

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
ATENÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JOSÉ DAVID DA SILVEIRA MONIZ

**PISANDO EM TERRAS DESCONHECIDAS: UMA  
EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM AGENTES  
COMUNITÁRIAS**

UBERLÂNDIA

2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
ATENÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JOSÉ DAVID DA SILVEIRA MONIZ

**PISANDO EM TERRAS DESCONHECIDAS: UMA  
EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM AGENTES  
COMUNITÁRIAS**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como um dos pré-requisitos para obtenção de Título de Especialista em Atenção em Saúde Coletiva. Orientado pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Marisa Aparecida Elias.

UBERLÂNDIA

2025

**Cuidar é querer**, é fazer projetos, é moldar a argila. Querer é o atributo e o ato do ser. Cuidar é sustentar no tempo, contra e a partir da resistência da matéria, uma forma simplesmente humana de ser.

(AYRES, p.36, 2009)

# PISANDO EM TERRAS DESCONHECIDAS: UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM AGENTES COMUNITÁRIAS

José David da Silveira Moniz<sup>1</sup>

Marisa Aparecida Elias<sup>2</sup>

## RESUMO

Este relato apresenta a experiência de idealização e execução de ações de educação em saúde em um município de pequeno porte de Minas Gerais, no contexto da residência em Saúde Coletiva. A partir da imersão no território, descrevem-se quatro eixos principais: a chegada e compreensão do território; o processo de aproximação e vínculo com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS); a realização de encontros formativos, incluindo a dinâmica "O que é SUS?" e a discussão sobre "Saúde Única"; e o trabalho com demandas de saúde mental em uma rede com recursos limitados. As atividades buscaram fortalecer o reconhecimento das ACS como protagonistas da Atenção Primária, qualificar condutas diante de dúvidas frequentes do território e apoiar o manejo de situações de sofrimento psíquico nas visitas domiciliares. Conclui-se que, para além de fortalecer a rede e a educação permanente, a imersão no campo reconfigurou a identidade profissional do residente, destacando a importância da implicação subjetiva na construção do cuidado em saúde.

**Palavras-chave:** Agentes Comunitárias; Educação Permanente; Território; Atenção Primária; Saúde Mental.

## ABSTRACT

This experience report describes the conception and implementation of a cycle of Permanent Health Education activities with Community Health Workers (CHWs) in a small municipality in Minas Gerais, Brazil, developed during territorial immersion of two Collective Health residents. The actions emerged from daily observations in Primary Health Care, including participation in home visits, identification of frequent community doubts and recognition of structural limitations such as the absence of a Psychosocial Care Center. Three educational encounters were conducted: one to strengthen understanding of the Unified Health System (SUS), another to address fragmented knowledge related to "One Health", and a third focused on mental health care and on mental health care and the recognition of suicidal ideation in contexts with restricted psychosocial resources. The process fostered critical reflection about work practices, reinforced the central role of CHWs in connecting technical and popular knowledge, and created a collaborative space where doubts, experiential knowledge and updated scientific information could circulate. Overall, the experience demonstrates how Permanent Health Education can support CHWs in small municipalities, broaden clinical and territorial perspectives, and contribute to more integrated and responsive community care.

**Keywords:** Primary Health Care; Community Health Workers; Permanent Health Education; Territory; One Health; Mental Health.

---

<sup>1</sup> Psicólogo e residente em Saúde Coletiva (UFU). Autor do relato de experiência.

<sup>2</sup> Prof<sup>a</sup> Dra em Psicologia pela USP, Coordenadora de Residência em Saúde Coletiva FAMED(UFU). Orientadora.

## 1. INTRODUÇÃO

Esta é minha segunda experiência em residência em saúde e na área. A primeira, vivida no contexto hospitalar da capital maranhense, foi marcada por protocolos rígidos e uma rotina em que pouco se podia ousar. O foco recaía majoritariamente sobre aspectos técnicos: capacitações voltadas à biossegurança, procedimentos e normativas institucionais, enquanto a escuta e a dimensão subjetiva do cuidado ocupavam frequentemente um lugar secundário. Atuar com pacientes renais crônicos — pessoas submetidas a longos tratamentos, procedimentos invasivos e à convivência cotidiana com a iminência da morte — evidenciou o quanto o hospital, mesmo sendo espaço de cuidado, pode também limitar a criação, a autonomia e as possibilidades de ensino-aprendizagem necessárias à formação de residentes e profissionais de saúde.

Acredito, como psicólogo de base humanista, que a vida só se faz quando conseguimos transformar a realidade por meio da criação, colocando algo de nós no processo e aprendendo sobre nós mesmos. Esse movimento constitui, ao mesmo tempo, liberdade e saúde psicológica, pois sustenta o sentido de existir de modo ativo no mundo. Essa compreensão dialoga profundamente com Freire (1996), que afirma que “[...] quem forma se forma e re-forma ao for-mar [...]” (p. 13), lembrando que ensinar e aprender só ganham sentido quando partem da experiência concreta e da troca entre sujeitos.

Foi a partir desse incômodo que encontrei na Saúde Coletiva um caminho possível e mais abrangente para meu campo de visão, em que eu almejava imergir na saúde em sua dimensão social, política e afetiva. Ao ingressar na residência multiprofissional da Universidade Federal de Uberlândia, pude experimentar outros pontos da rede e, aos poucos, percebi que, embora mais abertos ao território, muitos serviços ainda reproduzem fragilidades formativas e educativas — especialmente quando práticas de Educação Permanente são reduzidas a obrigações pontuais ou transmissões verticais de conteúdo.

