticas e diferentes contextos institucionais, o VER-SUS deixa de ser apenas uma experiência de resistência produzida pelas universidades para afirmar-se como parte de uma política pública nacional de formação.

Há, portanto, um sentido histórico nestes escritos. Eles não registram apenas uma memória, mas testemunham a permanência de um projeto ético e político que insistiu em sobreviver quando iniciativas comprometidas com a democracia, a universidade pública e o Sistema Único de Saúde (SUS) foram ameaçadas pela lógica da mercantilização da educação e da vida. E nada mais apropriado para simbolizar essa longa trajetória do que a produção deste livro.

Talvez seja precisamente por isso que este livro não possa ser lido apenas como uma coletânea de relatos de experiências. Há, em cada capítulo, algo que ultrapassa a descrição dos acontecimentos e transforma a narrativa em testemunho. Conceição Evaristo costuma afirmar que sua escrita nasce da escrevivência, isto é,

de uma palavra que não separa vida e escrita, memória e existência, experiência e narrativa. Ainda que produzidas em contextos distintos, as páginas que compõem esta obra também parecem mover-se nessa direção. Elas não escrevem sobre o território desde a distância confortável de quem observa, mas escrevem desde o interior dos encontros, das inquietações, dos deslocamentos e das marcas que permanecem depois que a vivência termina. São textos que recusam a neutralidade porque reconhecem que ninguém atravessa um território, uma comunidade ou um serviço de saúde sem ser igualmente atravessado por eles. A escrita deixa, assim, de cumprir apenas a função de registrar o vivido para tornar-se parte da própria experiência formativa, prolongando no tempo aquilo que o encontro produziu nos corpos, nos afetos e no pensamento.

Eu sempre gosto de pensar que os livros nascem em tempos distintos. Há aqueles que respondem às urgências de uma conjuntura específica e, uma vez alteradas as circunstâncias que lhes deram origem, permanecem como documentos de uma época. Outros, porém, recusam essa temporalidade imediata. Nascem de acontecimentos concretos e são atravessados por perguntas cuja permanência ultrapassa os limites do presente. É nesse horizonte que esta obra deve ser situada. Embora organizada a partir das experiências do Programa de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), ela não se restringe às experiências de um programa nem à sistematização de uma metodologia. O livro inscreve-se numa tradição intelectual e política mais ampla, que compreende a formação como uma das expressões profundas do modo pelo qual uma sociedade imagina o seu futuro.

Toda sociedade educa para alguma coisa. Forma sujeitos segundo determinadas concepções de humanidade, de conhecimento, de trabalho e de vida comum. Não existem processos formativos neutros, assim como não existem currículos destituídos de pressupostos éticos e políticos. Cada escolha pedagógica carrega consigo uma antropologia implícita, uma ideia de cidadania, uma determinada compreensão sobre o papel do Estado e sobre aquilo que

merece ser preservado como bem comum. Talvez por essa razão a história da formação em saúde nunca possa ser separada da história das disputas em torno da própria democracia brasileira. A Reforma Sanitária, a Constituição de 1988 e a criação do SUS produziram um novo modelo de organização dos serviços, mas também criaram uma nova imaginação política sobre o cuidado, deslocando-o da esfera da beneficência, da filantropia e do privilégio para o campo dos direitos, da cidadania e da responsabilidade coletiva.

Entretanto, nenhuma conquista histórica permanece garantida por sua simples inscrição na lei. As instituições vivem apenas enquanto forem continuamente recriadas pelos sujeitos que as habitam. O SUS é o exemplo mais eloquente dessa condição. Sua permanência nunca dependeu exclusivamente de dispositivos constitucionais, de normas administrativas ou de financiamento público. Ela depende, sobretudo, da capacidade permanente de formar pessoas que reconheçam no SUS não apenas uma política pública, mas uma maneira de compreender a vida em sociedade. Antes de existir como rede de serviços, o SUS precisa existir como cultura política. Antes de organizar hospitais, unidades básicas ou centros de atenção psicossocial, ele organiza uma ética do cuidado fundada na recusa de que a vida possa ser medida pelo valor econômico dos corpos, pela capacidade de consumo ou pela posição ocupada nas hierarquias sociais.

É precisamente nesse ponto que este livro revela sua singularidade. Seus capítulos não apresentam apenas experiências desenvolvidas em diferentes territórios brasileiros, mas narram o processo pelo qual estudantes, residentes, trabalhadores e docentes atravessam uma experiência de formação que modifica, simultaneamente, a maneira de compreender o país e o próprio lugar que ocupam nele. O território deixa de aparecer como suporte físico da política pública para tornar-se uma categoria viva, povoada por histórias, conflitos, desigualdades, resistências e invenções cotidianas. As populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas, as comunidades periféricas, os assentamentos, os serviços de saúde e os movimentos sociais não

figuram como destinatários da ação universitária. São eles que interrogam a universidade, que obrigam o conhecimento acadêmico a confrontar seus próprios limites. A direção do aprendizado inverte-se silenciosamente, pois não é apenas a universidade que chega aos territórios; são os territórios que passam a habitar a universidade.

Durante muito tempo, imaginamos que a universidade produzia conhecimento e o levava aos territórios. As narrativas aqui reunidas revelam exatamente o contrário: são os territórios que interrogam a universidade, desestabilizam seus saberes, ampliam suas perguntas e exigem novos modos de pensar. Por isso estas páginas se aproximam muito mais de uma cartografia de experiências do que de um conjunto de relatos pedagógicos. Cada texto guarda a singularidade de quem o escreveu, mas todos compartilham uma mesma disposição ética, que é compreender que conhecer não significa ocupar um lugar de exterioridade em relação ao outro, mas aceitar que todo conhecimento transforma igualmente aquele que conhece. Nesse sentido, as narrativas deste livro aproximam-se da escrevivência de Conceição Evaristo, pois fazem da escrita um lugar onde memória, corpo, território e política permanecem inseparáveis.

Há, contudo, uma dimensão ainda mais profunda percorrendo esta obra. Em uma época marcada pela aceleração da vida, pela transformação do conhecimento em mercadoria e pela crescente submissão das universidades à lógica da produtividade, o livro reivindica algo que se tornou raro, que é o direito à experiência. Não à experiência compreendida como acúmulo de atividades práticas ou cumprimento de cargas horárias, mas àquela experiência capaz de alterar o modo como alguém percebe o mundo.

A universidade contemporânea tornou-se extraordinariamente competente na produção de informações, indicadores, protocolos e competências, mas nem sempre consegue produzir aquilo que historicamente justificou sua existência, que é a formação de sujeitos capazes de deixar que a realidade desorganize suas certezas. A formação deixa, então, de ser simples aquisição

de conhecimentos para converter-se em disponibilidade para o encontro, em disposição para ser afetado e em abertura para reconhecer que nenhum saber permanece intacto depois de confrontado com a complexidade da vida.

E reside aí a contribuição mais duradoura deste livro. Ao preservar a diversidade das vozes, das experiências e dos territórios, ele recusa oferecer um modelo acabado de formação. Em vez de apresentar respostas universais, restitui à formação sua condição de processo inacabado, permanentemente reconstruído nos encontros entre universidade, serviços, trabalhadores e comunidades. Cada capítulo acrescenta uma perspectiva distinta, mas todos convergem para uma mesma compreensão, que formar não significa moldar sujeitos segundo um ideal previamente definido, mas criar condições para que novas formas de pensar, sentir e agir possam emergir da experiência compartilhada.

Há uma bela imagem de Guimarães Rosa segundo a qual “o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia”. Talvez nenhuma outra imagem traduza com tanta precisão aquilo que estas páginas comunicam.

O VER-SUS não aparece aqui como ponto de chegada de uma política educacional, nem como solução definitiva para os desafios da formação em saúde. Ele emerge como travessia. Uma travessia que desloca estudantes, trabalhadores, docentes e gestores de lugares previamente estabelecidos; que dissolve fronteiras rígidas entre ensinar e aprender; que transforma o território em pensamento e o pensamento em compromisso ético com a realidade. Compreende-se que o verdadeiro objeto deste livro é a construção de universidades, movimentos sociais, serviços de saúde e territórios capazes de reconhecer que a produção do conhecimento e da saúde só adquirem sentido quando permanece inseparável da produção da vida.

Ao concluir a leitura, permanece a impressão de que estas páginas realizam um gesto raro na produção acadêmica contemporânea. Em um tempo em que a escrita universitária frequentemente se distancia da vida que pretende compreender, este livro devolve à palavra sua condição de experiência. Seus

autores não escrevem para concluir uma vivência, mas para impedir que ela termine. Como na escrevivência de Conceição Evaristo, a narrativa aqui não busca apenas contar o que aconteceu. Ela insiste em manter vivo aquilo que o encontro produziu, para que outras pessoas possam continuar essa travessia. E essa é a maior contribuição: recordar que formar profissionais para o SUS consiste em produzir sujeitos capazes de escrever, cuidar e habitar o mundo sem separar a vida daquilo que dela se narra.

Roger Flores Ceccon

Professor da Universidade Federal de Santa Catarina

VIVÊNCIA E ESTÁGIO NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (VER-SUS): UM DISPOSITIVO PARA (RE)PENSAR A FORMAÇÃO EM SAÚDE

Kelling Raquel Müller

Dieli Soldi

Gabriel Ziem Cardoso de Siqueira

Adriani de Souza Rodrigues

Introdução

Reconhecendo a importância de articular a formação em saúde com a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Unida, com o apoio do Ministério da Saúde, passou a desenvolver, no início dos anos 2000, iniciativas voltadas à integração do ensino e à realidade do sistema público brasileiro. Dentre as iniciativas, destaca-se o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), que constitui o cenário deste relato.

O Programa surgiu com o objetivo de aproximar estudantes da realidade dos serviços públicos de saúde e fomentar a formação orientada pelos princípios do SUS, contribuindo para formação de profissionais comprometidos com as necessidades sociais e com o fortalecimento da saúde pública (Ferla *et al.*, 2013). Esse projeto se constitui em um período de imersão oferecido a estudantes de graduação, do ensino técnico e residentes da área da saúde. Esses estudantes, por meio do VER-SUS, são apresentados aos serviços

de saúde e vivências que permitem conhecer determinado território, suas comunidades, necessidades e como esses pontos se articulam.

Dessa maneira, o projeto acaba sendo um espaço potente para suprir uma lacuna nas formações em saúde, que por muitas vezes insistem no prevailecimento de um olhar biomédico, medicamentoso e que se demonstra incapaz de compreender o indivíduo em sua integralidade. Esse olhar acaba por não estar em consonância com os serviços de saúde pública guiados pelos princípios do SUS que prezam pela integralidade, equidade e universal.

Em 2004, o Projeto Piloto do VER-SUS/Brasil ocorreu pela primeira vez, sendo realizado de caráter experimental, em dez municípios, entre janeiro e fevereiro. A primeira experiência nacional ocorreu em 2004, em 19 estados, envolvendo 51 municípios. Em 2005, ocorreu a segunda edição do VER-SUS/Brasil em dez municípios. Contudo, entre 2006 e 2010, não houve continuidade nacional do projeto, limitando-se a iniciativas locais e regionais, até que, em 2011, iniciou-se um processo de reorganização, culminando na retomada das edições nacionais em 2012 (Ferla *et al.*, 2013).

Uma mudança significativa ocorreu em dezembro de 2024, quando o Ministério da Saúde instituiu oficialmente o Programa Nacional de Vivências no SUS por meio da Portaria GM/MS n. 6.098, de 16 de dezembro de 2024, incorporando o VER-SUS como projeto-piloto e estabelecendo diretrizes nacionais a fim de promover vivências em espaços do SUS (Brasil, 2024). Essa integração representa uma reconfiguração importante: o VER-SUS deixa de atuar como projeto isolado ou dependente de iniciativas pontuais e passa a compor uma política nacional estruturada, alinhando metodologias, objetivos e financiamento à estratégia federal de fortalecimento da formação em saúde. A primeira execução vinculada a essa nova política ocorreu na região metropolitana de Porto Alegre (RS), abrangendo a Região Sul (RS, SC, PR) (Brasil, 2025).

As vivências ocorreram de forma imersiva nos serviços de saúde pública oferecidos no território, em que estudantes e residentes puderam conhecer diferentes espaços, entre eles, Unidades de Saúde (US), Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital e comunidades presentes na região, como assentamentos e aldeias indígenas. Para além das visitas aos espaços físicos, as vivências mobilizaram reflexões críticas acerca do SUS e da formação em saúde no Brasil. De forma mais particular, às autoras e ao autor deste trabalho, as vivências suscitaram reflexões acerca da formação em saúde, temas que serão abordados ao longo deste escrito.

O presente trabalho se propõe a uma escrita outra. Uma escrita que problematiza, argumenta e articula teoricamente com aspectos que fazem sentir e pensar a vida, a saúde e a formação. Que se põe em movimento: relata, provoca encontros, reflexões, afetos e discussões, buscando conectar-se com o que foi e o que ainda virá. Por meio dessas reflexões, buscamos implicar o leitor a partir da articulação entre a teoria e prática, repensando os processos em que se dá a educação e formação em saúde.

Para isso, iremos relatar e refletir sobre as experiências que vivenciamos a partir de duas edições do VER-SUS ocorridas na Região Sul, entre os dias 11 e 17 de janeiro e entre os dias 14 e 18 de julho, na região metropolitana de Porto Alegre (RS).

Metodologia

O artigo se constitui em uma escrita de abordagem qualitativa sustentada pelo método da cartografia, buscando um viés mais reflexivo e descritivo.

Ao aceitar o desafio de escrever este trabalho, nos colocamos a reviver cada dia da experiência, onde muito se sentiu, enxergou e escutou. Marcados/as pelo que ainda reverbera, seguimos movimentando dentro e fora. Por meio de um exercício cartográfico, propomo-nos discussões acerca da formação em saúde. Essas discussões foram fomentadas e articuladas a partir das Vivências Pilotos do VER-SUS realizadas no ano de 2025 no Rio Grande do Sul (RS).

Movimento constitui a cartografia. É pondo-se em movimento que se faz cartografia. Movimenta-se corpo e alma. Exploramos, descobrimos, pensamos. Portanto, o presente trabalho buscou caminhar, e por vezes correr, pelos territórios, físicos e não físicos, de saúde encontrados no percurso. Território, que é físico e diz daquele/a que se toca, mas também, não físico, daquele/a que se escuta e às vezes, não se enxerga. Por isso a cartografia, princípio “inteiramente voltado para uma experimentação ancorada no real” (Deleuze; Guattari, 1995, p. 21), fundamentada no princípio do rizoma, se manifesta como um mapa vivo de conexões múltiplas, aberto a diferentes interpretações, simbolizando a multiplicidade e a heterogeneidade do pensamento, criando fluxos contínuos que escapam a qualquer hierarquia fixa, pondo em movimento o plano de imanência (Deleuze; Guattari, 1995).

Uma metodologia que “aposta na experimentação do pensamento” (Passos; Kastrup; Escóssia, 2009, p. 10), passando assim a ressignificar o sentido de precisão metodológica, que deixa de ser somente um requisito técnico e passa a ser entendida como intervenção, compromisso, interesse e implicação com a realidade. “O método vai se fazendo no acompanhamento dos movimentos das subjetividades e dos territórios” (Passos; Kastrup; Escóssia, 2009, p. 77).

Do mesmo modo que a cartografia se realiza no movimento, o plano de Imanência sustenta os conceitos, possibilitando que estes se articulem com o real. O plano de Imanência pode ser entendido como a própria imagem do pensamento, um campo de variações infinitas que não se deixa reduzir a um princípio único ou absoluto, permanece aberto, múltiplo e não hierárquico, do qual os conceitos dependem para existir e fazer sentido. É onde tudo (vida, pensamento, natureza, sociedade) está conectado e se produz mutuamente. Sem o plano, os conceitos se esvaziam, tornando-se meras construções formais, sem consistência no real (Deleuze; Guattari, 2010).

A partir do exposto, cria-se um personagem conceitual, o qual nomeamos de Guri-Caramelo. Ele percorrerá o presente trabalho nos ajudando a trazer à tona ideias, pensamentos, sentimentos e reflexões que surgem com e a partir das

vivências e encontros com o SUS. Deleuze e Guattari (2010, p. 10), nos dizem que os conceitos “[...] têm necessidade de personagens conceituais que contribuam para sua definição”. Ou seja, o personagem auxilia na compreensão, faz aparecer o plano de imanência e dá corpo e movimento aos conceitos, fazendo-os pulsar, emergir, sentir e manifestar-se na vivência, transformando-se, assim, em conceitos vivos.

Portanto, apresenta-se aqui o Guri-Caramelo, personagem-conceito que guiará as discussões ao longo deste ensaio. “Guri”, termo de origem tupi-guarani, significa “bagre novo” e, por extensão, “criança” (Cunha, 2012), tendo se consolidado no português brasileiro, sobretudo no Rio Grande do Sul, como designação regional e afetiva para “menino”, carregada de identidade cultural. Como o SUS: brasileiro e também regional.

Guri, aqui, é muitos, também todos, todas e todes. Busca representar o coletivo que vive o SUS. Caramelo, que no Brasil é comumente utilizado como adjetivo de “vira-lata”, um cachorro sem raça definida, refere-se à pelagem do animal chamado “Vira-Lata Caramelo”. Figura popularmente conhecida e considerada, por alguns, patrimônio cultural do país. Ele circula pelos espaços públicos e não públicos, onde é acariciado e adorado por alguns/umas e menosprezado por outros/as. Como o SUS.

Guri-Caramelo é atemporal, ele vai e vem, percorre os caminhos da rede de saúde permitindo-se afetar pelas conexões que faz aqui, ali e lá. O Guri-Caramelo nasce da inquietação, da curiosidade, da troca de ideias, da conexão humana e do amor pelo SUS. Está sempre motivado a conhecer e saber mais. Carrega consigo muitas pessoas, encontros e dúvidas.

Um ponto de partida: os conceitos de saúde e o SUS

“O que é saúde?”

É a partir deste questionamento, à primeira vista, ordinário e de fácil resposta, que o Guri-Caramelo inicia sua jornada e põe-se a caminhar. Em

alguns cantos encontra respostas rápidas ou padronizadas como: “saúde é a ausência de doenças”; em outros, definições padrões que dizem que: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Organização Mundial da Saúde, [texto digital]); em outros, encontra sujeitos que nunca pararam para pensar a respeito. Caramelo, a partir de seus encontros, entende que é importante ter conceitos e dados que ajudem a compreender fenômenos, no entanto, sente que algo falta.

Não contente, põe-se a caminhar, estudar, rememorar, escutar e conversar, a fim de que consiga responder sua indagação. No percurso do estudo e da vivência, relembra a história da saúde pública no Brasil, seus marcos históricos, desde a chegada dos migrantes, o período colonial e o regime imperial; também relembra as campanhas de vacinação conduzidas por Oswaldo Cruz, as deficiências do saneamento básico, a expansão da medicina privada e a subnotificação de dados no Regime Militar (Bertolli Filho, 2011).

Guri-Caramelo também viu as potências dos movimentos sociais e as conquistas atingidas. Relembra intensamente o Movimento Sanitário Brasileiro, que criticou o modelo de gestão e assistência vigente: excludente, privado e para poucos. Iniciado na década de 1970, o movimento buscou reivindicar a reestruturação do sistema, com participação social, acesso universal e maior protagonismo do Estado na regulação e oferta dos serviços, a partir de uma abordagem ampla em saúde que considera os determinantes sociais, econômicos e políticos. Esse processo histórico é marcado por lutas políticas e pelo fortalecimento de movimentos sociais pautados em valores de solidariedade e justiça social (Fleury, 2009).

Na vivência pelos serviços escolhidos para a experiência do VER-SUS, Caramelo, infelizmente, se deparou com uma força do retorno dos vínculos privados no SUS, o que pode resultar em uma precarização das políticas públicas de saúde, em consequência do enfraquecimento dos movimentos sociais. O Guri-Caramelo percebeu que quando falamos em movimentos e lutas, eles podem ter iniciado em um determinado momento histórico, mas necessitam ser constantes.

O controle social e os movimentos sociais passam a fazer cada vez mais sentido para Caramelo, para que a população se aproprie dos seus direitos e possa reivindicá-los quando necessário. Para Alves e Aerts (2011), uma das formas possíveis para que os usuários alcancem esse conhecimento é por meio da Educação Popular em Saúde, onde os/as profissionais podem desempenhar um importante papel como facilitadores/as.

Em suas andanças, muito ouve falar que o SUS não funciona. Mas será que ele não funciona mesmo ou, por falta de preparo, os/as profissionais e gestores/as que não sabem fazê-lo acontecer? Será que o SUS ensinado nos currículos é o SUS “da gente”? Ou será que ele está ali apenas por uma exigência legal? Já compreendemos que saúde é mais que um conceito, é coisa grande, é muito. Tão grande que o Guri-Caramelo tem muitas dúvidas a respeito: é possível ensinar saúde? Como? Tem como ensinar saúde longe dela? Mas e perto, tem? Que saúde se busca ensinar? São mais dúvidas sem respostas. Assim, Caramelo decide percorrer salas de aula de cursos da saúde, se perguntando de que maneiras esses/as profissionais aprendem a tornarem-se facilitadores/as.

Obstáculos e possibilidades: formação em saúde em consonância com o SUS

Algumas reflexões surgem no percurso. Guri percebe um distanciamento entre o ensinar e aprender saúde, principalmente, ao SUS. Por vezes, se encontra com currículos fragmentados em disciplinas teóricas, com foco biomédico e hospitalocêntrico, pouco orientados à Atenção Primária, com pouca integração ensino-serviço-comunidade, onde o contato com o SUS de verdade ocorre tardiamente, com estágios insuficientemente articulados. Então, mais uma pergunta aparece: como se ensina o cuidado integral a partir de um ensino fragmentado? Sem resposta, segue a caminhar.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 1989), a educação em saúde configura-se como uma prática social, que visa contribuir para a formação de consciência crítica da população. Com o foco nos problemas de saúde e estímulo para a busca por soluções e ações coletivas. Um processo organizado de forma contínua e transversal, presente em todas as práticas do SUS.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da saúde e a Constituição Federal estabelecem que o SUS deve ser o eixo ordenador da formação em saúde (Brasil, 2001; Brasil, 1988). Ou seja, o/a profissional formado/a precisa estar apto/a a atuar no sistema público, compreender seus princípios e integrar-se a equipes multiprofissionais. No entanto, será que é isso que acontece? Guri-Caramelo tem suas dúvidas.

Nesse sentido, Montanari (2018) afirma que a formação em saúde no Brasil tem passado por profundas transformações impulsionadas pela consolidação do SUS e pelas DCN, que buscaram aproximar o ensino das necessidades sociais. Esse processo estimulou a interdisciplinaridade, a interprofissionalidade e a integração ensino-serviço-comunidade, com programas como Pró-Saúde e PET-Saúde, orientando a preparação de profissionais mais críticos/as, reflexivos/as e comprometidos/as com a integralidade do cuidado em saúde.

Contudo, é preciso que se tenha um olhar crítico e se pense na relação entre controle social e ensino, considerando o quadrilátero da formação em saúde (articulação entre gestão, assistência, formação e controle social) e a necessidade de articular teoria e prática de maneira congruente (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Em outros tempos o Guri-Caramelo vivenciou durante o processo de implantação do SUS, diversas limitações. Os/as profissionais de saúde e gestores/as, em seu processo formativo, não haviam sido preparados/as e instigados/as a pensar nos modelos de trabalho do SUS, gerando dúvidas em como destinar verbas e promover ações de acordo com os princípios do SUS (Machado *et al.*, 2007).

Por esse motivo, em 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, vinculada ao Ministério da Saúde, com o

objetivo de pensar em políticas públicas voltadas à formação de trabalhadores/as na área de saúde no Brasil. E em 2004 foi estabelecida a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por meio da Portaria n. 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004 (Brasil, 2018).

O Guri-Caramelo recorda ter entrado em contato com o livro *Pedagogia da Autonomia*, de Paulo Freire (2023). Nele, Freire explora questões da educação e da autonomia dos/as educandos/as, reiterando que as vivências e saberes construídos pelos/as estudantes na prática comunitária devem ser valorizados/as, do mesmo modo que os saberes e vivências da população, quando falamos em educação em saúde.

Guri-Caramelo percebe que por conta de um difícil acesso às universidades, muitas vezes os estudantes e profissionais de saúde vivenciam um ambiente de privilégios, em que a desigualdade acaba não se mostrando de maneira tão intensa quanto a realidade da sociedade brasileira. Essa discrepância revela uma tensão central e Guri-Caramelo volta a se questionar: como preparar profissionais para a realidade do território em que as pessoas vivem o SUS, que reflete a diversidade e complexidade da população, se esse sistema não está presente de maneira efetiva na formação?

Guri-Caramelo segue com Freire (2023): “Por que não aproveitar a experiência que têm os alunos de viver em áreas da cidade descuidadas pelo poder público para discutir?”. Pensando na formação em saúde, o Guri-Caramelo observa que os/as estudantes de saúde, por vezes, ficam focados/as nos saberes técnicos e não aventurando-se em uma relação *com* o outro humano, sem disposição para escutar, porém pronto para colonizar.

Durante o Ver-SUS, Guri-Caramelo vivenciou um debate sobre o trabalho de profissionais em uma unidade de saúde móvel, que atende principalmente a população em situação de rua. Nele foi instigado a pensar o conceito de colonização no trabalho no SUS. Todo/a usuário/a tem o direito de expressar e ser ouvido/a por suas queixas e necessidades, sendo sempre respeitado/a (Brasil, 2009). Então não cabe ao/à profissional de saúde o desejo

de “colonizar” o/a usuário/a com as necessidades que acha ser a real, mas sim, escutá-lo/a e atendê-lo/a conforme o que o próprio sujeito necessitar.

Guri-Caramelo compreende que precisamos de profissionais verdadeiramente implicados com o SUS. E aqui, entende-se a implicação como compromisso com as pessoas e com o cuidado, porque acredita que este é eixo central no que diz de cuidado ético e eficaz. Mas, como ser um/a profissional assim? Guri-Caramelo, com tudo que carrega em si, entende que o ponto de partida é conhecer a realidade do território e dos sujeitos que ali vivem.

Compreender a realidade é um movimento que se faz nos encontros e com presença no território, deixando-se afetar por tudo que nele acontece e quem nele vive. É pondo-se em movimento que se passa a enxergar o que, por tantos, passa despercebido. Para além dos espaços físicos, comumente caracterizados como espaços que produzem saúde, é importante conhecer o que dentro do território se movimenta. O que circula dentro desse território e dos sujeitos que ali habitam? Quais são os acordos sociais presentes nessa comunidade? Implicar-se com o cuidado, é estar, estar presente onde parece que não há saúde e nem espaço para isso. Já que um SUS que funciona, é um SUS efetivamente implicado, o Guri-Caramelo sabe que não sairá de nenhum espaço sendo o mesmo.

Durante o VER-SUS, Guri-Caramelo encontrou-se com um funcionário que já atuava há décadas em uma Unidade de Saúde. Escutou ele comentando que achava melhor quando os atendimentos eram vinculados à previdência, dando acesso exclusivo aos sujeitos que mantinham um vínculo empregatício e seus dependentes. Com essa afirmação, buscou argumentar que assim havia menos filas para atendimento e por isso as coisas funcionavam melhor.

Por meio desse relato, Guri-Caramelo questiona-se: onde estavam essas pessoas que hoje lotam as filas do SUS? Situações como essa demonstram a urgência de uma Educação Permanente em Saúde que propicie a reflexão e a retomada constante dos princípios do SUS, para que os/as profissionais da saúde compreendam o contexto de desigualdade socioeconômica presente no país.

Assim, poderão se tornar facilitadores cujo trabalho será implicado buscando a democratização do acesso à saúde, fundamental para alcançar um maior bem-estar social, mental e físico de seus habitantes (Ministério da Saúde, 1986).

Há alguns dias, Caramelo circulou por um CAPS e nele encontrou-se com profissionais que lhe apresentaram o serviço junto com os/as usuários/as, que ficaram em primeiro plano durante a visita. Neste espaço, percebeu a efetividade da Educação Permanente em Saúde, que deve incentivar o trabalho coletivo, favorecendo o diálogo e estimulando o sentimento de pertencimento dos/as usuários/as perante serviço e território, além de encorajar que ocupem a posição de protagonismo no seu processo de cuidado. Com isso, o Guri-Caramelo entendeu que para prestar assistência integral em saúde, não é possível trabalhar de forma individual (Machado *et al.*, 2007).

Nesse sentido, Caramelo lembra de Michel Foucault, na discussão do biopoder. Os conceitos de anátomo política e biopolítica circulam em seus pensamentos. O termo biopolítica consiste na ideia da dominação da vida, promovendo ajustes e controle nos meios de produção e relações socioeconômicas por meio de um poder direcionado às mais diversas instituições (espaços de educação, política, sistema carcerário, exército...). O conceito de anátomo política se relaciona com o de biopolítica, pois fala sobre o controle dos *indivíduos* nesses contextos sociais, pensando em como esses corpos são moldados nas instituições. Enquanto a biopolítica fala sobre a gestão e controle da vida na sociedade, a anátomo política fala da dominação dos corpos que se encontram nessas instituições (Foucault, 1988; Foucault, 2008).

Esses modelos utilizam-se de técnicas disciplinares visando controlar e docilizar os corpos e a vida com práticas de vigilância e adestramento, que ainda estão presentes em algumas condutas de saúde. Dessa forma, busca-se gerir a vida das populações, produzindo normas, controles e modos de vida a partir do que as equipes de saúde “desejam” e não aquelas que a população identifica como sendo de sua vivência. O Guri-Caramelo acompanha esses movimentos e como eles atravessam profissionais da saúde, afetando

diretamente o/a usuário/a. Assim, o/a profissional de saúde que se coloca em uma posição de superioridade por acreditar que seus saberes técnicos lhe dão determinados poderes, acaba por reproduzir um modelo de saúde hierárquico e violento. Colocando o seu fazer a serviço de uma lógica contrária à do SUS.

Com tudo isso, Guri-Caramelo sente falta de se aproximar do “SUS de verdade”. Decide se aventurar. Encontrar pessoas, espaços e fazeres em um território outro, a fim de conseguir encontrar algumas respostas aos seus questionamentos. O VER-SUS pode ser uma oportunidade, pensa.

Um caminho possível: vivenciar o SUS

Com o propósito de integrar ensino-serviço-gestão e controle social, o VER-SUS contribui para discussões acerca das diretrizes curriculares e diretrizes constitucionais do SUS, fortalecendo o compromisso entre o SUS e o ensino em saúde (Brasil, 2024). Então, alinhar a atenção à saúde aos princípios e diretrizes do SUS requer olhar para formação em saúde, com a reavaliação dos projetos pedagógicos e das metodologias de ensino, visando a formação de profissionais que compreendam e se impliquem com as reais necessidades de saúde das populações. Conforme Burille *et al.* (2013), a articulação entre universidades e serviços de saúde é vista como uma estratégia para qualificar a formação em saúde, visto que permite que os/as estudantes vivenciem, desde a graduação, a prática do cuidado e a realidade do trabalho no setor.

Guri-Caramelo, a partir das vivências na realidade do SUS, coloca-se em movimento de observação das Universidades, currículos e aulas dos cursos da área da saúde. Percebe que sim, esses conteúdos estão abrangidos e, de certa forma, cumprem as diretrizes, mas será que de forma efetiva? No dia a dia, observa que a formação segue um viés que incentiva a prática clínica individual e o modelo biomédico, afastando os novos profissionais das políticas públicas. Além de priorizar as práticas individuais, pouco discute estratégias de cuidado de coletivos

e da população, focando em processos de reabilitação e prevenção a doenças em detrimento a pensar/ensinar ações/estratégias de promoção à saúde. Dessa forma, esse modelo acaba por enfraquecer os serviços e, por vezes, esses profissionais encontram dificuldades em trabalhar de forma coletiva no âmbito público.

Circulando entre os principais objetivos do VER-SUS, pontua-se a valorização e potencialização do compromisso ético-político de sujeitos na implantação do SUS. Instigar estudantes para assumir um papel de agente da transformação social, explorando conceitos de saúde, sensibilizando e estimulando debates, enquanto relaciona educação, trabalho e práticas sociais (Brasil, 2024). O Guri-Caramelo, no VER-SUS, vivenciou tudo isso, estabelecendo dentro de si uma quebra de paradigmas, com inúmeros momentos de reflexão e desconstrução de ideias pré-concebidas. No VER-SUS, viveu e experienciou formação, exploração de novos territórios, construções coletivas e afetos.

Ao percorrer o “SUS de Porto Alegre”, Caramelo olha para seu território de formação e identifica as lacunas, e também as potências, de seu processo formativo. Nos encontros de discussão após as visitas no VER-SUS, Guri-Caramelo e os/as demais viventes conseguem discutir sobre a mercantilização da educação, sobre as forças para um retorno de uma saúde privada, neoliberal, bem como sobre cada vez mais a importância da discussão e atenção às interseccionalidades em saúde: raça, gênero e classe social.

Para o Guri-Caramelo, fica explícita a noção dos princípios do SUS aplicados nessa vivência. Ao ver essa diversidade de estudantes, de diferentes espaços e áreas de atuação, os conceitos de integralidade e descentralização passam não apenas a fazer mais sentido, mas também a serem explicitados na prática, por meio de uma experiência que demonstra que o cuidado, a partir do conceito ampliado de saúde, necessita de uma equipe interprofissional. Essa coesão e a compreensão de que é conhecendo o território que se promove o cuidado fazem com que os/as futuros/as profissionais que hoje participam do VER-SUS possam ter uma compreensão imersiva de como os serviços de saúde devem ser promovidos.

Conclusão

Quando o Guri-Caramelo reflete sobre a história da saúde pública do país, sente um misto de inquietude e esperança por melhorias nesse sistema, nutrindo-se das lutas travadas e dos resultados já conquistados. Ainda assim, percebe que é urgente que haja uma implicação social mais incisiva, capaz de problematizar tanto o processo de formação ética quanto a maneira como os serviços de saúde são organizados e oferecidos.

Caramelo sente falta de uma formação que esteja *com* e *no* SUS, que pense coletivo e nas mais diversas realidades existentes, que esteja no território e busque fortalecer o processo de cuidado. Entende que a formação em saúde não deve se restringir às técnicas e estar distante das pessoas e dos territórios, adotar este modelo é retroceder. É necessário comprometer-se com uma formação implicada com a transformação social, enfrentamento das desigualdades e defesa intransigente do direito à saúde.

Para que possamos formar profissionais de saúde preparados para atuar no Sistema Único de Saúde, é necessário que os espaços de formação sejam capazes de articular sua proposta pedagógica aos princípios do SUS, deixando-os claros em teoria e prática, alinhando Metodologias Ativas que estimulem o protagonismo dos estudantes. Somado a isso, é preciso haja uma atenção aos temas emergentes no contexto sociocultural brasileiro, como questões referentes a determinantes sociais de saúde, direitos humanos, promoção da equidade e demais eixos transversais.

É preciso, também, que se busque propostas de atividades extensionistas com os territórios de maneira que se tome o cuidado de respeitar as necessidades da população, seu protagonismo e potencial de somar para mudanças significativas em sua realidade.

As vivências proporcionadas pelo Programa aconteceram em um tempo delimitado, tendo demarcado dia de início e fim. No entanto, o VER-SUS ainda reverbera no coração do Guri. Assim como o SUS. Ao finalizar a

experiência, não sente que coloca um ponto final, mas sim, inicia a escrita de algo novo ou, no mínimo, diferente de como era. O que era, já não é mais.

O Guri-Caramelo segue seu caminho, carregando consigo as marcas e afetos deixados pelas vivências no SUS. Nesse processo, ele aprendeu (e segue aprendendo) que o SUS não se sustenta sozinho: precisa de gente, luta, afeto, política e uma formação comprometida com a realidade. Que o cuidado se faz e dá através do encontro, da escuta, dos territórios, movimentos e com o coletivo. Entre corredores de hospitais, no CAPS, em US, nas comunidades e seus territórios, espaços de cultura e vida pulsante, entendeu que saúde está nos detalhes, na amorosidade, na partilha e na luta por direitos. Segue a passos firmes e voz imponente, comprometido a denunciar retrocessos, pensar avanços, fortalecer pessoas e serviços e cultivar a construção coletiva. Admirar o SUS não basta, é preciso conhecer, cuidar e lutar.

Defender o SUS é, também, defender a vida.

Agradecimento

Às nossas mestras, Dra. Gisele Dhein e Dra. Elisângela Mara Zanelatto, que, com amor, generosidade e sabedoria, nos conduzem a trilhar caminhos de formação atentos à vida. Versusianas de alma e coração, suas vozes e gestos nos convocam a pensar e a agir em sintonia com o SUS e reverberam neste trabalho.

Referências

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Ática, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_

conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 23 ago. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2025]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 5 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Educação em saúde: diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1989.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001**. Estabelece diretrizes curriculares para os cursos de Ciências Biológicas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2001. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 30 ago. 2025.

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?** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025.

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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6098_18_12_2024.html. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Edital nº 01/2025**: Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde (Vivências no SUS), em articulação com a iniciativa de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS Brasil): facilitadores Região Sul. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: documento publicado pela Associação da Rede Unida. Acesso em: 14 maio 2026.

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

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Ensino, gestão, atenção e controle social: o quadrilátero da formação para a área da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 41-63, 2004.

CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Lexikon, 2012. Recurso eletrônico.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. v. 2. São Paulo: Editora 34, 1995.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** Tradução de Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Muñoz. 3. ed. São Paulo: Editora 34, 2010.

FERLA, A. A. *et al.* (org.). **Caderno de textos do VER-SUS/Brasil**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. 106 p. Coleção VER-SUS/Brasil. Disponível em: https://www.redeunida.org.br/media/ckeditor_files/2020/06/08/caderno-de-textos-min.pdf. Acesso em: 19 ago. 2025.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. Tradução de Eduardo Brandão. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 76. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2023.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MONTANARI, P. M. Formação para o trabalho no ensino das graduações em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 980-986, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova York: OMS, 1946. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. Acesso em: 14 maio 2026.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

REDE UNIDA. **Vivências VER-SUS: Programa Nacional de Vivências no SUS**. Porto Alegre: Rede Unida, [s.d.]. Disponível em: <https://www.redeunida.org.br/en/versus/menu/vivencias-ver-sus/>. Acesso em: 19 ago. 2025.

REDE UNIDA. **Edital nº 01/2025: Programa Nacional de Vivências no SUS: facilitadores Região Sul**. Porto Alegre: Rede Unida, 2025. Disponível em: https://www.redeunida.org.br/media/ckeditor_files/2025/01/01/edital-2025-vivencias-no-sus-facilitadores-regiao-sul.pdf. Acesso em: 19 ago. 2025.

SOUZA, E. C. *et al.* Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde: linha de fuga na formação em saúde para uma atuação na saúde coletiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 897-905, jul./set. 2019.