Nesse percurso, tornei-me mais sensível ao entendimento da Saúde Coletiva como um campo interdisciplinar e multiparadigmático, que compreende a saúde como fenômeno histórico, social, político e cultural. Como afirmam Paim e Almeida Filho (2000), trata-se de um campo que busca compreender o processo saúde–doença em suas determinações sociais e construir respostas amplas e transformadoras para os problemas de saúde das populações. Da mesma forma, Ayres (2006) lembra que o cuidado não se resume ao êxito técnico, mas envolve projetos de vida, relações e sentidos produzidos no território.

Para alcançar o ideal de cuidado integral e as transformações propostas pela Saúde Coletiva, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pelo

Ministério da Saúde em 2004 (BRASIL, 2004), emerge como estratégia central uma vez que visa transformação das práticas e dos processos de trabalho e não em mudanças individuais. A PNEPS busca transformar as práticas a partir do próprio cotidiano do trabalho, afastando-se da ideia de capacitação pontual e burocrática. A Educação Permanente em Saúde (EPS) concebe o trabalho como um espaço privilegiado de aprendizagem (BRASIL, 2004b), onde a reflexão crítica sobre os desafios e necessidades reais dos serviços, somada ao diálogo entre profissionais, promove a construção coletiva de soluções e mudanças efetivas na gestão e na atenção à saúde (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

A residência multiprofissional da Universidade Federal de Uberlândia, inserida no Projeto de Interiorização da formação em saúde, permitiu que eu adentrasse territórios diversos e acompanhasse realidades sociais, políticas e culturais específicas. Essa aproximação tornou mais evidente como o cotidiano dos serviços requer práticas educativas contínuas, construídas no diálogo e sensíveis às necessidades reais das equipes e da população.

O território no contexto do SUS é entendido como espaço vivo e dinâmico, no qual se constroem práticas e se produzem vínculos (CAMPOS et al., 2006). Na Atenção Primária, ele é base para o planejamento, a inscrição e a avaliação do cuidado.

Na dinâmica do território, as Agentes Comunitárias de Saúde, profissão regulamentada pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, ocupam um lugar que vai muito além da visita domiciliar ou da vigilância na Atenção Primária. Seu trabalho envolve interpretar contextos familiares complexos, identificar sinais precoces de sofrimento e traduzir demandas subjetivas e sociais para a equipe (SANTOS et al., 2025). Além disso, lidam diariamente com situações de vulnerabilidade, conflitos familiares, adoecimentos silenciosos e sofrimento emocional — dimensões do cuidado que exigem sensibilidade, mediação e presença contínua no território (MACÊDO et al., 2024). Estudos também apontam que, embora desempenhem funções centrais para o cuidado longitudinal, muitas ACS vivenciam lacunas importantes na formação, especialmente no manejo de situações emocionalmente difíceis e na articulação com a rede (OLIVEIRA et al., 2022). Esses achados reforçam a necessidade de processos de Educação Permanente que valorizem sua prática e ampliem suas condições de atuação no SUS.

É importante pontuar que neste trabalho me referirei frequentemente como “as agentes comunitárias” porque o perfil maior das participantes profissionais foram mulheres, o que reflete a persistência da divisão sexual do trabalho e a feminização da área da saúde. A profissão de Agente Comunitária de Saúde (ACS) é um exemplo de como o sistema se apropria da ideologia da 'mulher cuidadora', utilizando qualidades historicamente atribuídas

ao feminino (como paciência e dedicação) para caracterizar o perfil profissional (BARBOSA et al., 2012). Essa apropriação resulta em uma modalidade de trabalho marcada pela sobrecarga e pela precarização, onde o trabalho de cuidado é desvalorizado. Entender essa dinâmica requer olhar para a consubstancialidade das relações sociais (KERGOAT, 2009), reconhecendo que o gênero se articula de forma inseparável com as categorias de classe social e raça/etnia, intensificando a subordinação e a exploração imposta a essas trabalhadoras.

Assim, reconhecer essa complexidade e potência da educação permanente a partir da atuação no território foi fundamental para compreender a importância de incluir as ACS no centro das ações formativas. Nesse sentido, o presente relato tem por objetivo descrever e refletir sobre a experiência de construção e execução de um ciclo de capacitações fundamentado nos princípios da Educação Permanente em Saúde, voltado às Agentes Comunitárias de Saúde de um município do Triângulo Mineiro. A proposta buscou fomentar o aprendizado coletivo, a valorização profissional e o fortalecimento do SUS no território, tomando como ponto de partida as necessidades identificadas no cotidiano da equipe e nas demandas da comunidade.

## **2. METODOLOGIA**

Este estudo trata-se de um relato de experiência, compreendido aqui na perspectiva apresentada por Mussi, Flores e Almeida (2021), como uma modalidade de produção de conhecimento que articula vivências concretas com reflexão teórica, permitindo ao autor reconstruir criticamente seu percurso, seus sentidos e suas aprendizagens no trabalho em saúde. Assim, o relato é entendido como um processo dialogado, que reconhece a experiência como ponto de partida legítimo para a produção de saberes na Saúde Coletiva.

A experiência descrita ocorreu em um município do Triângulo Mineiro (MG), um dos campos de prática da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), no contexto do programa institucional de interiorização para graduação e pós-graduação. Foram envolvidos cinco Postos de Saúde da Família (PSF) e, ao todo, 35 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), além de enfermeiras gestoras e outros profissionais das equipes que participaram conforme disponibilidade e interesse.

As ações referem-se a três encontros formativos, realizados entre julho e setembro de 2024, período que compreendeu desde a concepção do projeto até o desenvolvimento e finalização das atividades. Os encontros foram conduzidos em diferentes espaços, de acordo com a organização local: nas próprias unidades de saúde, durante o horário de trabalho das

ACS, ou em auditório cedido pela coordenação da Atenção Primária. Tiveram caráter dinamizado e lúdico, articulando metodologias ativas com conteúdo técnico-científicos, em consonância com os princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS) (BRASIL, 2004).