FORMAÇÃO EM SAÚDE E RESPONSABILIDADE SOCIAL: REFLEXÕES A PARTIR DO PROGRAMA NACIONAL DE VIVÊNCIAS NO SUS (VER-SUS)

Caio Henrique Silva da Silva
Károl Veiga Cabral
Willian Fernandes Luna

Apresentação

Ao assumir os princípios de universalidade, integralidade e equidade, o SUS rompeu com um modelo fragmentado e excludente de atenção à saúde, propondo uma rede pública capaz de responder às necessidades coletivas em todo o território nacional. Nesse sentido, a formação em saúde não pode estar dissociada desse projeto político e social: exige profissionais comprometidos com a transformação das realidades locais e com a defesa de um sistema que garanta o direito à saúde como cidadania plena (Paim, 2009; Escorel, 1998).

A formação em saúde, particularmente no campo da medicina, tem sido desafiada a superar modelos centrados exclusivamente na dimensão técnico-biológica do cuidado, reconhecendo a complexidade dos processos de saúde e doença e as profundas desigualdades sociais que atravessam os territórios. Nesse contexto, a educação médica passa a assumir um compromisso ético e político com a realidade social, exigindo processos formativos capazes de

articular conhecimentos científicos, sensibilidade social e responsabilidade sanitária, preparando profissionais capazes de atuar em modelos de atenção centrados na promoção da saúde, na equidade e na participação social, com fundamentos do Ensino Baseado na Comunidade (EBC) (Dos Santos *et al.*, 2025; Pedroso *et al.*, 2019; Feuerwerker, 2014).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina, atualizadas em 2025, reafirmam esse compromisso ao orientarem uma formação generalista, crítica, humanista e socialmente referenciada, tendo o Sistema Único de Saúde como eixo estruturante do processo educativo. As DCNs enfatizam a integração ensino–serviço–comunidade, a valorização da Atenção Primária à Saúde e a inserção longitudinal dos estudantes em cenários reais de prática, reconhecendo os territórios como espaços vivos de aprendizagem e produção de saúde. Essa integração promove não apenas a compreensão da complexidade dos determinantes sociais da saúde, mas também o desenvolvimento de competências colaborativas, a valorização da Atenção Primária e a corresponsabilidade dos atores na construção de soluções para os desafios sanitários (Brasil, 2025; Feuerwerker, 2014).

Sendo assim, é nesse horizonte que se situam as experiências de imersão formativa no SUS, entre elas o Programa Nacional de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), enquanto dispositivos pedagógicos que possibilitam o encontro direto com os modos de viver, adoecer e cuidar das populações. Mais do que apresentar o funcionamento do sistema, essas vivências tensionam concepções naturalizadas sobre saúde, ampliam a compreensão dos determinantes sociais e provocam deslocamentos subjetivos nos processos de ensino em saúde (Brasil, 2025).

Neste sentido, a proposta de imersão nos serviços do SUS e nas comunidades exploradas no VER-SUS não apenas ampliou o horizonte formativo, mas também provocou mudanças institucionais nas universidades, tensionando currículos e práticas pedagógicas tradicionalmente centradas no hospital. Avaliações e relatos de experiência indicam que o VER-SUS favorece

a formação de profissionais mais comprometidos com a saúde coletiva e com a organização do SUS, além de promover aprendizagem interprofissional e construção de vínculo com o território (Ferla *et al.*, 2021; Campos; Aguiar, 2015; Azevedo *et al.*, 2012).

O caráter coletivo, crítico e transformador dessas vivências reforça a importância da extensão universitária e consolidou um campo fértil de inovação pedagógica que funciona como base para a construção do atual Programa Nacional de Vivências no SUS (Brasil, 2024; Brasil, 1990).

Dessa forma, este capítulo propõe uma reflexão sobre os potenciais pedagógicos a partir da experiência vivenciada no âmbito do VER-SUS, com ênfase na formação em saúde interprofissional e de seus compromissos sociais. Ao articular vivência, território e reflexão crítica, busca-se evidenciar como experiências formativas dessa natureza contribuem para a construção de profissionais mais sensíveis às desigualdades, comprometidos com o SUS e implicados na transformação das realidades em que atuam.

A vivência no território: encontros, práticas e aprendizagens no SUS

A experiência relatada decorre da participação na Edição Norte do Programa Nacional de Vivências no SUS, realizada entre os dias 12 e 18 de maio de 2025, no município de Belém do Pará e em cidades do entorno. A proposta da vivência consistiu em uma imersão intensiva em diferentes cenários do SUS e em territórios socialmente organizados, reunindo estudantes de graduação, residentes e trabalhadores da saúde, sob a mediação de facilitadores locais, com ênfase na Atenção Primária e na integração ensino–serviço–comunidade.

A participação ocorreu mediante processo seletivo público, organizado pela Rede Unida, que incluiu critérios de diversidade territorial e ações afirmativas voltadas à inclusão de grupos historicamente sub-representados (Rede Unida,

2025). Ao todo, participaram 45 viventes oriundos dos estados do Pará, Amapá e Tocantins, compondo um grupo heterogêneo quanto à formação, trajetória acadêmica e inserção profissional no SUS. Essa diversidade constituiu, desde o início, um elemento pedagógico central, favorecendo trocas interprofissionais e a construção coletiva de análises críticas sobre as realidades vivenciadas.

Durante o período da vivência, os participantes permaneceram envolvidos em tempo integral nas atividades propostas, que combinaram inserções em serviços de saúde, visitas a territórios comunitários, rodas de conversa, momentos de síntese coletiva e produções artísticas e audiovisuais. A organização logística, com hospedagem coletiva, alimentação e transporte entre os cenários de prática, favoreceu a convivência intensa entre os viventes, ampliando os espaços informais de aprendizagem e reflexão, que se estenderam para além dos momentos oficialmente programados.

As atividades foram organizadas em roteiros de inserção em diferentes cenários de prática, priorizando a diversidade territorial e sociocultural da região amazônica. Dado que esta edição de vivências também possuiu a intenção de formar facilitadores para futuras vivências, houve o complemento de atividades formativas em um ambiente virtual de aprendizagem.

O primeiro contato do grupo ocorreu na Universidade Federal do Pará, espaço que sediou a abertura da vivência e possibilitou a apresentação dos participantes e das expectativas em relação à experiência. Nos dias subsequentes, o grupo foi dividido em equipes menores para a inserção em Unidades Básicas de Saúde urbanas do município de Belém, onde foi possível observar o cotidiano do trabalho em Atenção Primária, as estratégias de cuidado adotadas pelas equipes e os desafios enfrentados na organização do acesso, no vínculo com a comunidade e na articulação com a rede de atenção.

A vivência avançou, então, para territórios marcados por especificidades geográficas, sociais e culturais, como a Ilha do Combu, onde os participantes conheceram a Casa de Saúde da Família e dialogaram com a Associação das Mulheres Extrativistas. Nesse contexto ribeirinho, a discussão sobre saúde

extrapolou os limites dos serviços formais e incorporou temas como mobilidade fluvial, soberania alimentar, trabalho comunitário e o papel do território como espaço produtor de saúde. As conversas realizadas in loco, conforme mostrado na Imagem 2, evidenciaram tanto os desafios logísticos do cuidado em áreas das águas quanto as potências locais na construção de práticas solidárias e sustentáveis.

Outro momento marcante da vivência ocorreu no Assentamento Mártires de Abril, em Mosqueiro, território organizado a partir da luta pela reforma agrária popular. A visita ao viveiro e à agrovila, mostrados na Imagem 4, possibilitou diálogos com moradores sobre suas trajetórias de vida, a relação com a terra e a construção coletiva de modos de viver e produzir. As discussões estabeleceram conexões diretas entre saúde, liberdade, organização social e soberania alimentar, ampliando a compreensão dos determinantes sociais da saúde para além das categorias tradicionalmente abordadas na formação biomédica.

Ainda nesse percurso, o grupo visitou uma Unidade Básica de Saúde quilombola, no território de Sucuriçuquara, onde se destacou o papel das políticas públicas na promoção da equidade étnico-racial e no reconhecimento das especificidades culturais das comunidades tradicionais. Essa experiência evidenciou a importância de práticas de cuidado culturalmente sensíveis e da atuação do SUS como instrumento de justiça social.

A vivência também incluiu a inserção no município de Abaetetuba, com destaque para os serviços da Rede de Atenção Psicossocial, especialmente o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), conforme mostrado na Imagem 5. Nesses espaços, os participantes conheceram estratégias de cuidado em saúde mental articuladas à cultura local, como o uso do artesanato de miriti enquanto recurso terapêutico, de geração de renda e de fortalecimento identitário. As discussões abordaram temas como redução de danos, humanização do cuidado, trabalho em rede e a importância de gestores sensíveis às demandas complexas do território.

Ao longo de toda a vivência, os momentos de inserção foram sistematicamente acompanhados por rodas de conversa diárias, nas quais os

participantes, trabalhadores e facilitadores compartilharam impressões, afetos e análises críticas sobre os cenários vivenciados, conforme mostrado na Imagem 2 e na Imagem 3. Essas rodas constituíram espaços privilegiados de elaboração coletiva, permitindo articular as experiências práticas com referenciais teóricos e com os princípios do SUS.

Como forma de devolutiva às comunidades e aos serviços visitados, os viventes produziram materiais autorais (vídeos, pequenos documentários e resenhas coletivas) compartilhados em ambiente virtual de aprendizagem. Essas produções buscaram registrar de maneira sensível os aprendizados construídos e valorizar os saberes locais, reforçando o caráter educativo e extensionista da vivência, sem exposição de usuários ou trabalhadores dos serviços.

A experiência foi conduzida em consonância com os princípios éticos da pesquisa e da extensão universitária em saúde, respeitando a participação voluntária dos sujeitos envolvidos e a não identificação de dados individuais (Brasil, 2013). Por se tratar de um relato de experiência de caráter pedagógico e extensionista, sem coleta de informações identificáveis, não houve submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com as normativas vigentes.

Imagem 1. Abertura da edição norte do Programa Nacional de Vivências no SUS para formação de facilitadores



Fonte: Rede Unida, 2025.

Imagem 2. Compartilhamento de expectativas sobre as vivências, em Belém (PA)



Fonte: Autores, 2025.

Imagem 3. Diálogo sobre atenção à saúde das populações das águas, na Ilha do Combu, em Belém (PA)



Fonte: Autores, 2025.

Imagem 4. Visita ao viveiro da reforma agrária popular no Assentamento Mártires de Abril, em Belém (PA)



Fonte: Autores, 2025.

Imagem 5. Visita ao Centro de Referência em Saúde Mental em Abaetetuba (PA)



Fonte: Autores, 2025.

Reflexões pedagógicas: vivências que transformam

A experiência vivida na Edição Norte do Programa Nacional de Vivências no SUS reafirma a potência da integração ensino-serviço-comunidade como eixo estruturante da formação em saúde. Ao inserir estudantes e residentes em territórios diversos – urbanos, ribeirinhos, quilombolas e assentamentos – ampliou-se a compreensão dos determinantes sociais da saúde e fortaleceu-se o compromisso ético-político com a consolidação do SUS. Essa dinâmica encontra respaldo no pensamento de Paulo Freire, ao destacar que “a leitura do mundo precede a leitura da palavra” (Freire, 1987), indicando que a prática educativa só se efetiva quando parte das realidades concretas dos sujeitos e territórios.

Ao propor uma educação dialógica e problematizadora, Freire defende que o processo formativo deve articular teoria e prática de modo a formar sujeitos críticos e comprometidos com a transformação social (Freire, 1996). Nesse sentido, a extensão universitária assume papel fundamental, pois possibilita o encontro com saberes populares e experiências comunitárias, rompendo com a lógica “bancária” da transmissão de conteúdos. Estudos recentes sobre extensão em saúde, como o estudo de Ferreira *et al.* (2025), desenvolvido com professores da educação infantil, indicam que tais experiências favorecem aprendizagens significativas, construção de vínculos e maior sensibilidade às realidades locais. Isso também foi evidenciado em diversos momentos na vivência, a partir do afeto e da emoção expressa pelos viventes ao comentar de questões que foram observadas no território, especialmente nos contextos ditos remotos, como o da comunidade de Mosqueiro e o da Ilha do Combu.

A reflexão também se aproxima do pensamento foucaultiano, sobretudo quando se reconhece que a universidade é um espaço disciplinar que organiza corpos, tempos e saberes (Foucault, 1975). Para Foucault, também, as heterotopias constituem espaços “outros”, capazes de deslocar práticas instituídas e abrir horizontes para novas subjetividades (Foucault, 2013). Nesse sentido, a vivência extensionista pode ser compreendida como

uma prática heterotópica, que tensiona o espaço acadêmico tradicional e introduz novas possibilidades pedagógicas e políticas.

Tais experiências vão ao encontro da necessidade de ampliar os cenários formativos para além dos muros da universidade, colocando os estudantes diante da complexidade social e cultural dos territórios. Como ressalta Souza *et al.* (2024), a aproximação com comunidades em contextos de vulnerabilidade contribui para formar profissionais mais sensíveis às desigualdades sociais e preparados para atuar em modelos de atenção baseados na equidade e na participação social.

Experiências análogas confirmam o potencial transformador da inserção universitária em territórios da Amazônia quando articulada com organizações comunitárias. É o caso da parceria entre a Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) e o Projeto Saúde & Alegria, no eixo curricular da faculdade de medicina “Vivências na Amazônia”, em que estudantes participaram de uma imersão entre rios e saberes em saúde comunitária na Reserva Extrativista Tapajós-Arapicuni. Durante quatro dias, vivenciaram práticas de saúde, arte e comunicação em diálogo com populações ribeirinhas, quilombolas e indígenas, visitaram postos de saúde locais e participaram de oficinas criativas comunitárias voltadas à prevenção e educação (Saúde & Alegria, 2025). Essa iniciativa demonstra como a formação em saúde integrada à realidade regional, com respeito aos saberes locais, não apenas enriquece a formação técnica dos estudantes, mas contribui para uma sensibilidade maior em relação às desigualdades territoriais e para uma prática profissional comprometida socialmente.

Assim, o Programa Nacional de Vivências no SUS reafirma que a integração ensino-serviço-comunidade representa, de forma concreta, um ato de responsabilidade social das instituições formadoras. Portanto, cabe às escolas médicas e demais cursos da saúde incentivar e criar condições para que seus estudantes participem dessas vivências como parte do currículo. Mais do que cumprir uma diretriz curricular, trata-se de assumir um compromisso ético e político com a construção de um sistema de saúde universal, integral e participativo.

Ao proporcionar a imersão nos territórios e o diálogo com trabalhadores, gestores e comunidades, o Programa contribui para a formação de profissionais críticos, solidários e engajados na defesa do SUS. Dessa forma, a experiência demonstra que a responsabilidade social deve ser compreendida como núcleo articulador da formação em saúde: preparar profissionais que, além de dominar técnicas, sejam capazes de reconhecer a complexidade social, atuar em equipe e assumir um papel transformador nos serviços e nas comunidades em que atuam.

Considerações finais

A experiência vivida na Edição Norte do Programa Nacional de Vivências no SUS permitiu reafirmar a centralidade da integração ensino-serviço-comunidade como eixo estruturante da formação em saúde no Brasil. Ao aproximar estudantes, residentes, trabalhadores e comunidades, o Programa mostrou-se um dispositivo potente de aprendizagem significativa, no qual se articulam teoria e prática, saberes acadêmicos e populares, técnica e sensibilidade.

O exercício da responsabilidade social, enquanto princípio ético-político, esteve presente em todos os momentos da vivência, seja pela escuta das comunidades ribeirinhas e quilombolas, seja pela articulação com movimentos sociais e serviços de saúde mental. Tal experiência evidenciou que a formação em saúde, quando realizada a partir da realidade concreta dos territórios, fortalece a defesa do Sistema Único de Saúde e amplia a capacidade crítica dos futuros profissionais.

Além disso, o Programa reafirma a necessidade de consolidar políticas públicas que sustentem e ampliem iniciativas de imersão territorial. As vivências não podem ser compreendidas apenas como experiências pontuais, mas como uma potencial parte estruturante dos projetos pedagógicos de curso com interseção no SUS, capaz de tensionar currículos, promover Metodologias Ativas e consolidar uma formação generalista, crítica e comprometida com a equidade.

Portanto, o Programa Nacional de Vivências no SUS deve ser reconhecido como uma estratégia estruturante de educação em saúde, alinhada às Diretrizes Curriculares Nacionais e ao projeto democrático do SUS. Sua continuidade e fortalecimento representam não apenas um investimento pedagógico, mas também um compromisso político com a construção de uma sociedade mais justa, participativa e solidária.

Referências

AZEVEDO, B. M. de S. *et al.* A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 187-200, jan. 2013.

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, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VER-SUS Brasil**: caderno de textos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/folder_versus.pdf. Acesso em: 28 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 6.098, de 12 de dezembro de 2024**. Institui o Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde – Vivências no SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 30 de setembro de 2025**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1 out. 2025. p. 35-37.

CAMPOS, G. W. de S.; AGUIAR, A. C. de. VER-SUS Brasil: experiências e lições aprendidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1679-1689, 2015.

DOS SANTOS, A. N. S. *et al.* Políticas de saúde e desigualdade: determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde. **ARACÊ**, v. 7, n. 4, p. 17006-17039, 2025.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FERLA, A. A. *et al.* Relatos de experiência e as articulações entre ensino, pesquisa e práticas profissionais. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 5-9, 2021.

FERREIRA, A. C. *et al.* Educação em saúde sobre primeiros socorros com professores do ensino infantil: experiência de extensão universitária. **Interfaces – Revista de Extensão da UFMG**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 1-14, 2025.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1975.

FOUCAULT, M. **O corpo utópico, as heterotopias**. São Paulo: N-1 Edições, 2013.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 1987.

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

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

PEDROSO, R. T. *et al.* A educação baseada na comunidade no ensino médico na Uniceplac (2016) e os desafios para o futuro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 4, p. 117–130, 2019.

REDE UNIDA. **Edital nº 03/2025 – Vivências no SUS Facilitadores – Região Norte**. Porto Alegre: Rede Unida, 25 mar. 2025. Disponível em: <https://www.redeunida.org.br/pt-br/comunicacao/news/edital-n032025-vivencias-no-sus-facilitadores-regi/>. Acesso em: 29 set. 2025.

SAÚDE & ALEGRIA. Estudantes de medicina da UFOPA participam de imersão entre rios e saberes em saúde comunitária na Amazônia. **Projeto Saúde & Alegria**, Santarém, 29 jul. 2025. Disponível em: <https://saudeealegria.org.br/redemocoronga/estudantes-de-medicina-da-ufopa-participam-de-imersao-entre-rios-e-saberes-em-saude-comunitaria-na-amazonia/>. Acesso em: 29 set. 2025.

PROGRAMA NACIONAL DE VIVÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELA ÓTICA DOS VIVENTES DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

**Alex Ribeiro Souza
Bianca Jacqueline Silva Fernandes
Igor Douglas Miranda Andrade
Lavínya Moreira Souto
Rafaela Oliveira da Silva
Vanessa Alves da Silva**

“Sob um céu de puro azul, reforjaram em Mato Grosso do Sul, uma gente audaz” (Gnattali; Siufi; Gomes, 1979). Assim inicia-se o hino do estado de Mato Grosso do Sul e descreve de modo assertivo os encontros os quais o formaram. Composto de uma vegetação diversa, habitam aqui também, diferentes etnias de povos originários, quilombolas, imigrantes orientais, estrangeiros latinos, e nossos irmãos que compartilhamos as fronteiras; e com todas essas diversas culturas, somos convidados na criação de uma nova personalidade de ser sul-mato-grossense nesses últimos 47 anos. Bradar “do SUL” ao ouvirmos apenas o “Mato Grosso”, faz parte da nossa identidade em não permitir que nos apague dentre os estados do nosso Brasil, é a busca incessante pela dignidade, acesso e igualdade.

Deste lugar chegam os seis viventes e futuros facilitadores que representaram o estado por uma semana em Brasília. Uma reflexão importante

que emergiu foi a dificuldade de participação de estudantes e residentes sul-mato-grossenses em vivências como essa, já que deveria ter 15 participantes. As barreiras financeiras e a falta de incentivo institucional, tanto das universidades quanto dos programas de residência, acabam restringindo a presença e, consequentemente, o protagonismo dessa região em espaços de formação ampliada. A realização de etapas regionais surgirá, então, como oportunidade estratégica: levar o debate para cada cidade, aproximando os estudantes da realidade do SUS e de sua organização territorial.

Entre os dias 07 e 13 de junho de 2025, Brasília se tornou para nós mais que a capital federal. A cidade, marcada por eixos estruturais e divisões administrativas precisas, nos acolheu com sua complexidade urbana e social para uma travessia transformadora, promovida pelo projeto voltados às vivências pilotos para a formação de facilitadores, do Programa Nacional de Vivências no SUS, o VER-SUS. Aquilo que se apresentava inicialmente como uma atividade formativa, voltada ao conhecimento das redes de atenção e dos serviços públicos de saúde, se desdobrou em uma experiência sensível, política e profundamente crítica, uma jornada de construção coletiva de saberes e afetos.

Para uma leitura dinâmica e que demonstre como a reflexão coletiva dos viventes de Mato Grosso do Sul se alinham em convergente construção, reservamos didaticamente em pontos comuns os relatos a seguir:

Diversidade regional e os desafios da participação

No decorrer das vivências, tornou-se evidente o quanto a representatividade sul-mato-grossense ainda enfrenta entraves para se efetivar plenamente em espaços formativos nacionais. Limitações econômicas e a fragilidade do apoio institucional acabam por silenciar vozes que poderiam contribuir de forma significativa para o debate e a construção coletiva no

âmbito do SUS. Diante desse cenário, a descentralização das vivências, por meio de etapas regionais, desponta como estratégia potente para fortalecer o enraizamento territorial, ampliar o acesso e fomentar o engajamento crítico de estudantes e residentes a partir de suas próprias realidades locais.

Redescobrimo o SUS: além dos estereótipos

Outro aspecto que chamou atenção foi a insuficiência da abordagem do SUS nas graduações, sobretudo nas áreas além da Medicina e da Enfermagem. Em cursos como Psicologia, Fisioterapia e Nutrição, a formação sobre o sistema é ainda mais limitada. No campo da formação, essa vivência evidenciou uma lacuna significativa entre o ensino acadêmico e a realidade prática. Enquanto a universidade tende a priorizar o conhecimento biomédico e técnico, o cotidiano do SUS demanda habilidades como escuta qualificada, acolhimento, construção de vínculo e atuação interprofissional.

A imersão promovida pela vivência, com visitas a Unidades Básicas, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Ministério da Saúde, Casa de Saúde Indígena (CASAI), movimentos sociais e demais pontos de atenção, revelou-se uma oportunidade singular de ampliar o olhar, compreender fluxos de cuidado e perceber o SUS em sua totalidade. A experiência evidencia que o sistema não se reduz à imagem que muitos estudantes têm de “postos de saúde” ou “vacinação”; ao contrário, constitui uma rede complexa, diversificada e articulada em diferentes níveis de atenção.

Participar dessa vivência nos permitiu ir além da compreensão técnica do Sistema Único de Saúde (SUS). Pudemos acessar o SUS em sua dimensão simbólica, como campo de disputas e de afetos, onde trabalhadores, usuários, gestores e movimentos sociais constroem diariamente possibilidades de cuidado e resistência. A vivência em diferentes pontos da rede mostrou-se essencial para a formação profissional, pois permitiu compreender que o

cuidado não acontece de forma fragmentada, mas como um processo contínuo, que exige articulação entre serviços, equipes e territórios.

Encontros transformadores: do epistemicídio à resistência

Um dos aspectos mais marcantes foi o contato com realidades invisibilizadas, muitas vezes negligenciadas pelas políticas públicas e pela própria formação acadêmica. Os encontros com lideranças indígenas, mulheres negras, jovens periféricos e pessoas em situação de rua nos convocaram a repensar o cuidado para além da lógica biomédica. A vivência foi também um exercício de escuta. Em cada roda de conversa, essas lideranças narravam suas trajetórias, suas dores e suas resistências, apresentando-nos a complexidade de viver e sobreviver em um país marcado pela desigualdade estrutural.

A interseccionalidade, conforme descreve a intelectual e ativista Carla Akotirene (2021), não é apenas uma sobreposição de marcadores sociais como raça, gênero e classe, mas uma chave analítica que permite compreender como as opressões se articulam de forma simultânea e estruturante nas vidas das pessoas. Em uma das rodas de conversa sobre saúde mental, escutar o relato de uma trabalhadora negra, mãe solo, periférica e usuária do CAPS nos fez sentir, de forma concreta, o peso dessas intersecções. Sua existência atravessava múltiplas violências – institucionais, raciais, de gênero – e mesmo assim ela seguia, construindo caminhos possíveis de cuidado para si e para os outros.

Esses atravessamentos também nos conduziram à reflexão sobre o epistemicídio, conceito abordado por autoras como Sueli Carneiro (2005) e Boaventura de Sousa Santos (2009). O epistemicídio diz respeito à sistemática desvalorização, exclusão e apagamento dos saberes produzidos por povos tradicionais, populações negras, periféricas, indígenas, entre outras. No contexto da saúde, isso se traduz na hegemonia do saber biomédico e

eurocentrado, e na marginalização dos saberes populares, das práticas integrativas, do conhecimento ancestral.

As conversas com lideranças dos terreiros, de coletivos de juventude negra e de representantes de povos originários escancararam como ainda é necessário combater o apagamento das epistemologias não ocidentais. A valorização dos saberes que brotam do chão da comunidade deve ser uma prioridade ética, e não um adendo. Testemunhar o modo como esses saberes são deslegitimados dentro dos próprios serviços públicos de saúde foi doloroso, mas também mobilizador.

Territórios de resistência e cuidado coletivo

As visitas a movimentos sociais, como o assentamento do Movimento Sem Terra (MST), trouxeram um olhar ampliado sobre a saúde como direito e construção coletiva. O espaço de cuidado em saúde dentro do acampamento e a presença de moradores engajados em cursos da área, como enfermagem, revelam a potência da articulação comunitária para fortalecer o SUS. Ali, a saúde não se restringe ao serviço, mas se conecta à luta por moradia, educação e dignidade.

Durante a visita, foi possível observar um forte senso de comunidade, no qual as pessoas se unem e se ajudam conforme suas possibilidades, revelando a potência do coletivo e do apoio mútuo. Entre as visitas, esta se mostrou uma das mais marcantes, evidenciando de forma clara a relação entre saúde e território. Falar sobre saúde sem falar de moradia, terra, cultura e direitos é falar apenas de uma parte da realidade. A recepção calorosa e a troca sincera nos lembraram que a saúde se constrói no território, com o protagonismo de quem nele vive.

Na CASAI (Casa de Saúde Indígena, voltada para o acolhimento das pessoas indígenas em situação de vulnerabilidade de saúde), a simplicidade dos materiais educativos chamou profundamente a atenção. Cartazes que

apresentavam informações sobre a função do rim. Com metáforas simples e desenhos claros, eles comunicavam com eficácia aquilo que muitas vezes a linguagem técnica não alcança. Educam sem ser impositivos, levando cuidado através do simbólico, demonstrando outras formas possíveis de educar em saúde.

Colonialidade e resistência indígena

Essa vivência nos levou a perceber como a colonização não é apenas um passado encerrado, mas uma estrutura ainda operante, viva, que atravessa cotidianamente os corpos, os territórios e os saberes. As falas dos indígenas com quem estivemos em roda de conversa não eram sobre um tempo antigo, mas sobre um presente colonizado. O impacto da colonização continua a se expressar no apagamento das línguas nativas, na dificuldade de acesso à terra, na criminalização das práticas espirituais e, sobretudo, na precariedade dos serviços de saúde voltados para os povos originários.

A crítica marxista fornece um referencial teórico consistente para a compreensão dessas contradições (Marx; Engels, 1848). A precariedade das políticas públicas voltadas às populações indígenas e periféricas não é um acidente ou uma falha do sistema, mas uma característica de sua lógica. A reprodução da desigualdade é funcional ao capital. A exclusão de determinadas populações do pleno acesso à saúde não é apenas um problema técnico, mas uma questão de classe e raça.

Foi impactante perceber como, mesmo em meio a tantas formas de violência simbólica e material, os povos originários seguem resistindo. A luta pelo direito à terra é, para os povos originários, indissociável da saúde. Como cuidar de um corpo que não pode plantar, que não pode cantar, que não pode enterrar seus mortos conforme seus rituais? O território é parte do corpo.

Metodologias transformadoras e aprendizado coletivo

As metodologias aplicadas na vivência foram outro ponto marcante. O caráter participativo e ativo da proposta permitiu que todos se tornassem corresponsáveis pelo processo: desde a organização cotidiana até os debates teóricos. A metodologia do VER-SUS, inspirada em Paulo Freire, rompe com o ensino tradicional e valoriza a horizontalidade dos saberes. Todos se tornam aprendizes: quem vem da universidade, quem está na gestão, quem atua no atendimento e quem vive na comunidade.

A proposta das rodas de conversa, das dinâmicas corporais, das oficinas de expressão e escuta criativa criaram dispositivos que quebraram a hierarquia tradicional entre “quem ensina” e “quem aprende”. Todos os participantes foram convidados a se sensibilizar, a escutar com o corpo, com a alma. Para Paulo Freire (2011), o ato de ensinar está relacionado à criação de possibilidades para a construção do conhecimento, e não à sua simples transmissão.

Essa construção coletiva, fundamentada em Metodologias Ativas de Aprendizagem, deu materialidade a princípios como equidade, universalidade e participação social, que muitas vezes permanecem restritos ao plano discursivo. Por meio de rodas de conversa, debates orientados e da problematização de situações concretas vivenciadas nos territórios, os participantes puderam refletir criticamente sobre a organização e o funcionamento do SUS.

No campo da participação social, em especial, a experiência ampliou o entendimento sobre os espaços institucionais de controle social. O contato direto com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como a análise de suas dinâmicas, atribuições e desafios cotidianos, possibilitou a elaboração de propostas e ideias aplicáveis de forma imediata, como estratégias para fortalecer a atuação dos conselheiros e ampliar o diálogo entre usuários, trabalhadores e gestores.

Intersectorialidade e integralidade do cuidado

Outro aprendizado significativo foi reconhecer que o SUS não se faz apenas com profissionais da saúde. Embora a assistência e a gestão estejam no centro da atuação, a sustentação do sistema depende também de áreas como Tecnologia da Informação, participação social, cultura, arte e educação. Sistemas como o PEC e o SISREG, por exemplo, só existem porque há profissionais especializados em TI, com o objetivo de organizar e gerenciar o fluxo de acesso dos pacientes a consultas, exames, procedimentos e internações na rede pública do SUS. Da mesma forma, a interface com escolas, linguagens e movimentos culturais amplia a potência do sistema e sua inserção nos territórios.

Foram sete dias em que Brasília nos mostrou uma saúde que pulsa em diferentes dimensões: técnica, social, política e cultural. Cada espaço revelava uma face do SUS: desde os corredores cheios de histórias e desafios até a potência de uma rede construída pela força coletiva de trabalhadores e usuários. A presença de jovens negros e indígenas em coletivos de arte e saúde nos mostrou o poder da juventude como força de reinvenção. O grafite, o rap, a performance, os *slams* poéticos são formas de disputar narrativas, de ocupar o simbólico, de encontrar caminhos de existência e resistência em meio ao abandono do Estado, bem como podemos observar quando estivemos em visita aos espaços de saúde e sociais, a partir das manifestações observadas também nas ruas, fenômenos que se transformaram em reflexões em nossos diálogos nas mais diversas atividades.

Reflexões sobre saúde mental e estigmatização

A visita a alguns CAPS em Brasília despertou reflexões críticas sobre a forma como a saúde mental é tratada. Muitos desses serviços funcionavam em espaços disponibilizados nos subsolos de unidades básicas, quase invisíveis

para quem circula na comunidade. Esse posicionamento físico simboliza o estigma que ainda recai sobre os usuários de álcool e outras drogas, remetendo à ideia de que esses espaços devem permanecer escondidos.

Michel Foucault nos ajuda a entender como o poder não é apenas repressivo, mas produtivo: ele fabrica corpos, subjetividades, normas (Foucault, 1987; 1988). A saúde, nesse contexto, não é apenas ausência de doença, mas uma tecnologia de controle social. As pessoas que não se encaixam na norma são vistas como desvios, e não como sujeitos de direitos. A vivência nos mostrou, de forma dolorosa, como isso se expressa no cotidiano dos serviços.

Momentos simbólicos e aprendizados inesperados

Até momentos inusitados ocorridos durante a vivência carregaram significados profundos. Um episódio marcante foi o acidente entre as vans, que ao estacionar esqueceram de puxar o freio de mão. No susto, um dos participantes entrou na van tentando evitar que caísse ladeira abaixo. Aquilo marcou profundamente, simbolizando os esforços cotidianos para “frear” a precarização do SUS, que resiste mesmo diante de inúmeros desafios. Ver-se naquele ato instintivo como alguém que tenta “frear” os danos de um sistema que já chega cambaleando em muitos territórios foi uma metáfora poderosa da nossa responsabilidade coletiva.

Visitar o Ministério da Saúde e a Fiocruz Brasília foi simbólico. Ali estavam pessoas que também haviam passado por vivências como a nossa, muitos gestores de hoje nasceram da experiência prática e da luta, participando de vivências, especialmente do Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS). Perceber esse caminho possível entre o chão da Unidade Básica e os gabinetes foi inspirador, mesmo sabendo que ele é longo e exige resistência, e poesia.

A alimentação também se tornou um ato político durante a vivência. O cuidado com os cardápios, a valorização da comida regional, a partilha das refeições foram experiências que aprofundaram o sentido de coletividade.

Alimentar-se ali era também acolher, ouvir, conviver. Não havia separação entre o “pedagógico” e o “afetivo”.

Transformação pessoal e compromisso coletivo

Ao final da semana, não éramos mais os mesmos. A experiência nos desconstruiu em muitas camadas. Deixamos Brasília com um compromisso renovado: não reproduzir o epistemicídio em nossas práticas, não aceitar um SUS que exclui, não naturalizar a distância entre teoria e território. Levamos conosco o dever de construir espaços onde todos os saberes sejam valorizados, onde as vozes dos invisibilizados se tornem centro da política pública.

Voltamos para nossas cidades com um novo olhar. Como pessoas, percebemos que todos nós dependemos do SUS, e que ele só se sustenta quando é defendido e cuidado por quem o utiliza. Como profissionais, a vivência reforçou em nós o compromisso ético e político de trabalhar por uma saúde pública acessível, universal e integral. Brasília nos ensinou que o SUS é resistência, mas também é poesia: está na arte de educadores populares, na força das lideranças indígenas, no acolhimento dos agentes comunitários, na ciência que se faz com propósito social.

A luta por saúde não é apenas a luta por cura, mas por autonomia. Autonomia para decidir sobre seus corpos, suas práticas, seus modos de viver. Muitas comunidades resistem justamente criando espaços onde essa autonomia é possível. São os quilombos, as aldeias, os terreiros, os coletivos culturais, espaços de resistência e re-existência, onde a vida não é apenas sobrevivência, mas reinvenção.

Um SUS interseccional e libertador

Refletir sobre todas essas camadas nos fez sair de Brasília com uma certeza: é impossível construir um SUS integral sem enfrentar o racismo, o

patriarcado, a colonialidade e o capitalismo. A luta por saúde é inseparável da luta por justiça social. Como disse uma das lideranças indígenas (comunicação pessoal, 11 jun. 2025), enquanto estávamos na CASAI, que nos acolheu: “nosso corpo é nosso primeiro território, mas sem terra, sem cultura, sem respeito, esse corpo adoecer”.

Essa percepção da interseccionalidade em campo nos evidencia que o SUS só será integral e equânime se for capaz de reconhecer essas múltiplas camadas da exclusão social. Não basta garantir o acesso universal aos serviços; é preciso considerar quem são os sujeitos que estão historicamente à margem desse acesso. A política pública precisa assumir uma postura antirracista, anticapacitista, feminista, decolonial, ou não será verdadeiramente pública.

Um dos grandes aprendizados foi compreender a saúde como processo relacional, que se dá no encontro, no reconhecimento do outro e no enfrentamento das desigualdades. Não se trata apenas de reorganizar serviços ou otimizar fluxos. Trata-se de reconhecer a radicalidade da vida e de nos implicar na construção de políticas públicas que não apenas administrem riscos, mas que sustentem sonhos.

Compromissos para o futuro

Essa transformação passa também por nós, profissionais e estudantes da saúde. Não podemos sair dos nossos cursos com a certeza de que sabemos. Precisamos sair com a dúvida, com a escuta, com a disposição para construir em coletivo. A vivência em Brasília foi esse chamado à humildade: reconhecer que o saber técnico é apenas uma parte, e que sem afeto, sem corpo presente, sem diálogo, ele pouco transforma.

Programas de vivência tornam-se fundamentais para tensionar a formação tradicional, aproximando estudantes e residentes das práticas concretas, outras profissões e das necessidades reais da população. Essa experiência nos

permitiu reconhecer o SUS não apenas como espaço de trabalho, mas também como espaço formador, no qual se aprende diariamente por meio da experiência, da troca entre profissionais e do contato direto com os usuários.

A vivência no VER-SUS reafirma sua potência como espaço de formação crítica, integradora e transformadora. Ela visibiliza agendas prioritárias do SUS, promove o diálogo intersetorial, socializa tecnologias sociais em desenvolvimento e fortalece a integração entre ensino, serviço e comunidade. Mais que um exercício de observação, trata-se de um processo que amplia horizontes, desperta inquietações e aponta caminhos para a construção de uma saúde pública mais justa, democrática e inclusiva.

Aprendemos que o SUS não é apenas uma estrutura de atendimento, mas uma rede viva, construída a muitas mãos, diariamente. Essa rede é sustentada pela luta por equidade, pelo reconhecimento de diferentes culturas e pelo enfrentamento das desigualdades históricas. A cada encontro, tornava-se mais evidente que saúde não é apenas ausência de doença, mas o resultado da soma de direitos, políticas públicas e justiça social.

Como nos ensinaram tantas lideranças e coletivos, a saúde é uma prática de liberdade. E como ensinou Paulo Freire (1967), a liberdade não se recebe, conquista-se. Que possamos, então, lutar por um SUS que liberta, e não que aprisiona; que escuta, e não que cala; que acolhe, e não que vigia. As ruas, os serviços, os acampamentos, os corredores das unidades de saúde e as vozes que encontramos nessa jornada se tornaram parte de quem somos.

Essa experiência não foi apenas formativa, mas transformadora. Carregamos conosco a certeza de que lutar pelo SUS é lutar por dignidade e justiça social, e que cada território é uma sala de aula viva. Como nos ensina Cecília Minayo (2014), compreender a saúde é também compreender seus determinantes sociais. Nos resta a tarefa de resistir: como residentes, como sujeitos políticos, como gente que se importa.

A vivência nos mostrou que ser residente é ser resistente, há uma sede de justiça. Mas como lutar dentro de 60 horas semanais? No efeito dominó,

profissionais da saúde caem adoecidos, sobrecarregando quem ficou e impactando no bom serviço. Centro-oeste não é só o DF, e com isso sentimos um misto de felicidade e tristeza. Feliz em ver e presenciar a organização e multiplicação dos futuros frutos; triste em sentir MS sendo representado apenas por poucos, com sua maioria esmagadora na capital.

No DF andamos pelos vários serviços que compunham o SUS, essa rede (teia) tão gigante e potente, ao mesmo tempo frágil parecendo se desmanchar a qualquer momento entre nossos dedos, seja por precarização ou por privatização. Experiências, trocas, sugestões, divergências, ruídos, atenção, carinho, amizades, provocações, cuidado, foram algumas das palavras que observamos nesta vivência que nos trouxe à capital do Brasil.