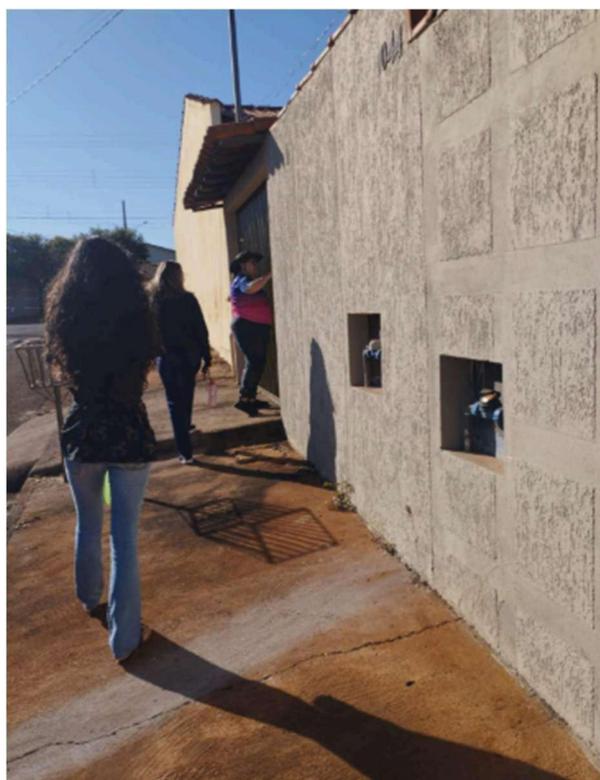
O processo de registro ocorreu por meio dos portfólios semanais produzidos pelos residentes e compartilhados com os tutores da residência, os quais acompanharam, orientaram e contribuíram para a formulação das atividades. Esses portfólios serviram como fonte para a sistematização da experiência, registrando impressões, diálogos, desafios e desdobramentos dos encontros.

A análise da experiência seguiu uma abordagem crítico-reflexiva, fundamentada em autores da Saúde Coletiva e nas principais diretrizes do SUS.

O presente relato respeita os aspectos éticos próprios dessa modalidade. Foram assegurados o anonimato das participantes e a preservação das instituições envolvidas. Por se tratar de uma sistematização de experiência profissional, sem coleta de dados identificáveis ou intervenção pesquisada, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### *3.1 Pisando em terras desconhecidas*



Ao chegar à cidade — um pequeno município do Triângulo Mineiro, com pouco mais de 14 mil habitantes e cinco Unidades Básicas de Saúde vinculadas à Estratégia Saúde da Família — senti novamente a mistura de ansiedade e expectativa que um novo campo de prática costuma me trazer. Na minha trajetória como residente em Saúde Coletiva, essa era apenas a segunda imersão em um território desconhecido, mais uma cidade sobre a qual eu sabia pouco. Cada inserção despertava sentimentos diferentes, às vezes contraditórios, que vão do entusiasmo à insegurança.

Essa experiência, em especial, trazia ainda um desafio adicional: a necessidade de permanecer no município durante a semana, já que a cidade base da residência, Uberlândia — onde o programa é vinculado à Universidade Federal de Uberlândia — fica a cerca de 160 km de distância. Dormir in loco significava não apenas reorganizar minha rotina pessoal e adaptar-me a um novo território de trabalho, mas também lidar com sensações constantes de deslocamento — físico, pelas viagens semanais, e interno, pela necessidade de rever posições, sentimentos e modos de estar em um espaço novo. Ao mesmo tempo, reconhecia que essa vivência poderia representar uma chance de maior integração com o território e com os profissionais locais, e comecei a enxergar ali uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, sob a ótica da Saúde Coletiva.

A Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017) traz a noção de território como espaço vivo e dinâmico que orienta o planejamento e as ações de saúde. Do território fazem parte o chão e as pessoas que ali vivem, e sua identidade está também relacionada ao sentimento de pertencimento (SANTOS; SILVEIRA, 2001). Neste sentido, éramos constantemente incentivados, nos momentos de tutoria, a compreender como os serviços se organizavam, quais atravessamentos afetavam o trabalho em saúde e o que poderíamos oferecer enquanto residentes em Saúde Coletiva.

Assim, durante minhas primeiras semanas no município, junto de outra residente em Saúde Coletiva que me acompanhava, tive a oportunidade de conhecer de perto a rede, passando pela Secretaria Municipal de Saúde, pelas Unidades Básicas de Saúde, pelo hospital local e pela Academia da Saúde. Também nos aproximamos de outros espaços intersetoriais importantes para a população, como o Centro de Endemias, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), o centro de equoterapia e as escolas. Em alguns desses lugares, inserimo-nos em atividades já organizadas, em outros tínhamos abertura para propor ações, o que nos fez perceber diferentes modos de participação e integração. Este contato me marcou por revelar que o trabalho em Saúde Coletiva não se restringe aos serviços formais do SUS, mas se expande em diálogo com múltiplos espaços e atores sociais, mostrando como o

cuidado em saúde é tecido de forma ampla e intersetorial.

Aos poucos, fui sendo apresentado à dinâmica da unidade que servia como nossa base, onde nossa enfermeira preceptora nos acolheu e explicou os fluxos de atendimento, bem como as principais frentes de trabalho. Entre elas estavam o Hiperdia — grupos voltados ao acompanhamento de pessoas hipertensas e diabéticas e à promoção de hábitos de vida mais saudáveis —, os grupos de gestantes e de planejamento familiar, espaços destinados a orientar famílias, casais e indivíduos na tomada de decisões conscientes acerca da saúde sexual e reprodutiva, considerando diferentes métodos contraceptivos, cirúrgicos ou não. Também havia atividades como salas de espera e o “Minuto Saúde”, espaço de divulgação de informações em saúde por meio da rádio local

Ainda assim, percebi entraves que se impunham ao cotidiano da unidade: relações de trabalho por vezes fragilizadas, conflitos internos, pouca abertura a novas propostas, ausência de atendimentos multiprofissionais e um sofrimento visível na saúde mental das trabalhadoras. Frente a esse contexto, momentos de Educação Permanente em Saúde com capacitações mais estruturadas não eram uma rotina comum. Quando aconteciam, em geral vinham no formato de alguém trazendo uma temática importante para a saúde pública — palestras ou treinamentos —, mas que muitas vezes eram percebidos como uma obrigação, carregando a palavra “capacitação” como mais uma demanda de trabalho, e não como oportunidade de reflexão ou transformação da prática.

Em *Pedagogia da Autonomia* (FREIRE, 1996), Paulo Freire nos lembra que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as condições para que ele seja produzido, e foi nesse sentido que comecei a compreender a importância de ressignificar a Educação Permanente no território e como prática a ser incentivada.

Foi nesse cenário que percebi em mim uma transformação importante: se antes me reconhecía apenas como psicólogo, muitas vezes com uma visão restrita da minha atuação, nesse território vislumbrei a possibilidade de uma perspectiva mais sanitária e coletiva. Entendi que nossa presença e nossas propostas só fariam sentido se fossem construídas de modo compartilhado, criando soluções e práticas de forma mais coletiva, em diálogo com diferentes saberes e profissionais, em consonância com os princípios do SUS. Começava a me compreender também enquanto profissional de saúde.

Numa perspectiva sanitária de profissional de saúde, isso significaria zelar pela defesa intransigente do direito à saúde como um bem social, abdicando de um olhar restrito e incorporar essa visão significa aderir a um campo de saber e prática que se propõe a analisar a situação de saúde das populações e a intervir sobre essa realidade (PAIM;

ALMEIDA-FILHO, 2014). Como profissional de saúde com esse espectro sanitarista, a atuação se torna inerentemente interprofissional, focada na gestão e na problematização das iniquidades em saúde, um papel que agora é formalmente reconhecido pela Lei nº 14.725/2023 (BRASIL, 2023a).

### *3.2 Entre estranhamentos e aproximações: o vínculo com as ACS*

Nos primeiros dias, além de estarmos diante de um território “estrangeiro”, éramos também “forasteiros” alheios daquela rotina e do habitual, então fomos apresentados pela enfermeira às agentes comunitárias daquela UBS-base em que ficaremos por um tempo. Apesar dos esforços para nos inserir no território, nem sempre éramos recebidos de forma tranquila pelas Agentes Comunitárias de Saúde. Havia dias em que nossa presença parecia deslocada, quase uma interrupção da dinâmica cotidiana da unidade. Em alguns momentos, ouvimos respostas sinceras como: *“hoje não consigo levar vocês comigo”* ou *“não sei se faz sentido vocês irem por algumas questões”*. Essas negativas me atravessavam, gerando certo mal-estar — uma sensação de que, por mais que estivéssemos ali como residentes, éramos ainda percebidos como “os de fora”, “os da UFU”, observadores ocasionais de um trabalho que não nos pertencia.

Nos primeiros dias, percebi que o estranhamento inicial não era exatamente sobre nós, mas sobre o que nossa presença simbolizava. As Agentes Comunitárias de Saúde possuem uma dinâmica própria de atuação, construída no vínculo contínuo com as famílias e na autonomia que exercem ao interpretar o território no dia a dia. Em sua análise institucional, Bleger (1967) lembra que grupos tendem a proteger seus espaços quando um elemento externo ameaça reorganizar seus modos de funcionamento, a ordem das coisas.

Ao chegarmos, carregando o peso do suposto saber técnico-acadêmico, nossa presença podia ser sentida como vigilância, avaliação ou interferência — como se estivéssemos entrando em um campo que elas dominam pela prática. Essa leitura faz sentido quando lembramos que, como descrevem Lorenzi e Pinheiro (2015), muitas ACS vivenciam tensões de (des)valorização, sentindo seu trabalho diminuído frente aos profissionais de nível superior — seja pela hierarquia técnica, pelos baixos salários ou pelo reconhecimento desigual da população

Ao contrário: nosso desafio foi mostrar que queríamos nos oferecer de outra forma, fora da posição acadêmica tradicional que “sabe mais” e assim tentamos nos inserir. Nos períodos em que acompanhamos as Agentes Comunitárias de Saúde nas visitas domiciliares, alguns casos me marcaram profundamente. Lembro-me do casal de idosos em que o senhor apresentava lábio leporino e recusou a cirurgia, da senhora acamada após um AVC que

recebia um cuidado repleto de carinho da filha, e da mulher com ferida no seio, hipertensa e diabética, cuja situação exigiu encaminhamento imediato. Cada uma dessas situações revelou não apenas doenças ou condições clínicas, mas pessoas com histórias, escolhas e formas singulares de enfrentar a vida. Isto se relaciona com Ayres (2006) ao reconhecer que o sucesso do cuidado reside na capacidade de integrar e valorizar as dimensões éticas e estéticas do projeto de vida do outro, ou seja, o cuidado transcende o foco restrito no resultado técnico para se configurar como um encontro desejante com a circunstância, onde a subjetividade é relação (intersubjetividade), exigindo do profissional o reconhecimento da singularidade do paciente para, em diálogo, buscar as possibilidades de ação mútua que dão sentido existencial à sua forma de enfrentar a vida.