Das visitas nasceu um novo olhar, a vivência nos fez enxergar duas realidades, tão próximas, tão distantes: a do nosso território e a do DF imponente. Seguimos por outras estradas, onde o asfalto vira barro e o tempo é lento. Chegamos ao campo, ao coração esquecido, onde pulsa forte o sofrimento. Entre prédios de mármore e vidro, subimos ao alto: o Ministério da Saúde. Ali, falas bonitas e camisas engomadas, mas tão distante das mãos calejadas.

No SUS vivemos caminhos tortos e também retas seguras. Vimos portas fechadas, vimos braços abertos, demoras que doíam, gestos que curam. Fomos mais um na fila, mas também fomos alguém acolhido. Entre paredes simples, aprendemos o valor do cuidado, mesmo quando ele chegava tarde. Carregamos marcas e gratidão, porque no caos e na esperança, o SUS foi chão.

Hoje, mais do que nunca, reafirmamos: defender o SUS é defender a vida, em toda a sua diversidade e potência.

Carta Aberta: Mexeu com o SUS, Mexeu Comigo

Por onde andamos, vimos de tudo um pouco, lugar que acolhe, lugar quase louco.

Saúde que chega, saúde que falha, na pele do povo, a dor que não cala.

No posto do centro, era tudo arrumado, mas na periferia, o caos é estampado.

Faltava médico, faltava atenção, mas sobrava luta no coração.

Por onde andamos, entre risos e dor, vimos bocas caladas, pedindo amor.

A saúde bucal, tão pouco lembrada, é parte do corpo, mas quase ignorada.

Sorrir é direito, comer sem dor também, mas parece que isso não importa a ninguém.

Mexeu com o SUS, mexeu comigo

Num canto esquecido, longe do asfalto, o CAPS resiste, cansado, mas alto.

Paredes que choram, cadeiras que rangem, histórias de dor que nunca se arranjam.

Sem luz, sem janelas, o tempo castiga, mas ali se escuta, se cuida, se abriga.

Profissionais firmes, sem capa ou medalha, seguram no peito a dor que não falha.

Enquanto no topo, ergue-se o poder, com vista, conforto e o bem-viver.

Lá o silêncio é puro, aqui é abandono, lá tem respeito, aqui é entono.

Mexeu com o SUS, mexeu comigo

Um plano é reto, é abastado, é explorador.

Uma região é lutadora, organizada e resiliente.

A cada quadrado o privilégio é alto, já a realidade não bate.

A cada pisada é ano que late.

Como pode a mesma saúde do SUS, ser luz pra uns e para outros, cruz?

Um CAPS em ruínas, ainda há esperança, grita por digna e justa mudança.

Saúde sem base é só ilusão, acolher sem estrutura é abrir mais ferida na mão.

E a moeda gira, gira no ar — mas só pra um lado parece parar.

Mexeu com o SUS, mexeu comigo

A língua aprendida desde novo, passa por adaptações.

Às vezes eu falo, mas muitas vezes sou silenciada.

O que é preciso fazer, para que seja ouvido? Será o cargo em que se ocupa.

Ou o dinheiro que se exala.

Vale mais que o princípio na fala.

As demarcações impostas, por quem nunca saiu do poder.

Não sujaram seus sapatos de terra, mas as mãos recolhidas fizeram-na morrer.

Mexeu com o SUS, mexeu comigo

No campo marcado por cerca e corrente, brota a esperança no rosto cansado.

Não há liberdade sem chão para plantar, sem teto, sem água, sem voz pra dizer.

A equidade é ponte, é partilhar, é dar a todos o direito de ser.

Juntos — camponês, periférico e irmão indígena que guarda uma saúde digna, fazemos da luta pelo SUS um só coração, e da diferença, nossa união.

Mexeu com o SUS, mexeu comigo

Das visitas nasceu um novo olhar, a vivência nos fez enxergar.

Duas realidades, tão próximas, tão distantes.

A do nosso território, e a do DF, imponente.

Seguimos por outras estradas, onde o asfalto vira barro e o tempo é lento.

Chegamos ao campo, ao coração esquecido, onde pulsa forte o sofrimento.

O povo da terra, valente e calado, não vê a visita, não ouve o cuidado.

A saúde, direito que deveria alcançar, passa ao largo, sem tempo para chegar.

E então, entre prédios de mármore e vidro subimos ao alto: O Ministério da Saúde.

Ali, falas bonitas e camisas engomadas, mas tão distante das mãos calejadas.

Mexeu com o SUS, mexeu comigo

No SUS vivi caminhos tortos e também retas seguras.

Vi portas fechadas, vi braços abertos — demoras que doíam, gestos que curam.

Fui mais um na fila, mas também fui alguém acolhido.

Entre paredes simples, aprendi o valor do cuidado, mesmo quando ele chegava tarde.

Carrego marcas e gratidão, porque no caos e na esperança, o SUS foi chão.

Mexeu com o SUS, mexeu comigo

E pensar que na minha caminhada me trouxe à capital do Brasil.

Experiências, trocas, sugestões, divergências, ruídos, atenção, carinho, amizades, provocações, cuidado, foram algumas das palavras que observei nesta vivência.

No DF andamos nos vários serviços que compunham o SUS, essa rede (teia) tão gigante e potente, ao mesmo tempo frágil parecendo se desmanchar a qualquer momento entre nossos dedos - ou por precarização ou por privatização.

Ser residente é ser resistente, há uma sede de justiça. Mas como lutar dentro de 60 horas semanais? No efeito dominó, profissionais da saúde caem adoecidos, sobrecarregando quem ficou e impactando no bom serviço.

Centro-oeste não é só o DF. E com isso sinto um misto de felicidade e tristeza. Feliz em ver e presenciar a organização e multiplicação do futuro frutos; triste em sentir MS sendo representado só por 6 pessoas com sua maioria esmagadora na capital, sendo a única do interior já devendo milhão para tentar a transformação.

Mexeu com o SUS, mexeu comigo

O povo é um, o povo é um!

Mas o povo também é vida e vida é produção!

Produção de vida, produção de sina, no meio da vila, da mina, da crina...

Da aldeia à cidade, do campo à desigualdade, da desigualdade há violências, pouca contundência, mas muita potência!

No mesmo território, uma grande distância, com protuberâncias de cuidado e ao mesmo tempo de ódio deslocado.

A cada estrada caminhada, a distância de um mesmo território que

emana, do lobo guará a capivara, há uma diferença que exala, que cala, que falha, mas que não para!

O SUS é seu, é meu, é nosso! E tem um propósito! Propósito de vida, de luta, de crítica, de ampliação, de valorização! Nós somos o SUS, o futuro do SUS.

Mexeu com o SUS, mexeu comigo

E apesar dos pesares, da dor e da lida, o SUS ainda pulsa, ainda salva vidas.

Mesmo ferido, resiste e inspira — porque, apesar de tudo, a saúde suspira.

Mexeu com o SUS, mexeu comigo

Figura 1. Viventes sul-mato-grossenses no VER-SUS Centro-Oeste. Fonte: arquivo pessoal, 2025



Fonte: Autores.

Referências

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2019.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 55-72, set. 2003/fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **VER-SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

- CARNEIRO, S. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser.** Tese (Doutorado em Educação), Programa de Pós-graduação em Educação – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Tradução de R. Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** Tradução de M. T. C. Albuquerque e J. A. G. Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1988. Obra original publicada em 1976.
- FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- GNATTALI, R.; SIUFI, J. A.; GOMES, O. G. **Hino de Mato Grosso do Sul.** Letra: O. G. Gomes. Música: R. Gnattali. Arranjo: J. A. Siufi. Campo Grande: Governo do Estado de Mato Grosso do Sul, 1979.
- KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo.** São Paulo: Companhia das Letras, 2019.
- MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista.** Londres: [s. n.], 1848.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (org.). **Epistemologias do Sul.** Coimbra: Almedina, 2009.

UM OLHAR SOBRE O VER-SUS EM SÃO LUÍS (MA): UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Nathalya de Jesus Pinheiro Costa

Introdução

Desde a década de 1970, com a Reforma Sanitária, a saúde passou a ser repensada por meio de intensas lutas e debates, com o objetivo de garantir um sistema integral, equitativo e universal. Essa nova perspectiva compreende os processos de saúde e doença como uma construção social, de natureza multifatorial, envolvendo aspectos biopsicossociais (Batista; Gonçalves, 2011; Pereira; Barros; Augusto, 2011).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde teve um papel central no processo de reorganização do sistema de saúde no Brasil, culminando na Constituição Federal de 1988, que, em seu artigo 196, estabelece: “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, art. 196).

Em 1990, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), se deu início à organização do sistema, definindo seus princípios e diretrizes de funcionamento comuns a todos os componentes em saúde do território nacional, o controle social e gestão participativa, o financiamento e as atribuições do SUS, tais como: epidemiologia, ações em saúde, assistência, medicamentos

e outros (Brasil, 1990). Além do marco revolucionário da Reforma Sanitária brasileira, que alterou toda a lógica da assistência em saúde, a Reforma Psiquiátrica surge para repensar as políticas de saúde mental no Brasil, com transformações nas práticas de saúde, nos saberes, e nos cuidados em saúde mental, de modo a erradicar a violência asilar e as práticas manicomiais, que diziam “cuidar da loucura” (Brasil, 2005).

Nesse processo de transformação, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental propiciou mudanças estratégicas na assistência em saúde, conferindo ao CAPS a assistência especializada e humanizada em saúde mental para pessoas em sofrimento/adoecimento mental, e usuários de álcool e outras drogas. Com isso, a Reforma Psiquiátrica institui um novo paradigma em saúde mental, como a transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo psicossocial, comunitário e em liberdade, agora pertencentes à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS, garantindo o cuidado contínuo, integral e descentralizado (Brasil, 2005; Emerich; Onocko-Campos, 2019).

Foram várias as estratégias para promover o fechamento das instituições asilares, e programas de desinstitucionalização para promover a reintegração social das pessoas com longo histórico de internação nos manicômios, dentre as estratégias utilizadas, estão os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa (Brasil, 2005).

Pela história das Reforma Sanitária e Psiquiátrica brasileira, é visível que houve grande mobilização de diversos agentes para mudanças efetivas na assistência em saúde. No entanto, apesar dessas conquistas, ainda existem dificuldades gritantes: o crescente distanciamento dos sujeitos nos seus processos de saúde, a especialização do cuidado, o subfinanciamento, gestão de recursos, assim como a medicalização e patologização da vida, a prevalência de estigmas em relação à loucura e a saúde mental, e a continuidade de abordagens terapêuticas ultrapassadas, que acabam por diminuir o acesso ao SUS, além de desumanizá-los e excluí-los do cuidado em rede (Brasil, 2005; Batista; Gonçalves, 2011; Nunes; Torrenté; Carvalho, 2022).

Diante dessas questões, muito se discute sobre a qualidade do trabalho desenvolvido na saúde pública e sobre a efetividade dos princípios doutrinários do SUS. É importante destacar que, mesmo diante de inúmeros desafios, o SUS funciona, e funciona graças ao esforço coletivo. Para que o sistema avance na qualidade da assistência, é fundamental a colaboração dos três principais agentes: gestores, trabalhadores e usuários. Além de cobrar a implementação das políticas públicas, é necessário que nos qualifiquemos como promotores da assistência e que atuemos ativamente nas decisões em saúde e no controle social, também enquanto usuários do sistema (Brasil, 1990).

De acordo com algumas pesquisas, a formação dos profissionais de saúde tem se mostrado um desafio para o bom funcionamento da assistência integral, equitativa e humanizada no SUS (Batista; Gonçalves, 2011; Pereira; Barros; Augusto, 2011; Maranhão, 2013; Emerich; Onocko-Campos, 2019; Souza *et al.*, 2019). Historicamente, a formação de profissionais da saúde no Brasil, tem se baseado no modelo positivista, com vieses hospitalocêntricos e biomédicos, com a fragmentação do cuidado, dando ênfase a tecnicidade (Emerich; Onocko-Campos, 2019). Tais aspectos, enraizados na formação dos profissionais de saúde, são grandes entraves para que eles possam construir novos modos de cuidar e produzir conhecimento para o fortalecimento da saúde pública (Emerich; Onocko-Campos, 2019; Souza *et al.*, 2019).

De acordo com Pereira, Barros e Augusto (2011), para que os novos pressupostos em saúde, propostos com as reformas, sejam efetivos na prática, é necessário reformular a formação dos profissionais da área. Isso porque a qualidade dos serviços prestados na saúde pública está diretamente relacionada à qualificação dos seus profissionais.

Diante dessa realidade, e para contornar essas questões, tem se cobrado das instituições a reformulação das grades curriculares dos cursos da saúde, da mesma forma que, os órgãos públicos têm oportunizado experiências que promovam a integração entre ensino e serviços do SUS. Dessa forma, o VER-SUS Brasil tem entrado com uma alternativa de aproximar os estudantes da realidade do SUS, de

modo a gerar transformações na formação profissional dos estudantes (Maranhão, 2013; Emerich; Onocko-Campos, 2019; Souza *et al.*, 2019).

As Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS Brasil), vinculado ao Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde, tem como finalidade:

[...] promover vivências em distintos espaços do Sistema Único de Saúde (SUS) para estudantes, residentes, docentes, trabalhadores, gestores da saúde e movimentos sociais, na perspectiva de fortalecer a formação de profissionais da saúde na direção do trabalho em equipe, da equidade, das mudanças nos modelos de atenção e gestão, por meio da integração entre ensino-serviço-comunidade e da participação popular (Brasil, Art. 1º, 2024).

O VER-SUS Brasil surge no início dos anos 2000, como uma estratégia para fortalecer a formação crítica e humanizada de estudantes da área da saúde, mobilizando o compromisso com o SUS. Em sua primeira edição em 2003, possibilitou a 1.200 estudantes a oportunidade de estabelecer contato direto com a realidade da saúde pública (Ferla; Ramos; Leal, 2013). Com o passar dos anos, o VER-SUS se expandiu nacionalmente, somando mais de 70.000 pessoas beneficiadas pelos projetos, entre estudantes, profissionais, movimentos sociais e estudantis (Rede Unida, 2025).

A execução do programa é efetiva por meio de várias entidades, que incluem a Rede Unida, enquanto entidade executora do projeto, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com a articulação do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e apoio de secretarias municipais e estaduais de saúde, universidades, movimentos estudantis, serviços e movimentos sociais (Ferla *et al.*, 2025)

Acredita-se que o projeto contribua significativamente na qualificação dos futuros profissionais atuantes no SUS, não somente enquanto formação teórica, mas uma formação crítica baseada nas vivências do projeto, levando em conta os aprendizados nos territórios, as trocas entre as diferentes áreas do

conhecimento, e os questionamentos, incômodos e curiosidades que emergem (Ferla; Ramos; Leal, 2013; Maranhão; Matos, 2018).

Dessa forma, o presente trabalho visa apresentar a experiência da vivente, que participou do projeto “Estágios e Vivências na Realidade do Sistema Único de Saúde (SUS): ativação da aprendizagem significativa nos territórios vivos brasileiros”, promovido pela Rede Unida em parceria com a Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESPMA), no período entre 25 e 31 de maio de 2025, em período integral, na região de São Luís (MA). Nesta edição, o programa foi voltado para estudantes de graduação, cursos técnicos, e programas de residência em saúde. Foram selecionados 60 estudantes, preferentemente da Região Nordeste, vinculados a instituições nos estados do Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte e Ceará (Associação da Rede Unida, 2025).

Trata-se de um trabalho de abordagem qualitativa, de caráter descritivo e reflexivo das experiências do VER-SUS em São Luís (MA). Portanto, a escrita do trabalho foi desenvolvida mediante uma perspectiva dialógica das experiências e conhecimentos construídos e reconstruídos no decorrer das vivências no SUS (Freire, 1996; Souza, 2021).

Minhas vivências, inquietações e questionamentos

O primeiro ponto crucial do VER-SUS foi a imersão, que começou antes mesmo de se dirigir às unidades de saúde. A imersão começa na inscrição do seletivo, com a carta de interesse, rememorando nossa história com o SUS, quando saímos dos nossos lares, de carro, de ônibus, de avião e nos dirigimos ao novo, a hospedagem coletiva e as rodas de apresentação.

O projeto propõe em suas práticas a vivência de princípios e diretrizes do SUS, seja na integralidade da vivência, no acolhimento da diversidade, no protagonismo dos viventes, na humanização entre seus pares ou na gestão e participação compartilhada de suas atividades. O VER-SUS foi e é

um emaranhado de saberes, de trocas e compartilhamentos, com um único propósito: formar criticamente uma nova geração de profissionais de saúde, que veem a saúde para além da ausência de doença, mas um processo de saúde-doença marcado pelo biopsicossocial, uma saúde constituída socialmente, na cultura, na educação, no trabalho, na justiça e no lazer.

Além desses aspectos, o VER-SUS promoveu uma troca cultural enorme entre os diversos viventes, ao aproximar diferentes áreas da saúde, de distintos estados e cidades do Brasil, com diversos modos de vida, de saberes, e principalmente, pondo horizontalmente diferentes modos de cuidar e fazer saúde. Essa interculturalidade gerou trocas entre saberes comunitários, populares e tradicionais, que ultrapassa fronteiras acadêmicas e técnicas, promovendo uma ampliação da escuta e olhar sensível com o outro, nos aproximando ainda mais da realidade do SUS, sem nem mesmo imergir nas unidades, ao possibilitar o respeito, a escuta, a valorização dos saberes locais e o diálogo da diversidade.

As vivências no SUS foram divididas entre atividades coletivas com diálogos em temas específicos, visitas às unidades de saúde, e diálogos com gestores, trabalhadores e usuários. As visitas foram divididas por áreas de atenção, com dias de imersão voltados a componentes da Atenção Primária, Secundária e Terciária, e outros dias voltados para visita a componente de saúde em municípios vizinhos da ilha de São Luís tais como Paço do Lumiar, São José de Ribamar e Itapecuru Mirim. Foram várias vivências, em territórios e em níveis de atenção diferentes em saúde, dessa forma, apresentarei as que se mostraram mais instigantes.

Para as elaborações críticas, reflexões e registros das imersões, todos os viventes foram equipados com o diário de campo (Figura 1), aspecto que possibilitou uma elaboração mais reflexiva e conectiva com a realidade observada em campo, como também colaborou com dados, questionamentos e inquietações que modelaram a escrita desse texto.

Figura 1. Ilustração do diário de campo feito pela autora



Fonte: Acervo da autora, 2025.

Conforme ilustrado na Figura 2, os momentos grupais desenvolveram-se por meio de rodas de diálogos, fomentando a troca entre os viventes, e discussões práticas sobre casos clínicos, mediados por profissionais da saúde. Por meio de Metodologias Ativas de Aprendizado, foi possível dialogar sobre as políticas de saúde no Brasil e como as redes de atenção se estruturam no estado do Maranhão, pensando nas áreas quilombolas e rurais, na realidade sociocultural dos usuários, por meio de um olhar interseccional.

Figura 2. Rodas de diálogo entre os viventes, a partir de Metodologias Ativas



Fonte: Acervo da autora, 2025.

Arelado a essas discussões, pudemos construir, na coletividade, o papel do facilitador no SUS. Uma atuação que se fundamenta em problematizar, questionar e formular perguntas para tornar processos em saúde mais eficazes, ou na intencionalidade de melhorar a assistência. A construção da ideia do facilitador entre os viventes, tornou a compreensão mais dinâmica, principalmente em elucidar o protagonismo dos viventes, não só em pensar no que seria um papel de facilitador, mas possibilitar o raciocínio de um facilitador em saúde, através do aprendizado pelo problema e pelo planejamento de intervenções (Figura 3).

Figura 3. Elaboraões grupais dos futuros facilitadores



Fonte: Acervo da autora, 2025.

A cultura, a dança e o esporte como promotores de saúde

As imersões no SUS tiveram início no segundo dia da vivência, como a imersão ao Centro Cultural Mandingueiros do Amanhã (Figura 4), uma instituição que realiza oficinas de capoeira, percussão e danças tradicionais, além de apresentações culturais da orquestra de berimbau e tambor-de-crioula de modo a garantir o acesso a atividades culturais de matriz afro-brasileira para a população em situação de vulnerabilidade social.

Figura 4. Imersão no Centro Cultural Mandingueiros do Amanhã



Fonte: Acervo VER-SUS, 2025.

Os Mandingueiros do Amanhã, junto ao mestre Bamba e mestre Valdira, possuem um trabalho fantástico em preservar tradições e a cultura ancestral, como por exemplo, a preservação da Capoeira Angola¹ no Maranhão. Eles estão há 28 anos sendo a resistência, promovendo a sua cultura em memória dos seus ancestrais, e acima de tudo, promovendo saúde a comunidade.

Pode ser estranho para alguns, associar os Mandingueiros do Amanhã a promoção de saúde, mas todo o trabalho deles se resume em

¹ A Capoeira Angola é o estilo mais próximo de como os negros escravos jogavam a Capoeira. Caracterizada por ser mais lenta, porém rápida, movimentos furtivos executados perto do solo, como em cima, ela enfatiza as tradições da Capoeira, que em sua raiz está ligada aos rituais afro-brasileiros, sua música é cadenciada, orgânica e ritualizada. A designação “Angola” aparece com os negros que vinham para o Brasil oriundos da África, embarcados no Porto de Luanda que, independentemente de sua origem, eram designados na chegada ao Brasil de “Negros de Angola”.

garantir direitos a cultura, lazer e saúde, através da dança, da música e luta, ampliando a saúde individual e coletiva, e reduzindo vulnerabilidades à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (Brasil, 2018).

A prática da capoeira vai além da identidade cultural e resistência de todo um povo, é saúde física e psíquica. Ela enquanto dança, luta e ritmo, libera endorfina e equilibra o bem-estar dos brincantes, melhora o condicionamento físico e a resistência cardiovascular, sendo uma prática preventiva para indicadores de diabetes e hipertensão. Já enquanto prática terapêutica, promove o bem-estar psicológico, o autocuidado, e fortalece os laços e habilidades socioemocionais entre os participantes, reduzindo o estresse e a ansiedade (Lima, 2024).

A aproximação com o trabalho feito pelos Mandingueiros do Amanhã foi maravilhoso no sentido de despertar diversas perguntas e curiosidades em relação às suas práticas, as significações elaboradas por seus brincantes, os impactos na saúde mental, e diversos outros aspectos que surgiam no decorrer da visita ao centro cultural, nos mostrando o potencial que é a capoeira do Maranhão.

Na simples conversa com o mestre Bamba, foi possível ver todo o potencial transformador da capoeira na saúde e na comunidade, e como essa prática poderia ser utilizada pelo SUS como uma ferramenta de saúde. Existem diversas publicações² que afirmam essa ideia como uma prática possível, de baixo custo, com vários benefícios e aceito pelas comunidades, nos fazendo questionar... o que falta para a capoeira está na atenção básica?

2 FRANÇA, Á. L. A capoeira na estratégia saúde da família: relato de experiência no município de Camaçari-BA. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE; CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 2017, Goiânia. Anais [...]. Goiânia: CBCE, 2017. Disponível em: <http://congressos.cbce.org.br/index.php/conbrace2017/7conice/paper/viewFile/9343/4761>. Acesso em: 2 jun. 2025; SANTIAGO, M. L. E. et al. Entrando na Roda: uma experiência de Atividade Física na Estratégia Saúde da Família. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 11., 2014. Anais [...]. Suplemento da Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 2014. Disponível em: <http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/39>. Acesso em: 4 jun. 2025.

A realidade do SUS na UBS do quilombo de Santa Rosa dos Pretos (MA)

Tivemos a oportunidade de conhecer a realidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em territórios diferentes: em São Luís (MA), em Paço do Lumiar (MA), em Itapecuru-Mirim, e na UBS Saúde da Família – Antonio Hugo Fonseca Belfort, no território quilombola Santa Rosa dos Pretos (MA).

A maior inquietude ao ver as UBSs foi o descaso com um componente que é a principal porta de entrada para o SUS, um componente que sofre com a falta de recursos humanos e materiais, para um funcionamento básico, e sangra para manter a assistência à população. Me surpreendi positivamente com a UBS no Quilombo Santa Rosa dos Pretos, com a participação dos usuários, da comunidade, e das lideranças religiosas no processo de saúde, na luta direta por seus direitos, no respeito a sua ancestralidade e atenta às necessidades da comunidade.

É incrível a integração do cuidado no território, que vai além da assistência de uma equipe de saúde e referenciamento, mas também a integração dos terreiros, e das manifestações religiosas de matriz africana como equipamentos promotores de saúde e cura complementares ao SUS (Conselho Nacional de Saúde, 2023; Nogueira, 2023). Os conhecimentos populares e tradicionais dos usuários são respeitados e ouvidos como parte do cuidado em saúde na UBS, promovendo o respeito à ancestralidade da comunidade, que já estava ali antes mesmo do surgimento da UBS.

Tanto na fala da líder comunitária quanto na da médica da UBS, foi possível ouvir um pouco da história da comunidade e perceber o quanto a insistência e a resistência de seus membros, enquanto grupo, motivaram grandes conquistas, não só nos aspectos políticos da saúde, mas também na luta por qualidade de vida. Em suas narrativas, contavam o quanto eram diariamente atravessados pelas invasões de fazendeiros, pelo silenciamento de gestores e de políticas públicas, e violentados pela modernização das estradas, que foram se apropriando de suas terras sagradas e ancestrais.

O apagamento de suas terras e tradições, as ameaças às suas lideranças, a falta de direitos, o racismo e a intolerância religiosa fragilizam essa população, ameaçam a sua identidade e a sua estruturação enquanto comunidade e, conseqüentemente, a sua saúde, já que estamos falando da saúde enquanto construção social atravessada por diversos atores (Batista; Rocha, 2020).

Diante disso, é de extrema importância dar voz a essas comunidades e ser veículo de suas histórias, que muitas vezes são silenciadas por tanta violência. É preciso estar nos territórios, ouvir suas inquietações, ver o mundo pela lente delas e, apoiado nisso, cuidar de suas necessidades.

A psicologia no SUS: a realidade da assistência psicológica no Maranhão

As vivências do SUS possibilitaram tantas reflexões e perguntas, que não caberão em 15 páginas, talvez em alguns artigos e pesquisas... Mas, resumidamente, a vivência no SUS me permitiu observar duas realidades instigantes da assistência psicológica no SUS. Primeiro, a partir das visitas ao CAPS III – Bacelar Viana em São Luís e CAPS – do Paço do Lumiar, pude observar que a Psicologia tem um papel bem desenhado enquanto assistência especializada. A atuação da psicologia no CAPS vem justamente em virtude da Reforma Psiquiátrica, que repensou o modo de cuidar em saúde mental, tornando o cuidado humanizado e descentralizado do hospital geral. Nesses nossos espaços, vemos lugares acolhedores, fluxogramas de cuidado e práticas terapêuticas eficazes no cuidado dos usuários, como, por exemplo, o CAPS do Paço do Lumiar, que utiliza a dança do Bumba-meu-Boi³ como instrumento de reinserção dos usuários na sociedade. Esse foi um dos exemplos observados, das várias metodologias usadas nos territórios, entre trabalhos grupais, atendimentos individuais, educação em saúde, discussão de casos com equipe multi e outros.

³ O Bumba-meu-boi é uma dança tradicional predominante nas regiões norte e nordeste, que misturam dança, história, arte e fé.

O mesmo ocorre quando conhecemos a realidade da Maternidade de média complexidade (Paço do Lumiar (MA)), a psicologia está presente no acompanhamento das pacientes, ouvindo as demandas, e atuando diretamente nas necessidades das mães. E, além disso, está presente junto a equipe, trabalhando juntos em prol da mãe e do bebê, em demandas ligadas ao luto perinatal, abandono neonatal, depressão pós-parto e outras situações que surgem em decorrência da maternidade.

Quando estudamos a Psicologia da Saúde e as especificidades desse campo, sabemos que a atuação da psicologia se dá no “tripé do cuidado”, atuando com o paciente, família e equipe de saúde, por meio da prevenção, promoção e reabilitação em saúde (CFP, 2022). Mediante o que foi possível acompanhar, superficialmente, com a vivência, a psicologia na Atenção Secundária, está sendo feita... mas, estamos falando de um cuidado onde o agravo em saúde já está estabelecido, onde ao profissional só cabe reabilitar uma enorme demanda, aspectos que acabam por sobrecarregar a Atenção Secundária e Terciária.

Durante a Imersão do SUS, visitamos várias UBSs, inclusive a UBS do complexo penitenciário de Pedrinhas, no Maranhão. Em quase todas, quando perguntávamos sobre a psicóloga, a resposta era: “Na eMulti, ela vem quando precisamos” e, às vezes: “Não tem acompanhamento da psicóloga, ela faz algumas classificações dos internos para ver se estão aptos ao trabalho”. São realidades que me interrogam: cadê a prevenção? A promoção da saúde? A escuta? Onde foram parar os grupos terapêuticos? Cadê a psicologia na APS?

É lamentável que a psicologia, enquanto profissão essencial à promoção da saúde integral, ainda seja subvalorizada nos serviços da Atenção Primária do SUS. Sua atuação vai muito além da escuta terapêutica tradicional, fechadinha numa clínica, ela contribui ativamente para a prevenção de agravos, a promoção do bem-estar e o fortalecimento de habilidades, seja em atendimentos individuais, grupais, intervenções em crise e/ou plantão psicológico.

A presença de psicólogos no cuidado primário é fundamental para compreender os processos de saúde-doença, para lidar com o sofrimento

psíquico precoce e oferecer suporte humanizado aos usuários, familiares e profissionais. Ignorar essa potência é negligenciar uma dimensão fundamental da saúde: a subjetividade. Para que o SUS se mantenha universal, integral e equitativo, é indispensável reconhecer o papel da psicologia desde o primeiro nível de Atenção em Saúde no SUS.

Considerações finais

Experienciar as realidades plurais do SUS foi um divisor de águas, foi uma vivência que reordenou as minhas perspectivas, e me deu a certeza de que estou no caminho certo... no caminho de valorizar, estudar e lutar pelo SUS, pela Atenção Primária enquanto promotora de saúde integral, universal e equitativa para a população, enquanto espaços de potência para o trabalho da Psicologia, e dos diversos outros profissionais, que atuam no cuidado em saúde pelo SUS.

As imersões no VER-SUS e as trocas entre os viventes colocaram em pauta diversos assuntos cruciais para uma formação crítica de futuros profissionais do SUS, tais como a escuta das comunidades tradicionais, o olhar atento às necessidades das populações específicas e, sobretudo, a valorização dos usuários, em seus saberes, vivências e singularidades. Espero que, assim como eu, os demais viventes e os que ainda virão levem as reflexões e inquietações para seus territórios, comunidades e universidades, dando continuidade ao que se iniciou no VER-SUS.

Referências

ASSOCIAÇÃO DA REDE UNIDA. **Edital nº 04/2025:** Vivências no SUS Facilitadores: Região Nordeste. Porto Alegre: Associação da Rede Unida, 2025. Disponível em: https://www.redeunida.org.br/media/ckeditor_files/2025/04/17/edital-no04_2025-regiao-nordeste-sao-luis_ma.pdf. Acesso em: 4 jun. 2025.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS:

significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BATISTA, E. C.; ROCHA, K. B. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Interações**, Campo Grande, v. 21, p. 35-50, 2020.

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 jun. 2025.

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 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 3 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 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 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 3 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 3 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 3 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.098, de 16 de dezembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/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**, Brasília, DF, n. 243, p. 480, 18 dez. 2024. Seção 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-6.098-de-16-de-dezembro-de-2024-602613067>. Acesso em: 2 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 17, de 19 de julho de 2022**. Dispõe acerca de parâmetros para práticas psicológicas em contextos de atenção básica, secundária e terciária de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jul. 2022. Seção 1.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023**. Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2023/resolucao-no-715.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2025.

EMERICH, B. F.; ONOCKO-CAMPOS, R. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, e170521, 2019.

FERLA, A. A. *et al.* **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.

FERLA, A. A.; RAMOS, A. S.; LEAL, M. B. A história do VER-SUS: um pouco sobre o conjunto das iniciativas que inspiraram o projeto. In: FERLA, A. A. *et al.* **VER-SUS Brasil: cadernos de textos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

FRANÇA, Á. L. A capoeira na estratégia saúde da família: relato de experiência no município de Camaçari-BA. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE; CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 2017, Goiânia. **Anais [...]**. Goiânia: CBCE, 2017. Disponível em: <http://congressos.cbce.org.br/index.php/conbrace2017/7conice/paper/viewFile/9343/4761>. Acesso em: 2 jun. 2025.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

LIMA, E. F. A. **Capoeira e promoção da saúde: o estado da questão**. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2024.

MARANHÃO, T. Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde: um “garimpo” bibliográfico. **RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2013.

MARANHÃO, T.; MATOS, I. B. Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) como marcadoras de acontecimentos no campo da Saúde Coletiva. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 55-66, 2018.

NOGUEIRA, S. A ponte entre os terreiros de matriz africana e o Sistema Único de Saúde. **Radis: Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, 20 jul. 2023. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/opinia/pos-tudo/a-ponte-entre-os-terreiros-de-matriz-africana-e-o-sistema-unico-de-saude/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

NUNES, M. O.; TORRENTÉ, M.; CARVALHO, P. A. L. O circuito manicomial de atenção: patologização, psicofarmacuticalização e estigma em retroalimentação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 42, p. e230595, 2022.

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 17, p. 523-536, dez. 2011.

REDE UNIDA. **O Projeto VER-SUS no Brasil**. Disponível em: <https://www.redeunida.org.br/pt-br/versus/menu/o-projeto-ver-sus-no-brasil/>. Acesso em: 4 jun. 2025.

SANTIAGO, M. L. E. *et al.* Entrando na Roda: uma experiência de Atividade Física na Estratégia Saúde da Família. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 11., 2014. **Anais [...]**. Suplemento da Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 2014. Disponível em: <http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/39>. Acesso em: 4 jun. 2025.

SOUZA, E. C. *et al.* Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde: linha de fuga na formação em saúde para uma atuação na saúde coletiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 897-905, 2019.

SOUZA, R. C. Princípios básicos da pesquisa relacional, dialógica e colaborativa. **Pro-Posições**, Campinas, v. 32, p. e20180125, 2021.

O SUS DE MIL MÃOS: RELATO DE EXPERIÊNCIAS FORMATIVAS NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MARANHÃO

Beatriz Ingrid Vaz Lima
Giovanna de Sousa Fontes
Kévila Maiza da Silva
Larissa Fernanda Silva Ribeiro
Laryssa Clara Fonseca Costa
Lilyan Raquel Amorim Moreira

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública implementada há mais de 30 anos no Brasil, e foi criada com o objetivo de democratizar o acesso à saúde, especialmente às pessoas que, historicamente, foram excluídas do acesso digno a esse direito. O principal marco para a sua consolidação foi a criação da Lei n. 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Brasil, 1990). As ações e serviços que integram o SUS são desenvolvidos a partir das diretrizes presentes no artigo n. 198 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), tais como: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação social, regionalização e hierarquização (Brasil, 1988).

A rede nacional de assistência à saúde está estruturada em três níveis de Atenção: Primária, Secundária E Terciária, estabelecidos pela Portaria n.

4.279, de 30 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010). O primeiro nível corresponde à Atenção Primária à Saúde, que desempenha um papel essencial na promoção, prevenção e cuidado inicial, sendo responsável por resolver a maior parte das demandas da população relacionadas a questões básicas e recorrentes. E é, antes de tudo, a porta de entrada preferencial do sistema (Rio de Janeiro, 2024). O segundo nível é representado pela Atenção Secundária, caracterizada pelo atendimento especializado a agravos mais complexos e que não puderam ser resolvidos na Atenção Primária. O terceiro nível, por sua vez, é denominado Atenção Terciária e concentra-se em procedimentos de alta complexidade, como intervenções hospitalares, tratamentos especializados, terapias intensivas e ações voltadas à reabilitação de condições graves (Baron *et al.*, 2014).

Considerando a importância da compreensão do SUS de forma holística, o Programa Nacional de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil) surge a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde, a Associação da Rede Unida e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), com o objetivo de aproximar estudantes e residentes da realidade do SUS, ampliando o olhar em relação à organização do sistema, seus problemas, desafios e potencialidades (Burille *et al.*, 2013; Brasil, 2025). De acordo com Ferla *et al.* (2025), o desenvolvimento das vivências busca promover o engajamento dos participantes na defesa da Reforma Sanitária Brasileira e no fortalecimento do SUS, visando a criação de uma sociedade equitativa.

Neste contexto, a vivência piloto para a formação de facilitadores Nordeste II, ocorrida entre os dias 25 e 31 de maio de 2025 em São Luís, Maranhão, possibilitou ao mesmo tempo a imersão nas vivências e a formação de facilitadores de edições futuras do Programa, com foco em uma atuação de base freiriana, buscando uma engenharia pedagógica e articulação da integração ensino-serviço-comunidade. A experiência foi marcada pela pluralidade de participantes oriundos de diferentes estados do Nordeste, o que ampliou as possibilidades de compreensão e discussões acerca do funcionamento do SUS nos mais diversos contextos.

Os primeiros momentos foram de ação formativa, com uma calorosa acolhida e cerimônias marcadas por saberes tradicionais, cantos ancestrais e a melodia que perpassou toda a vivência: “O SUS é de todos nós, vale a reflexão”. A presença de representantes do Ministério da Saúde e de outros órgãos da esfera estadual foi fundamental para a construção de um diálogo acerca da importância do Programa para o estado, das políticas de saúde no Brasil e da modelagem do SUS no Maranhão. As vivências ocorreram em distintas unidades de saúde.

Atenção Primária à Saúde: relato de um SUS possível

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Liberdade, o maior quilombo urbano da América Latina, nossos caminhos se cruzaram com os de uma grande enfermeira estomaterapeuta, que esclareceu como se dá, na prática, o princípio da universalidade, ao afirmar que “nunca abandonamos nenhum paciente”. Isto é, há um compromisso e um lembrete de que o cuidado verdadeiro não se limita apenas a protocolos, mas se baseia no acolhimento e na continuidade.

Ainda nesta unidade, nos impactou uma roda de conversa com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), profissionais indispensáveis para o estreitamento da relação entre unidade de saúde e usuários. “O ACS tem um papel importante no acolhimento, pois é um membro da equipe que faz parte da comunidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto com a equipe”, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2009, p. 18). Na referida atividade, pudemos constatar um SUS ainda fragilizado, mas grandioso, uma vez que é um sistema tecido a mil mãos. “A gente cuida de todo mundo, e quem cuida da gente?” e “O SUS seria mais lindo se funcionasse na íntegra”, são exemplos de reflexões expressadas pelas ACS que apontam a vulnerabilidade que permeia essa rede de saúde. Por outro lado, ouvimos

também: “Se for pra entrar num terreiro a gente entra; se for pra falar com o pai de santo, a gente conversa; porque tudo isso é cuidado, e o SUS está lá”, tornando notável a construção conjunta dessa política pública de proteção social, sua força e magnitude.