Durante essas visitas, também conversávamos sobre animais, plantinhas e outros aspectos do cotidiano, além de falar sobre saúde física, mental, bucal e até mesmo saúde animal, o que tornava os encontros dinâmicos e cheios de significados. Estar dentro das casas, ouvir e observar esses contextos tão diversos despertou em mim a compreensão de como é essencial olhar para além do diagnóstico, reconhecendo a complexidade e a dignidade de cada vida.

Essas vivências me aproximaram da perspectiva da clínica peripatética (LANCETTI, 2008), tal que descreve práticas de cuidado que se fazem “em circulação”, nos deslocamentos pelo território e na proximidade com aquilo que as pessoas vivem no dia a dia. Em vez de esperar apenas que o usuário venha até o serviço, essa abordagem aposta na escuta situada, sensível às condições concretas em que a vida acontece, percebi como essa forma de acompanhamento favorece processos de autonomia, não no sentido individualista, mas como a capacidade das pessoas construírem caminhos possíveis dentro das condições concretas que têm. É uma autonomia que nasce da conversa, do respeito às escolhas e do reconhecimento das estratégias já presentes nas famílias.

Essa vivência inicial me fez perceber que o trabalho das ACS é central para o fortalecimento da atenção básica e para a garantia do acesso da população ao Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dessas observações, compreendemos que seria pertinente direcionar nossas ações a elas, buscando não apenas apoiá-las em seu cotidiano, mas também criar espaços de reflexão e aprendizado coletivo. Assim, surgiu a ideia de desenvolver encontros formativos, pautados na lógica da educação permanente, nos quais os próprios temas emergiram das necessidades observadas no território e das trocas realizadas com a equipe.

Durante uma das manhãs, estivemos na Unidade de Saúde da Família para uma conversa inicial com a equipe. Nosso objetivo foi compreender quais temas e formatos de

capacitação seriam mais significativos para o grupo, partindo da própria escuta dos profissionais. Explicamos que a proposta seria construída em encontros mensais, pensados como espaços de aprendizado e troca, voltados para o fortalecimento do trabalho em equipe e a padronização de condutas diante de situações comuns no cotidiano. A partir dessa conversa, a equipe demonstrou interesse em temas relacionados à saúde mental, saúde bucal e ao manejo de pacientes com ideação suicida, sugerindo que os encontros acontecessem de forma mais dinâmica e participativa, com momentos de leveza e integração.

### *3.3 (Re)conhecer o SUS para reconhecer-se nele*



Fonte: Acervo Pessoal

No nosso primeiro encontro com as Agentes Comunitárias de Saúde, propusemos a dinâmica “O que é SUS?”, pensada como uma forma de abrir o ciclo de capacitações de modo leve e participativo, além de favorecer um ambiente de aprendizagem significativa (ROGERS, 1978). A intenção era criar condições para que as ACS pudessem atribuir sentido próprio ao que era discutido, conectando o conteúdo às suas vivências. Isto dialoga com Ceccim e Feuerwerker (2004) que defendem a educação permanente enquanto nascida do próprio trabalho e experiências concretas, não da transmissão verticalizada. Talvez naquele momento estávamos mais interessados não em “ensinar” algo “novo”, mas ressignificar o já sabido.

Em alusão ao clima olímpico daquele período, confeccionamos medalhas simbólicas de ouro, prata e bronze, criando um ambiente de competição saudável que rapidamente engajou o grupo. Cada rodada apresentava um item com uma pergunta sobre o Sistema Único de Saúde, suas diretrizes, sua história ou seu funcionamento. Os grupos discutiam entre si, escolhiam uma alternativa e, em seguida, abríamos um breve debate coletivo sobre o tema antes de seguir para a próxima questão. Começamos na unidade em que estávamos e depois levamos a dinâmica a todos os outros postinhos. O convite era expandido também aos demais

profissionais de saúde que mostravam-se disponíveis também.

Os primeiros itens tratavam de aspectos gerais do SUS. Quando discutimos que as ações preventivas são prioridade do sistema, muitas ACS relacionaram esse princípio diretamente ao que fazem: identificar riscos, orientar, verificar condições de saúde, observar mudanças no comportamento ou ambiente familiar. Embora nada disso fosse novidade, nomear essas ações dentro da lógica preventiva do SUS produziu reconhecimento — elas se viam pertencentes a algo maior do que a rotina fragmentada do dia a dia. Isso dialoga com Campos (2007), quando afirma que trabalhadores só se reconhecem como protagonistas quando conseguem ver seu fazer ligado ao projeto maior do sistema. A formação abre, assim, uma “visão ampliada” do próprio trabalho.

Ao abordar que a maior parte da população brasileira depende exclusivamente do SUS, surgiram relatos do território, das famílias que acompanham há anos e da percepção clara de que o sistema sustenta a vida da maior parte da comunidade. Falou-se da grandiosidade do SUS, mas sem tom de surpresa: para elas, esse “tamanho” se confirma diariamente nas portas abertas das UBS, nos medicamentos, nas campanhas, nas urgências — e no próprio trabalho das ACS. Essa percepção do SUS como parte da vida cotidiana aproxima-se da leitura de Carvalho (2004), que vê o SUS não apenas como política pública, mas como “projeto civilizatório” da Reforma Sanitária, construído por quem o vive.

Outro item perguntava sobre o ano de criação do SUS. Muitas confundiram 1988 com a Conferência Nacional de Saúde de 1986, o que abriu espaço para revisitar a redemocratização e o caráter histórico do SUS como conquista social. Algumas ACS comentaram que já trabalhavam na saúde quando o SUS começou a ser implementado, e essa memória trouxe um sentido interessante: a história do SUS se mistura à história profissional delas. Aqui observa-se como a memória profissional é outro elemento formador de pertencimento para estas profissionais, segundo Paim (2008) um movimento social e político que só se sustenta quando os sujeitos se reconhecem como parte dela, bem como de sua história.

Quando entramos no debate sobre integralidade, muitas ACS comentaram que já exercem isso na prática, mesmo sem nomear. Falaram sobre perceber mudanças no comportamento dos moradores, entender dinâmicas familiares, notar quando “algo não está bem” — elementos que superam a doença e consideram a vida como um todo. Essa reflexão reforçou a centralidade de seu trabalho, que produz cuidado integral justamente por estar tão enraizado no território. Neste sentido a integralidade é menos um conceito e mais um modo de encontro, onde necessidades reais orientam o cuidado (TEIXEIRA 2003) e a partir da reflexão-na-ação (SCHON,2000).

Ao discutirmos acolhimento, no entanto, surgiram associações iniciais apenas à enfermagem e à psicologia. Muitas relacionavam acolhimento à triagem ou ao manejo emocional “especializado”. Conversamos então sobre o acolhimento como postura ética de toda a equipe e corresponsabilidade de toda a equipe, conforme orienta a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004a), o que ajudou a deslocar a ideia de que apenas algumas categorias “sabem acolher” e a reforçar que elas também protagonizam esse processo — sempre que escutam, orientam, ou acompanham um sofrimento.

Por fim, discutimos atualizações em saúde, trazendo o exemplo do rastreamento do câncer de próstata — que hoje não é mais recomendado de forma universal sem sinais ou sintomas, para evitar sobre-diagnósticos e danos desnecessários. Essa informação gerou surpresa e bastante conversa, pois muitas ACS nunca tinham recebido essa atualização. O debate reforçou a importância da Educação Permanente não como algo distante ou “mais uma tarefa”, mas como parte essencial da prática cotidiana. A EPS, segundo Ceccim & Feuerwerker (2004), surge exatamente nesses momentos: quando o trabalho provoca perguntas e convida a revisitar saberes.

### *3.4 Mitos e verdades que surgem do território: Saúde Única*

À medida que seguíamos nas visitas e nos dias dentro da unidade, algo começou a me chamar atenção de maneira muito direta: as Agentes Comunitárias de Saúde eram, de fato, um dos principais canais de educação em saúde do território em resposta ao vínculo criado. Frequentemente, moradores perguntavam sobre saúde bucal, dúvidas ligadas ao sofrimento emocional, questões sobre transmissão de doenças, cuidados com feridas, manchas, sangramentos gengivais — e, naquele período, muitas falas sobre a *Monkeypox*. Muitas dessas perguntas eram atravessadas por informações imprecisas, algo que os próprios materiais de orientação do Ministério da Saúde já apontavam como comum em tempos de circulação de *fake news* e boatos (BRASIL, 2023b).

Na vida cotidiana, na maioria das vezes, acabava chegando até elas porque a comunidade confiava nas ACS como primeiro ponto de escuta. Elas respondiam com aquilo que construíram na convivência diária — um saber que nasce do vínculo, da observação, da circulação pelo bairro. A literatura descreve esse papel como uma tradução entre o saber técnico e o saber popular (STOTZ, 2009), e foi assim que eu as percebi: como quem pode ser ponte viva entre dois mundos.

Ao mesmo tempo, eu notava que alguns temas poderiam se beneficiar de atualização, algo comum e esperado no trabalho em saúde. Muito do que chega acaba sendo respondido

com base no “que sempre funcionou” e no que circula entre profissionais e comunidade. E, em muitos momentos, elas mesmas expressavam o desejo de orientações mais claras da equipe multiprofissional. Isso emergia nos intervalos, na sala delas, nas conversas espontâneas enquanto nos mantínhamos por perto.

Ao me deparar com isso, eu me pegava pensando, com bastante cuidado, sobre como entrar nesse processo sem parecer que estava trazendo algo “básico demais” ou duvidando da capacidade delas. Eu queria somar — não explicar o óbvio, muito menos assumir um lugar acima. Ao mesmo tempo, eu também estava começando minhas experiências na Atenção Básica, ainda me sentindo pouco experiente neste campo, o que trazia uma certa insegurança profissional sobre o que eu tinha realmente a oferecer. Por isso, minhas perguntas internas eram simples, mas importantes: como apoiar sem ocupar demais? Como contribuir sem atravessar? Como ser ponto de apoio, ouvir e trocar, sempre pensando no território e na lógica da Atenção Básica?

Essa inquietação fazia sentido porque a própria rotina da unidade mostrava um certo distanciamento entre categorias profissionais. Odontologia em sua sala, equipe médica na sua, enfermagem na dela, ACS em outras — ilhas de saber, como analisam Campos (2000) e Minayo (2006) ao falarem da fragmentação do trabalho na saúde. Isso fazia com que dúvidas circulassem mais entre ACS e população do que entre ACS e equipe multiprofissional.

Nesse contexto, escolhemos trabalhar o tema “Saúde Única”; não porque fosse um conteúdo técnico obrigatório, mas porque era uma forma possível de integrar assuntos que já apareciam fragmentados: sofrimento psíquico, questões bucais, transmissões virais, ambiente, condições de moradia e convivência com animais. A definição básica — que entende saúde humana, animal e ambiental como interligadas — aparece em materiais da OPAS (2022), e nos ajudou a organizar um encontro simples, na própria unidade, conversando com elas a partir do território real.

Durante o encontro, falamos sobre os principais pontos que acreditávamos contribuir enquanto Psicólogo, cirurgiã-dentista e médica veterinária aquele turbilhão de questões presentes no dia-a-dia. Assim, preparamos uma dinâmica de “mitos e verdades” com base em nossas áreas de conhecimentos.