No Centro de Saúde da Vila Itamar, compreendemos a assistência prestada pela unidade à população de imigrantes venezuelanos que vivem na região atendida. A crise humanitária enfrentada pela Venezuela nos últimos anos impulsionou o fluxo migratório de cidadãos venezuelanos, inclusive para o Brasil, em razão de sua localização fronteiriça (Gil, 2025). Por consequência, ao chegarem aqui, tornam-se também usuários do SUS, especialmente da Atenção Primária.

O princípio da universalidade do sistema permite o acesso dessas pessoas às ações e serviços ofertados, contudo, muitas vezes, é um direito negligenciado por parte de profissionais da saúde (Gil, 2025). No contexto da referida unidade, essa realidade se apresenta e resulta em iniquidades, dificulta a efetivação das diretrizes do SUS e dos direitos garantidos constitucionalmente.

Durante a visitação às suas habitações, observamos que estão localizadas às margens de um córrego poluído, em condições precárias com acesso dificultado, sem compartimentos adequados para banho e alimentação, além da aglomeração de pessoas em um espaço pequeno, facilitando a transmissão de doenças (como a tuberculose, que acometeu um idoso entre eles). Apesar de haver abertura dessas pessoas a alguns serviços, como consultas, vacinação e serviços de urgência e emergência, muitas delas resistem em buscar atendimentos nas unidades de saúde, pois têm suas próprias formas de produzi-la, como por meio de benzimentos. Cabe à equipe responsável o respeito aos saberes populares e a garantia de assistência à saúde como for permitido, apesar das barreiras linguísticas e culturais.

Além das referidas experiências, conhecemos os serviços de Atenção Primária do Complexo Penitenciário de São Luís, caracterizado por um conjunto de unidades prisionais. Na Unidade Prisional de São Luís

3 (UPSL3), constatamos um espaço ainda hostil que busca assegurar um atendimento digno às pessoas privadas de liberdade. Composta por médicos diariamente, enfermeiros 24h, equipe multiprofissional completa, sala de raio-x e laboratório para a realização de exames. Nessa unidade de saúde prisional, fomos acompanhados pela diretora do núcleo que deixou claro o lema daquele lugar ao declarar que “estamos fazendo o que nos é possível, e, também o impossível”. Soma-se a estes relatos, frases de profissionais como: “o direito ao SUS é inalienável “. Visitando a enfermaria, recebemos uma aula de ética e humanidade ao ouvirmos que “aqui eles são internos, mas para nós, profissionais da saúde, são pacientes”.

Na Unidade Prisional de Ressocialização Feminina (UPFEM), o mais marcante foi o estado atual de organização de um Complexo que até anos atrás era considerado um dos piores do país. Há um trabalho de humanização do tratamento oferecido às internas, com ambientes limpos, coloridos, climatizados, disposição de biblioteca, laboratório de informática, malharia e padaria para atividades laborais, berçário etc. No que tange à assistência à saúde, há equipes multiprofissionais que trabalham em consultórios privativos e minimamente acolhedores. Apesar do exposto, foi surpreendente a ida à sessão das celas, indicando as condições reais do enclausuramento e as medidas de segurança que são tomadas.

Existe um trabalho significativo de melhoria dos serviços oferecidos no ambiente descrito e no atendimento dado às mulheres privadas de liberdade no Maranhão que são indicados pela redução dos índices de violência, suicídio e tentativas de suicídio, como explicado pelo diretor da unidade. Neste contexto,

Os profissionais de saúde têm um papel significativo na defesa da cidadania, na oferta da atenção primária à saúde nas prisões, bem como para influenciar no desenvolvimento das políticas destinadas a este segmento populacional tão vulnerável. Isso, por sua vez, pode levar a melhorias nas condições e nos processos de trabalho em saúde e, sobretudo, à eficácia dos serviços ofertados nas prisões (Schultz *et al.*, 2022, p. 4408).

Concluimos que dentro dos muros do cárcere deve haver dignidade em saúde e cuidado humanizado. Esta foi uma experiência enriquecedora, indispensável para se entender o papel do SUS em um sistema prisional e como se dá, na prática, a garantia do direito à saúde assegurado legalmente às pessoas privadas de liberdade.

Outra vivência na Atenção Primária de indiscutível relevância se deu no município de Itapecuru-Mirim, poucos quilômetros de São Luís, mais especificamente no Quilombo Santa Rosa dos Pretos. O referido território quilombola é marcado por ancestralidade, força e integração de saberes tradicionais e técnico-científicos. É o maior quilombo de Itapecuru-Mirim, com 750 famílias, das quais sete foram trazidas da África, e está sempre mobilizando outros quilombos para reivindicarem seus direitos à saúde, à assistência social, à terra e à vida. Inclusive, contam com um Protocolo Comunitário de Consulta Prévia, Livre, Informada, Consentida e de Boa-Fé, documento em que estão assinaladas as suas particularidades como povo e a forma como entendem a sua autonomia e o respeito ao seu território. Todos lá são parentes, descendentes de pessoas escravizadas, e entendem a importância do elo entre o saber técnico-científico da Unidade de Saúde da Família e os saberes tradicionais da comunidade.

A Unidade é formada majoritariamente por profissionais quilombolas e, de imediato, concluimos que o cuidado é fortalecido quando produzido por pares, além das potencialidades que existem quando há o controle social e a participação ativa das lideranças comunitárias.

Nesse serviço, mesmo não sendo quilombola, a médica mantém uma postura de máximo respeito à ancestralidade existente no povoado, haja vista que já discerne quando a doença é física e quando é de ordem espiritual, e não hesita em encaminhar os usuários para o terreiro, rezas ou banhos do Pai de Santo. A ACS que nos recebeu é quilombola e nos deixou duas reflexões que tornou esse encontro um dos mais ricos da vivência: “primeiro chegou o quilombo, depois vieram as empresas” e “tem que respeitar a Mãe Natureza”.

As compreensões de cuidado dos profissionais da USF indicam uma atuação a partir da lógica de uma “ecologia dos saberes”, conceito desenvolvido por Santos (2007), que visa promover o diálogo entre os diferentes saberes (científicos, tradicionais e populares), respeitando as diferentes formas de conhecimento e o diálogo intercultural.

Por fim, um dos viventes, na sua imensa sensibilidade, traduziu toda essa perspectiva em uma única frase: “aqui é a saída da medicina, aqui se fazem redes com os encantados”. Para todas as decisões naquele lugar é preciso consultar o sagrado, as árvores, os igarapés, pedir licença aos encantados, e é por isso que os profissionais que chegam precisam estar abertos a essa experiência, entendendo e respeitando o modo de viver daquele povo. Eles caracterizam a exceção dessa organização, porém apontam para quais caminhos as práticas do SUS devem seguir. Especialmente no Maranhão, estado formado em 79% por pessoas negras, segundo dados do Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos (IMESC, 2025).

Tendo em vista a herança histórica de desigualdades que caracteriza este país, é fundamental que a interseccionalidade seja a lente por meio da qual sejam analisados todos os processos de produção de saúde. Essa análise deve considerar os impactos socio-históricos no processo saúde-adoecimento, de modo a contribuir para a garantia de direitos constitucionalmente assegurados a todos os cidadãos brasileiros, especialmente aos socioeconomicamente vulnerabilizados, reduzindo-se, assim, as iniquidades em saúde (Machin *et al.*, 2022).

Atenção secundária à saúde

Entre os níveis de Atenção Primária e Atenção Terceira à Saúde localiza-se o nível de Atenção Secundária, que contempla serviços e ações especializadas tanto em nível ambulatorial como hospitalar (Erdmann *et al.*, 2023). No Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Secundária é caracterizada

por serviços de média complexidade. Abrange tanto consultas médicas especializadas quanto serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além de ações voltadas para situações de urgência e emergência (Brasil, 2010).

A Atenção Secundária à Saúde se diferencia da Atenção Primária ao oferecer um cuidado especializado em média complexidade. Em contrapartida, se distingue da Atenção Terciária por não oferecer tratamentos de alta complexidade, como terapia intensiva e transplantes de órgãos (Schueler, 2025). Neste nível, o cuidado é marcado pela resolubilidade e integralidade, que se dão por meio da presença de serviços especializados (Erdmann *et al.*, 2023).

As vivências proporcionadas pelo VER-SUS permitiram a aproximação de estudantes e residentes à realidade cotidiana do SUS nos diferentes níveis de atenção à saúde, incluindo o nível secundário. Por meio das visitas aos serviços de saúde e do contato com os profissionais que os compõem, foi possível observar, ouvir e vivenciar dinâmicas, demandas, potencialidades e desafios presentes em diferentes espaços (Burille *et al.*, 2013).

Considerando a importância do Movimento da Reforma Sanitária e a Luta Antimanicomial,

O campo de fenômenos para o qual se orientam as políticas públicas de saúde e de saúde mental desde a instituição do SUS apresenta-se como processo social complexo. O objeto deixa de ser a doença ou a doença mental como processo natural ou abstrato e converte-se no conjunto de condições concretas de existência da população, os determinantes sociais dos processos saúde-doença, suas expressões em experiências de sofrimento de sujeitos singulares (Conselho Federal de Psicologia, 2022, p. 56).

Durante uma visita ao Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) foi possível conhecer a estrutura e funcionamento da instituição. O CAPS se mostrou um espaço acolhedor, com áreas destinadas a diferentes atividades terapêuticas e de convivência, evidenciando que o cuidado em saúde mental envolve não apenas as práticas clínicas, mas também a qualidade do ambiente e

a construção de vínculos interpessoais. Naquele espaço, até a decoração trazia um aspecto afetivo e humanizado: em período de festas juninas, os próprios usuários preparavam as bandeirinhas para a decoração. Essa visita evidenciou que o cuidado vai além do tratamento clínico, pois envolve afeto, autonomia, criatividade e construção de vínculos.

Visitamos ainda o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. O CAPS AD estadual faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e oferece atendimento especializado para pessoas com dependência de álcool e outras drogas e com transtornos associados ao uso dessas substâncias (Conselho Federal de Psicologia, 2022). A unidade conta com uma equipe multiprofissional e oferece cursos profissionalizantes, atividades esportivas e manuais, visando a reinserção da população atendida na sociedade. Esta foi uma experiência fundamental para a compreensão prática da importância da média complexidade no SUS, compreendida como um elo que fortalece a rede, permitindo que o cuidado em saúde seja integral, humanizado e contínuo, principalmente no enfoque à saúde mental.

O VER-SUS também nos proporcionou outra vivência de suma relevância no âmbito da Atenção Secundária à Saúde. Conhecemos o primeiro centro especializado do Nordeste direcionado ao atendimento de adolescentes e adultos com Transtorno do Espectro Autista (TEA): o Centro TEA 12+, situado no bairro Cohab Anil I (Maranhão, 2025).

A unidade em questão conta com salas para atendimentos em Psicologia, Enfermagem, Neurologia, Psiquiatria, Assistência Social, Musicoterapia, Arteterapia, Terapia Ocupacional, Pedagogia, Fonoaudiologia e Educação Física. Durante a vivência, percebemos que a atuação da equipe é pautada no respeito, na ética e na empatia, ofertando acolhimento desde a porta de entrada. Fomos informadas, ainda, que o Centro TEA 12+ também implementa ações direcionadas aos familiares, especialmente às mães, que constituem a maior parte dos acompanhantes. Entre essas iniciativas, está um projeto de gastronomia e empreendedorismo desenvolvido para proporcionar a elas oportunidade de geração de renda.

Ações como essas são essenciais para facilitar a adesão dessas famílias ao tratamento das pessoas atendidas. Além do exposto acima, segundo Melo *et al.* (2025), é imprescindível que sejam formuladas políticas públicas que

Reconheçam a maternidade atípica como uma condição que exige suporte específico, contínuo e centrado na singularidade de cada vivência. É fundamental que o SUS avance na construção de práticas que coloquem a mãe como protagonista do cuidado, valorizando sua saúde, seus direitos e sua autonomia. Assim, será possível caminhar na direção de um modelo de atenção verdadeiramente inclusivo [...] (n.p.).

A experiência vivida no local e o contato direto com os profissionais que ali atuam nos permitiu compreender que, apesar dos desafios existentes no Sistema Único de Saúde, grandes passos já foram dados para chegar à realidade que encontramos hoje. Ao ouvir aqueles profissionais e ao observar as suas práticas, também entendemos que a nossa responsabilidade não se restringe ao cuidado do paciente, ela se estende também à sua rede de apoio.

Atenção terciária à saúde

A atenção ou nível terciário, que também pode ser chamado de alta complexidade, abrange os hospitais gerais de grande porte, que prestam serviços que variam desde a internação, cirurgias e unidades de terapia intensiva; hospitais universitários, que integram ensino, pesquisa, extensão e práticas hospitalares; as Santas Casas, que surgiram inicialmente de forma filantrópica e hoje possuem estrutura para execução das atividades de maior demanda e complexidade; e unidades de ensino e pesquisa. Esses são exemplos de instituições que fazem parte do nível de alta complexidade da atenção especializada (Brasil, 2022a).

A Atenção Terciária oferece suporte de atendimento aos pacientes em casos de urgência e emergência, aos pacientes críticos que necessitam de

rigorosa monitorização hemodinâmica e àqueles que precisam de intervenções cirúrgicas, sejam elas eletivas ou de urgência. Também envolve procedimentos, exames e intervenções que demandam tecnologia mais avançada ou de ponta, não presentes nos níveis de Atenção Primária e Secundária (Baron *et al.*, 2014).

Esse nível recebe os casos que não puderam ter resolução definitiva na Atenção Primária e Secundária. Consequentemente, os custos são maiores em razão da complexidade das ações. Nesse nível, há suporte para pacientes oncológicos, suporte cardiovascular, realização de transplantes e partos de alto risco, que não podem ser executados nas maternidades de risco habitual em razão de características maternas e/ou fetais específicas. Há, ainda, assistência em cirurgias reparadoras, processos de reprodução assistida e distúrbios genéticos e hereditários (Brasil, 2022a).

Ressalta-se que os níveis de atenção são integrados e organizados por intermédio da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2022b). O objetivo da RAS, que está descrito no anexo da Portaria de Consolidação n. 3/2017, é

[...] promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como, incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (Brasil, 2017).

Os serviços de Atenção Terciária desempenham um papel fundamental no processo de recuperação dos pacientes, estando focados na reabilitação, seja parcial ou total, com o objetivo de minimizar, limitar ou prevenir incapacidades crônicas e a reincidência de agravos, promovendo qualidade de vida. Embora a experiência nos hospitais da rede pública evidencie que a reabilitação é viável nesse ambiente, ela encontra limitações, especialmente quando sequelas decorrentes de condições não controladas ou prevenidas nas etapas anteriores da Atenção Primária e Secundária já estão instaladas (Baron *et al.*, 2014).

No contexto hospitalar, destaca-se a necessidade de otimizar o tempo de internação, promovendo uma estadia breve que favoreça a rotatividade

dos leitos e a reintegração precoce do paciente às suas atividades diárias, em casa e na comunidade. Esse processo pode dificultar o estreitamento do vínculo entre profissionais, pacientes e suas famílias, essencial para um cuidado humanizado e efetivo, o qual é priorizado na Atenção Primária (Baron *et al.*, 2014).

Tendo em vista o exposto acima, uma das visitas técnicas ocorreu no Hospital da Ilha, inaugurado em 2022, o qual é referência em cirurgia e cuidado a pessoas que sofrem queimaduras. O ambulatório é voltado para o atendimento pré e pós-cirurgia, além do acompanhamento de pacientes que sofreram queimaduras e estão em tratamento. Com significativo investimento em tecnologia de ponta, atualmente, tem como objetivo se tornar um hospital-escola. Essa experiência nos permitiu não apenas observar a estrutura hospitalar, mas também compreender os fluxos de atendimento e integração da Atenção Terciária com os demais níveis de cuidado no SUS.

Um dos pontos de destaque na visita foi conhecer a Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), destacada pela Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (2023) como a primeira do Nordeste equipada com câmara hiperbárica exclusiva no âmbito do SUS. Trata-se de um equipamento de ponta que utiliza oxigênio puro em alta pressão para acelerar a cicatrização, reduzir infecções e prevenir atrofia muscular.

Complementando a capacidade tecnológica, o Hospital da Ilha também dispõe de uma sala de balneoterapia, recurso fundamental e aliado no tratamento de grandes queimados. Este procedimento consiste em banhos terapêuticos especializados, essenciais para a remoção mecânica e higienização profunda das áreas lesionadas, facilitando a retirada de tecidos desvitalizados, prevenindo também infecções e otimizando o momento da troca de curativos, tudo isso realizado com protocolos de controle da dor para garantir a segurança e o conforto do paciente. Portanto, o acesso a essas informações nos possibilitou uma ampliação de conhecimento acerca dos avanços tecnológicos que o Sistema Único de Saúde tem alcançado.

A experiência reforçou a percepção de que esse sistema pode oferecer serviços de saúde de altíssima qualidade, especialmente quando há investimentos estratégicos e uso de tecnologia avançada. A UTQ é um exemplo claro de como o SUS pode ir além do básico, promovendo avanços reais e oferecendo tratamentos que antes obrigavam pacientes maranhenses a se deslocar para outros estados.

Conclusão

A importância da implementação do VER-SUS justifica-se pela necessidade de ampliar o olhar de profissionais e acadêmicos de distintas áreas da saúde para além de uma prática individualista e privatista, como historicamente tem sido a formação destes nas mais diversas instituições do país.

Participar das visitas técnicas, como as possibilitadas pelo referido Programa, além das ricas discussões em grupos e produções de materiais, é fundamental para que estudantes e residentes da área da saúde compreendam de forma prática os diferentes níveis de atenção do SUS, como se organizam, se complementam e funcionam na promoção do cuidado integral aos usuários. Conhecer essas estruturas permite aos viventes entender os modos de atuação das equipes multiprofissionais nos mais diversos âmbitos, visualizar o papel de cada nível de atenção e a importância da integração entre eles para garantir um atendimento eficaz e humanizado, pautado nos princípios fundamentais do SUS. Um dos pontos altos do VER-SUS é a imersão na cultura local, o que possibilita o reconhecimento de produções populares de cuidado e saúde que não são ensinadas em muitas instituições formadoras.

É essencial que o Estado continue fomentando programas que promovam essas vivências a estudantes e profissionais no dia a dia do SUS, em uma modalidade de educação continuada, fortalecendo a aliança entre educação e trabalho, reduzindo, assim, as distâncias entre espaços formativos

e práticas profissionais. As vivências e estágios possibilitam o exercício de um fazer crítico, político e comprometido com as necessidades da população, de modo a tornar os profissionais capazes não apenas de atuar com competência, mas também de defender e aprimorar o Sistema Único de Saúde com consciência e responsabilidade, além de incentivar a produção científica acerca dos modos de produzir saúde Brasil afora.

Nessa perspectiva, esperamos, enquanto futuras profissionais, poder contribuir para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, atuando com ética, responsabilidade e olhar sensível às realidades locais. O VER-SUS nos mostrou que é possível transformar o cuidado em saúde a partir da escuta, do vínculo e do respeito à diversidade cultural, inspirando-nos a continuar trilhando caminhos que unam o conhecimento técnico à vivência concreta das pessoas e comunidades.

Figura 1. Imersão em unidade de saúde de Itapecuru-Mirim (MA)



Fonte: Elaborada pelas autoras (2025).

Referências

ASSOCIAÇÃO DA REDE UNIDA. **Proposta e objetivos: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – VER-SUS/Brasil**. [S. l.]: Rede Unida, 2025. Disponível em: <https://www.redeunida.org.br/en/versus/menu/objetivos/>. Acesso em: 18 ago. 2025.

BARON, M. V. *et al.* Atenção terciária à saúde: reflexões através de um olhar fisioterápico, médico e de enfermagem. In: SANTANA, J. R. *et al.* (org.). **Educação e saúde: um olhar interdisciplinar**. Fortaleza: EdUECE, 2014. p. 69-90.

BRASIL. (Constituição [1988]). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 ago. 2025.

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 e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf. Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 6 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção primária e atenção especializada**: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 6 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso I: regulação de sistemas de saúde do SUS: módulo 4: redes de atenção à saúde**. 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. 38 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo4_regulacao_redes_atencao_saude.pdf. Acesso em: 6 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023**. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br>

br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view. Acesso em: 6 ago. 2025.

BURILLE, A. *et al.* Do VER-SUS: do que é, do que foi e do que ficou. **RECHIS**, v. 7, n. 4, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) no CAPS**: Centro de Atenção Psicossocial. ed. rev. Brasília, DF: CFP, 2022.

ERDMANN, A. L. *et al.* A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. esp., p. 131-139, 2013.

FERLA, A. A. *et al.* **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.

GIL, P. H. C. *et al.* O “sujeito migrante venezuelano” no Brasil: concepções de gestoras de serviços de saúde do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 34, n. 1, e240523pt, 2025.

MACHIN, R. *et al.* Diversidade e diferença: desafios para a formação dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3797-3806, 2022.

MARANHÃO, T.; MATOS, I. B. Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) como marcadoras de acontecimentos no campo da Saúde Coletiva. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 55-66, 2018.

MARANHÃO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Unidade de tratamento de queimados do Hospital da Ilha é a primeira do Nordeste com câmara hiperbárica exclusiva**. São Luís: Secretaria de Estado da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.saude.ma.gov.br/destaques/unidade-de-tratamento-de-queimados-do-hospital-da-ilha-e-a-primeira-do-nordeste-com-camara-hiperbarica-exclusiva/?utm_source. Acesso em: 29 ago. 2025.

MARANHÃO (Estado). **Centro TEA 12+ registra mais de 160 mil atendimentos**. São Luís: Governo do Maranhão, 2025. Disponível em: <https://www.ma.gov.br/noticias/centro-tea-12-registra-mais-de-160-mil-atendimentos>. Acesso em: 23 set. 2025.

MARANHÃO (Estado). Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos. **Boletim social: o perfil da população negra do Maranhão**. São Luís: IMESC, 2025. Disponível em: <https://imesc.ma.gov.br/boletim-social-sobre-o-perfil-da-populacao-negra-do-maranhao/>. Acesso em: 3 set. 2025.

MELO, W. A. S. *et al.* Desafios e estratégias no atendimento a mães atípicas no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 7, p. 1628-1640, 2025.

PITOMBEIRA, D. F. *et al.* Psicologia e a formação para a saúde: experiências formativas e transformações curriculares em debate. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 36, n. 2, p. 280-291, abr./jun. 2016.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Plano estadual de saúde 2024-2027**. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado da Saúde, 2024. Disponível em: <https://saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NjY4NjU%2C>. Acesso em: 12 set. 2025.

SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes.

Novos Estudos CEBRAP, São Paulo, n. 79, p. 15-47, nov. 2007.

SCHUELER, P. Atenção secundária à saúde. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/Fiocruz**, Rio de Janeiro, 12 jun. 2025. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/dicionario-jornalistico/atencao-secundaria-a-saude>. Acesso em: 6 ago. 2025.

SCHULTZ, Á. L. V. *et al.* A precarização do trabalho no contexto da atenção primária à saúde no sistema prisional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 4407-4414, 2022.

ENTRE MUROS E RUAS: O VER-SUS RECIFE/PE COMO ESPAÇO DE FORMAÇÃO E TRANSFORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Sthefany Santana Silva Santos
Ewerlane Sobral Moreira
Beatriz Araújo Lima
Gracielle Malheiro dos Santos

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma das principais conquistas sociais brasileiras, resultante das mobilizações pela democratização da saúde ocorridas na década de 1980 e institucionalizado pela Constituição Federal de 1988. Fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o SUS assegura à população brasileira uma ampla rede pública de atenção à saúde, responsável pela oferta de vacinação, transplantes, atendimentos de urgência e emergência, distribuição de medicamentos e diversas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em todo o território nacional.

Mesmo sendo uma das maiores conquistas do Brasil, o SUS ainda enfrenta grandes desafios para se fortalecer. Um dos principais problemas é o financiamento insuficiente, somado à desorganização das redes de atendimento, à desigualdade no acesso entre regiões e à forte influência do modelo médico tradicional, que muitas vezes não considera a saúde de forma

ampliada. Por isso, é cada vez mais importante investir em educação, formação crítica e na integração entre estudantes, profissionais e comunidade.

Dentro desse cenário, nasceu em 2004 o Projeto VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do SUS). O projeto foi criado pela Rede Unida junto com o Ministério da Saúde e tem como objetivo aproximar estudantes da realidade do SUS. Ao participar do VER-SUS, os estudantes vivenciam experiências práticas em comunidades e serviços de saúde, conhecendo de perto os desafios e as potências do sistema público. Mais do que um estágio, essas vivências são momentos de aprendizado, troca e construção coletiva.

Muitas vezes, os estudantes da área da saúde acabam restritos aos muros da universidade, limitando seu olhar apenas ao conhecimento teórico e aos desafios já conhecidos dentro do ambiente acadêmico. Essa vivência restrita impede o contato com outras realidades, o que dificulta compreender a complexidade das comunidades e dos serviços de saúde. Nesse sentido, iniciativas como o VER-SUS ampliam horizontes, pois permitem que os alunos conheçam diferentes contextos sociais e de cuidado, desenvolvendo uma visão mais crítica, sensível e integrada à realidade do SUS.

Desde a sua criação, o VER-SUS vem sendo realizado em diversas cidades e estados do Brasil, sempre com o propósito de aproximar ensino, serviço e comunidade, em consonância com o que defende a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Mais do que um projeto, ele se configura como um espaço vivo de encontro entre diferentes sujeitos: estudantes, trabalhadores da saúde, professores, gestores e movimentos sociais. Cada vivência é marcada pela troca de experiências, pela escuta e pelo aprendizado coletivo, permitindo que diferentes olhares se conectem e construam juntos novas formas de pensar e fortalecer o SUS.

A edição de 2025 propôs uma imersão de sete dias em diferentes níveis do SUS (Atenção Primária, secundária, terciária), além de atividades em espaços comunitários. Nesta edição, as Escolas Públicas de Saúde tiveram um papel fundamental, contribuindo na dimensão pedagógica, com os preceptores,

os locais de prática e o registro das experiências. Algumas dessas escolas destacam-se: a ENSP/Fiocruz, a Escola de Saúde Pública de Pernambuco e a Escola de Saúde Pública do Ceará.

O projeto vai muito além de uma atividade prática, constituindo-se como um espaço de aprendizagem, transformação pessoal e transformação social. O VER-SUS favorece o surgimento de novas ideias e práticas, fortalecendo o SUS como um sistema democrático, universal e comprometido com o direito à saúde para todos.

Metodologia

O presente estudo adota uma abordagem qualitativa, fundamentada na sistematização das experiências vividas pelos participantes do VER-SUS Recife/PE (maio-junho de 2025). Foram utilizados como fontes os relatórios individuais e coletivos das vivências. Compararam-se duas trajetórias:

Núcleo de Base (NB) “DIA: Diversidade, Inclusão e Acessibilidade”

- Atenção Primária: Upinha do Distrito 7 e ações do Programa Saúde na Escola (PSE);
- Atenção Secundária/Terciária: CISAM – Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros;
- Espaço Social: Grupo Mulher Maravilha – ONG de enfrentamento à violência de gênero.

Núcleo de Base (NB) “SUSpirando”

- Atenção Primária: Consultório na Rua;
- Atenção Secundária/Terciária: Policlínica/Maternidade Professor Barros Lima;
- Espaço Social: Escola de Redução de Danos.

Resultados e discussão

Vivências singulares nos serviços de saúde

As experiências do NB “DIA” evidenciaram a potência da Atenção Primária à Saúde (APS). Na Upinha do Distrito 7, os estudantes observaram o papel central da Estratégia Saúde da Família (ESF) na organização do cuidado, com equipes multiprofissionais e forte integração com o Programa Saúde na Escola (PSE). Essa vivência confirmou o que Giovanella *et al.* (2012) descrevem como a capacidade da APS de coordenar as redes de atenção, favorecendo vínculos e resolutividade.

No CISAM, hospital com 79 anos de história, destacou-se o cuidado integral à saúde da mulher, com oferta de programas de residência multiprofissional, acolhimento de vítimas de violência sexual e realização do aborto legal, conforme previsto pela legislação brasileira. A experiência no espaço “Pro Marias” foi particularmente marcante, pois revelou como o SUS pode ser instrumento de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, os estudantes conheceram a futura implantação de um Centro de Parto Humanizado, que dialoga com diretrizes internacionais de respeito à autonomia da mulher.

A visita ao Grupo Mulher Maravilha ampliou a compreensão sobre a interface entre saúde e movimentos sociais. Fundado na década de 1970, em plena ditadura, o grupo atua há mais de cinco décadas no enfrentamento à violência de gênero, oferecendo apoio jurídico, psicológico e ações de educação em saúde. Essa experiência revelou que a saúde coletiva vai além dos muros institucionais, incluindo organizações comunitárias como atores estratégicos na produção da equidade (Paim, 2008).

Já o NB “SUSpirando” teve experiências centradas na saúde mental, na redução de danos e na humanização do parto. A Escola de Redução de Danos mostrou práticas que rompem com a lógica abstencionista, oferecendo

acompanhamento psicossocial e espaços de convivência para usuários de drogas e suas famílias. Essa abordagem dialoga com a Reforma Psiquiátrica e o movimento da Luta Antimanicomial, defendendo o cuidado em liberdade e o respeito às trajetórias singulares (Amaral; Teixeira, 2015).

O Consultório na Rua, por sua vez, revelou o desafio do cuidado à população em situação de rua, grupo historicamente marcado por vulnerabilidades sociais, altas taxas de morbimortalidade e estigmatização. A equipe do serviço demonstrou a potência das tecnologias leves (escuta, vínculo, acolhimento), confirmando a visão de Merhy (2002), segundo a qual são essas práticas que sustentam a produção cotidiana de cuidado.

Na Maternidade Professor Barros Lima, referência em parto humanizado, os estudantes vivenciaram práticas como incentivo ao protagonismo feminino, presença de doulas e valorização da dimensão afetiva do nascimento. Essas práticas estão alinhadas ao HumanizaSUS (Brasil, 2010) e à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), e se contrapõem ao modelo autoritário historicamente predominante na obstetrícia brasileira (Viana; Souza; Paiva, 2018).

Figura 1. Maternidade Professor Barros Lima, Recife-PE, 28 de maio de 2025



Fonte: Autoria própria.

Figura 2. Grupo Mulher Maravilha, ONG de enfrentamento à violência de gênero, Recife (PE), 29 de maio de 2025



Fonte: Autoria própria.

Figura 3. Escola de Redução de Danos, Recife (PE), 30 de maio de 2025



Fonte: Autoria própria.

Redes de Atenção: potencialidades e barreiras

Tanto o NB “DIA” quanto o NB “SUSpirando” reforçaram a importância da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como eixo estruturante do SUS (Mendes, 2009). No entanto, também foram observadas barreiras comuns: fragmentação entre serviços, comunicação deficitária, sobrecarga das equipes e carência de recursos, dificuldades amplamente descritas pela literatura (Giovannella *et al.*, 2012).

No caso do NB “DIA”, a articulação entre APS, serviços hospitalares e espaços comunitários revelou a necessidade de integrar mais efetivamente a dimensão social ao cuidado em saúde. Já o NB “SUSpirando” mostrou como a ausência de fluxos intersetoriais compromete a continuidade do cuidado à população em situação de rua e aos usuários de drogas, exigindo maior intersetorialidade entre saúde, assistência social e políticas de habitação. Assim, as vivências confirmam que a efetividade do SUS depende não apenas da existência dos serviços, mas também da capacidade de articulação e diálogo entre eles e com os territórios.

Formação crítica e Educação Permanente

O VER-SUS reafirmou-se como um espaço pedagógico singular. As rodas de conversa, oficinas e momentos de sistematização revelaram a importância de práticas horizontais de aprendizagem, nas quais estudantes, trabalhadores e usuários dialogam em pé de igualdade.

Essa dinâmica está em sintonia com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004 e atualizada em 2013, que propõe o aprender-trabalhar em coletivo, a valorização dos saberes populares e a problematização como método formativo (Ceccim; Ferla, 2009).

Mais do que conteúdos técnicos, as vivências produziram afetos, vínculos e consciência crítica e política. Ao vivenciar a realidade concreta do

SUS, os estudantes compreenderam que sua formação não deve se restringir ao ambiente hospital ou à clínica, mas precisa dialogar com territórios, comunidades e os movimentos sociais.

Figura 4. Oficina em grupos, Recife (PE), 26 de maio de 2025



Fonte: Autoria própria.

Figura 5. Troca de experiência sobre as visitas aos territórios, Recife (PE), 28 de maio de 2025



Fonte: Autoria própria.

Conclusão

As experiências do VER-SUS Recife (PE) em 2025 confirmam a permanência do projeto como um movimento pedagógico-político capaz de articular ensino, serviço, gestão e comunidade em defesa do Sistema Único de Saúde. As vivências nos Núcleos de Base “DIA: Diversidade, Inclusão e Acessibilidade” e “SUSpirando” revelaram diferentes estratégias de enfrentamento das desigualdades sociais e sanitárias, evidenciando tanto a relevância na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos quanto a centralidade da redução de danos e da humanização do cuidado.

A presença das Escolas Públicas de Saúde desempenhou papel estratégico ao acolher estudantes, articular campos de prática e fomentar processos de problematização, reafirmando sua importância histórica como polo de Educação Permanente em Saúde. Do mesmo modo, a participação de estudantes de cinco estados nordestinos potencializou a dimensão regional do projeto, fortalecendo redes interinstitucionais e ampliando a circulação de saberes e práticas em saúde coletiva.

Assim, o VER-SUS demonstra que não se restringe um programa de estágios, mas se consolida como espaço de formação crítica, interprofissional e voltada para a integralidade do cuidado. Em um cenário marcado pelo subfinanciamento do SUS, pela precarização do trabalho e pela persistência das iniquidades sociais, as experiências de 2025 evidenciam o caráter transformador do projeto, seja na sensibilização dos sujeitos, seja na produção de novas práticas.

Por fim, torna-se indispensável garantir sua continuidade como uma política pública permanente, com maior financiamento para novas edições e em quantidade suficiente para possibilitar maior articulação entre instituições formadoras, serviços e movimentos sociais. Mais do que uma estratégia formativa, o VER-SUS reafirma-se como um ato político em defesa da democracia, da vida e do próprio projeto civilizatório que o SUS representa.

Referências

- AMARAL, M. R.; TEIXEIRA, C. C. Luta antimanicomial e cuidado em saúde mental no SUS. **Revista Brasileira de Saúde Mental**, [S. l.], v. 7, n. 13, p. 16-22, 2015.
- BRASIL. (Constituição [1988]). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, compilado até a Emenda Constitucional nº 134, de 25 de setembro de 2024. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2024. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/660138>. Acesso em: 15 maio 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 fev. 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>. Acesso em: 15 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**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 15 maio 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **VER-SUS Brasil: caderno de textos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 493-502, 2009.
- GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2009.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- VIANA, A. L. P.; SOUZA, M. B.; PAIVA, S. M. Saúde da mulher e atenção humanizada ao parto no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1235-1244, 2018.
- VIANA, A. L. P.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Desafios da gestão regional no SUS: tensões e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1339-1348, 2020.

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DAS VIVÊNCIAS NO SUS

Carolynne Reduzina Queirós
Rafaela Antunes Fernandes Petrone
Rayssa Peixoto Vitorio
Isaac Alves Rodrigues
Amanda Medeiros Frota Cruz

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se como um espaço privilegiado de produção de cuidado, saberes e práticas em saúde, marcado pela diversidade de territórios, sujeitos e arranjos institucionais. Nesse cenário, os processos formativos em saúde assumem papel estratégico ao possibilitar a aproximação crítica entre ensino-serviço-comunidade, favorecendo a problematização dos modos de cuidar, gerir e formar trabalhadores no âmbito do SUS (Seixas *et al.*, 2019).

O Programa Nacional de Vivências no SUS (Vivências no SUS), promovida pela Associação da Rede Unida em colaboração com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), insere estudantes e residentes em experiências de imersão nos diferentes níveis de atenção e gestão do SUS (Ferla, 2025). Ao aproximar os viventes do cotidiano dos serviços, o programa busca estimular uma formação crítica, comprometida com os

princípios do SUS, ao mesmo tempo em que tensiona discursos institucionais e práticas concretas que atravessam o trabalho em saúde (Ferla, 2025).

Nesse contexto, a Política Nacional de Humanização (PNH) emerge como um referencial ético-político central para a análise das práticas de cuidado. Instituída com o objetivo de qualificar os processos de atenção e gestão no SUS, a PNH propõe a valorização dos sujeitos, a corresponsabilização nos processos de cuidado e a indissociabilidade entre atenção e gestão, reconhecendo o trabalho em saúde como um processo relacional, produzido no encontro entre trabalhadores e usuários (Brasil, 2013).

Entretanto, estudos apontam que, apesar de amplamente incorporada aos discursos institucionais, a humanização enfrenta obstáculos significativos para sua concretização no cotidiano dos serviços de saúde, especialmente em contextos marcados pela sobrecarga de trabalho, fragmentação das práticas e por modelos formativos centrados apenas no conhecimento técnico e hierarquia profissional-paciente (De Santana *et al.*, 2025).

Diante desse cenário, o presente relato de experiência tem como objetivo relatar a vivência de estudantes e residentes, evidenciando como os princípios da Política Nacional de Humanização se expressam no cotidiano das práticas de cuidado.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, decorrente da vivência de graduandos e residentes no Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde. O Programa é promovido 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 com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (Ferla, 2025).

A ação é uma iniciativa piloto de formação de facilitadores para as

vivências no SUS, na modalidade de estudantes e residentes, que tem como finalidade promover vivências em distintos espaços do SUS. A iniciativa é voltada para estudantes de graduação em cursos com interface com o SUS, de cursos técnicos da área da saúde e de programas de residência em saúde. O projeto aconteceu no primeiro semestre do ano de 2025, nas seis regiões do país. A seleção dos participantes ocorreu por meio de edital nacional, priorizando estudantes e residentes com experiência prévia em atividades de extensão ou participação em movimentos sociais (Associação da Rede Unida, 2025).

A experiência aqui relatada diz respeito à vivência da região Sudeste, proposta pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), que ocorreu na região metropolitana da cidade de Vitória, e reuniu vivente dos estados de Espírito Santo (ES), Minas Gerais (MG), Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP), com período de duração de oito dias de imersão, em abril de 2025. Durante essa vivência, os facilitadores tiveram oportunidade de visitar diferentes espaços de trabalho do SUS, abrangendo a Atenção Primária, Secundária e Terciária.

Valorizando a escrita compartilhada, que reflete na natureza coletiva das vivências, os autores deste relato são de diferentes categorias profissionais, sendo elas: enfermagem, fisioterapia, medicina, nutrição e psicologia, e representam os quatro estados participantes da região sudeste. Além disso, são residentes e estudantes de graduação, que conseguem dialogar entre as duas esferas de formação.

O registro das vivências ocorreu por meio de anotações em diário de campo individual e coletivo, realizadas ao longo do período de imersão, bem como de momentos de partilha e sistematização entre os participantes.

O estudo é apresentado em formato de relato de experiência, não necessitando assim de apreciação no Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos, seguindo o preconizado pela Resolução n. 510 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Descrição da vivência

A vivência relatada ocorreu durante a imersão em um serviço hospitalar da rede pública de saúde do município visitado. O serviço caracteriza-se como unidade de média e alta complexidade, com grande fluxo de usuários e atuação multiprofissional.

Durante a permanência no setor, os viventes acompanharam a rotina assistencial da equipe de saúde, observando atendimentos, procedimentos e interações entre profissionais e usuários. Nos discursos institucionais de apresentação, a instituição apresentava, em seus documentos, referências explícitas à PNH, incluindo protocolos internos e orientações voltadas à qualificação da atenção ao usuário.

Entre as situações vivenciadas, destacou-se o atendimento a uma paciente internada, portadora de uma ferida extensa localizada em região próxima à área anal, que demandava cuidados frequentes e procedimentos invasivos. Durante a realização do cuidado, observou-se que a paciente foi submetida ao procedimento sem explicações prévias adequadas sobre o que seria realizado, tampouco houve solicitação de consentimento ou preocupação explícita com sua privacidade e conforto.

Para os viventes, a situação evidenciou um cuidado centrado no corpo biológico, em detrimento da consideração da usuária como sujeito de direitos, sentimentos e singularidades.

Após o atendimento, em momentos de conversa informal entre os viventes, emergiram reflexões sobre o contraste entre os princípios preconizados pela PNH, como acolhimento, respeito à autonomia, valorização da subjetividade e defesa da dignidade do usuário. Ainda que não se desconsiderem as condições de trabalho, a sobrecarga da equipe e as limitações institucionais, a experiência suscitou inquietações acerca da naturalização de práticas que reproduzem a desumanização do cuidado, mesmo em contextos em que a humanização está formalmente instituída.

Compreendemos que o tempo restrito da visitação e o caráter pontual da presença dos viventes no serviço possam influenciar a forma como a profissional conduziu a apresentação do setor e dos cuidados realizados.

Essa vivência, somada a outras observações realizadas no mesmo serviço, reforçou a percepção de que a implementação da PNH permanece um desafio concreto no cotidiano assistencial. Isso exige não apenas normativas e protocolos, mas também processos formativos contínuos, espaços de reflexão coletiva e mudanças nos modos de organização do trabalho em saúde.

Discussão

A experiência vivenciada permitiu conhecer o cuidado em saúde, e identificar a dificuldade de efetivação da PNH no cotidiano do serviço de saúde. Embora a humanização esteja amplamente incorporada aos discursos institucionais e aos documentos oficiais do SUS, observa-se que sua materialização nas práticas assistenciais ainda ocorre de forma desigual, fragmentada e, por vezes, limitada apenas a teoria (Ferreira Neto *et al.*, 2024).

Estudos recentes indicam que a humanização tende a ser apropriada de forma normativa, muitas vezes restrita à criação de protocolos, comissões internas ou discursos gerenciais, sem que haja, necessariamente, mudanças substantivas na organização do cuidado e nas relações estabelecidas entre profissionais, usuários e gestores (Nora; Junges, 2013). Um dos principais fatores associados a essa lacuna refere-se às condições de trabalho nos serviços de saúde. A sobrecarga assistencial, a insuficiência de recursos humanos e a pressão por produtividade impactam diretamente a possibilidade de realização de práticas alinhadas à humanização, especialmente aquelas que demandam tempo, disponibilidade relacional e reflexão crítica sobre o cuidado (De Santana *et al.*, 2025).

Apesar dos avanços na inserção da temática da humanização nos currículos e nas políticas de formação em saúde, persistem lacunas na

consolidação de competências relacionais e éticas capazes de sustentar práticas coerentes com os princípios da PNH no cotidiano do trabalho (Queiroz, Grisotti, 2018). Ademais, a literatura destaca que modelos de gestão verticalizados e pouco participativos tendem a dificultar a incorporação da humanização como prática transversal, uma vez que limitam a autonomia dos trabalhadores e reduzem as possibilidades de construção coletiva do cuidado (Ferreira Neto *et al.*, 2024).

Nesse sentido, a situação vivenciada durante a imersão permite compreender que a não efetivação plena da PNH não pode ser atribuída exclusivamente a falhas individuais dos profissionais, mas deve ser analisada à luz de determinantes institucionais, organizacionais e formativos (Da Silva *et al.*, 2021).

Conclusão

A vivência no Programa Nacional de Vivências no SUS evidenciou que a Política Nacional de Humanização permanece como um referencial ético-político central para a organização do cuidado, da gestão e da formação em saúde, ainda que sua efetivação cotidiana se apresente marcada por desafios estruturais.

Nesse sentido, a experiência reforça a importância de pensar a humanização não como um conjunto de ações pontuais ou protocolos institucionais, mas como um processo transversal que exige condições concretas para sua sustentação. A efetivação da PNH demanda espaços coletivos de reflexão sobre o trabalho, estratégias de gestão participativa e investimentos contínuos na formação crítica dos profissionais de saúde, capazes de articular dimensões técnicas, éticas e relacionais do cuidado.

Por fim, o relato reafirma o papel das vivências no SUS como dispositivos formativos potentes, ao possibilitarem o contato direto com as contradições, potencialidades e limites do sistema de saúde brasileiro. Ao expor os estudantes

e residentes às tensões entre teoria e prática, essas experiências contribuem para a construção de uma formação comprometida com a consolidação do SUS e com a produção de práticas de cuidado que se aproximem, de forma concreta, dos princípios da PNH.

Referências

ASSOCIAÇÃO DA REDE UNIDA. **Edital nº 02/2025**: Programa Nacional de Vivências no SUS – Região Sudeste – Vitória/ES. Porto Alegre: Associação da Rede Unida, 2025. Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2025/03/Edital-No02_2025-Regiao-Sudeste-Vitoria_ES-1.pdf. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 44-46, 24 maio 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2026.

FERLA, A. A. **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.

FERREIRA NETO, J. L. *et al.* A formulação da Política Nacional de Humanização e seus antecedentes históricos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 44, 2024.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, 2013.

QUEIROZ, P. S. F.; GRISOTTI, M. Os desafios para a implementação da humanização como política pública. **Educação, Escola e Sociedade**, v. 11, n. 13, p. 40-54, 2018.

SEIXAS, C. T. *et al.* O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, 2019.

SILVA, A. M. B. da *et al.* A aplicabilidade da humanização no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. 1-17, 2021.

SANTANA, M. I. de *et al.* Humanização no atendimento à saúde: promovendo o cuidado integral e a relação empática entre profissionais e pacientes. **Revista Foco**, v. 18, n. 6, p. 1-10, 2025.

ENTRE TERRITÓRIOS E RESISTÊNCIAS: SABERES TECIDOS NA INTEGRAÇÃO ENSINO- SERVIÇO-COMUNIDADE

Glebson Costa Alves
Joanna Beatriz de Oliveira Silva

Contextualização

O Sistema Único de Saúde (SUS), é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, é regido pelos princípios de acesso universal, integralidade do cuidado e equidade. Por isso, a vivência de estudantes da saúde no SUS é fundamental para que, em sua formação, desenvolvam um olhar crítico e experiências que os aproximem da realidade (Santos *et al.*, 2025).

Nesse contexto, projetos como o Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) possibilitam que estudantes e residentes da área da saúde articulem conhecimentos a partir de experiências de imersão. Essas vivências são essenciais para uma formação que fortaleça o SUS, fundamentando-se nos princípios da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e legitimando os movimentos populares em defesa da manutenção dos cuidados em saúde (Rodrigues *et al.*, 2024).

Além disso, o conhecimento prático do território em suas diversas interfaces permite que os participantes compreendam a rede de saúde identificando seus desafios, mas também reconhecendo suas inúmeras potencialidades. A troca de ideias em grupos com estudantes e residentes de

diferentes áreas da saúde promove a construção de olhares diversos sobre as realidades brasileiras (Monkem; Barcellos; Porto, 2011).

Nessa perspectiva, a Integração-Ensino-Serviço-Comunidade (IESC), por sua vez, amplia o aprendizado por meio da análise dos Determinantes Sociais e da Determinação Social da Saúde. Esses temas são cruciais para a compreensão das reais necessidades da população e incentivam a reflexão sobre as lacunas da saúde pública no Brasil, evidenciando a necessidade de aprimorar as políticas públicas da saúde (Cardoso *et al.*, 2021).

Essa interação estimula o pensamento crítico e contribui significativamente para o processo formativo, fortalecendo a noção de coletividade e a aprendizagem por meio do diálogo e da convivência. Nesse sentido, reforça valores como empatia, solidariedade e corresponsabilidade, que são fundamentais para a atuação profissional e para a construção de práticas mais humanas e integradas no SUS.

Assim, as vivências no SUS demonstram um compromisso com a saúde pública alinhado à realidade da população, conectando-se à IESC e fomentando a produção de conhecimento a partir da organização dos serviços de saúde. Portanto, considerando as Redes Temáticas Prioritárias de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, o objetivo deste relato de experiência é descrever os Estágios e Vivências na Realidade do SUS (VERSUS) na cidade de Recife, Pernambuco.

A Integração Ensino-Serviço-Comunidade

A Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) é uma estratégia que promove a aprendizagem crítica a partir da realidade do SUS. Ela se contrapõe diretamente ao modelo médico assistencial privatista, que ainda domina muitos espaços de saúde no Brasil, este modelo é pautado na cura de doenças e na utilização de tecnologias para diagnósticos e tratamentos,

priorizando as especialidades. Essa abordagem fragmenta o cuidado e se distancia dos princípios do SUS (Silveira *et al.*, 2020).

Em contrapartida, o modelo de vigilância em saúde emerge como uma alternativa, visando à integralidade do cuidado. Esse modelo não se limita a ações pontuais, mas assegura a continuidade do atendimento em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). Dessa maneira, discutir e inserir esses modelos assistenciais de cuidado na formação de futuros profissionais é essencial para que eles compreendam a saúde de forma integral, englobando o indivíduo, a família e a comunidade dentro de seu território (Paim, 2009).

Nesse sentido, a IESC amplia o olhar dos estudantes sobre os serviços de saúde, estimulando o senso crítico e a defesa de direitos. Baseia-se na comunicação dialógica, valorizando a interprofissionalidade, a interdisciplinaridade e o respeito aos saberes populares (Schott *et al.*, 2023). Ao fortalecer o controle social, a IESC capacita os estudantes para a elaboração de intervenções fundamentadas na realidade da comunidade e nas necessidades observadas.

Vale salientar que, a IESC desperta a necessidade de Educação Permanente nos serviços de saúde, evidenciando o potencial transformador a partir das trocas entre profissionais e estudantes (Silveira *et al.*, 2020). Logo, as vivências nos diversos equipamentos de saúde do SUS em Recife, Pernambuco, são um exemplo prático disso. Tais experiências oportunizaram debates relevantes, articulando teoria e prática e contribuindo para o enriquecimento da formação de graduandos e residentes da área da saúde.

Soma-se a isso a troca de experiências entre os diferentes olhares dos participantes, a partir das realidades nas quais estão imersos. Percebeu-se que os espaços da saúde pública brasileira são importantes para o crescimento profissional, bem como para a compreensão dos desafios existentes na rede de saúde, favorecendo o diálogo sobre estratégias coletivas e arranjos organizacionais que auxiliem na superação desses desafios.

Caminhos trilhados

Uma imagem-questão pode ser nomeada como imagem-poética, pois toda poética pensa um acontecimento (Moura *et al.*, 2025). Esse trecho do verbete de Manuel Antônio de Castro nos permite compreender a imagem como reflexão poética, narrativa e afetiva. A sequência de imagens apresentadas a seguir narram um processo de imersão no SUS no curso Estágios e Vivências na Realidade do Sistema Único de Saúde (SUS): ativação da aprendizagem significativa nos territórios vivos brasileiros, organizados em uma linha do tempo, acompanhada de textos, sentimentos e reflexões. Cada imagem carrega a promessa e a ameaça de permanecer para sempre, não como foi, mas como será lembrada.

A imersão aconteceu no Centro de Formação e Lazer do Sindicato dos Trabalhadores Públicos Federais em Saúde e Previdência Social no Estado de Pernambuco (SINDSPREV). O centro é a concretização coletiva de lutas sindicais para projetos e espaços de lazer, convívio social, educação continuada e permanente. Além disso, o SINDSPREV, criado em 1989, representa uma importante entidade atuando em grandes lutas sindicais, resistindo e conquistando os direitos dos trabalhadores. A ambiência nos introduz a imersão e nos apresenta a uma mesma luta, que intersecciona a resistência sindical e do SUS, a luta por justiça social, equidade e direitos universais.

Figura 1. Cartaz do 22º grito dos(as) Excluídos(as), 2016



Fonte: Acervo dos viventes (2025).

Metodologicamente, a vivência ocorreu no período de 25 a 31 de maio de 2025 e apresentou como objeto central da edição o papel do facilitador e a formação em saúde em três eixos: Atenção Básica, Redes e linhas de cuidado e Equidade. Assim, foi estruturada a partir de visitas ao território, selecionados de acordo com a temática do dia, troca de experiências entre os grupos e debates temáticos. Participaram da imersão 78 estudantes, graduandos e residentes do campo da saúde, vinculados às instituições de ensino nos estados de Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia e Paraíba. Esses foram divididos em oito núcleos de base (NB), objetivando integrar os participantes, construir a identidade, visitar os territórios e discutir.

As visitas territoriais iniciaram pelo eixo da Atenção Básica onde foram observadas e discutidas o Ambulatório LGBTQIAPN+, Centro de Atenção

Psicossocial AD CPTRA, Centro de Atenção Psicossocial Travessia René Ribeiro, Consultório na Rua do Distrito Sanitário V, Córrego do Jenipapo, eMulti do Distrito Sanitário VII, Sistema Integrado de Saúde da UFPE, Upinha e a Unidade de Saúde da Família do Morro da Conceição.

Figura 2. Visitas ao território da Atenção Básica do Recife, 2025



Fonte: Acervo dos viventes (2025).

O debate sobre o papel do facilitador, o território e sua realidade nos permitiram identificar a potência das tecnologias leves no SUS, destacando a relevância do acolhimento, humanização, integralidade do cuidado e dos saberes e a importância de profissionais de saúde com perfil do sistema, compreendendo e atuando em equipes multiprofissionais. Ressaltam-se as fragilidades estruturais, humanas e materiais, especialmente nas unidades voltadas para populações vulnerabilizadas atravessadas pelas desigualdades sociais e barreiras de acesso.

Compreender o território, suas singularidades e seu povo são basilares para a construção coletiva da saúde. É necessário pensarmos modelos de saúde que dialoguem com o território, construindo um modelo de assistência à saúde a partir do processo de aprendizagem colaborativa com a comunidade, transformando, compartilhando e aprendendo. Faz-se assim necessário construirmos a saúde coletiva a partir de um compromisso ético, político, justo e territorializado.

No eixo Redes e linha de cuidado foi selecionada a Atenção Materno-Infantil, especializada em violência contra a mulher, atenção LGBTQIAPN+ e Atenção Básica Integrada a práticas de saúde sexual e reprodutiva. Foram visitadas as unidades da rede hospitalar, o Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM-UPE), Hospital da Mulher do Recife, Hospital das clínicas – UFPE e Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima.

Dentre as potencialidades identificadas a partir das visitas e dos debates, destacam-se o compromisso com a garantia dos direitos das mulheres, atenção integral, multiprofissional e humanizadas. As fragilidades identificadas foram semelhantes às identificadas na Atenção Básica, ou seja, estruturais, humanas e materiais. Além disso, foram mencionadas a sobrecarga profissional, ausência de processo de Educação Permanente e continuada e migração de demandas da Atenção Básica para a hospitalar devido a barreiras de acesso físicas e geográficas.

Figura 3. Visita às unidades das redes de cuidado materno-infantil, 2025



Fonte: Acervo dos viventes (2025).

A partir das discussões sobre as vivências no nível secundário de atenção e a linha de cuidado materno-infantil, o papel do facilitador é apresentado não apenas como agente de integração entre pontos distintos da rede, mas também como agente político, estratégico e comprometido. Esse papel requer a transformação das práticas a partir dos saberes e afetos construídos coletivamente.

Destaca-se, ainda, a importância da integração e da resolubilidade entre os três níveis de atenção, primária, secundária e terciária, para a longitudinalidade do cuidado, especialmente em áreas sensíveis, como a saúde materna. Nesse contexto, evidenciam-se os impactos dos ataques neoliberais e dos interesses mercadológicos na qualidade da assistência, a persistente mortalidade materna por causas evitáveis e a violência obstétrica, expressão de uma estrutura racista, patriarcal e elitista que insiste em negar

às mulheres, sobretudo às mulheres negras e pobres, o direito ao parto digno e ao cuidado respeitoso.

Por fim, o eixo da Equidade nos serviços de saúde possibilitou o contato com as organizações sociais sem fins lucrativos e movimentos sociais. Foram visitados alguns grupos como a Comissão Pastoral da Terra (CPT), o Grupo de Trabalho em Prevenção Positivo (GTP+), o Grupo Mulher Maravilha, o Grupo Libertando Subjetividades, a Escola Livre de Redução de Danos, a Rede de Mulheres do Passarinho e o Terreiro Ilê Axé Obá Xangô.

Figura 4. Visitas aos movimentos e organizações sociais, 2025



Fonte: Acervo dos viventes (2025).

A comunicação e articulação com os movimentos sociais é imprescindível para o reconhecimento das necessidades territoriais, a construção de políticas públicas e do modelo de atenção à saúde fidedigno com as necessidades locais e os comunitários. Nos movimentos e organização visitados notou-se o enraizamento comunitário na defesa dos direitos de acesso negado, em destaque

para os grupos vulnerabilizados, população negra, LGBTQIAPN+, pessoas em situação de rua, trabalhadores do sexo, comunidades tradicionais, entre outros.

A potência desses espaços de luta, convivência e cuidado ampliado nos atravessa diante das memórias de resistência, solidariedade e equidade. Dentre as fragilidades observadas, evidenciam-se a ausência de recursos financeiros e estruturais, a desarticulação com o poder público, estigmatização, repressão e polarização política.

Quando o efêmero se faz resistência e coragem

A vivência é, para nós, um *frame* de como o SUS tem fortes defensores em todos os territórios e como são importantes o diálogo e o aprendizado compartilhado. Ao nos inserirmos em um local de luta trabalhista, adentramos na cultura pernambucana e nos dividimos em NB, somos imersos em uma realidade que impulsiona a reconhecer-se como grupo, conhecer o desconhecido e juntar forças para o processo que nos atravessará.

Figura 5. Integração, debates e discussões durante a vivência, 2025



Fonte: Acervo dos viventes (2025).

Ao adentrarmos os territórios, encontramos equipamentos que rompem (ou deveriam romper) com a lógica tradicional dos serviços fixos e promove o cuidado onde as pessoas vivem, com respeito aos seus tempos, trajetórias e vínculos. É essencial estarmos atentos aos territórios e suas territorializações, atores sociais, conflitos, contradições, estando em construção e construindo coletivamente, politicamente e afetivamente.

Também é necessário compreender o SUS imerso em suas disputas políticas e de poderes. As fragilidades observadas não são apenas consequência de má gestão ou limitações técnicas, trata-se de um projeto político que subfinancia, precariza as políticas sociais e mercantiliza a saúde. Defender o SUS, portanto, é também defender a saúde como um bem comum e a política pública como instrumento de justiça social, resistência e construção de dignidade para todos.

As vivências com os movimentos e organizações sociais nos permitem observar e caminhar para uma formação em saúde comprometida com os direitos humanos, justiça social, valorizando os saberes populares, os pares e os profissionais comprometidos com uma ética do cuidado. A defesa da saúde como direito exige a promoção da equidade, da humanização das práticas e do reconhecimento da diversidade dos modos de viver, cuidar e ser cuidado. Nesse sentido, os movimentos sociais visitados são mais do que um espaço formativo: é um ato político de resistência, que nos lembra que é possível produzir saúde com liberdade, dignidade e afeto, mesmo em tempos de retrocesso.

Ao final da imersão somos impactados com histórias, encontros e inquietações. Foram dias de escuta, de troca, de sentir o SUS vivo nas contradições do território, nas ausências que doem, mas também nas presenças que acolhem e resistem. Não há respostas prontas, mas perguntas que nos desafiam a continuar caminhando, refletindo e construindo coletivamente.

A experiência não termina, pulsa em cada espaço onde decidimos praticar um cuidado mais humano, justo e solidário. Como nos lembra Paulo Freire, em *Paciente Impaciente da Educação*: “Não há saber mais ou saber

menos: há saberes diferentes. Cada um com seu valor, com sua importância.” Que possamos, então, reconhecer e valorizar todos os saberes que encontramos pelo caminho da rua, da comunidade, dos serviços, dos usuários e seguir sendo pacientes impacientes por um mundo mais justo.

Considerações finais

A vivência no programa VERSUS evidenciou a importância da Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) como eixo estruturante na formação profissional em saúde. Essa experiência ampliou a compreensão sobre o papel dessa tríade na qualificação de graduandos e residentes da área da saúde, fortalecendo vínculos entre teoria e prática, promovendo uma formação mais crítica e humanizada.

Durante a imersão, foi possível refletir sobre as realidades e dinâmicas dos territórios, compreendendo-os como espaços vivos de aprendizagem. Destaca-se, ainda, a relevância dos movimentos sociais, que exercem papel fundamental no fortalecimento do controle social e na luta por melhores condições de vida. Sua atuação reafirma os valores da solidariedade, da integração e da resistência social, essenciais para a consolidação de um sistema público de saúde justo e participativo.

As vivências possibilitaram identificar que o modelo hegemônico de atenção à saúde apresenta limitações para compreender e intervir sobre os Determinantes Sociais da Saúde e a Determinação Social da Saúde, especialmente diante da diversidade e complexidade dos territórios brasileiros. Essa constatação reforça a necessidade de repensar práticas e políticas voltadas à equidade, ao acesso e à integralidade do cuidado.

O VERSUS revelou-se, portanto, uma experiência formativa de grande relevância para o desenvolvimento profissional, humano e político dos participantes. A imersão favoreceu a ampliação do olhar crítico sobre temas

como gestão e governança, subfinanciamento, recursos humanos, controle social e desigualdades sociais. Essas reflexões evidenciam como tais questões afetam diretamente o acesso da população à saúde e estão intrinsecamente ligadas ao funcionamento e aos princípios do SUS.

Dessa forma, o programa promoveu impactos significativos, tanto sociais quanto formativos, estimulando uma análise crítica e transformadora da realidade. Diante dos resultados alcançados, recomenda-se a ampliação de iniciativas semelhantes em todo o país, de modo a envolver mais estudantes e residentes em experiências que aprofundem o entendimento sobre o SUS e suas múltiplas dimensões.

Por fim, destaca-se que esta edição do VERSUS preparou os participantes para atuarem como facilitadores, conferindo-lhes autonomia para replicar a vivência em seus estados. Tal proposta reforça o protagonismo estudantil e contribui para o fortalecimento da autonomia e da corresponsabilidade, em busca de um SUS mais equânime, universal e acolhedor.

Referências

- CARDOSO, V. V. *et al.* Integração ensino-serviço-comunidade na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 32, n. 3, 2021.
- CASTRO, M. A. de. A imagem-questão. **Travessia Poética**, 14 maio 2007. Disponível em: <https://travessia poetica.blogspot.com/2007/05/imagem-questo-prof.html>. Acesso em: 11 maio 2026.
- FREIRE, P. Pacientes impacientes: Paulo Freire. Apresentação de Ricardo Burg Ceccim. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C.; PORTO, M. F. S. Saúde, trabalho, ambiente e território: contribuições teóricas e propostas de operacionalização. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (org.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 161-180.
- MOURA, A. S. de *et al.* Experimentações cartográficas: habitar a residência em saúde em tempos de pandemia. In: CECCIM, R. B. (org.). **Pandemia e residências em saúde: interações afetivas e persistência do sensível**. Porto Alegre: Rede Unida, 2025. p. 1-294. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2025/06/Livro-Pandemia-e-residencias->

em-saude-interacoes-afetivas-e-persistencia-do-sensivel.pdf. Acesso em: 22 ago. 2025.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 547-573.

RODRIGUES, A. P. *et al.* Integração ensino-serviço: a experiência como estratégia formativa em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 28, p. 1-16, 2024.

SANTOS, A. N. S. dos *et al.* Saúde coletiva e equidade: desafios e estratégias para um sistema de saúde inclusivo e sustentável. **Observatório de la Economía Latinoamericana**, v. 23, n. 2, e8946, 2025.

SCHOTT, M. *et al.* Integração ensino-serviço-comunidade na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Educação: Teoria e Prática**, v. 33, n. 66, p. 1-18, 28 fev. 2023.

SILVEIRA, J. L. G. C. da *et al.* Percepções da integração ensino-serviço-comunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, p. 1-17, 2020.

CAMINHOS QUE ATRAVESSAM: MEMÓRIAS DE UMA VIVÊNCIA NO SUS PELO OLHAR DE FACILITADORES

**Ewerlane Sobral Moreira
Sthefany Santina Silva Santos
Beatriz Araújo Lima
Gracielle Malheiro dos Santos**

Introdução

O processo de formação em saúde no Brasil vem sendo historicamente desafiado a romper com o modelo biomédico, hospitalocêntrico e fragmentador, de forma que busca unir práticas que vão além do diagnóstico de uma doença, e sim a determinação social do processo saúde-doença e a integralidade do cuidado. Nesse contexto, a formação crítica e ampliada dos futuros profissionais de saúde torna-se essencial, especialmente quando associada a metodologias que favorecem a inserção dos estudantes nos territórios e serviços, aproximando-os da realidade vivida pela população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desse modo, o programa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) surge como uma estratégia promissora que integra a educação e saúde, proporcionando aos estudantes e residentes uma imersão de maneira prática nos diversos cenários do SUS. Criado no início dos anos 2000, o programa se consolidou como um espaço de formação

crítica e mobilização estudantil em defesa do SUS, visando desenvolver uma compreensão mais holística e reflexiva sobre o sistema de saúde brasileiro, seus desafios e potencialidades (Ferla; Maranhão; Pinto, 2013; Rede Unida, 2020).

Desde sua retomada em 2012, o VER-SUS tem sido articulado pela Rede Unida, em parceria com o Ministério da Saúde e outras instituições, promovendo a integração entre ensino, serviço e comunidade. O programa adota metodologias ativas e interprofissionais, como a aprendizagem significativa, na qual os estudantes entram em contato direto com a realidade dos serviços, das equipes e dos territórios. Essa aproximação permite que os conhecimentos teóricos adquiridos na graduação sejam articulados com situações concretas do cotidiano do SUS.

Nesse processo, o aprendizado deixa de ser meramente abstrato e passa a ter sentido, pois possibilita relacionar os saberes prévios dos participantes com os desafios, práticas e necessidades reais da população. Também se destaca a pedagogia problematizadora, voltada ao fortalecimento da educação permanente em saúde e à formação de profissionais comprometidos com os princípios do SUS (Rede Unida, 2020; GHC, 2025). Em 2025, o programa continua a expandir suas ações, realizando vivências em diversas regiões do Brasil, incluindo Recife, São Luís e Porto Alegre. Essas experiências proporcionam aos participantes a oportunidade de vivenciar o cotidiano dos serviços de saúde, refletir sobre as práticas assistenciais e contribuir para a transformação do modelo de atenção à saúde (Governo do Maranhão, 2025; Rede Unida, 2020).

Diante da nossa perspectiva, o conhecimento acerca do Programa VER-SUS não ocorreu de forma espontânea, pois não tínhamos informações acerca do que é o programa e de sua proporção. O interesse e oportunidade de participar surgiu por meio do nosso vínculo ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), vinculado à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). A coordenadora do projeto, sempre dedicada e atenta às oportunidades de formação dos estudantes, divulgou a seleção e incentivou nossa participação.

Esse apoio inicial foi essencial para nossa inscrição, evidenciando o PET-Saúde como espaço estratégico de integração ensino-serviço-comunidade, capaz de promover a construção coletiva de saberes, o engajamento interprofissional e o desenvolvimento de práticas pedagógicas críticas e transformadoras. Ao articular experiências acadêmicas com demandas reais do SUS e com o envolvimento ativo da comunidade. Percebemos com clareza a tamanha importância de ambos os programas, que contribuem diretamente para a formação de profissionais conscientes, socialmente comprometidos e aptos a promover transformações relevantes no campo da saúde (Brasil, 2010).

Outro aspecto relevante e mais que válido a ser citado, foi o apoio oferecido pela Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP-PB), que garantiu acolhimento e condições de deslocamento aos estudantes paraibanos selecionados para participar desta edição do VER-SUS. No caso de estudantes oriundos de Cuité, localizado no Curimataú paraibano, o transporte gratuito até Recife assumiu um papel decisivo.

Trata-se de um percurso que pode levar entre seis e sete horas de viagem, o que implicaria em um grande custo financeiro, especialmente para discentes que não teriam condições de arcar com as despesas necessárias para chegar até o local da vivência. Dessa maneira, juntamente com o apoio institucional durante o processo, foram fundamentais para viabilizar a participação. Por meio desta ação, fica evidente o papel das instituições públicas na democratização do acesso a experiências formativas enriquecedoras, reafirmando o compromisso com a educação e a valorização do SUS.

Portanto, está vivência constituiu-se como uma oportunidade singular de aprendizado, tanto pela imersão no cotidiano dos serviços e territórios, quanto pelo convívio coletivo e pela reflexão crítica sobre os desafios e potencialidades do Sistema Único de Saúde. Mais do que uma atividade extracurricular, trata-se de uma oportunidade de experiência pessoal transformadora, que amplia o olhar do estudante e profissional acerca da saúde coletiva, equidade e fortalece o compromisso ético-político com a defesa do SUS.

Metodologia

Dessa maneira, este trabalho trata-se de um relato de experiência vivenciado durante a participação no programa VER-SUS, realizado em Recife (PE), no mês de maio de 2025. A escrita será apresentada de forma narrativa e reflexiva de como se sucedeu as atividades durante a semana de formação, organizada em seções que percorrem desde os primeiros contatos e dinâmicas iniciais, passando pelas visitas aos serviços de saúde e territórios, até chegar às reflexões sobre convivência, impactos pessoais e profissionais. Dessa forma, busca-se compartilhar não apenas os acontecimentos vividos, mas sobretudo as percepções críticas construídas a partir desta experiência formativa.

Da vivência que transforma e os caminhos que atravessam: perspectivas dos participantes

Primeiros contatos: acolhimento para início da vivência e dinâmicas iniciais com metodologia participativa

A experiência teve início no dia 25 de maio, com o deslocamento dos participantes do programa VER-SUS e a chegada ao alojamento. Seguiu-se o processo de credenciamento e a apresentação do programa pelos facilitadores do evento. Desde o primeiro momento, evidenciou-se a adoção de uma metodologia participativa, caracterizada pela horizontalidade nas relações e pelo clima de acolhimento, elementos fundamentais para a construção coletiva do conhecimento. Diferentemente de eventos tradicionais, como congressos ou cursos, o programa propõe uma imersão no território, onde todos os participantes, facilitadores, residentes, estudantes e convidados assumem papéis ativos e colaborativos.

Uma das primeiras atividades foi a formação dos Núcleos de Base (NBs), grupos constituídos para realizar vivências nos territórios, executar atividades propostas e atender a demandas específicas. A constituição desses grupos ocorreu por meio de uma metodologia de fotolinguagem, que é um método de trabalho que utiliza fotografias como mediadoras para avaliar e estimular a linguagem oral e escrita (Vacheret, 2008). No qual utilizou-se imagens representativas da cultura do estado de Pernambuco, como o maracatu, frevo, bonecos de Olinda e ursa, foram dispostas no chão.

Cada participante deveria escolher a imagem com a qual mais se identificava, reunindo-se posteriormente com outros que compartilharam a mesma escolha e dessa maneira se formava cada grupo. Essa prática refletiu a essência da vivência: reconhecer a cultura e o território como componentes indissociáveis da saúde, observar as Figuras 1 e 2.

Figura 1 e 2. Dinâmica inicial através da exposição de fotos com diversos significados culturais para a formação dos núcleos bases (NBs). Recife (PE), 25 de maio de 2025



Fonte: Acervo pessoal.

Um dos grupos, na qual uma das autoras fez parte, foi intitulado de grupo DIA, cuja identidade foi construída de maneira coletiva com os significados de Diversidade, Igualdade e Acessibilidade. Essa identidade não apenas acompanhou os participantes durante toda a semana, mas também orientou suas falas, reflexões e atividades, consolidando-se como um princípio norteador da atuação no contexto do SUS. Na dinâmica seguinte, proposta a cada grupo, os participantes deveriam explicar o sentido do nome escolhido, apresentar suas expectativas e indicar suas contribuições para as vivências. O painel construído pelo NB DIA é apresentado na Figura 3.

Figura 3. Segunda dinâmica sobre o significado do grupo, expectativas e contribuições para a vivência. Recife (PE) em 25 de maio de 2025



Fonte: Acervo pessoal.

A dinâmica dos núcleos de base

Os NBs foram responsáveis por diferentes tarefas ao longo da semana, tanto na organização dos momentos culturais quanto na facilitação dos debates, promoção de atividades de bem-estar, cuidado entre os participantes, coordenação dos horários de alimentação, sistematização das discussões e mediação de possíveis conflitos. Essa divisão de responsabilidades foi feita por meio de sorteio, com atividades distribuídas ao longo dos dias, sendo cada grupo responsável por uma tarefa.

Isso nos fez vivenciar vários papéis que, muitas vezes, não exercemos dentro da sala de aula. Todos os grupos puderam experimentar a função de sistematizar as reflexões coletivas, estimulando o desafio de ouvir o outro com atenção, organizar ideias e traduzir vivências em palavras. Também participamos de atividades culturais, proporcionada pelos viventes que possibilitaram a valorização da arte como forma de cuidado e expressão da saúde.

Essa experiência mostrou, na prática, como a corresponsabilidade e o trabalho coletivo são fundamentais. Cada NB tinha um papel, mas todos dependiam uns dos outros para que a vivência acontecesse de forma harmônica. Foi um exercício de empatia, paciência e cooperação, valores indispensáveis para quem deseja trabalhar com a saúde coletiva e no SUS.

Visitas aos serviços de saúde no âmbito da Atenção Primária

No dia 27 de maio, foi realizada uma visita técnica às unidades de Atenção Básica da cidade do Recife, ocasião em que os grupos foram direcionados a diferentes locais. Essa atividade proporcionou uma imersão na realidade da Atenção Básica em um contexto distinto, ampliando a compreensão sobre os desafios e as estratégias adotadas pelas equipes de saúde.

Onde foi possível observar a organização das equipes multiprofissionais, os fluxos de atendimento, o ambiente e as práticas de acolhimento à população. Foi evidenciada a centralidade da Atenção Básica como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), embora também tenham sido identificados desafios significativos, como a escassez de recursos, a sobrecarga dos profissionais, as dificuldades de articulação com outros níveis de atenção e os conflitos com a população.

Destacou-se a importância da escuta ativa, entendida como a capacidade de ouvir o outro de maneira atenta, acolhedora e sem julgamentos, valorizando sua narrativa e permitindo a construção compartilhada do cuidado, segundo Malta e Do Carmo (2020). Igualmente relevante é a empatia, definida por José e Nunda (2025) como a habilidade de compreender o mundo interno do outro, percebendo seus sentimentos e significados sem perder a própria perspectiva profissional.

Outro elemento fundamental é o vínculo, entendido como a relação contínua, de confiança e corresponsabilidade entre profissionais e usuários, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização (Brasil, 2013). A construção desse vínculo favorece o trabalho coletivo, que, segundo Lima *et al.* (2024), fortalece-se a partir da colaboração interprofissional, da comunicação efetiva e da integração das diversas áreas do saber.

Rede Hospitalar: complexidade e desafios

No dia 28 de maio, o NB DIA, junto a outros NBs, teve a oportunidade de ir até o CISAM, Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, conhecido como “Maternidade da Encruzilhada”. Essa unidade, criada em 1947 e integrante do Complexo Hospitalar da Universidade de Pernambuco (UPE), representa um legado de mais de sete décadas de assistência à saúde da mulher e de formação de profissionais da saúde (ADUPE, 2023).

Ao adentrar o CISAM, a dimensão tecnológica e a densidade assistencial eram evidentes em alguns setores. Foi possível observar espaços recém-reformados, preparados para dar suporte a partos mais humanizados e à maternidade de alto risco, com ambientes clínicos e salas cirúrgicas bem equipadas, incluindo recursos voltados à humanização do parto, como banheiras. Foi um cenário que nos causou surpresa, devido à complexidade ainda não vista antes. Vivenciar e conhecer as UTIs maternas e os setores ambulatoriais foi uma experiência significativa, pois esses espaços simbolizam esperança e avanço para muitas mulheres.

Foi possível, ainda, presenciar e conhecer um pouco sobre o serviço Pró-Marias, referência estadual na assistência a mulheres em situação de violência ou em busca de aborto legal, uma parte fundamental da vocação humanizadora do CISAM. Essa estrutura se soma a uma longa tradição de cuidado, que já foi reconhecida com títulos como “Hospital Amigo da Criança” e referência estadual em assistência à mulher e adolescente vítima de violência.

Contudo, também vivenciamos um contraste em relação ao cenário antes visto em outros setores do mesmo hospital: corredores lotados, macas improvisadas no chão, mulheres em pós-parto recente com seus bebês deitados no chão, mães exaustas sem apoio adequado e escassez de leite materno no banco do hospital. A cena foi dolorosa e emblemática: a tecnologia coexistia com o desalento, e os recursos humanos e estruturais pareciam insuficientes para garantir a dignidade do cuidado que se buscava prestar.

Essa vivência instigou uma reflexão crítica contundente: embora o CISAM seja uma instituição de ensino e referência técnica, com inegável empenho em humanização e oferta de serviços especializados, ainda enfrenta desafios estruturais graves. O contraste entre a qualidade técnica e a precariedade nas condições reais de atendimento evidencia a fragmentação do sistema e a sobrecarga imposta à Rede Hospitalar, enquanto muitos serviços essenciais como a Atenção Básica e o suporte comunitário permanecem frágeis ou inacessíveis.

Percebe-se, então, que fortalecer o SUS requer não apenas investimentos em tecnologia e estrutura hospitalar, mas também uma articulação mais eficaz da rede de cuidado. Só assim será possível garantir a continuidade do cuidado, reduzir fragmentações e assegurar que o direito à saúde seja mais do que uma promessa, efetivando-se com dignidade para cada mulher, cada família e cada comunidade.

Territórios de equidade: saúde para além dos muros institucionais

O dia 29 foi um dia de maior destaque. Visitamos espaços sociais voltados para populações em situação de vulnerabilidade, coletivos culturais, grupos de mulheres, cozinhas comunitárias, entre outros. Ali, ficou nítido que saúde não se faz apenas nas instituições de saúde como hospitais e UBS, mas também nas lutas cotidianas da comunidade, nas formações de grupos coletivos.

Esses territórios são lugares de resistência, nos quais se enfrentam desigualdades, violências e exclusões, em sua maioria de origem histórica. Neles, encontramos práticas de cuidado baseadas em saberes populares, espiritualidade e solidariedade. Essa vivência foi especial, pois evidenciou que falar de equidade em saúde é reconhecer a diversidade de práticas e respeitar as formas como cada comunidade se organiza para viver e resistir. Também trouxe a reflexão de que a formação na graduação, na maioria dos cursos da saúde, precisa preparar profissionais abertos ao diálogo com esses espaços, rompendo com a visão restrita do cuidado biomédico.