Em relação a Psicologia, discutimos sobre empatia, o que abriu uma troca muito honesta. Abordei que empatia não é simpatia nem afinidade, mas uma ação consciente de compreensão, como descreve Rogers (1969): um esforço intencional de se aproximar da experiência do outro mesmo quando isso não é fácil. Para elas — que lidam com as dores do território, recebem mensagens, ligações, pedidos de ajuda o tempo inteiro — isso fez muito

sentido. Falamos sobre como a empatia sustenta o vínculo, mas também exige cuidado consigo mesma.

Outro aspecto da Saúde Mental, conversamos sobre algo que eu percebia com frequência: uma tendência de associar experiências como ouvir vozes ou ter comportamento desorganizado a diagnósticos rápidos — como “ ah, isto é esquizofrenia!”. Expliquei que alucinações podem aparecer em diferentes quadros (uso de substâncias, crises agudas, transtornos do humor, transtornos dissociativos, situações traumáticas), justamente para sair da lógica reducionista e abrir espaço para compreender o sofrimento em sua complexidade. A discussão caminhou para a ideia de que nenhum sofrimento psicológico cabe totalmente em um rótulo, ponto amplamente debatido por autores da saúde mental crítica (AMARANTE, 2007).

Ao final do encontro, senti uma ambivalência: por um lado, houve troca, abertura e reconhecimento, mas era apenas um momento que, por mais significativo que fosse, era apenas um momento. O que se escancara é o fato de quanto a equipe funcionava compartimentalizada, e como isso poderia limitar o cuidado, e como se tivéssemos mais pernas e braços do que gostaríamos poderíamos pensar em intervenções que buscassem integrá-la. A saúde no território é integral por natureza, mas a organização do serviço, muitas vezes, não acompanha essa complexidade. Essa percepção não traz pessimismo, mas realidade: a Saúde Única funciona como ideal, enquanto o cotidiano ainda opera por fronteiras rígidas que precisam ser atravessadas.

De algum modo essa fragmentação também dialogava com o que discutimos sobre o risco das explicações reducionistas em saúde mental: quando partes que deveriam conversar se isolam, a compreensão do todo se empobrece — seja no entendimento do sofrimento psíquico, seja no funcionamento da própria equipe. Essa fragmentação interna lembra, de forma análoga, a cisão que atravessa a experiência da esquizofrenia: partes que existem, mas não dialogam plenamente entre si.

### *3.5 A Saúde Mental no território: E agora, José?*

A partir dessas percepções sobre a unidade — onde saberes e setores pareciam funcionar em pequenas “partes” que pouco se cruzavam —, tornou-se ainda mais evidente como a saúde mental emerge como um campo que exigia integração. No município em questão, as demandas relacionadas à saúde mental estavam muito presentes no cotidiano da Atenção Primária. Os dias em que o psiquiatra comparecia para atendimentos eram, notadamente, os mais cheios da UBS — um indicativo da centralidade dessa especialidade

diante da ausência de outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Como o município não atingia o critério populacional mínimo de 20 mil habitantes exigido para implantação de um CAPS (BRASIL, 2011), havia uma lacuna significativa no cuidado.

Nesse cenário, a oficina terapêutica conduzida pela psicóloga da UBS ganhava importância: era um espaço simples, mas que oferecia convivência, expressão e rotina — valores essenciais da Reforma Psiquiátrica, que defende práticas territoriais e comunitárias (AMARANTE, 2015). Participar desses encontros permitiu observar de perto estratégias de cuidado possíveis dentro de um contexto de recursos limitados.

Nas visitas domiciliares, essa realidade se tornava ainda mais clara. Acompanhei a enfermeira e a assistente social em situações de grande sofrimento: uma pessoa em intensa desorganização psíquica, exigindo mobilização familiar; outra moradora da zona rural vivendo sofrimento profundo em contexto de vulnerabilidade social. Em muitos desses momentos, a psicóloga da UBS era acionada para contribuir, mas a limitação da rede ficava evidente. O matriciamento oferecido pelo CAPS da cidade vizinha era restrito, e as discussões de caso ou o cuidado compartilhado não aconteciam com a frequência necessária. Essa fragilidade poderia, inclusive, contribuir para um aumento de internações psiquiátricas em hospital geral, indo na contramão das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, que preconiza cuidado comunitário e redução de hospitalizações desnecessárias (AMARANTE, 2015).

Com base nesse panorama, e em alusão ao Setembro Amarelo — do qual tenho acredito que pouco se fala em capacitar profissionais para o acolhimento e escuta de demandas de ideação suicida em detrimento frases prontas — construímos o encontro com as ACS abordando questões práticas sobre reconhecimento de sofrimento psíquico nas visitas — desde observações de discurso, mudanças comportamentais, alterações de sono e rupturas no autocuidado, até os elementos descritos no Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental (BRASIL, 2013). Discutimos também noções sobre ideias de morte, distinguindo ideação passiva, ideação ativa e plano suicida, reforçando que perguntar diretamente não induz ninguém ao suicídio, conforme orienta Botega (2015).

Ao mesmo tempo, ficava visível como a fragilidade da RAPS repercutia diretamente no trabalho desses profissionais: aumentava a demanda emocional, ampliava a sensação de sobrecarga e, muitas vezes, deixava-as sozinhas diante de situações complexas. Essa vulnerabilidade da rede ecoava nas angústias delas — não por incapacidade, mas pela ausência de dispositivos que compartilhassem o cuidado. O Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental (BRASIL, 2013) reconhece que, em municípios sem CAPS, a APS acaba absorvendo grande parte dos casos de sofrimento psíquico, o que exige apoio clínico,

articulação e espaços de troca para que as equipes não se sintam isoladas.