Debates, trocas e sistematizações entre os viventes

Após cada visita, retornamos ao nosso local de formação para participar de momentos de debates e sistematizações. Esses espaços eram conduzidos

pelos próprios NBs, que facilitavam e registravam as discussões. Foi nesses momentos que percebemos a riqueza da vivência: não se tratava apenas de observar, mas de refletir coletivamente.

Cada estudante trazia sua visão, suas histórias e leitura, a partir de sua área de formação e de sua vivência prévia, e assim construíamos uma compreensão mais ampla da realidade do SUS, a partir de vários pontos de vista. A horizontalidade das discussões e a valorização da diversidade de vozes mostraram como a educação popular e participativa pode ser potente.

Convivência e experiência coletiva

Para além dos conteúdos formais, o VER-SUS também é sinônimo de convivência. Estar em Recife, dividindo alojamento com estudantes de diferentes estados, cursos, trajetórias, e de realidades foi uma experiência única. A rotina coletiva nos colocava constantemente diante do desafio de viver em grupo, horários diferentes, preferências pessoais, formas distintas de se expressar e até choques culturais.

Nem sempre foi fácil. Houve momentos de tensão, cansaço, divergências de opinião e até pequenos conflitos inevitáveis quando se compartilha o mesmo espaço com tantas pessoas. Porém, foi justamente nesses momentos que mais pudemos aprender. A cada situação, fomos convidados a exercitar a escuta, a empatia e a paciência. Tivemos que aprender a negociar tarefas, a respeitar os limites uns dos outros e a acolher as diferenças não como obstáculos, mas como riquezas que compunham o grupo. Descobrimos que conviver é também um processo educativo, é estar disposto a abrir mão de certas comodidades individuais em prol do bem coletivo.

No cotidiano, a partilha foi muito além das atividades do cronograma. Foi na hora das refeições, nas conversas no alojamento, nas rodas espontâneas de horário livre e nas risadas durante o cansaço do final do dia que os vínculos

foram se fortalecendo. Criamos laços e amizades que extrapolaram o tempo da vivência. E isso nos faz refletir o quanto o afeto também é pedagógico, pois ele ensina, fortalece e dá sentido ao que fazemos.

Esse aspecto humano e afetivo foi tão importante quanto as visitas técnicas e os debates. Afinal, o SUS também se constrói nas relações, no cuidado cotidiano com o outro, na escuta atenta e no apoio mútuo. Viver essa coletividade foi como experimentar, em pequena escala, o que o sistema de saúde preconiza: uma rede feita de pessoas, de diferenças que se encontram e de mãos que se estendem para cuidar umas das outras.

Impactos na formação e vida pessoal

Ao final da semana de vivência, tornou-se evidente o quanto a experiência no VER-SUS produziu transformações profundas na formação acadêmica, profissional e humana dos participantes. O programa não se restringiu a uma atividade pontual, mas configurou-se como um espaço de formação ampliada, que possibilitou uma compreensão mais crítica da realidade do Sistema Único de Saúde, nos fez conhecer realidades diferentes dos habituais.

Participar do programa significou ampliar o olhar sobre o sistema único de saúde e sobre a própria saúde coletiva. Defender o SUS deixou de ser apenas uma repetição de seus princípios universalistas e passou a significar o reconhecimento dos inúmeros desafios que o sistema enfrenta cotidianamente, principalmente para se manter, mas também das suas potencialidades enquanto política pública que materializa o direito à saúde. Essa vivência evidenciou que a saúde não se resume às práticas clínicas e hospitalares, mas está relacionada ao território, às condições de vida, à cultura, à equidade e à participação social.

A experiência também reafirmou o papel indispensável de programas de extensão e de articulação ensino-serviço-comunidade na formação acadêmica. Nesse sentido, o PET-Saúde Equidade foi fundamental para

viabilizar a participação, seja pelo estímulo e dedicação da coordenação, seja pela inserção dos estudantes em uma proposta formativa alinhada aos princípios da saúde coletiva.

Somou-se a isso o apoio institucional da Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESPP-PB), que garantiu logística e acolhimento aos estudantes paraibanos, demonstrando como as políticas públicas de educação e saúde se fortalecem mutuamente quando estão articuladas. Dessa maneira, o impacto da vivência não se limitou ao momento vivido em Recife, mas produziu marcas duradouras no modo como os futuros profissionais passaram a compreender o seu papel social.

O programa reafirmou a importância de formar trabalhadores sensíveis às desigualdades, comprometidos com a equidade e engajados na defesa de um sistema de saúde público, universal e de qualidade. Mais do que uma atividade extracurricular, a experiência representou um verdadeiro chamado à responsabilidade ética e política de contribuir para a consolidação e fortalecimento do SUS.

Conclusão da vivência

A experiência nesta edição do VER-SUS em Recife evidenciou-se como um exercício formativo que vai além do ensino tradicional, constituindo-se em um espaço de encontro entre diferentes saberes, práticas e realidades. Mais do que um estágio ou uma atividade extracurricular, tratou-se de uma imersão que possibilitou enxergar o SUS em sua complexidade, nas potências e fragilidades que o atravessam diariamente.

Ao articular dimensões técnicas, culturais, sociais e afetivas, o programa demonstrou a importância de metodologias dinâmicas de formação que colocam o estudante no centro do processo de aprendizagem, não apenas como observador, mas como sujeito ativo e corresponsável pela construção

coletiva do conhecimento. Essa característica torna a vivência singular, pois não se limita à transmissão de conteúdos, mas promove experiências que mobilizam reflexão crítica, sensibilidade e compromisso ético.

Outro aspecto relevante é o modo como a vivência fortalece o sentimento de pertencimento ao SUS. Ao vivenciar diferentes territórios, serviços e espaços de resistência, os participantes puderam compreender que o sistema de saúde é fruto de várias lutas históricas e que sua defesa depende do engajamento de trabalhadores, gestores, usuários e movimentos sociais. Essa dimensão política do cuidado, muitas vezes invisibilizada na formação acadêmica tradicional, emergiu com força durante a vivência, reafirmando a necessidade de formar profissionais atentos às desigualdades e comprometidos com a justiça social.

Enquanto residentes e acadêmicos levamos consigo a certeza de que a prática profissional deve ser guiada pela escuta, pela empatia e pela defesa intransigente da equidade. Assim, o VER-SUS em Recife não se encerra no momento vivido, ele permanece como memória formativa e como convite à continuidade de práticas coletivas, reflexivas e transformadoras.

A experiência revelou que o SUS não é apenas um sistema de saúde, mas um projeto de sociedade que exige constante mobilização e defesa de todos. Cabe agora multiplicar os aprendizados, fortalecer os vínculos criados e transformar a vivência em prática cotidiana nos diferentes espaços de atuação em saúde, contribuindo para a construção de um SUS cada vez mais inclusivo, democrático e humano.

Dessa forma, finalizamos este relato com gratidão à coordenadora do PET-Saúde: Equidade, Cuidado e Valorização no Curimataú Paraibano, à ESPP-PB, aos colegas do NB1-DIA e a todos os que, de forma direta ou indireta, fizeram parte dessa vivência. Que possamos multiplicar esses aprendizados e seguir construindo um SUS cada vez mais forte, humano e justo.

Referências

- ADUPE. **CISAM completa 77 anos de história de ensino e de prestação de serviços de saúde gratuitos à população**. 2023. Disponível em: <https://www.adupe.org/cisam-completa-77-anos-de-historia-de-ensino-e-de-prestacao-de-servicos-de-saude-gratuitos-a-populacao/>. Acesso em: 28 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde): objetivos, estrutura e funcionamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- 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.
- FERLA, A. A.; MARANHÃO, T.; PINTO, H. A. Vivências e Estágios na Realidade do SUS: educação permanente em saúde e aprendizagem de uma saúde que requer integralidade e trabalho em redes colaborativas. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 7, n. 4, 2013.
- JOSÉ, E. G.; NUNDA, C. Impacto da empatia na comunicação interpessoal. **Revista Academicus**, [S. l.], v. 1, p. 95-110, 2025.
- LIMA, Andreza Araujo da Silva. **Práticas colaborativas, trabalho em equipe e as barreiras para efetivação da interprofissionalidade: um olhar na possível transformação do cuidar**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2024.
- MALTA, M.; CARMO, E. D. do. A escuta ativa como condição de emergência da empatia no contexto do cuidado em saúde. **Atas de Ciências da Saúde**, v. 8, n. 3, p. 41-51, 2020.
- PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- REDE UNIDA. **VER-SUS Brasil: caderno de textos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2013.
- REDE UNIDA. **Vivências e Estágios na Realidade do SUS**. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.
- VACHERET, C. A Fotolinguagem©: um método grupal com perspectiva terapêutica ou formativa. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 180-191, 2008.

DESMITIFICANDO A SAÚDE PRISIONAL: A INTEGRAÇÃO ENTRE O SISTEMA PRISIONAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Giovanna de Sousa Fontes
Larissa Fernanda Silva Ribeiro

Complexo Penitenciário de Pedrinhas: fundação e inauguração

O Complexo Penitenciário de São Luís, anteriormente denominado Penitenciária de Pedrinhas, é um agrupamento de unidades prisionais situado no quilômetro 13 da rodovia BR-135, no bairro Pedrinhas, na capital maranhense. Este complexo representa uma das maiores estruturas de custódia do estado do Maranhão e abriga diferentes tipos de estabelecimentos penais voltados à custódia de pessoas privadas de liberdade (Freitas; Piedade, 2016).

A inauguração da Penitenciária ocorreu em 12 de dezembro de 1965, durante o governo de Newton de Barros Belo, no estado do Maranhão. Sua estrutura foi implantada em um terreno com relevo irregular e solo árido, considerado pouco adequado para atividades agrícolas. No início, as operações no local eram bastante limitadas e improvisadas. A cozinha funcionava em uma modesta construção de taipa coberta com telhas, utilizando uma caldeira a lenha como fogão. O fornecimento de energia elétrica era feito por um gerador a óleo, enquanto o abastecimento de água dependia de um poço (Silva, 2006).

Hoje, entre as unidades que compõem o complexo, destacam-se o

presídio feminino, o Centro de Custódia de Presos de Justiça de Pedrinhas (CCPJ), a Casa de Detenção (Cadet), os Presídios São Luís I e II, o Centro de Triagem e o Centro de Detenção Provisória de Pedrinhas (CDP). Cada uma dessas instituições desempenha funções específicas dentro do sistema prisional, voltadas tanto à detenção provisória quanto ao cumprimento de pena, conforme a natureza do delito e a situação processual dos internos (Freitas; Piedade, 2016). Abaixo, segue uma imagem da fachada do complexo:

Figura 1. achada do Complexo Penitenciário de Pedrinhas



Fonte: Cutrim, 2024.

Breve histórico de rebelião na Penitenciária e criação do estigma

Com o passar dos anos, a penitenciária enfrentou sérios problemas de superlotação. O crescimento da população carcerária agravou ainda mais a situação, resultando em condições insalubres nas celas, que passaram a abrigar um número excessivo de detentos, com falhas estruturais, falta de ventilação adequada e péssimas condições de higiene (Silva, 2006).

Esses problemas acumulados ao longo dos anos, resultou em diversas rebeliões. Quirino Junior (2018), demonstra em sua pesquisa que ao longo dos anos, a penitenciária foi palco de rebeliões, mortes brutais e denúncias recorrentes de violações dos direitos humanos. O documento relata que a situação de Pedrinhas ganhou destaque nacional e internacional, especialmente após os episódios de extrema violência ocorridos entre 2013 e 2014, quando dezenas de presos foram assassinados, muitos com requintes de crueldade, como esquartejamentos e decapitações. Essas cenas chocantes chegaram a circular em vídeos nas redes sociais, pressionando órgãos públicos a reagirem.

Ataques à ônibus também ocorreram na capital, os ataques a ônibus durante a crise de Pedrinhas, entre 2013 e 2014, foram ordenados por facções criminosas como retaliação às medidas adotadas pelo governo dentro do presídio, como a repressão e transferência de líderes. Os ônibus foram alvos por simbolizarem o cotidiano da população e causarem grande impacto social. A violência visava pressionar o Estado e demonstrar o poder das facções, evidenciando a falta de controle do sistema prisional e sua influência direta na segurança pública (JMTV, 2014).

Figura 2. Ônibus incendiado durante a crise do sistema penitenciário



Fonte: JMTV, 2014.

As causas da violência no complexo são multifatoriais, incluindo superlotação, estrutura precária, ausência de políticas de ressocialização e a presença dominante de facções criminosas que disputam o controle interno das unidades. O relatório aponta que o Estado brasileiro se mostrou ineficiente em garantir a integridade física dos internos, ferindo princípios constitucionais e tratados internacionais de direitos humanos. A falta de agentes suficientes, a corrupção no sistema e a omissão estatal contribuíram para a formação de um ambiente desumano e caótico, onde a vida dos presos se tornou altamente vulnerável (Quirino Junior, 2018).

No início de 2014, foi criado um Comitê de Gestão Integrada formado pelo Ministério da Justiça e o governo estadual, com o objetivo de enfrentar os problemas do sistema prisional. Entre as ações implementadas, destacou-se um mutirão para a análise dos processos judiciais, visando a liberação de presos que já haviam cumprido suas penas, o que ajudaria a reduzir a superlotação. Além disso, houve o reforço no contingente da Força Nacional e um aporte financeiro superior a R\$ 1 milhão destinado à criação de novas vagas no sistema (Gama, 2016).

No mesmo ano, em setembro, foi determinada a separação das facções criminosas por celas, uma medida que buscava minimizar os conflitos internos entre os grupos rivais. Contudo, episódios de violência continuaram ocorrendo. Em 2016, por exemplo, houve ataques a ônibus, registrados em maio, setembro e em outra ocasião, todos atribuídos a ordens de membros das facções presentes no presídio (Madeiro, 2017).

Conforme o G1 MA (2017), em março de 2017, a Justiça Federal condenou o estado do Maranhão a indenizar as famílias de 64 presos que morreram em unidades prisionais entre janeiro de 2013 e janeiro de 2014. O valor fixado foi de R\$ 100 mil por família, reforçando a responsabilidade do poder público pelos graves incidentes ocorridos naquele período.

Pós-rebelião, houve melhorias?

Dois anos após o auge da crise no Complexo Penitenciário de Pedrinhas, em São Luís do Maranhão, um relatório revelou que a situação do sistema carcerário permanecia crítica e longe de ser superada. A inspeção, realizada por uma comissão formada por organizações como Conectas Direitos Humanos, Justiça Global e a OAB-MA, constatou que a superlotação persistia. Ademais, até junho de 2014, 60% dos detentos eram presos provisórios, um número que ultrapassava a já alarmante média nacional de 41% (Freitas; Piedade, 2016).

O relatório também destacou a continuidade de práticas violentas e degradantes, denúncias de tortura deixaram de se restringir a conflitos entre presos e passaram a envolver os próprios agentes penitenciários, que utilizavam spray de pimenta e balas de borracha rotineiramente, mesmo sem motins. A identificação dos agentes era dificultada pelo uso de máscaras, impedindo a responsabilização por abusos. Ainda, os detentos continuavam expostos a condições precárias de higiene e alimentação, recebendo comida estragada, ao mesmo tempo em que os familiares eram impedidos de fornecer alimentos (Freitas; Piedade, 2016).

Em contrapartida ao exposto, após a crise internacionalmente repercutida de 2013, ressalta-se que atualmente o Complexo Penitenciário de Pedrinhas passou por algumas mudanças significativas, ainda que parciais. Segundo reportagem da Folha de São Paulo publicada seis anos após o ápice da crise, o presídio continuava superlotado, com 3.972 presos para 2.940 vagas, porém já apresentava avanços estruturais e operacionais. Foram instalados detectores de metais, scanners corporais e houve maior controle de movimentação interna dos detentos (Freitas, 2019).

Além disso, os presos passaram a ser separados por facções em pavilhões distintos, como uma medida estratégica para conter os altos índices de violência. A reportagem destaca ainda que, entre 2015 e 2019, apenas 13 mortes ocorreram em todas as unidades prisionais do estado, sendo seis em

Pedrinhas, o que representa uma redução drástica comparada aos números anteriores (Freitas, 2019).

Em resposta às denúncias feitas por organizações de direitos humanos, o Governo do Maranhão destacou uma série de melhorias implementadas no Complexo Penitenciário de Pedrinhas ao longo de 14 meses de gestão. Entre os principais resultados mencionados, estão a expressiva redução de 76,47% no número de homicídios e de 72,16% nas fugas no interior do complexo. Também foi ressaltado pelo governo que, pela primeira vez em muitos anos, o complexo passou um ano sem registrar motins ou rebeliões, ocorrências anteriormente frequentes, e permaneceu por nove meses consecutivos sem nenhum homicídio intramuros, o que foi apresentado como evidência da eficácia das novas práticas adotadas pela atual gestão (Mello, 2016).

Outro ponto destacado pela administração estadual foi o investimento em medidas de ressocialização e ampliação da capacidade do sistema prisional. Cerca de 1.400 internos foram inseridos em cursos e oficinas voltados para qualificação profissional e reinserção no mercado de trabalho. Paralelamente, o governo promoveu a reforma da estrutura do Complexo de Pedrinhas e criou vagas no sistema prisional por meio da construção de unidades em outros municípios do Maranhão. Até o momento do relatório, já haviam sido entregues 924 novas vagas nas cidades de Balsas, Açailândia, Imperatriz e Pinheiro, e mais 880 vagas estavam previstas para entrega até o fim de 2016 (Mello, 2016).

Saúde no sistema prisional

A implantação do novo Núcleo de Atenção à Saúde no Complexo Penitenciário de São Luís representa um marco importante nas ações de humanização do sistema prisional maranhense. Conforme os dados da Secretaria de Administração penitenciária do Governo do Maranhão, a unidade, inaugurada na UPR São Luís 4, oferece atendimento médico 24

horas e reforça a estrutura de saúde já existente na UPR São Luís 1, aliviando a sobrecarga anteriormente concentrada nessa unidade. Com essa expansão, o sistema penitenciário do estado amplia sua capacidade de assistência à população carcerária, que já contabiliza mais de 33 mil atendimentos no ano.

Destaca-se, ainda, que o novo núcleo dispõe de ambientes amplos, bem iluminados e ventilados, voltados tanto para cuidados médicos curativos quanto para ações preventivas, como orientações sobre saúde e palestras educativas. Estima-se que cerca de 100 internos sejam atendidos diariamente nesse novo espaço, o que contribui para uma abordagem mais qualificada e integral no cuidado à saúde dos detentos.

Além do atendimento clínico geral, a unidade incorpora um setor de exames laboratoriais e atendimento odontológico, bem como os serviços previstos na Lei de Execução Penal, como assistência médica, social e psicológica. As ações incluem, ainda, campanhas de conscientização sobre doenças como diabetes, hanseníase, tuberculose e infecções sexualmente transmissíveis (Governo do Maranhão, 2016).

Representantes da Secretaria de Administração Penitenciária (Seap) e do Conselho Penitenciário do Maranhão (Copen-MA) destacam a iniciativa como reflexo do compromisso da atual gestão com a humanização e dignidade no cumprimento das penas. Para os gestores envolvidos, o novo núcleo reforça uma política penitenciária que busca oferecer condições adequadas de atendimento e reafirma o papel do Estado em garantir os direitos básicos da população privada de liberdade (Governo do Maranhão, 2016).

Relato de experiência: a visita técnica ao Complexo Penitenciário de São Luís e a desmistificação da saúde no sistema prisional através do programa de vivências no SUS (VER SUS)

O Programa VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) é uma iniciativa da Rede Unida, em parceria com o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), mediante acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O programa busca aproximar estudantes da área da saúde da realidade do SUS por meio de vivências práticas em diferentes contextos do sistema público de saúde. Seu objetivo principal é promover uma formação mais crítica, humanizada e socialmente comprometida, permitindo que os estudantes conheçam os princípios e os desafios do SUS diretamente em seu funcionamento cotidiano.

As vivências, geralmente de curta duração, ocorrem em unidades de saúde, comunidades indígenas, ribeirinhas, quilombolas, saúde prisional, hospitais e outros espaços, e incluem atividades como rodas de conversa, visitas técnicas e momentos de reflexão coletiva. O programa valoriza o trabalho interdisciplinar, a equidade e a promoção da saúde, contribuindo para a formação de profissionais mais conscientes do papel social da saúde pública no Brasil (Brasil, 2013).

O Maranhão foi sede de uma das edições do programa, e, em um dos dias da programação, ocorreu uma visita técnica ao complexo penitenciário de São Luís, capital do estado, que se constituiu como espaço de conhecimento, desmistificação e quebra de paradigmas. Antes da visita técnica, a percepção das autoras sobre o sistema prisional era pautada pela ideia de que o objetivo principal das instituições penitenciárias era apenas punir e encarcerar os indivíduos que cometeram crimes.

Também se acreditava que as condições de vida nas prisões eram extremamente degradantes e que os serviços de saúde, quando oferecidos, eram precários e insuficientes. Essa concepção, em grande parte, era alimentada por notícias sobre rebeliões e situações de violência nas penitenciárias, como as apresentadas anteriormente, bem como pela ideia de que, por estarem cumprindo pena, os presos não teriam acesso pleno aos direitos básicos.

Figura 3. Viventes recebendo orientações e informações atualizadas sobre a saúde prisional



Fonte: Autoria própria, 2025.

Durante a visita, ficou claro que a saúde no sistema prisional não se limita ao atendimento emergencial ou a um serviço improvisado. Ao contrário, foi possível perceber que o sistema de saúde penitenciário, embora enfrentando desafios relacionados à infraestrutura e recursos limitados, busca garantir a dignidade dos presos ao assegurar-lhes direitos básicos, incluindo a saúde. Profissionais de saúde estão constantemente presentes, com atendimentos médicos e psicológicos, além de atividades educativas voltadas à prevenção de doenças como hanseníase e tuberculose.

Os serviços oferecidos pelo sistema de saúde prisional são semelhantes aos ofertados pela Atenção Básica, além de possuir uma unidade para urgências e emergências dentro da unidade prisional. Dentre os serviços oferecidos, destacam-se a assistência às doenças transmissíveis, como as patologias supramencionadas.

A tuberculose apresenta uma incidência significativamente maior entre a população privada de liberdade, chegando a ser 25 vezes superior em relação à população geral da América do Sul. Segundo o ministério da saúde (2024), o Brasil lidera o número de casos no continente. Dentre os fatores que contribuem para isso, destaca-se a superlotação das prisões e pelas condições precárias de encarceramento, que tornam o ambiente propício para a disseminação da doença. Ainda, a subnotificação e a dificuldade de acesso a exames diagnósticos agravam o quadro, dificultando o monitoramento e o controle da tuberculose nesse grupo (Brasil, 2024).

Uma pesquisa que objetivou comparar dados de tuberculose entre pessoas privadas de liberdade e população geral brasileira, de 2007 a 2019, demonstrou que a prevalência de tuberculose é muito mais elevada entre pessoas privadas de liberdade do que na população geral brasileira, com crescimento consistente em todos os grupos analisados, incluindo mulheres e idosos. Também foi observado aumento na testagem para HIV nesse contexto (Nóvoa-Lobo; Campos; Pires, 2023). Esses dados demonstram a suscetibilidade dos indivíduos privados de liberdade no desenvolvimento de doenças transmissíveis e na importância de uma vigilância em saúde instalada dentro das unidades prisionais, para que o tratamento seja ofertado em tempo oportuno e quebre a cadeia de transmissão da doença dentro da unidade de confinamento.

Em muitos momentos, a visita levou as autoras a refletir sobre o quanto a desinformação e a visão estigmatizada sobre o sistema prisional podem impactar a opinião pública e, até mesmo, a atuação de profissionais da saúde fora do sistema penitenciário. A vivência possibilitou mostrar que, ao contrário do que se pensava, o sistema penitenciário não é somente um local de punição

ou apenas de cumprir uma pena, mas também um espaço onde se busca a reabilitação e a manutenção dos direitos humanos, inclusive o direito à saúde.

Essa experiência teve um papel fundamental na formação acadêmica dos viventes que participaram da visita. O Programa de Vivências no SUS permitiu vivenciar de perto a realidade do sistema de saúde dentro de um contexto de privação de liberdade, algo que não é comumente abordado na graduação. As visitas técnicas a instituições como o Complexo Penitenciário de São Luís são essenciais para que os estudantes possam ampliar seus conhecimentos sobre a aplicação do SUS em diferentes contextos, além de promoverem uma reflexão sobre as políticas públicas de saúde.

A vivência permitiu também que as autoras fizessem uma importante reflexão: a saúde no sistema prisional não deve ser compreendida apenas como o fornecimento de atendimentos básicos e pontuais para aqueles que o integram, mas como um campo que demanda assistência especializada e integral, capaz de responder à complexidade das patologias e vulnerabilidades inerentes ao cárcere. A ampliação desses serviços é fundamental para garantir a dignidade e a promoção real da saúde dos privados de liberdade, indo além do modelo curativo tradicional.

No entanto, essa visão ampliada raramente é consolidada durante a graduação, que muitas vezes mantém o olhar sobre o sistema penitenciário à margem do currículo acadêmico. Para as autoras, a participação nas visitas técnicas promovidas pelo programa Vivências no SUS representou um verdadeiro divisor de águas e um fator transformador em suas formações, pois, ao vivenciarem de perto a realidade dos complexos penitenciários, as acadêmicas puderam romper barreiras teóricas e desenvolver uma percepção crítica e sensível que a sala de aula não consegue suprir. Essa imersão permitiu um crescimento pessoal e profissional profundo, consolidando a compreensão de que o cuidado no SUS deve ser verdadeiramente universal, alcançando com equidade aqueles que estão atrás das grades.

Experiências como essa são fundamentais para que os futuros profissionais de saúde compreendam as diversas realidades que os aguardam no mercado de

trabalho e se sensibilizem para a importância de garantir a saúde como um direito de todos, independentemente de sua condição social, econômica ou legal. O acesso à saúde dentro do sistema prisional não é apenas uma questão de política pública, mas de respeito à dignidade humana e à constituição do país.

A visita técnica ao Complexo Penitenciário de São Luís proporcionou uma nova perspectiva sobre o sistema prisional e a saúde dentro desse contexto, e a experiência desmistificou preconceitos e estigmas que muitos carregavam sobre a realidade dos presos. Mostrou, ainda, que, mesmo em um ambiente de privação de liberdade, a saúde deve ser garantida, conforme estabelecido pela Constituição Brasileira. A vivência no sistema prisional também reforçou a importância do SUS como um direito universal, igualitário e acessível a todos, sem distinção de qualquer natureza, incluindo o status de encarcerado.

Portanto, é evidente que programas como os de vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) devem ser mantidos e ampliados, a fim de proporcionar a mais estudantes a oportunidade de imersão nesse contexto tão desafiador. Esses programas não apenas oferecem uma vivência prática essencial, mas também permitem que os futuros profissionais da saúde compreendam, de maneira profunda, a complexidade dos sistemas de atendimento às diversas camadas da população, especialmente àquelas em situação de vulnerabilidade social.

A vivência no Complexo Penitenciário, em particular, revelou-se um marco transformador, não apenas no desenvolvimento profissional das autoras e dos participantes, mas também no amadurecimento de sua percepção crítica sobre a realidade do sistema de saúde brasileiro. Esse tipo de experiência possibilita a ampliação da visão sobre as políticas públicas de saúde e reforça a importância da garantia dos direitos dos cidadãos, incluindo aqueles privados de liberdade, que muitas vezes enfrentam barreiras ainda maiores no acesso à saúde de qualidade. Ao vivenciar a realidade de populações em contextos tão específicos e marginalizados, os estudantes não só se tornam mais capacitados tecnicamente, mas também mais sensíveis à necessidade de uma atuação ética e humanizada no cuidado à saúde.

Referências

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 jul. 1984. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 15 maio 2026.

BRASIL. (Constituição [1988]). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 15 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa VER-SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ver_sus_cadernos_textos.pdf. Acesso em: 30 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisadores apresentam estratégias de prevenção da tuberculose nas prisões brasileiras**. Agência Saúde, 5 abr. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/pesquisadores-apresentam-estrategias-de-prevencao-da-tuberculose-nas-prisoas-brasileiras>. Acesso em: 30 ago. 2025.

CUTRIM, J. **Túnel descoberto no Complexo Penitenciário de Pedrinhas; Polícia evita fuga**. Blog do John Cutrim, São Luís, 17 jun. 2024. Disponível em: <https://johncutrim.com.br/tunel-descoberto-no-complexo-penitenciario-de-pedrinhas-policia-evita-fuga/>. Acesso em: 7 ago. 2025.

FREITAS, J. P. P. Anos após decapitações, Pedrinhas tem estrutura melhor, mas continua lotado. **Folha de S.Paulo**, São Luís, 19 ago. 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/08/anos-apos-decapitacoes-pedrinhas-tem-estrutura-melhor-mas-continua-lotado.shtml>. Acesso em: 7 ago. 2025.

FREITAS, L. D. A. de; PIEDADE, F. O. Sistema penitenciário de Pedrinhas em São Luís do Maranhão: crise continuada. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, 12., 2016, Santa Cruz do Sul. **Anais [...]**. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/view/14728>. Acesso em: 15 maio 2026.

G1 MA. Justiça condena MA a pagar R\$ 100 mil a famílias de presos mortos. **G1 Maranhão**, São Luís, 9 mar. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2017/03/justica-condena-ma-pagar-r-100-mil-familias-presos-mortos.html>. Acesso em: 7 ago. 2025.

GAMA, A. Ordem de ataques a ônibus no MA partiu de presos de Pedrinhas, diz governador. **UOL Notícias**, São Paulo, 20 maio 2016. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2016/05/20/ordem-de-ataques-a-onibus-no-ma-partiu-de-presos-de-pedrinhas-diz-governador.htm>. Acesso em: 7 ago. 2025.

GOVERNO do Estado inaugura novo Núcleo de Saúde do Complexo Penitenciário de São Luís. **Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Maranhão**, São Luís, 20 maio 2016. Disponível em: <https://seap.ma.gov.br/noticias/governo-do-estado-inaugura-novo-nucleo-de-saude-do-complexo-penitenciario-de-sao-luis>. Acesso em: 7 ago. 2025.

JMTV 1ª EDIÇÃO. Situação no presídio em Pedrinhas era mais tranquila na manhã de quinta-

feira. **Globoplay**, 2014. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/2880175/>. Acesso em: 15 maio 2026.

MADEIRO, C. Divisão de presos por facção ajudou a reduzir mortes em Pedrinhas. **UOL Notícias**, São Paulo, 5 jan. 2017. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2017/01/05/divisao-de-presos-por-facao-ajudou-a-reduzir-mortes-em-pedrinhas.htm>. Acesso em: 7 ago. 2025.

MELLO, D. Relatório diz que presídio de Pedrinhas ainda tem tortura e superlotação. **Agência Brasil**, São Paulo, 1 mar. 2016. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2016-03/relatorio-diz-que-presidio-de-pedrinhas-ainda-tem-torturas-e>. Acesso em: 7 ago. 2025.

NÓVOA-LÔBO, N. M. de; CAMPOS, M. R.; PIRES, D. C. Tuberculose no sistema prisional brasileiro: cenários via Joinpoint entre 2007 e 2019. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. 105, 2023.

QUIRINO JÚNIOR, J. E. Violações dos direitos humanos no sistema prisional brasileiro: o caso do Complexo Penitenciário de Pedrinhas em São Luís – Maranhão. **Research, Society and Development**, v. 7, n. 7, p. e2597741712, 2018.

SILVA, C. de M. C. **Penitenciária de Pedrinhas MA: breve histórico**. 2006. Disponível em: <https://livrozilla.com/doc/1561979/penitenci%C3%A1ria-de-pedrinhas-ma-%E2%80%93-breve---sindspem-ma>. Acesso em: 7 ago. 2025.

NOVAS PERSPECTIVAS DE RESSOCIALIZAÇÃO DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE E OS IMPACTOS NA SAÚDE PÚBLICA

Emanuely Félix Pires
José Anderson Melquiades Bezerra
Juliana Silva de Souza
Fabiane Perondi
Kesley Pessoa de Sousa

O debate sobre a ressocialização de pessoas privadas de liberdade no Brasil representa um dos maiores desafios contemporâneos para a saúde pública e para os direitos humanos. Embora a função ressocializadora da pena esteja prevista no art. 59 do Código Penal, ainda não existe uma política nacional estruturada que garanta efetivamente a reintegração social de pessoas egressas do sistema prisional.

O tema aparece de maneira fragmentada em leis específicas, em projetos de lei (PLs) que tramitam no Congresso Nacional e em planos nacionais, como o Plano Pena Justa do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), além de iniciativas que visam incentivar o trabalho e a capacitação profissional como estratégias de reinserção. No entanto, a ausência de uma política abrangente dificulta a consolidação de ações continuadas e intersetoriais, capazes de articular saúde, educação, trabalho e cidadania no processo de ressocialização.

No campo da saúde, a ressocialização deve ser compreendida em diálogo com o direito constitucional de acesso universal e integral ao

Sistema Único de Saúde (SUS). A criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), em 2014, consolidou o princípio de que a privação de liberdade não pode significar perda de cidadania. Contudo, avançar nessa agenda exige ampliar a visão de cuidado para além das grades, alcançando também o momento posterior ao cumprimento da pena, quando os egressos enfrentam dificuldades ainda maiores para se reinserirem na sociedade.

Durante a vivência do VER-SUS no Maranhão, observamos como práticas concretas de ressocialização, como a produção de absorventes, fardas escolares, matracas do São João e projetos de piscicultura utilizados inclusive na merenda escolar, se tornam instrumentos de cuidado, autoestima e reconstrução de identidades. Esses exemplos mostram que o cárcere pode se transformar em espaço de formação profissional e social, preparando-os não apenas para cumprir a pena, mas também para retomar suas vidas após a saída.

Por isso, propõe-se a criação de uma política nacional de ressocialização voltada especificamente para a reintegração de egressos ao mercado de trabalho, de modo a garantir continuidade ao processo iniciado dentro das unidades prisionais. Essa política poderia articular-se com o SUS, com o Sistema Nacional de Emprego (SINE), com programas educacionais e com iniciativas da sociedade civil, assegurando acompanhamento profissional, capacitação, inserção laboral e suporte psicossocial. Assim, o cuidado ultrapassaria as paredes da prisão, consolidando a reintegração como processo integral de saúde e cidadania.

Essa perspectiva evidencia que ressocializar é também uma política de saúde pública, pois reduz a reincidência criminal, promove saúde mental, fortalece vínculos sociais e contribui para a construção de comunidades mais seguras e justas. O reconhecimento do egresso como sujeito de direitos reafirma o caráter inclusivo do SUS e desafia a lógica excludente ainda predominante no sistema prisional. Mais do que relatar experiências, este capítulo propõe refletir sobre a necessidade urgente de consolidar políticas que não apenas

promovam saúde e dignidade no cárcere, mas também assegurem condições reais de reintegração no mercado de trabalho e na vida em sociedade.

O sistema prisional e o racismo estrutural

O sistema prisional brasileiro historicamente se constituiu como um espaço de exclusão, marcado pela superlotação, pela ausência de políticas estruturadas de saúde e educação e pela lógica meramente punitiva. O encarceramento em massa, majoritariamente da população negra, é reflexo de um racismo estrutural que perpassa desde o dito descobrimento do Brasil até os dias atuais. A subalternização da população negra por uma justiça que deveria ser “cega” e imparcial, mas que, na realidade, não deixa de ser burguesa e de servir aos interesses das classes dominantes, mesmo após a dita abolição, faz com que as prisões sejam uma “versão moderna” das senzalas (Justiça Global, 2025).

Segundo Brandão e Lagreca (2023), o sistema prisional brasileiro escancara sua face racista ao ter mais de 65% das pessoas privadas de liberdade sendo pessoas negras. Isso mostra que, no Brasil, a sua cor define se você receberá uma pena branda ou severa, se será julgado o mais breve ou deixado à espera em uma prisão provisória, o racismo estrutural transforma a população negra em um inimigo a ser contido (Justiça Global, 2025). Além de que, a maior parte das pessoas privadas de liberdade são jovens de 18 a 29 anos, o que também escancara a falha do Estado em prover a esses jovens oportunidades de estudo, lazer, cultura, emprego e o que mais lhe seja necessário, mas que lhe é negado veementemente todos os dias (Brandão; Lagreca, 2023).

A compreensão do sistema penitenciário brasileiro exige, de forma incontornável, a análise das dimensões de classe e raça, que estruturam historicamente os processos de criminalização, encarceramento e exclusão social no país. A população prisional é majoritariamente composta por pessoas negras, jovens, pobres e com baixa escolaridade, evidenciando que o cárcere

não opera de maneira neutra, mas reproduz desigualdades raciais e sociais profundamente enraizadas.

Enquanto determinados crimes cometidos por sujeitos brancos, pertencentes às classes sociais mais favorecidas, tendem a ser julgados com maior celeridade e menor rigor punitivo, pessoas negras e periféricas frequentemente permanecem privadas de liberdade por longos períodos, muitas vezes sem julgamento definitivo, vítimas de um sistema penal seletivo e racializado. Essa lógica de encarceramento em massa impacta diretamente a saúde física e mental dessas populações, reforçando ciclos de violência, adoecimento e ruptura de vínculos sociais. Reconhecer o cárcere como expressão do racismo estrutural é fundamental para pensar políticas de saúde, justiça e ressocialização que sejam, de fato, equitativas, antirracistas e comprometidas com a dignidade humana.

Nesse cenário, a ressocialização aparece como um desafio e, ao mesmo tempo, como uma oportunidade de transformação social, pois ainda se enfrenta uma dura realidade de que menos de 20% das pessoas privadas de liberdade se encontram em alguma atividade de laborterapia. A partir da década de 1970, com o surgimento da metodologia da Associação de Proteção e Assistência aos Condenados (APAC), começou a se consolidar um modelo alternativo de execução penal que busca romper com o ciclo de violência e oferecer condições reais de reintegração social às pessoas privadas de liberdade.

A proposta da APAC tem como princípios o trabalho, a corresponsabilidade, a espiritualidade e a valorização da dignidade humana. Diferente do sistema prisional tradicional, o método aposta no envolvimento da comunidade e na responsabilização da pessoa privada de liberdade, que deixa de ser apenas “preso” e passa a ser chamado de “recuperando”. Essa mudança semântica não é trivial: traduz uma concepção em que o sujeito é visto como capaz de reconstruir sua trajetória de vida, recuperando sua autoestima e cidadania. Trata-se de uma concepção humanizada de justiça, que busca equilibrar disciplina, oportunidade e esperança.

No Maranhão, a Penitenciária Regional/UPMAX tem se destacado como exemplo dessa metodologia, demonstrando que é possível transformar o cárcere em espaço de produção, aprendizado e cuidado. Durante a vivência do VER-SUS, foi possível observar recuperandos engajados em atividades como a fabricação de absorventes, que serão fornecidos às penitenciárias femininas; a produção/costura de fardamentos escolares, para crianças e adolescentes das escolas públicas; a confecção de matracas para o São João do Maranhão, integrando-os a importância do contexto cultural da região; além de muitos outros, como a produção de móveis, que foram utilizados na construção do novo prédio da Prefeitura de Paço do Lumiar, por exemplo.

Entre as experiências mais significativas, destaca-se também a possibilidade de aprimorar a mão de obra das pessoas privadas de liberdade, oferecendo oportunidades educacionais que vão da alfabetização ao ensino superior. Nesse processo, ideias inovadoras dos próprios internos têm se materializado em práticas concretas, como o caso da piscicultura, inicialmente concebida como um esboço por um recuperando, a iniciativa recebeu apoio do Governo do Maranhão e se consolidou como um projeto capaz de fornecer matéria-prima para restaurantes populares, escolas públicas e comunidades de baixa renda. Essas experiências evidenciam que o trabalho, quando estruturado como política pública, deixa de ser mera ocupação e passa a ser dispositivo de saúde, ressocialização e reintegração.

Além de promover a autonomia e a capacitação profissional, essas ações impactam diretamente à saúde mental dos recuperandos. O trabalho fortalece o sentimento de pertencimento, reduz a ociosidade e contribui para a reconstrução de vínculos sociais, funcionando como estratégia de prevenção ao adoecimento psíquico e à violência institucional. Assim, a ressocialização não se restringe a um objetivo jurídico ou penal, mas se configura como política de saúde pública, articulando a produção de bem-estar com a redução da reincidência criminal.

Nesse sentido, pensar a ressocialização como política pública implica reconhecer sua dimensão intersetorial. A execução penal não pode

estar dissociada da saúde, da educação, da cultura e da assistência social. A experiência da APAC revela que, quando o Estado investe na dignidade e na cidadania, o retorno se expressa em melhorias para toda a sociedade. Ressocializar é, portanto, um ato de saúde coletiva, na medida em que contribui para a redução da violência, a promoção de direitos humanos e a construção de um SUS mais inclusivo e universal.

Ressocialização como política pública

A relação entre ressocialização e saúde pública se revela de forma intrínseca quando compreendemos que o encarceramento, no modelo tradicional, frequentemente aprofunda vulnerabilidades em vez de reduzi-las. As condições precárias de alojamento, a superlotação, a falta de assistência em saúde e a ausência de perspectivas de reinserção social contribuem para o adoecimento físico e mental da população privada de liberdade. Nesse cenário, o método APAC e outras iniciativas semelhantes se apresentam como alternativas que impactam positivamente, não apenas a vida das pessoas recuperadas, mas também a saúde coletiva de toda a sociedade.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída em 2014, incorporou formalmente a população prisional ao SUS. Isso representou um marco histórico, pois reconheceu que a saúde é direito universal, independentemente da condição jurídica. A ressocialização, ao oferecer trabalho, educação e atividades culturais, contribui diretamente para a efetivação dessa política, uma vez que amplia a noção de cuidado, integrando dimensões físicas, psicológicas e sociais.

No âmbito da saúde mental, os impactos da ressocialização são particularmente significativos. A construção de vínculos, a retomada de projetos de vida e a possibilidade de contribuir socialmente funcionam como fatores protetivos contra quadros de depressão, ansiedade e sofrimento

psíquico. A interseção com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) reforça esse aspecto, demonstrando que ressocializar também significa oferecer suporte psicossocial e combater estigmas associados à privação de liberdade. A lógica manicomial e punitiva é, assim, tensionada e substituída por uma abordagem mais humanizada e emancipadora.

Além disso, os efeitos da ressocialização ultrapassam os muros do sistema prisional. Programas que possibilitam a reintegração social reduzem a reincidência criminal e fortalecem a segurança comunitária, impactando diretamente a saúde pública ao diminuir os determinantes sociais da violência. O investimento em projetos como a produção de absorventes, fardamentos escolares e alimentos não apenas capacita as pessoas, mas também gera benefícios concretos para a coletividade, revelando o potencial de práticas intersetoriais e sustentáveis.

Portanto, a ressocialização deve ser compreendida como uma política de saúde pública, pois contribui para a redução das desigualdades, promove inclusão social e fortalece o direito à saúde em sua integralidade. Ao dialogar com os princípios do SUS, universalidade, integralidade e equidade, iniciativas como o método APAC demonstram que cuidar da saúde da população privada de liberdade é também cuidar da saúde da sociedade como um todo. Ressocializar é, nesse sentido, uma estratégia potente de promoção da vida, da dignidade e da cidadania.

Desafios da reintegração social após o cárcere

A reinserção social de pessoas privadas de liberdade constitui um dos mais complexos desafios enfrentados pelas políticas públicas contemporâneas de segurança, saúde e cidadania. Ainda que experiências inovadoras, como o método das Associações de Proteção e Assistência aos Condenados (APACs), os programas de trabalho e educação intramuros e iniciativas comunitárias de

apoio a egressos, representem avanços importantes, a reincidência criminal segue como um fenômeno persistente e multifatorial.

Segundo Ribeiro (2017), a taxa média de reincidência no Brasil situa-se em aproximadamente 24,4%, revelando que a passagem pelo cárcere, isoladamente, não é capaz de promover mudanças estruturais no ciclo de exclusão social. Esse índice é agravado pela estigmatização, pela ausência de oportunidades de trabalho e pela fragilidade das redes de apoio, que limitam as possibilidades de reinserção plena.

Esses elementos evidenciam a coexistência de duas dimensões de vulnerabilidade, a penal e a social, que se retroalimentam e intensificam a exclusão dos egressos. Como destacam Salla, Dias e Alvarez (2021), a reintegração não pode ser compreendida como um retorno linear e automático ao convívio comunitário, mas como um processo conflituoso, marcado pela necessidade de desconstrução de estigmas e pela reconstrução gradual de vínculos sociais. O egresso carrega consigo a dupla penalidade: a do cumprimento da pena e a da rejeição social, situação que repercute diretamente em sua saúde mental, na fragilidade dos projetos de vida e na reprodução de trajetórias de vulnerabilidade.

Diante desse cenário, torna-se evidente a urgência de políticas públicas de caráter intersetorial e integrador, que transcendam ações fragmentadas e pontuais. A literatura aponta que a reintegração social demanda a articulação entre educação, saúde, assistência social e inclusão produtiva, compondo uma rede de suporte que garanta condições concretas de reconstrução da cidadania (Des Institute, 2023; CNJ, 2023).

A implementação de programas voltados à capacitação profissional, ao acesso a serviços de saúde mental e à inserção laboral deve ser acompanhada de estratégias de enfrentamento ao preconceito estrutural, pois somente assim será possível prevenir a reincidência e fortalecer o tecido social. Nesse sentido, a ressocialização, mais do que um ideal jurídico, constitui requisito indispensável para a construção de uma sociedade democrática, inclusiva e comprometida com os direitos humanos.

Experiências exitosas em outros territórios

A ressocialização de pessoas privadas de liberdade tem ganhado espaço em diferentes iniciativas pelo Brasil, que demonstram a potência da arte, da cultura e do trabalho como estratégias de reconstrução da cidadania. No Ceará, destaca-se o projeto Arte em Cadeia, criado em 2009 pelo Instituto Dragão do Mar, em parceria com a Secretaria da Administração Penitenciária (SAP-CE). A iniciativa promove oficinas de artes plásticas, música, teatro e literatura dentro das unidades prisionais, estimulando a expressão artística como ferramenta de autoestima, inclusão social e capacitação profissional. Os resultados mostram que a arte pode ser uma ponte para o diálogo entre o cárcere e a sociedade, reduzindo estigmas e fortalecendo vínculos comunitários (Instituto Dragão do Mar, 2015).

Outro exemplo relevante ocorre em Pernambuco, com o Projeto Pintando a Liberdade, desenvolvido em parceria entre a Fundação de Atendimento Socioeducativo (Funase) e instituições culturais locais. Voltado tanto para adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas quanto para adultos em regime prisional, o projeto oferece oficinas de artesanato, pintura e serigrafia, com vistas à geração de renda e à valorização cultural. Essas práticas demonstram que a reinserção pode ser construída por meio da criatividade e do reconhecimento das potencialidades individuais, rompendo a lógica de invisibilidade que historicamente marca o sistema prisional nordestino (Silva; Melo, 2020).

Essas experiências revelam que a ressocialização não é um processo homogêneo, mas plural e enraizado nas realidades locais. Tanto no Ceará quanto em Pernambuco, percebe-se que a inclusão da arte e da cultura no cárcere não apenas favorece a saúde mental e emocional dos internos, mas também contribui para sua reintegração social. A aposta na educação, no trabalho criativo e na valorização da dignidade humana mostra-se um caminho potente para transformar o cárcere em espaço de reconstrução, e não apenas de punição.

Caminhos para a construção de uma política pública

A ausência de uma política nacional estruturada de ressocialização impõe a necessidade de pensar caminhos concretos para sua construção. Hoje, o tema encontra respaldo em dispositivos legais, como o art. 59 do Código Penal, que prevê a função ressocializadora da pena, em projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional e em planos como o Pena Justa, elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Contudo, essas iniciativas permanecem fragmentadas, dificultando a consolidação de uma agenda contínua e intersetorial.

A formulação de uma política pública de ressocialização deve partir do reconhecimento de que a reintegração não é apenas responsabilidade do sistema de justiça, mas demanda a atuação conjunta de múltiplos setores: saúde, educação, assistência social, cultura e trabalho. Nesse sentido, a articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) é fundamental para assegurar o direito à saúde e reduzir os impactos do encarceramento sobre a vida das pessoas e de suas comunidades (Brasil, 2014).

Outro ponto essencial é a criação de mecanismos institucionais que garantam a continuidade das ações após o cumprimento da pena. Isso inclui programas de empregabilidade, capacitação profissional, apoio psicossocial e políticas de incentivo à contratação de egressos, combatendo o estigma e favorecendo a inclusão produtiva. A participação ativa da sociedade civil e do setor privado, por meio de parcerias e incentivos fiscais, também pode ser determinante. Dessa forma, a construção de uma política pública de ressocialização precisa se alicerçar em princípios de intersetorialidade, integralidade e justiça social, consolidando a ressocialização como parte de uma agenda mais ampla de direitos humanos.

Reflexões a partir do VER-SUS

O VER-SUS, ao nos inserir em diferentes cenários do SUS, mostrou que a saúde não se constrói apenas em unidades de atenção tradicionais, mas também em espaços historicamente marginalizados, como o sistema prisional. A experiência no Maranhão foi particularmente potente por nos permitir conhecer de perto práticas de ressocialização que dialogam diretamente com as políticas públicas de saúde e de direitos humanos. Nesse sentido, a vivência ampliou nosso olhar sobre o que significa “cuidar” e nos colocou em contato com iniciativas que concretizem a integralidade e a equidade do SUS.

Ao aproximar-se do cotidiano dos recuperandos, percebemos que a ressocialização se materializa em projetos que transcendem o caráter punitivo da pena, tornando-se dispositivos de promoção da saúde e da cidadania. O projeto de piscicultura da Penitenciária Regional de São Luís, parte do Programa Trabalho com Dignidade, ilustra isso: com a meta de expandir para 38 tanques de tilápia, garante não apenas geração de renda e qualificação profissional, mas também autoestima, disciplina e sentido de pertencimento (SEAP, 2025). Do mesmo modo, a confecção de absorventes, fardas escolares e matracas do São João expressa a integração entre cultura, saúde e trabalho, revelando que o cuidado também se dá na produção simbólica e material da vida.

Essas iniciativas dialogam com os princípios da desinstitucionalização, defendida pelo DES Institute (2023), que propõe a substituição de práticas de segregação por modelos de cuidado em liberdade, territorializados e integrados à vida comunitária. Ao mesmo tempo, encontram respaldo na Política Antimanicomial do Poder Judiciário, que busca superar a lógica punitiva e manicomial ainda presente nas prisões e nos serviços de saúde mental (CNJ, 2023). Ambas as referências reforçam que é possível construir novas formas de cuidado, centradas na dignidade humana e no direito à saúde, mesmo em espaços tradicionalmente marcados pela exclusão.

Outro ponto que nos marcou foi a presença de uma Unidade Básica de Saúde dentro da penitenciária, equipada com consultórios médicos e odontológicos, equipe de enfermagem, farmácia e um sistema organizado de registros de saúde dos detentos. Essa estrutura representa uma inovação importante, pois desloca a lógica de que a saúde está fora dos muros e a insere no próprio espaço da privação de liberdade. O SUS, assim, se faz presente ali, assegurando o acompanhamento clínico, a prevenção de agravos e a promoção da saúde como direito inalienável.

Esses encontros e aprendizados nos mostraram que a saúde ultrapassa as barreiras biomédicas e se insere em múltiplos espaços, educacionais, políticos e humanitários. Ao dialogar com recuperandos, profissionais e gestores, entendemos que o cuidado se faz também no trabalho, no ensino e na cultura, compondo um mosaico de práticas que fortalecem a cidadania. Essa compreensão se aprofundou no diálogo com o farmacêutico da penitenciária, cuja atuação extrapola a dispensação de medicamentos: ele também dá aulas para os internos, evidenciando que o papel do profissional de saúde pode e deve ser transformador. Esse encontro abre caminho para o próximo tópico, onde refletimos sobre como o SUS, por meio de seus trabalhadores, pode ultrapassar fronteiras e reinventar a forma de produzir saúde em territórios de exclusão.

Conclusão

A vivência no VER-SUS mostrou que a saúde pública vai muito além da clínica e do atendimento em unidades convencionais. Ao adentrarmos o espaço prisional e conhecermos experiências concretas de ressocialização, percebemos que o SUS se reinventa em cada território, reconhecendo as singularidades e enfrentando desafios históricos. Estar diante de projetos como a piscicultura, a produção de absorventes e fardamentos escolares, bem

como a atuação de profissionais de saúde dentro da penitenciária, foi vivenciar, na prática, que a saúde é também um ato político e social.

O encontro com o farmacêutico da penitenciária sintetizou essa compreensão: seu trabalho não se limitava ao âmbito técnico da farmácia, mas se estendia ao campo educativo, promovendo aulas e reflexões para os internos. Esse gesto demonstra que o cuidado é múltiplo, e que a saúde pode ser instrumento de transformação quando se assume o compromisso de ir além da dimensão biomédica. O farmacêutico, assim, tornou-se símbolo de como o SUS é capaz de atravessar barreiras e gerar impacto humanitário, educacional e cultural.

Essas experiências nos colocaram diante da potência da desinstitucionalização, conceito que reforça a necessidade de substituir práticas de segregação por políticas que possibilitem a vida em comunidade, a reconstrução de vínculos e a valorização da dignidade. No sistema prisional, isso se traduz na construção de ambientes de cuidado, de trabalho e de educação, que tornam possível a reintegração social e reduzem a lógica punitiva que historicamente produz exclusão. A ressocialização, nesse contexto, revela-se como política de saúde pública, intersetorial e transformadora.

Enquanto profissionais em formação, fomos convocados a repensar nosso papel no SUS: não apenas como prestadores de serviços, mas como sujeitos políticos comprometidos com a defesa da vida e dos direitos humanos. O VER-SUS nos ensinou que a integralidade do cuidado exige escuta, diálogo e reconhecimento das diferenças; que a equidade só se faz real quando inclui os mais vulneráveis; e que a universalidade só se sustenta quando ultrapassa muros, grades e fronteiras simbólicas.

Concluimos, assim, que a ressocialização não é apenas uma política do sistema prisional, mas um verdadeiro exercício de saúde coletiva. Ela produz efeitos concretos na redução da violência, na promoção da saúde mental, na inclusão social e na cidadania. O que vivemos no VER-SUS transformou profundamente nosso olhar enquanto futuros profissionais de saúde:

aprendemos que o cuidado é sempre mais amplo do que o procedimento, e que o SUS é, acima de tudo, um projeto civilizatório, capaz de afirmar a vida em sua pluralidade e dignidade.

Referências

BRANDÃO, J.; LAGRECA, A. O delito de ser negro: atravessamentos do racismo estrutural no sistema prisional brasileiro. In: FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. p. 308-319. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2026.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Diário Oficial da União: seção 1, Rio de Janeiro, RJ, 31 dez. 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 12 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

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

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Manual antimanicomial do Poder Judiciário**. Brasília, DF: CNJ, 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/09/digital-manual-antimanicomial.pdf>. Acesso em: 27 set. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS PENAIIS; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. **Pena Justa**: plano nacional para enfrentamento do estado de coisas inconstitucional nas prisões brasileiras: arguição de descumprimento de preceito fundamental 347. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2025. 448 p. (Série Fazendo Justiça. Coleção Pena Justa). Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2025/02/2025-02-07-pena-justa-plano-e-matriz.pdf>. Acesso em: 12 maio 2026.

DES INSTITUTE. **Desinstitucionalização: da saída do manicômio à vida na cidade**: estratégias de gestão e de cuidado. São Paulo: Des Institute, 2023. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/documento/desinstitucionalizacao-da-saida-do-manicomio-a-vida-na-cidade-estrategias-de-gestao-e-de-cuidado.pdf>. Acesso em: 27 set. 2025.

FERLA, A. A. *et al.* **Ser, fazer, compor VER-SUS**: redes de afetos e conhecimentos. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

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

INSTITUTO DRAGÃO DO MAR. **Projeto Arte em Cadeia**. Fortaleza: IDM, 2015.

JUSTIÇA GLOBAL. **Derrubar cadeias, derrubar senzalas:** a tortura e o racismo na privação de liberdade no Brasil. Brasília, DF: Justiça Global, 20 nov. 2025. Disponível em: <https://www.global.org.br/blog/manifesto-campanha-derrubar-cadeias-derrubar-senzalas-a-tortura-e-o-racismo-na-privacao-de-liberdade-no-brasil/>. Acesso em: 5 jan. 2026.

MARANHÃO. Secretaria de Estado de Administração Penitenciária. **Mão de obra carcerária produz móveis para delegacias entregues pelo Governo do Estado.** São Luís: SEAP, 2023. Disponível em: <https://www.ma.gov.br/noticias/mao-de-obra-carceraria-produz-moveis-para-delegacias-entregues-pelo-governo-do-estado>. Acesso em: 27 set. 2025.

MARANHÃO. Agência Estadual de Defesa Agropecuária do Maranhão. **AGED conhece projeto piloto de piscicultura do Programa Trabalho com Dignidade.** São Luís: AGED, 2025. Disponível em: <https://aged.ma.gov.br/2025/01/31/aged-conhece-projeto-piloto-de-psicultura-do-programa-trabalho-com-dignidade/>. Acesso em: 27 set. 2025.

MARANHÃO. Secretaria de Estado de Administração Penitenciária. **Seap recebe visita de representantes da AGED e SEPA para fortalecer parceria no projeto de piscicultura na Penitenciária Regional de São Luís.** São Luís: SEAP, 2025. Disponível em: <https://seap.ma.gov.br/noticias/seap-recebe-visita-de-representantes-da-aged-e-sepa-para-fortalecer-parceria-no-projeto-de-piscicultura-na-penitenciaria-regional-de-sao-luis>. Acesso em: 27 set. 2025.

RIBEIRO, C. A. A questão penitenciária e a reincidência criminal no Brasil. **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, v. 4, n. 2, p. 104-125, 2017.

SALLA, F.; DIAS, C. N.; ALVAREZ, M. C. O desafio da reintegração social no Brasil: entre políticas públicas e estigmas sociais. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, v. 29, n. 174, p. 227-252, 2021.

SILVA, R. A.; MELO, J. P. Educação e arte como estratégias de reintegração social: a experiência do Projeto Pintando a Liberdade em Pernambuco. **Revista Educação, Cultura e Sociedade**, v. 8, n. 2, p. 45-62, 2020.

PROVOCAÇÕES FOUCAULTIANAS: UM OLHAR DO VER-SUS SOBRE PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO E TRABALHO NO SISTEMA PRISIONAL

Diego de Oliveira Santos
Márcio Luís Chagas Mendes

Introdução

O Programa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) constitui-se como uma estratégia formativa que, desde sua criação, promove a imersão de estudantes e profissionais em diferentes realidades do Sistema Único de Saúde (SUS), estimulando uma formação crítica, interdisciplinar e comprometida com os princípios da saúde pública brasileira. Após um período de descontinuidade, o programa foi retomado pela Rede Unida com uma proposta voltada à formação de facilitadores, sujeitos responsáveis por mediar processos de aprendizagem, reflexão e problematização das experiências vivenciadas nos territórios (Brasil, 2025).

A edição do VER-SUS voltada para a Região Nordeste, realizada em São Luís, Maranhão, reuniu participantes dos estados do Ceará, Piauí, Maranhão e Rio Grande do Norte, configurando-se como um projeto piloto dessa nova etapa do programa. Ao longo de sete dias, os facilitadores participaram de visitas a diferentes serviços e equipamentos públicos, incluindo uma unidade

do sistema prisional maranhense, o Complexo Penitenciário de Pedrinhas, historicamente conhecido por episódios de violência, rebeliões e superlotação, tornaram-no referência nacional no debate sobre o encarceramento no Brasil.

A inserção do sistema prisional no percurso formativo do VER-SUS amplia a compreensão das interfaces entre saúde, justiça e políticas públicas, permitindo refletir sobre o cárcere como um espaço atravessado por múltiplas práticas institucionais. Entre essas práticas, destacam-se ações voltadas à educação e ao trabalho das pessoas privadas de liberdade, frequentemente apresentadas como estratégias de ressocialização no âmbito das políticas penitenciárias brasileiras, conforme previsto na Lei de Execução Penal (Brasil, 1984) e em diretrizes internacionais de direitos humanos, como as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos, conhecidas como Regras de Mandela (Organização das Nações Unidas, 2015).

No entanto, a análise dessas iniciativas exige um olhar crítico que vá além de uma leitura normativa ou meramente descritiva. Nesse sentido, o referencial teórico de Michel Foucault oferece importantes ferramentas analíticas para compreender o sistema prisional enquanto um dispositivo de poder, saber e controle, no qual práticas como educação e trabalho podem ser entendidas como tecnologias de disciplinamento, gestão dos corpos e governamentalidade (Foucault, 1975; 1976; 2007). A partir dessa perspectiva, o cárcere não se configura apenas como um espaço de punição, mas como um campo de produção de subjetividades, normas e modos de vida.

Dessa forma, a experiência vivenciada no âmbito do VER-SUS possibilita problematizar como as práticas de educação e trabalho se materializam no cotidiano prisional e de que maneira elas operam dentro das lógicas institucionais que atravessam o encarceramento contemporâneo. Ao situar essa vivência no diálogo com o pensamento foucaultiano, torna-se possível tensionar discursos consolidados sobre ressocialização, reinserção social e humanização das penas, sem desconsiderar as relações de poder que estruturam o sistema prisional.

Assim, o objetivo deste texto é relatar a experiência vivenciada no Complexo Penitenciário de Pedrinhas durante a Edição Nordeste do VER-SUS, analisando as práticas de educação e trabalho no sistema prisional a partir do referencial pós-estruturalista foucaultiano, com foco nos dispositivos de poder, disciplina e governamentalidade que atravessam essas práticas.

Metodologia

Este estudo configura-se como um relato de experiência, de caráter descritivo e reflexivo, elaborado a partir da participação no Programa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), edição Nordeste, realizada no município de São Luís (MA), no mês de maio de 2025. O VER-SUS, nessa edição, teve como proposta a formação de facilitadores, por meio da imersão em diferentes serviços e equipamentos públicos, possibilitando a problematização crítica das práticas institucionais e de suas interfaces com o Sistema Único de Saúde (SUS).

A vivência do VER-SUS contou com a participação de um número ampliado de facilitadores, distribuídos em diferentes grupos ao longo das atividades. A visita ao Complexo Penitenciário de Pedrinhas foi realizada por um desses grupos, composto por seis facilitadores residentes e pela tutora responsável, totalizando sete participantes. A visita ocorreu no dia 28 de maio de 2025, com início às 14 horas e duração aproximada de duas horas.

A atividade foi conduzida por representante da gestão administrativa da unidade prisional, que realizou a apresentação institucional e acompanhou o grupo durante o percurso autorizado no interior da unidade. O Complexo Penitenciário de Pedrinhas caracteriza-se como uma unidade prisional masculina de segurança máxima, destinada ao cumprimento de pena em regime fechado. Durante a apresentação institucional, foram abordados aspectos relacionados à organização da unidade, às políticas de educação e

trabalho desenvolvidas no interior do presídio e à assistência à saúde ofertada às pessoas privadas de liberdade.

As atividades educacionais e laborais foram apresentadas como não obrigatórias, sendo a adesão dos internos condicionada à manifestação de interesse, com acesso a benefícios previstos em lei, tais como remição de pena proporcional aos dias de trabalho e remuneração mínima, conforme estabelecido pela Lei de Execução Penal. No que se refere à assistência à saúde, a unidade dispõe de um serviço de saúde intramuros, organizado nos moldes da Atenção Básica, responsável pelo acompanhamento das demandas clínicas mais frequentes. Situações de maior complexidade são encaminhadas para serviços de referência da rede externa, com transferência do interno quando necessário.

Como forma de contextualização da realidade observada, foram apresentados dados institucionais referentes ao perfil epidemiológico e ao quantitativo de pessoas privadas de liberdade atendidas pela unidade no período da visita. O quadro demonstrativo indicava, no mês de maio de 2025, uma população prisional aproximada de 670 internos. Esses dados foram utilizados exclusivamente para fins descritivos e de contextualização do cenário vivenciado, sem pretensão de análise estatística ou comparativa.

A experiência foi registrada por meio de anotações de campo e registros reflexivos, elaborados pelos facilitadores ao longo e após a visita, a partir das observações realizadas e das informações institucionais compartilhadas pela gestão da unidade. Não houve identificação nominal de pessoas privadas de liberdade, tampouco coleta de dados individuais, preservando-se o sigilo e o cuidado ético inerentes a contextos prisionais.

Por se tratar de um relato de experiência, sem intervenção direta ou identificação de sujeitos, este trabalho dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando o respeito à dignidade, à confidencialidade e aos direitos das pessoas envolvidas.

Resultados e Discussão

Prisão

A análise da experiência é orientada pelo referencial pós-estruturalista de Michel Foucault, a partir dos conceitos de poder disciplinar, biopoder e governamentalidade, utilizados como chaves interpretativas das práticas de educação e trabalho no sistema prisional.

Durante a visita ao Complexo Penitenciário de Pedrinhas, foi possível observar que se trata de uma unidade prisional masculina de segurança máxima, com população aproximada de 670 pessoas privadas de liberdade no período da vivência. A estrutura da unidade contempla espaços destinados a atividades educativas e laborais, além de serviço de saúde intramuros organizado nos moldes da Atenção Básica. O acesso às atividades de educação e trabalho ocorre mediante critérios institucionais, como disponibilidade de vagas, interesse do interno e avaliação da gestão, não possuindo caráter obrigatório, mas garantindo benefícios legais como remição de pena e remuneração (Brasil, 2025).

No que se refere às atividades laborais, o Complexo Penitenciário de Pedrinhas dispõe de oficinas produtivas estruturadas no interior da unidade. Dentre as atividades desenvolvidas, destacam-se a marcenaria e a fábrica de móveis, nas quais são confeccionadas portas e mobiliários destinados a diferentes secretarias do Estado. Observou-se também a oferta de cursos profissionalizantes, como o de cabeleireiro, além de uma fábrica de absorventes. A unidade conta ainda com tanques de piscicultura, cuja produção de peixes é destinada à alimentação escolar da rede pública estadual. Conforme informado pela gestão administrativa durante a visita, a participação nas atividades laborais possibilita a remição de pena, sendo computado um dia de redução para cada três dias de trabalho.

O sistema prisional do Maranhão, especialmente o complexo de Pedrinhas, apresenta histórico marcado por rebeliões, superlotação e episódios

de violência extrema, evidenciando a necessidade de estratégias efetivas de ressocialização (Brasil, 2025; Oliveira, 2022). A visita do VER-SUS permitiu observar que as práticas de educação e trabalho se articulam com a gestão do cotidiano prisional, promovendo disciplina, autonomia e inserção social dos internos, alinhadas aos princípios da Lei de Execução Penal (Brasil, 1984).

Do ponto de vista foucaultiano, Pedrinhas exemplifica a operação do poder disciplinar e do panoptismo, para Foucault (1975), a prisão era um dispositivo de vigilância e docilização dos corpos; no entanto, a realidade observada em Pedrinhas revela fissuras nesse modelo. O panoptismo não desaparece, mas é tensionado por práticas educativas, laborais e culturais que permitem aos detentos exercer certa agência, introduzindo novos sentidos à vida carcerária. Assim, propor uma releitura em termos foucaultianos não invalida sua análise, mas sinaliza que a teoria clássica não captura completamente a complexidade contemporânea das prisões.

Além disso, o biopoder (Foucault, 1976), concebido como uma forma de governar a vida e os corpos, se reconfigura em Pedrinhas: a gestão da população carcerária combina disciplina e vigilância com oportunidades de autonomia, educação e trabalho. Essas práticas abrem brechas na lógica original de controle, evidenciando que a teoria foucaultiana precisa ser reinterpretada diante das estratégias contemporâneas de administração prisional.

Esse arranjo institucional dialoga diretamente com as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos, conhecidas como Regras de Mandela, ao reafirmar que a privação de liberdade não deve implicar a supressão da dignidade humana, mas sim a garantia de condições que favoreçam a reintegração social. As práticas observadas no Complexo Penitenciário de Pedrinhas demonstram que a educação e o trabalho, quando articulados a políticas institucionais consistentes, podem funcionar como tecnologias de governo que, embora inseridas em uma lógica disciplinar, produzem efeitos que ultrapassam a punição, aproximando o sistema prisional de parâmetros internacionais de direitos humanos (Organização Das Nações Unidas, 2015).

A integração de atividades laborais, educacionais e culturais configura um modelo que vai além da mera contenção de presos, propondo transformação social e humana dentro do presídio. A experiência evidencia ainda a importância de políticas públicas consistentes e acompanhamento institucional, mostrando que, mesmo em contextos desafiadores, é possível promover experiências formativas que impactam positivamente a vida dos internos e fortalecem a perspectiva de reinserção no tecido social (Brasil, 2025).

Essa transformação é reforçada pelos dados recentes do sistema carcerário brasileiro. Em 2024, 25,4% dos presos em regime fechado ou semiaberto exerciam alguma função no mercado de trabalho, totalizando 170.415 pessoas (Brasil, 2025). O Maranhão se destacou nesse cenário, atingindo 80% de internos envolvidos em atividades laborais, um dos índices mais altos do país. Das 11.743 pessoas presas no estado, 9.376 participam de atividades laborais, superando a meta do Plano Nacional Pena Justa, que estipulava alcançar 50% dos presos trabalhando até 2027 (Brasil, 2025).

No estado, o Plano Estadual de Trabalho e Renda para Pessoas Privadas de Liberdade ampliou oficinas prisionais, oferecendo atividades como marcenaria, serralheria, costura, reciclagem, fabricação de blocos e móveis, digitalização de processos, piscicultura e produção de alimentos para órgãos públicos. Todos os internos recebem remuneração digna, e o trabalho contribui para a remição da pena conforme os dias trabalhados. Nesse contexto, parcerias com entidades e escritórios sociais auxiliam na reintegração pós-cárcere, fortalecendo a ressocialização e a responsabilidade social (Brasil, 2025).

Educação

A educação se mostra um elemento central na ressocialização dos internos em Pedrinhas, promovendo aprendizado, cidadania e perspectiva de futuro. Verificou-se que a realização de programas de educação e trabalho, incluindo

cursos profissionalizantes, oficinas de produção de bens e oportunidades de ensino superior, promove o fortalecimento da autoestima, da disciplina e do senso de responsabilidade dos internos (Brasil, 2011; Silva, 2018).

No interior da unidade, foi possível observar a existência de uma sala de aula destinada às atividades educacionais, localizada na área interna do presídio. O espaço apresenta uma configuração específica, na qual uma grade separa fisicamente o local ocupado pelo professor do espaço destinado aos alunos, evidenciando a permanência de dispositivos de controle mesmo no contexto educativo.

As atividades educacionais não possuem caráter obrigatório e incluem aulas de ensino formal e de língua inglesa. Conforme relatado pela gestão durante a visita, alguns internos já lograram aprovação em cursos de ensino superior e, por determinação judicial, frequentam as aulas externas utilizando tornozeleira eletrônica e acompanhamento institucional, retornando à unidade prisional após as atividades acadêmicas.

Sob a perspectiva de Foucault, a educação funciona como instrumento de poder-saber, mediando relações sociais dentro do presídio. Ao mesmo tempo em que o sistema busca disciplinar e controlar, as práticas educativas oferecem aos internos possibilidades de autonomia e construção de conhecimento, subvertendo parcialmente a lógica tradicional de vigilância e controle (Foucault, 2007).

O acesso à educação no sistema prisional é garantido pela Lei de Execução Penal (Lei n. 7.210/1984), e reforçado por políticas recentes, como o Plano Nacional Pena Justa, que integra ensino e trabalho como mecanismos de reinserção social (Brasil, 1984; Brasil, 2025).

Sob essa perspectiva, as experiências exitosas observadas em Pedrinhas evidenciam que a articulação entre trabalho e educação possibilita aos internos aplicar, de forma concreta, os conhecimentos adquiridos em sala de aula em contextos reais de produção e prestação de serviços. Durante a visita, foi possível compreender que essa integração contribui para a construção de

rotinas mais estruturadas, fortalece vínculos institucionais e comunitários e amplia a percepção de utilidade social dos internos. Tais práticas favorecem o desenvolvimento de autonomia, responsabilidade e cidadania, ao permitir que as pessoas privadas de liberdade reconheçam suas capacidades produtivas e vislumbrem possibilidades de reinserção social para além do período de encarceramento (Oliveira, 2022).

A combinação entre educação formal, cursos profissionalizantes e atividades práticas demonstra que os processos de reinserção social tendem a ser mais efetivos quando o ensino é contextualizado e conectado à realidade vivida pelo preso. Ao articular teoria e prática, as ações educativas desenvolvidas no contexto prisional deixam de assumir caráter meramente instrucional e passam a contribuir para a reorganização de trajetórias individuais, ampliando perspectivas de futuro e reduzindo a ruptura entre o ambiente carcerário e a vida em liberdade. Nesse sentido, a educação se consolida como ferramenta estratégica de ressocialização, especialmente quando integrada a políticas institucionais que reconhecem o sujeito privado de liberdade como agente ativo de seu processo formativo (Souza, 2020).

Esse papel transformador da educação no cárcere também é ressaltado por Cruz e Ribeiro (2021), ao defenderem que “transformar presos em alunos” significa ampliar as possibilidades de reinserção social por meio da ressignificação da identidade do indivíduo privado de liberdade. Ao assumir a condição de estudante, o sujeito passa a ser reconhecido não apenas pela infração cometida, mas também por sua capacidade de aprender, produzir conhecimento e projetar outras trajetórias possíveis.

Trabalho

O trabalho se configura como elemento central na ressocialização dos internos em Pedrinhas, promovendo aprendizado, responsabilidade e

integração social. Dados da Secretaria Nacional de Políticas Penais (Brasil, 2025), indicam que o Maranhão possui o maior percentual de internos envolvidos em atividades laborais do país, atingindo 80% da população prisional. Esse resultado reflete a implementação do Plano Estadual de Trabalho e Renda, as atividades laborais desenvolvidas no interior da unidade, já caracterizadas anteriormente, concretizam a política estadual de trabalho prisional ao combinar produção, remuneração e remição de pena, ampliando as possibilidades de reinserção social.

Do ponto de vista teórico, essas práticas exemplificam a operação do biopoder no sistema prisional, na medida em que regulam corpos, tempos e comportamentos, organizando a vida cotidiana dos internos por meio do trabalho e da disciplina (Foucault, 1976). Contudo, ao mesmo tempo em que produzem sujeição, essas práticas também abrem espaços de negociação, resistência e exercício de autonomia, permitindo que os internos construam experiências de reinserção social e ressignifiquem sua condição no interior da instituição prisional.

Somado a isso, ações de acompanhamento de egressos, por meio de escritórios sociais, contribuem para a redução da reincidência e fortalecem vínculos com a comunidade, ampliando os efeitos da ressocialização (Brasil, 1984; Brasil, 2011). A articulação entre trabalho e educação evidencia que práticas integradas fortalecem a construção de autoestima, disciplina e senso de responsabilidade, favorecendo a reinserção social de forma sustentável (Souza, 2020; Oliveira, 2022; Silva, 2018).

Portanto, a experiência em Pedrinhas confirma a eficácia de práticas de reinserção social e oferece um olhar crítico sobre teorias clássicas de prisão. Conceitos foucaultianos de poder, disciplina e biopoder são desafiados e reinterpretados à luz das práticas concretas do VER-SUS, mostrando que a prisão pode ser simultaneamente espaço de controle e de transformação social (Foucault, 2007; Silva, 2018).

Considerações finais

A experiência vivenciada no âmbito do VER-SUS no Complexo Penitenciário de Pedrinhas evidenciou a complexidade das práticas institucionais que atravessam o sistema prisional contemporâneo. A articulação entre educação, trabalho e gestão institucional mostrou-se central na organização do cotidiano prisional, operando tanto como estratégia de controle quanto como possibilidade de reorganização das experiências das pessoas privadas de liberdade.

As práticas observadas indicam que educação e trabalho assumem papel relevante na administração do tempo, dos corpos e das condutas no interior da prisão, ao mesmo tempo em que produzem efeitos subjetivos relacionados à responsabilização, à ocupação produtiva e à construção de expectativas de reinserção social. À luz do referencial foucaultiano, foi possível compreender que tais práticas não anulam o caráter disciplinar da prisão, mas o reconfiguram por meio de tecnologias de poder mais sutis e difusas.

Por fim, o relato reafirma a importância do VER-SUS como espaço formativo capaz de promover reflexões críticas sobre instituições complexas como o sistema prisional. Ao possibilitar a aproximação com realidades marcadas por contradições e tensões, o programa contribui para a formação de facilitadores atentos às dimensões éticas, políticas e sociais que atravessam as políticas públicas, fortalecendo a produção de olhares críticos sobre direitos humanos, cidadania e governamentalidade no contexto do SUS.

Referências

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 jul. 1984. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 7.626, de 24 de novembro de 2011**. Institui o Plano Estratégico de Educação no âmbito do Sistema Prisional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 nov. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/

Decreto/D7626.htm. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – VER-SUS/Brasil**. Disponível em: <https://www.redeunida.org.br/en/versus/menu/vivencias-ver-sus/>. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 44-46, 24 maio 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf>. Acesso em: 13 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. **Relatório Estatístico do Sistema Prisional Brasileiro: 1º semestre de 2025**. Brasília, DF: SENAPPEN, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relatorios-de-informacoes-penitenciarias/relatorio-do-1o-semester-de-2025.pdf>. Acesso em: 13 maio 2026.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS PENAS; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. **Pena Justa: plano nacional para enfrentamento do estado de coisas inconstitucional nas prisões brasileiras: arguição de descumprimento de preceito fundamental 347**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2025. 448 p. Disponível em: <https://bibliotecadigital.cnj.jus.br/handle/123456789/1053>. Acesso em: 13 maio 2026.

CRUZ, D. M. da; RIBEIRO, D. M. Transformar presos em alunos: um estudo sobre a educação no sistema prisional paranaense. **Revista Brasileira de Educação**, v. 26, p. 1-20, 2021.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1975.

FOUCAULT, M. **A vontade de saber: história da sexualidade I**. Rio de Janeiro: Graal, 1976.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MARANHÃO. Secretaria de Estado de Administração Penitenciária. **Seap recebe visita de representantes da AGED e SEPA para fortalecer parceria no projeto de piscicultura na PR de São Luís**. São Luís: SEAP, 31 jan. 2025. Disponível em: <https://seap.ma.gov.br/noticias/seap-recebe-visita-de-representantes-da-aged-e-sepa-para-fortalecer-parceria-no-projeto-de-piscicultura-na-penitenciaria-regional-de-sao-luis>. Acesso em: 13 maio 2026.