Nesse contexto, o encontro se tornou um espaço de troca necessário: um momento em que elas podiam discutir situações reais, tirar dúvidas e refletir sobre como agir diante do sofrimento que aparece nas visitas. As ACS trouxeram casos, experiências e percepções próprias do território — reafirmando seu papel essencial na Atenção Primária, onde muitas vezes são elas que primeiro escutam sinais de sofrimento e precisam decidir quando e como acionar a equipe.

Apesar de ser um tema delicado, notei que, para as ACS, falar de sofrimento mental não era tabu. Pelo contrário: elas abordavam o assunto com naturalidade, interesse e um desejo genuíno de ajudar. Essa abertura tornava as trocas mais honestas e permitia que dúvidas viessem à tona sem medo de julgamento. Foi especial estar ali com elas, num espaço em que uma dentista, dois internos de medicina, uma médica veterinária e eu, como psicólogo, podíamos discutir juntos um tema tão presente no território.

Chamava atenção a forma como percebiam mudanças sutis no comportamento dos usuários — algo que só quem vive o território diariamente consegue identificar. Essa sensibilidade aparece também na literatura: estudos sobre a atuação das ACS em saúde mental mostram que seu cuidado se apoia justamente no vínculo, na escuta e na convivência cotidiana (NUNES et al., 2021). Da mesma forma, trabalhos como o de Salgado et al. (2023), voltados especificamente à percepção das ACS sobre saúde mental, apontam que elas demonstram disponibilidade e implicação, mesmo diante de lacunas formativas e do peso emocional que enfrentam.

Essas conversas, ao mesmo tempo em que ampliaram a troca, também pareciam um exercício de olhar para nós mesmos — para preconceitos que carregamos sem perceber, para a angústia diante dos limites do cuidado e para a sensação de impotência que o sofrimento humano às vezes produz. Estar ali reforçava que cuidar em saúde mental, sobretudo na Atenção Básica, nasce tanto do encontro com o outro quanto da coragem de reconhecer aquilo que também nos atravessa. Que me atravessa.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo da vivência no município, pude perceber que muito do que acontece na Atenção Básica depende da força cotidiana das Agentes Comunitárias de Saúde. Elas são, de fato, o elo mais próximo entre o SUS e a vida concreta das pessoas. Ao mesmo tempo, sustentam — muitas vezes de forma silenciosa — a transição de um sistema que historicamente excluía para um sistema que busca incluir, acompanhar e cuidar.

O percurso que fizemos juntos nos encontros formativos mostrou que a Educação Permanente não nasce de grandes eventos ou treinamentos formais, mas do próprio trabalho. Surgiu quando elas trouxeram dúvidas reais, quando compartilharam o que viam nas visitas, quando perguntaram “e agora, o que eu faço?”. Foi ali, no cotidiano, que a EPS encontrou sentido como prática — algo que se faz com o que existe, com o que aparece, com o que pulsa no território.

Também ficou evidente que as ACS ocupam um lugar único na interface entre o saber científico e o saber popular. São tradutoras, mediadoras, organizadoras de sentidos. No entanto, esse papel fundamental ainda encontra barreiras dentro da própria lógica de funcionamento dos serviços: equipes que pouco se conversam, fluxos fragmentados, e uma gestão que nem sempre produz pertencimento. Campos (2000) lembra que a gestão só se concretiza como prática viva quando produz sentido, responsabilidade e autonomia — três elementos que, quando fortalecidos, sustentam o profissional dentro de um projeto coletivo e não apenas de tarefas isoladas.

É inegável que a experiência revelou fragilidades estruturais que angustiam: a ausência de dispositivos de saúde mental (CAPS), a fragmentação do trabalho em "ilhas" de especialidades e a sobrecarga emocional das trabalhadoras. Contudo, ver de perto como as equipes tecem o cuidado mesmo na escassez mudou minha perspectiva sobre o que é ser sanitarista.

Saí deste campo de prática compreendendo que minha identidade profissional não se restringe mais apenas ao "psicólogo clínico". Sinto-me, agora, um trabalhador do SUS com o olhar ampliado, capaz de entender que a defesa da saúde passa pelo reconhecimento das potências e das dores de quem segura o sistema nas pontas. Essa imersão em "terras desconhecidas" não apenas me apresentou a um novo território geográfico, mas reconfigurou meu território interno, tornando-me um profissional mais sensível, implicado e comprometido com a defesa intransigente do SUS.

## REFERÊNCIAS

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

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 90-99, 2006.

BOTEGA, N. J. (Org.). **Crise suicida: avaliação e manejo**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Lei nº 14.725, de 16 de novembro de 2023. Regula a profissão de sanitário. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 nov. **2023a**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Técnico sobre a Resposta à MPOX no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, **2023b**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.986, de 12 de agosto de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 ago. **2004b**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo transformador dos sistemas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, **2004a**. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, G. W. S. Gestão em saúde: desafios para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 393–401, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

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

OLIVEIRA, R. C. et al. Demandas emocionais no trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde: lacunas formativas e manejo de situações complexas. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 26, 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **One Health in the Americas: perspectivas e recomendações**. Washington: OPAS, 2022.

PAIM, J. Reforma sanitária brasileira: memória, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1913–1921, 2008.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

ROGERS, C. R. **Liberdade para aprender**. Belo Horizonte: Interlivros, 1978.

ROSSI, R.; FLORES, A.; ALMEIDA, M. F. O relato de experiência como método de pesquisa-intervenção. **Revista Práxis**, v. 17, p. 48–60, 2021.

SANTOS, A. P. et al. Práticas das Agentes Comunitárias de Saúde no cuidado territorial: desafios e necessidades de formação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 6, 2023.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SCHÖN, D. A. **Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2000.