OLIVEIRA, L. **O trabalho penitenciário e a ressocialização do preso no Brasil**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Anhangüera, Parauapebas, 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos: Regras de Nelson Mandela**. Resolução 70/175 da Assembleia Geral da ONU, adotada em 17 dez. 2015. Lisboa: Governo de Portugal, 2017. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-P-ebook.pdf. Acesso em: 25 ago. 2025.

SILVA, J. C. da. Sentidos do trabalho prisional: uma revisão da literatura. **Revista de Administração Pública**, v. 52, n. 4, p. 789-804, 2018.

SOUZA, M. A. de. A história da educação prisional no Brasil e o papel da educação na ressocialização. **Revista Interdisciplinar de Educação e Pesquisa**, v. 5, n. 1, p. 45-58, 2020.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO VER-SUS: PRINCÍPIOS E TERRITÓRIOS QUE TRANSFORMAM

Camila Ruhana Costa Marques
Joyce Aurélia Siqueira Lima
Liana Capistrano Lopes

Introdução

O Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde, desenvolvido em articulação ao projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS Brasil), que foi uma edição piloto voltada à formação de facilitadores, configurou-se como uma importante estratégia para a qualificação de futuros profissionais da saúde, com base nos princípios e diretrizes do SUS. A iniciativa buscou proporcionar aos participantes uma imersão crítica na realidade dos serviços públicos de saúde, reconhecendo-os como sujeitos sociais e políticos, capazes de intervir nos processos de cuidado, gestão e transformação das práticas em saúde.

O programa teve como objetivo promover a visibilidade do modelo de atenção à saúde, com ênfase na determinação social do processo saúde-doença (Ferla *et al.*, 2025). Também buscou criar ambientes educativos participativos, estimulando a reflexão crítica e o compromisso ético-político dos viventes.

Por meio dessa proposta, o VER-SUS estimulou o protagonismo estudantil e a reflexão coletiva. Assim, promoveu uma formação ética, comprometida com as reais necessidades da população, que ultrapassa os

limites do ensino tradicional ao valorizar a vivência nos territórios como espaço potente de aprendizagem (Rede Unida, 2025).

A vivência aqui relatada foi realizada entre os dias 25 e 31 de maio de 2025, na cidade de São Luís, no estado do Maranhão, reunindo 60 viventes, entre estudantes de graduação na área da saúde e residentes de quatro estados do Nordeste: Piauí, Maranhão, Rio Grande do Norte e Ceará. As atividades tiveram como sede a Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESP-MA), com hospedagem e alimentação viabilizadas por meio de parceria entre a Rede Unida, o Ministério da Saúde e o Governo do Estado do Maranhão, sendo organizadas em hotéis e hostels nas proximidades da instituição.

A programação incluiu visitas a diversas instituições de saúde e atenção social, como unidades básicas de saúde, centros de especialidades, hospitais pediátricos e de alta complexidade, maternidades, centros de atenção psicossocial e serviços para pessoas com deficiência. Também foram contemplados espaços culturais e religiosos, como terreiros e sedes de bumba-meu-boi, além de instituições prisionais masculinas e femininas. As atividades foram distribuídas por diferentes territórios de São Luís e nos municípios vizinhos de São José de Ribamar, Paço do Lumiar e Itapecuru-Mirim (Rede Unida, 2025).

De acordo com Ferla *et al.* (2025), a formação dos facilitadores destacou-se como uma ligação essencial para a construção de experiências nos territórios vivos brasileiros. Ao contrário do modelo tradicional de ensino estruturado, essa formação ocorreu predominantemente na prática, a partir da imersão nos serviços de saúde, do contato direto com a comunidade e da interação com diferentes atores do SUS.

Esperava-se que os facilitadores compreendessem seu papel como articuladores da integração entre ensino, serviço e comunidade, contribuindo para o fortalecimento da equidade em saúde, da gestão participativa, da Educação Permanente e da educação popular em saúde. A autonomia e a sensibilidade frente às realidades locais foram consideradas fundamentais para uma formação transformadora e alinhada aos princípios do programa.

Outrossim, o objetivo deste relato foi descrever a experiência vivenciada nos Programas VER-SUS Brasil e Vivências no SUS, destacando sua relevância como estratégia de aprendizado e de aproximação à realidade do SUS.

Com isto, a justificativa para este relato de experiência reside na sua relevância acadêmica e profissional. No campo acadêmico, o registro sistematizado da vivência contribui para a produção de conhecimento e para a valorização de metodologias inovadoras na formação em saúde, ampliando o debate científico sobre práticas educativas que aproximam ensino e realidade dos territórios. No campo profissional, o relato evidencia como experiências imersivas favorecem a formação de trabalhadores críticos, capazes de compreender a complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e atuar de forma ética, sensível e alinhada às necessidades da população. Assim, ao compartilhar esta experiência, busca-se fortalecer tanto a construção teórica quanto a prática profissional, incentivando que outras iniciativas semelhantes sejam desenvolvidas em diferentes contextos de ensino e serviço.

Percursos metodológicos

Este texto conceitua-se como um relato de experiência, construído a partir de uma abordagem qualitativa e descritiva (Mussi; Flores; Almeida, 2021). A metodologia utilizada no Vivências no SUS/VER-SUS foi estruturada como um processo de imersão que integrou dimensões teóricas, práticas e vivenciais nos serviços de saúde e territórios, envolvendo observações e registros em diário de campo, rodas de conversa e relatos coletivos construídos ao longo das atividades.

A proposta pedagógica esteve orientada pelo compromisso com a transformação social e pelos princípios do SUS, valorizando a educação pelo trabalho, a centralidade do educando, a aprendizagem significativa, a educação popular em saúde e a Educação Permanente. Dessa forma, buscou-se estimular

o protagonismo dos participantes e favorecer uma construção dinâmica e interativa do conhecimento, respeitando as especificidades de cada território e as diferentes atuações profissionais na saúde (Ferla *et al.*, 2025).

Os ambientes de aprendizado da vivência foram a Escola de Saúde Pública de Maranhão, os serviços do SUS, territórios vivos e ambiente virtual de aprendizagens. As atividades desenvolvidas durante a vivência seguiram um cronograma previamente organizado, com o objetivo de proporcionar aos participantes uma experiência ampla e significativa nos diversos níveis de atenção à saúde e nos diferentes contextos socioculturais do território. A etapa de vivências se deu ancorada nas etapas de preparação-vivência-socialização, sendo realizadas em subgrupos, com sete ou oito viventes cada. A seguir, o Quadro 1 apresenta brevemente as atividades realizadas em cada dia de vivência.

Quadro 1. Cronograma das Visitações das Unidades de Saúde – VER-SUS

Data	Unidades
25 de maio de 2025	Recepção na Escola de Saúde Pública do Maranhão
26 de maio de 2025	Estudo do Caso da Senhora M, Roda de Conversa e Visita ao Centro Mandingueiros do Amanhã.
27 de maio de 2025	Sistema de Saúde do Município de Paço do Lumiar; Unidade Básica de Saúde J. Câmara - São José de Ribamar; Maternidade Municipal de São José de Ribamar; Terreiro de Tambor de Mina; e Sede de Bumba-meu-boi de São José de Ribamar.
28 de maio de 2025	Centro TEA+12; Casa de Apoio Ninar; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Complexo Penitenciário de Pedrinhas.
29 de maio de 2025	Sistema de Saúde do Município de Itapecuru Mirim; Centro de Assistência em Saúde Integrativa e Plantas Medicinais (Casiplam); Centro de Especialidade Osman dos Santos; Unidade de Básica de Saúde do Quilombo Santa Rosa do Pretos; e Antonio Hugo Fonseca Belfort.

30 de maio de 2025	Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA); Hospital da Ilha.
31 de maio de 2025	Roda de Conversa na Escola de Saúde Pública do Maranhão.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

No dia 25 de maio, foi realizada a recepção dos viventes e o início da formação dos facilitadores, com rodas de apresentação, alinhamento metodológico e introdução às diretrizes do Programa VER-SUS. No dia 26 de maio, as atividades concentraram-se em estudos de caso sobre comunidades quilombolas, para os quais os viventes foram divididos em três grupos, cada um voltado para um dos níveis de atenção à saúde.

No turno da tarde, os participantes realizaram uma visita ao centro histórico de São Luís, com o intuito de reconhecer elementos culturais e sociais do território. Na terça-feira, 27 de maio, foram realizadas visitas em campo, com deslocamento até o município de São José de Ribamar. Os grupos visitaram uma Unidade Básica de Saúde (UBS), uma maternidade, um terreiro de tambor de mina e a sede de um grupo de bumba-meu-boi da região, ampliando o olhar para as expressões culturais e religiosas ligadas à saúde e ao território.

No dia 28 de maio, às atividades da manhã contemplaram visitas aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No período da tarde, os viventes foram divididos em grupos para conhecer as unidades de saúde no sistema penitenciário da cidade de São Luís, vivenciando a realidade do cuidado em saúde dentro do contexto prisional.

No dia 29 de maio, os participantes se deslocaram até o município de Itapecuru-Mirim. Nesse território, realizaram visitas às unidades de saúde, comparando a estrutura e os serviços ali oferecidos com aqueles observados anteriormente, além de conhecerem comunidades quilombolas da região, fortalecendo o diálogo com saberes e práticas populares. No dia 30 de maio, foram realizadas visitas a serviços de atenção terciária, incluindo

hospitais pediátricos, unidades de alta complexidade e maternidades de referência da cidade de São Luís.

Por fim, no dia 31 de maio, foi realizada a síntese coletiva da vivência. Os participantes, construíram reflexões sobre as experiências vividas ao longo da semana e iniciaram o planejamento de ações para as próximas vivências previstas para o segundo semestre, consolidando o compromisso com a formação crítica e participativa dos facilitadores.

Para a realização das atividades, foram disponibilizados materiais de apoio fundamentais à vivência. Cada participante recebeu uma mochila fornecida pela Rede Unida, contendo uma camiseta do programa, um caderno e uma caneta, utilizados ao longo da semana para o registro das experiências, anotações e reflexões diárias.

Em consonância, os próprios celulares dos viventes foram utilizados para registros audiovisuais, contando também com os colaboradores da Rede Unida designados para a função de fotógrafos, responsáveis por documentar os principais momentos da vivência, além da equipe de organização e formação que acompanhou os viventes durante todas as atividades. Esses recursos contribuíram para a organização individual, para o fortalecimento do vínculo com a proposta e para a construção de memórias compartilhadas da experiência.

Relato de experiência no VER-SUS

Ao reconhecer o relato de experiência como uma forma legítima de expressão escrita das vivências, compreende-se sua relevância na construção e disseminação de saberes sobre diferentes temáticas. O conhecimento produzido e adquirido a partir dessas experiências articula-se tanto com os saberes formais e ambiente acadêmico quanto com os aprendizados oriundos das interações socioculturais.

Ademais, registrar tais experiências por meio da escrita, sobretudo em um contexto marcado pela era digital da informação, torna-se uma estratégia importante para ampliar o acesso da sociedade a reflexões críticas e transformadoras (Mussi; Flores; Almeida, 2021). Desse modo, a partir das experiências vivenciadas ao longo do programa, foi possível compreender de forma mais explícita as sensibilidades do SUS e as suas particularidades.

Conhecer e imergir nas redes de atenção à saúde proporcionou uma visão mais concreta do cenário atual, bem como das relações políticas e sociais que se entrelaçam constantemente. Dentre as visitas realizadas às unidades de saúde, hospitais e centros de especialidades, destaca-se a Maternidade de São José de Ribamar, referência nacional, conforme ressalta a Prefeitura Municipal de São José de Ribamar (2023), que atende demandas próprias e de municípios vizinhos. A unidade dispõe de ambulatórios e tecnologias leves e duras, distribuídas conforme a complexidade de cada setor, evidenciando a organização dos serviços e o compromisso com a qualidade da atenção.

Um aspecto que chamou atenção foi a preocupação da instituição e de seus profissionais com as estratégias de humanização. Isso se manifesta, por exemplo, nas pinturas de sacos gestacionais, produzidas pelas fisioterapeutas e pela equipe de enfermagem em conjunto com as puérperas, e na prática do parto humanizado, que permite às mães escolherem a posição para o parto. Cada quarto de parto conta com uma banheira, e há a priorização de manter mãe e recém-nascido sempre juntos. Essas ações proporcionam momentos únicos às mães e contribuem para tornar o ambiente mais acolhedor, com corredores e espaços decorados a partir das próprias experiências vividas.

Por fim, ressalta-se que a maternidade recebeu o selo “Hospital Amigo da Criança”, reconhecimento do empenho coletivo da equipe em garantir práticas de cuidado humanizado, especialmente no incentivo ao aleitamento materno. Apesar dos desafios inerentes à gestão pública, pôde-se observar o comprometimento dos profissionais, que atuam com dedicação e afeto,

demonstrando alinhamento com os princípios que norteiam o SUS e com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (Xavier *et al.*, 2024).

Em sequência, é relevante tratar das ações realizadas no Centro TEA+12, no qual é realizado um trabalho de apoio aos pacientes e aos familiares dos pacientes portadores do Espectro Autista. O centro também atende demandas de todo o estado, com uma equipe multiprofissional especializada. Suas instalações são compostas por salas de música, de desenho, grupos terapêuticos e atendimento de apoio familiar.

Um aspecto relevante observado foi a sala de experiência diária, estruturada como uma residência, onde os pacientes realizam atividades cotidianas para favorecer a autonomia e a generalização das habilidades no ambiente doméstico. O serviço também oferece suporte às famílias por meio do programa Minha Renda, contribuindo para minimizar vulnerabilidades socioeconômicas. Considerando que o acompanhamento de crianças com TEA pode gerar mudanças significativas na rotina familiar, o centro visitado se configura como um importante aliado ao integrar intervenções voltadas tanto para a criança quanto para o apoio às famílias (Pinto *et al.*, 2016; Jesus *et al.*, 2023).

Ainda no contexto de atendimento especializado, os visitantes puderam conhecer a Casa de Apoio Ninar, um centro de especialidade estadual, localizado em São Luís, que realiza um trabalho notável no atendimento a crianças com diversas deficiências. O equipamento é composto por equipe multiprofissional, que conta com médicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e psicólogos, os quais buscam garantir cuidado integral e qualificado.

A Casa Ninar, como mencionada pela Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (Emserh) (2017), desenvolve também o projeto “Cozinha Amiga”, voltado para crianças com dificuldades ou restrições alimentares. O projeto conta com o acompanhamento de nutricionistas, psicólogos e gastrônomos que conduzem as crianças a uma cozinha adaptada e equipada, onde aprendem, de forma lúdica e participativa, a cortar alimentos, cozinhar, temperar e explorar os sentidos. O projeto inclui também as mães no processo, incentivando a

transformação da rotina alimentar familiar e oferecendo a possibilidade de empreender a partir da cozinha, promovendo autonomia e qualidade de vida.

Dessa forma, a alimentação torna-se uma experiência rica, prazerosa e com alto valor nutritivo e social. Os profissionais do equipamento relataram que recebem usuários de todo o estado e trouxeram a dificuldade de acesso ao local no qual o equipamento está situado como um desafio importante a ser superado.

Ainda no âmbito da área psicossocial, foi realizada visita ao Complexo Penitenciário de São Luís. Os viventes foram distribuídos por diferentes unidades, organizadas conforme o perfil dos internos e das internas: alas destinadas a pessoas sem facções, com vínculos a facções, população LGBTQIA+, regime semiaberto e de alta periculosidade. Cada unidade prisional conta com uma UBS, com estrutura semelhante à Estratégia Saúde da Família (ESF), o que demonstra a tentativa de garantir o acesso à Atenção Primária dentro do sistema prisional.

No decorrer da visita, foi possível observar alguns internos circulando entre os espaços. Segundo os profissionais que nos acompanharam, esses indivíduos exercem atividades laborais dentro do complexo e possuem autorização para transitar e realizar atividades em oficinas internas, como marcenaria, fábrica de colchões e roupas, barbearia, piscicultura, lavanderia e costura. Essas atividades são regulamentadas e contabilizadas para a remição de pena, proporcionando oportunidades de ocupação produtiva e ressignificação do tempo de reclusão, conforme previsto na Lei de Execução Penal (LEP), em seu artigo n. 126 (Brasil, 1984).

Durante conversa com os profissionais da unidade, chamou atenção a dificuldade de alguns detentos em obter documentos pessoais essenciais, como o Cadastro de Pessoa Física (CPF), a certidão de nascimento e outros documentos indispensáveis para acessar o mercado de trabalho e acesso à serviços básicos. Muitos deles nunca emitiram esses registros ou os perderam ao longo da vida. Em certos casos, há dificuldade na emissão por conta de homônimos ou ausência de informações sobre os pais, o que dificulta ainda

mais a regularização civil (Petrocelli; Fermentão, 2024) e fala sobre um perfil demográfico do sistema prisional, que tem atendido pessoas oriundas de contextos de extrema vulnerabilidade social.

Essas situações levantam importantes reflexões sobre a identidade e a cidadania dessas pessoas privadas de liberdade: como será seu retorno à sociedade? Como enfrentarão a busca por um emprego diante dessas barreiras? Tais questões reforçam a importância de políticas públicas que assegurem não apenas a responsabilização por crimes cometidos, mas também a dignidade, o direito à documentação e à reinserção social daqueles que expressam o desejo de reconstruir suas trajetórias (Petrocelli; Fermentão, 2024).

Percebeu-se, de uma forma geral, que as unidades de atendimento especializado até aqui apresentadas enfrentam dificuldades para desenvolver plenamente suas atividades e frequentemente buscam apoio institucional. Tal fato se intensifica com a centralização do serviço em equipamentos especializados, com uma cobertura de regiões demasiado amplas, tornando o serviço insuficiente e sobrecarregado.

Nas dimensões sociais e culturais, foi realizada uma visita a um terreiro de tambor de mina, onde se pôde ouvir os relatos do pai de santo e conhecer os compartimentos que compõem o espaço sagrado. Compreendeu-se que as pessoas que frequentam o terreiro o fazem em busca de apoio espiritual e emocional, e que as religiões de matriz africana apresentam diferentes expressões culturais.

No tambor de mina, por exemplo, destacam-se os voduns, orixás e encantados, que são entidades presentes nas práticas religiosas (Rosário; Santos, 2024). Também foi visitada a sede do Bumba Meu Boi de Ribamar, no qual os participantes puderam aprender sobre os personagens que o compõem, as famílias envolvidas, os bordados das indumentárias e os fundamentos ancestrais que orientam toda a temporada (Silva Filho, 2021).

Por fim, os territórios quilombolas visitados no município de Itapecuru-Mirim foram os que tiveram maior interação e abertura com a

chegada dos vivos, explicitando os desafios, as lutas e a história da região. Dada a importância significativa deste aspecto da vivência na construção de conhecimentos e criação de laços com o território, optou-se por abordar a experiência nos quilombos em uma seção à parte, de modo a detalhar a experiência e apresentar mais profundamente as reverberações teóricas que tal aprendizado proporcionou. Deste modo, o relato da vivência no Quilombo Santa Rosa dos Pretos é apresentado a seguir.

“Nós somos porque vivemos num chão de histórias” – reflexões sobre a importância do território no vivências no SUS e VER-SUS Brasil

No Quilombo Santa Rosa dos Pretos, os vivos foram acolhidos na Unidade de Saúde da Família Antônio Hugo Fonseca Belfort, pela agente comunitária que nos recebeu com música, afeto e histórias de ancestralidade da região. Para além de conhecer o trabalho de cuidado em saúde restrito à unidade de saúde, a agente, que é também moradora da região desde tenra idade, falou das dificuldades no acesso à saúde e na luta por direito à cidadania dos que ali vivem.

Entre os desafios relatados, a agente comunitária enfatizou a tentativa de duplicação da BR-135, que corta a região em que está situado o Quilombo Santa Rosa dos Pretos. Uma proposta que, se executada, trará riscos à integridade do território e derrubará o símbolo da ancestralidade da região: a histórica árvore do piquizeiro, que representa não apenas a memória afetiva da comunidade, mas também o vínculo espiritual e histórico cultuado na região.

No que se refere aos desafios na unidade de saúde, o cuidado à Atenção Primária para a população local ainda depende de profissionais que se desloquem até o quilombo, geralmente com olhar pouco atento às especificidades da região, causando revolta na comunidade. A agente denuncia também o estigma enfrentado pelos quilombolas, frequentemente rotulados

como “difíceis” por questionarem decisões horizontalizadas, impostas pelos órgãos municipais, que afetam a região e ocorrem sem diálogo e concordância com as demandas da comunidade.

Em um dos momentos do diálogo com as profissionais que atuam na região, foi relatado a necessidade de formar profissionais preocupados com os aspectos sociais, para além do cuidado biomédico. Segundo os profissionais, a experiência junto ao quilombo revelou que nem todas as demandas dos pacientes são de ordem somática, surgindo também demandas de ordem espiritual, por exemplo, sendo está uma lição valiosa sobre a complexidade do cuidado. Assim, enfatiza-se a importância de compreender o contexto social dos territórios para que o cuidado em saúde ocorra de forma integral.

Apesar das dificuldades, observou-se também o comprometimento de gestores e profissionais, evidenciando que, apesar das limitações estruturais do sistema, a atuação da gestão local pode produzir impactos significativos. Tais experiências ampliaram a compreensão sobre o cuidado em saúde, estimularam o interesse por questões políticas e fortaleceram o compromisso das viventes na busca por novos conhecimentos (Pinto, 2021).

Neste sentido, conhecer e imergir na rede de atenção à saúde, especialmente em terras quilombolas, trouxe uma visão mais concreta do cenário atual e das relações políticas e sociais que se entrelaçam constantemente. Assim, perceber o território e sua relação com o cuidado em saúde foi um dos aspectos centrais na vivência, evidenciando o diálogo com o território como fator pulsante nos programas Vivências no SUS e VER-SUS Brasil.

Aponta-se a importância do território como fator de grande relevância para este momento formativo, entendendo este como:

Dinâmico e vivo, para além de uma delimitação geográfica, onde se entrelaçam relações sociais, culturais, econômicas e ambientais que influenciam diretamente a saúde da população. O território é a base para o planejamento e a organização das ações de saúde, permitindo a identificação de necessidades, vulnerabilidades e potencialidades locais (Ferla *et al.*, 2025 p. 21).

Neste sentido, evoca-se o Protocolo Comunitário de Consulta Prévia, Livre, Informada, Consentida e de Boa Fé do Território Quilombola Santa Rosa dos Pretos, no município de Itapecuru-Mirim, com o qual pode-se entender como o território é constituinte na afirmação identitária daquela região, bem como as lutas que se fazem necessária para que se respeite as necessidades e posicionamentos do povo que aí está.

Importante, enquanto profissionais da saúde, entender como o território fala e o que ele conta com sua arquitetura, sua arte, espiritualidade e história. No território de Santa Rosa, os viventes imergiram em uma história que em muito se repete na geografia deste país: aquela que apaga a força da ancestralidade do povo negro que foram trazidos para estas terras. No caso de Santa Rosa, soube-se que famílias foram trazidas de África para serem escravizadas em uma imponente fazenda da região.

Em 1925, uma parte das terras foi deixada em testamento para aqueles que serviram como escravos neste território, não podendo ser vendida ou alienada, sendo patrimônio perpétuo desta população. Não obstante, as lutas e conflitos vividos ao longo da história alcançam o contexto atual, no qual a população deste quilombo precisa reivindicar constantemente o respeito aos seus direitos, tantas vezes negligenciados pelo Estado e empresas privadas que vislumbram a exploração da região. Nesse sentido, reafirma-se a necessidade de proteção aos povos quilombolas e de elaboração de ações de cuidado em saúde que considerem os aspectos históricos do território e reconheçam seu papel nas comunidades.

Segundo o Governo Federal, por meio da Secretária de Comunicação Social (2024), os conflitos presentes em terras quilombolas evidenciam o racismo ambiental, manifestado por invasões e violações de direitos que recaem de forma desproporcional sobre populações vulnerabilizadas. Prado e Caetano (2024) destacam que a relação entre território e saúde remonta ao século XIX, mas ganha maior relevância a partir dos movimentos político-sociais da década de 1970, especialmente a partir das contribuições de Marc

Lalonde, que passam a reconhecer a saúde como um bem social e o território como um de seus determinantes.

Nesse contexto, os autores conceituam o território como uma ferramenta teórica, metodológica e conceitual de caráter transversal. Essa compreensão articula espaço, ambiente e saúde, integrando-os às dimensões econômicas, políticas, culturais e afetivas, de modo que compreender suas particularidades constitui um ato fundamental para a promoção da saúde das populações que nele vivem.

Considerações finais

A imersão proporcionada pelos programas Vivências no SUS e VER-SUS Brasil evidenciou a importância do relato de experiência na construção de saberes que conectam o ambiente acadêmico às realidades sociais do SUS. Durante as visitas, as viventes se sentiram especialmente motivadas pela relevância da Atenção Primária, pela compreensão dos saberes políticos envolvidos, e pela importância das lideranças comunitárias no fortalecimento do sistema. Foi possível perceber que o cuidado em saúde precisa respeitar e entender as diferentes culturas e crenças dos pacientes, pois esse conhecimento é essencial para um atendimento mais eficaz e humanizado.

Relevante ressaltar que a própria movimentação de estudantes e profissionais de outras regiões do Nordeste traz a dinamicidade de distintos lugares para tal vivência, possibilitando uma troca rica de experiência que se expande para além das fronteiras das cidades visitadas.

Aprofundando este percurso, entende-se que a promoção de um cuidado territorializado, e, portanto, descentralizado, é de suma importância para o cuidado em saúde e congruente com os princípios do SUS. Nesta perspectiva, um aspecto importante observado durante a vivência foi a centralização do serviço especializado em saúde em algumas regiões das

idades visitadas, especialmente na capital maranhense, dificultando o acesso de pessoas que vivem em regiões periféricas e em vulnerabilidade social, fator entendido como uma barreira de acesso a ser superada.

Exemplifica-se tal realidade a partir dos apontamentos feitos na seção três sobre a Maternidade São José do Ribamar, que atende usuárias de outras cidades, além da demanda local, bem como no serviço ofertado pela Casa de Apoio Ninar, localizada em um bairro afastado da capital maranhense, dificultando o acesso de quem vive em regiões distantes e não têm oferta deste serviço de cuidado em seu território. Tais exemplos desvelam uma realidade ainda pungente no sistema de saúde público do país, apesar de tal aspecto ser um dos pilares do SUS desde sua criação (Botica, 2024).

Para além disso, tratar da territorialidade é também pensar uma rede integrada e articulada para a promoção de saúde, a exemplo da população em privação de liberdade, como os viventes tiveram acesso no complexo penitenciário. Entender a saúde em um sentido mais amplo é perceber que o cuidado está para além de uma questão orgânica e farmacológica. E neste quesito, pôde-se observar os primeiros passos para uma perspectiva de saúde ampliada, mas entende-se que ainda há muito o que caminhar na atenção a este grupo.

Diante de tudo o que foi vivenciado, tornou-se evidente que essa experiência não apenas ampliou o entendimento sobre a complexidade do cuidado em saúde nos territórios, mas também provocou reflexões profundas sobre o papel das viventes enquanto futuras profissionais do SUS. A imersão permitiu perceber que a atuação em saúde exige uma postura crítica, capaz de reconhecer que nenhuma prática de cuidado é neutra, e que toda intervenção deve ser orientada pelas necessidades expressas pelos sujeitos e pelas dinâmicas históricas e políticas que moldam cada comunidade. Nesse sentido, compreender a realidade de territórios como o de Santa Rosa dos Pretos revelou que a construção de políticas públicas não pode ocorrer de forma distante ou genérica, mas deve partir da escuta qualificada, da participação social e do compromisso com a justiça territorial.

Assim, o encontro com as lideranças comunitárias, com os trabalhadores que sustentam o SUS diariamente e com as lutas que atravessam os povos quilombolas reforçou o entendimento de que a formulação e a implementação de políticas públicas transformadoras dependem de profissionais que reconheçam o território como determinante da saúde. Também evidenciou a importância de uma atuação ética, engajada e sensível às desigualdades que estruturam o país. Para as viventes, essa imersão consolidou o desejo de contribuir, ao longo de suas trajetórias profissionais, para o fortalecimento do SUS e para a criação de políticas que respondam às necessidades concretas das populações, respeitando seus modos de vida, histórias e processos próprios de resistência.

Referências

- ASSOCIAÇÃO DE PRODUTORES RURAIS QUILOMBOLA DE SANTA ROSA DOS PRETOS. **Protocolo Comunitário de Consulta Prévia, Livre, Informada, Consentida e de Boa-Fé do Território Quilombola Santa Rosa dos Pretos, no município de Itapecuru-Mirim**. Itapecuru-Mirim: Associação de Produtores Rurais Quilombola de Santa Rosa dos Pretos, [s.d.]. Documento impresso.
- BOTICA, Daniela Pinheiro. **A descentralização do SUS como fonte de aprendizagem para a descentralização de outros sistemas de saúde**. 2024. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho, Braga, 2024.
- BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF: Presidência da República, 1984. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 13 maio 2026.
- DANTAS, M. M. M.; FARIAS, G. M. C. de. Vivências de promoção em saúde em uma comunidade quilombola do sertão potiguar/RN. **Revista Campo da História**, v. 10, n. 1, 2025.
- FERLA, A. A. *et al.* **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)**. Porto Alegre: Rede Unida, 2025.
- JESUS, M. V. de *et al.* Percepção da família no diagnóstico e cuidado com o portador de transtorno do espectro autista. **Revista Foco**, v. 16, n. 6, p. e2381, 2023.
- MUSSI, R. F. de F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, out. 2021.

O IMPARCIAL. Casa de Apoio Ninar atende famílias de 46 municípios maranhenses. **O Imparcial**, São Luís, 25 dez. 2017. Disponível em: <https://oimparcial.com.br/saude/2017/12/casa-de-apoio-ninar-atende-familias-de-46-municipios-maranhenses/>. Acesso em: 13 maio 2026.

PETROCELLI, A. B.; FERMENTÃO, C. A. G. R. A falta de documento civil dos encarcerados, o direito de existir com dignidade e o problema da justiça no Brasil. **Duc In Altum: Cadernos de Direito**, v. 14, n. 34, 2024.

PINTO, F. R. S. Populações e sua luta pelo direito integral à saúde: o alcance do SUS na comunidade de remanescentes de quilombo Alto Alegre – Ceará. **Caderno Humanidades em Perspectivas**, Curitiba, v. 5, n. 13, p. 18-31, 2021.

PINTO, R. N. M. *et al.* Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, e61572, 2016.

PRADO, G. A. S.; CAETANO, M. V. A. Apontamentos sobre a noção de território no campo da saúde coletiva: determinação, identidades e territorialidades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, e8730, 2024.

PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR. **Maternidade de São José de Ribamar é referência nacional**. São José de Ribamar, 2023. Disponível em: <https://www.saojosederibamar.ma.gov.br/detalhe-da-materia/info/maternidade-de-sao-jose-de-ribamar-e-referencia-nacional/148421>. Acesso em: 13 maio 2026.

REDE UNIDA. **Vivências VER-SUS**. Porto Alegre: Rede Unida, 2025. Disponível em: <https://www.redeunida.org.br/en/versus/menu/vivencias-ver-sus/>. Acesso em: 13 maio 2026.

REDE UNIDA. **Edital nº 04/2025**: Vivências no SUS Facilitadores – Região Nordeste: São Luís/MA. Porto Alegre: Rede Unida, 2025. Disponível em: https://www.redeunida.org.br/media/ckeditor_files/2025/04/17/edital-no04_2025-regiao-nordeste-sao-luis_ma.pdf. Acesso em: 13 maio 2026.

ROSÁRIO, D. M. do; SANTOS, F. E. A. dos. Tambor de Mina: buscando frestas para uma educação estética e antirracista no Ensino Médio. **Eventos Pedagógicos**, Sinop, v. 15, n. 2, p. 477-487, 2024.

SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL. **O que é racismo ambiental e de que forma ele impacta populações mais vulneráveis**. Brasília, DF: Secretaria de Comunicação Social, 16 jan. 2024. Atualizado em: 3 jun. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/fatos/brasil-contra-fake/noticias/2024/o-que-e-racismo-ambiental-e-de-que-forma-impacta-populacoes-mais-vulneraveis>. Acesso em: 13 maio 2026.

SILVA FILHO, M. N. dos R. **“Eu canto pra São João e tu pra Pajé”**: uma análise da construção de religiosidades nas toadas de Bumba Meu Boi Sotaque de Matraca (Ilha). Tese (Doutorado em Letras), Programa de Pós-graduação em Letras – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2021.

XAVIER, H. L. P.; TENÓRIO, H. A. de A.; SANTOS, E. A. dos. Os desafios do enfermeiro na humanização da atenção básica à saúde: uma revisão da literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, São Paulo, v. 7, n. 14, e141194, 2024.

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

Adriani de Souza Rodrigues

Graduanda em Psicologia na Univates, Lajeado, RS. E-mail: adriani.rodriques@universo.univates.br

Alex Ribeiro Souza

Graduado em Enfermagem. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, SESAUFIOCRUZ, Campo Grande, MS. E-mail: alex.1rs@hotmail.com

Amanda Medeiros Frota Cruz

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH). E-mail: amamfcruz@gmail.com

Beatriz Araújo Lima

Estudante do Curso de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. E-mail: beatrizaraujospn@gmail.com

Beatriz Ingrid Vaz Lima

Graduanda em Psicologia pela Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB). E-mail: beatrizingridv04@gmail.com

Bianca Jacqueline Silva Fernandes

Graduada em Medicina Veterinária. Residente no Programa de Residência Uniprofissional em Zoonoses e Saúde Pública, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS. E-mail: biancamedvet92@gmail.com

Caio Henrique Silva da Silva

Discente de Medicina pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). E-mail: henrique.caio08@gmail.com

Camila Ruhana Costa Marques

Fisioterapeuta. Residente em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). E-mail: ruhanafisio@gmail.com

Carolyne Reduzina Queirós

Nutricionista pela UFJF/GV. Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares, MG. E-mail: carolynequeiros@gmail.com

Diego de Oliveira Santos

Psicólogo pela Faculdade Integral Diferencial (FACID), Teresina, PI. Residente em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI). E-mail: deoliveira.diego@gmail.com

Dieli Soldi

Graduanda em Psicologia na Univates, Lajeado, RS. E-mail: adriani.rodrigues@universo.univates.br

Emanuely Félix Pires

Acadêmica de Farmácia pela Universidade Federal do Ceará (UFC).
E-mail: smefp2@gmail.com

Ewerlane Sobral Moreira

Estudante do Curso de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde,
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). E-mail: ewerlane.
enf@gmail.com

Fabiane Perondi

Fisioterapeuta. Residente em Saúde da Família e Comunidade pela ESP/
CE. E-mail: perondi.fabiane@gmail.com

Gabriel Ziem Cardoso de Siqueira

Graduando em Psicologia na Univates, Lajeado, RS. E-mail: adriani.
rodrigues@universo.univates.br

Glebson Costa Alves

Residente em Saúde Coletiva pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM),
Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz Pernambuco. Especialista na
modalidade residência pelo Programa Multiprofissional em Atenção
Básica e Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes. Enfermeiro pela
UFCG. E-mail: glebsoncostaalves@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 (UFCG). E-mail: gracielle.malheiroa@professor.ufcg.edu.br

Gyovanna de Sousa Fontes

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Santa Terezinha (CEST). E-mail: gyovannadesousafontes@gmail.com

Igor Douglas Miranda Andrade

Graduando em Psicologia pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Coxim, MS. E-mail: 07351213119@academicos.uems.br

Lavínya Moreira Souto

Graduada em Nutrição. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados, INISA/UFMS, Campo Grande, MS. E-mail: lavimoreira13@gmail.com

Isaac Alves Rodrigues

Graduando em Fisioterapia pela Multivix/ES. E-mail: isaacarodrigues@icloud.com

Joanna Beatriz de Oliveira Silva

Residente em Saúde Coletiva pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz Pernambuco. Profissional de Educação Física pela UFPE. E-mail: beatrizjoanna4@gmail.com

José Anderson Melquiades Bezerra

Farmacêutico. Residente em Atenção Básica pela Escola Multicampi de Ciências Médicas/UFRN. E-mail: anderson.bezerra.049@ufrn.edu.br

Joyce Aurélia Siqueira Lima

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). E-mail: joyceaurelia6@gmail.com

Juliana Silva de Souza

Acadêmica de Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). E-mail: juliana.souza@discente.ufma.br

Károl Veiga Cabral

Psicóloga pela UNISINOS. Doutora em Antropologia pela URV. Professora adjunta da UFPA. E-mail: karolveigacabral@gmail.com

Kelling Raquel Müller

Graduanda em Psicologia na Univates, Lajeado, RS. E-mail: adriani.rodrigues@universo.univates.br

Kesley Pessoa de Sousa

Acadêmico de Farmácia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: kesleypessoasousa@gmail.com

Kévila Maiza da Silva

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). E-mail: kevilamaysa15@gmail.com

Larissa Fernanda Silva Ribeiro

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Santa Terezinha (CEST). E-mail: lari.fernanda1101@gmail.com

Laryssa Clara Fonseca Costa

Graduanda em Nutrição pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). E-mail: laryssa.fonseca@discente.ufma.br

Liana Capistrano Lopes

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC).
E-mail: liana.lopes@alu.ufc.br

Lilyan Raquel Amorim Moreira

Graduanda em Psicologia pela Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB). E-mail: lilyanraquelmoreira14@gmail.com

Márcio Luís Chagas Mendes

Graduando em Psicologia pelo Centro Universitário Estácio São Luís, São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: marcioluismendes16@gmail.com

Nathalya de Jesus Pinheiro Costa

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Possui formação em Psicologia Hospitalar e em Plantão Psicológico. Foi membro do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), do Ministério da Saúde, e participou do Estágios e Vivências na Realidade do Sistema Único de Saúde (SUS): ativação da aprendizagem significativa nos territórios vivos brasileiros, pela Rede Unida. E-mail: psiconathalyacosta@gmail.com

Rafaela Antunes Fernandes Petrone

Psicóloga pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).
E-mail: petronerafaela@gmail.com

Rafaela Oliveira da Silva

Graduada em Psicologia. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, SEMS/FIOCRUZ, Dourados, MS. E-mail: raffa.eu94@hotmail.com

Rayssa Peixoto Vitorio

Enfermeira pelo Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO).

E-mail: ray.peixotov@gmail.com

Roger Flores Ceccon

Professor da Universidade Federal de Santa Catarina

Sthefany Santina Silva Santos

Estudante do Curso de Nutrição, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). E-mail:

Stheffanysantina@gmail.com

Vanessa Alves da Silva

Graduada em Psicologia. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Reabilitação Física, Campo Grande, MS. E-mail:

alves.van14@gmail.com

Willian Fernandes Luna

Médico pela FAMEMA. Doutor em Saúde Pública pela UNESP Botucatu. Professor da UFSCAR. E-mail: willianfluna@gmail.com

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 978-65-5462-277-6

