

Série Vivências em Educação na Saúde

# Diálogos em quarentena

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.  
Roger Flores Ceccon  
João Matheus Acosta Dallmann  
(organizadores)

Prefácio de Maria Cecília de Souza Minayo



Adrian Thives de Bona Sartor | Alcindo Antônio Ferla | Carlos Alberto Severo Garcia Jr.  
Edson da Silva Santos | Fabrício Augusto Menegon | Gulnar Azevedo e Silva  
Gustavo Nunes de Oliveira | Ione Jayce Ceola Schneider | João Matheus Acosta Dallmann  
Karine Pires Costa | Laura Bortolozzo Leitão | Letícia Oliveira Marx | Liane Beatriz Righi  
Luiz André Prange | Roger Flores Ceccon | Saskia Sassen | Silvio Yasui | Stela Nazareth Meneghel

A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para acesso aberto com mais de 200 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 Editorial Participe da campanha e livro, e-livres, de financiamento colaborativo.

Acesse a página  
[editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/](http://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 as vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA  
[editora.redeunida.org.br/](http://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 e o marcador da avaliação do impacto da Editora, Ajude a divulgar essa ideia.



# Diálogos em quarentena

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.  
Roger Flores Ceccon  
João Matheus Acosta Dallmann  
(organizadores)

editora



**redeunida**  
Porto Alegre  
2021

## Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista  
Jaqueline Miotto Guarnieri  
Alana Santos de Souza  
Márcia Regina Cardoso Torres  
Renata Riffel Bitencourt

## Revisão e Diagramação

Thayse Hingst

## Imagem da Capa

Wilhelm Gunkel

### FICHA CATALOGRÁFICA

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes - CRB-8 8846

---

**G216d** Garcia Jr, Carlos Alberto Severo; Ceccon, Roger Flores; Dallmann, João Matheus Acosta (org.).

Diálogos em quarentena / Organizadores: Carlos Alberto Severo Garcia Jr; Roger Flores Ceccon e João Matheus Acosta Dallmann; Prefácio de Maria Cecília de Souza Minayo. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS : Editora Rede Unida, 2021.  
E-book: PDF.

Inclui bibliografia.  
ISBN 978-65-87180-68-7.  
DOI 10.18310/9786587180687

1. COVID-19. 2. Educação. 3. Quarentena. 4. Saúde Mental. 5. Saúde Pública. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

21-3018060

CDD 610.6:303.485  
CDU 616-036.21

---

### ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde Pública; Catástrofes (terremotos, epidemias, pandemias, guerras).
  2. Serviços de Saúde Pública; Pandemia.
-

## **Coordenador Nacional da Rede UNIDA**

**Túlio Batista Franco**

## **Coordenação Editorial**

**Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla**

## **Editores Associados:**

**Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrove.**

## **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-Hernáez** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).

**Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália).

**Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália).

**Berta Paz Lorido** (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).

**Êrica Rosalba Mallmann Duarte** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

**Francisca Valda Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).

**Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).

**Hêider Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).

**João Henrique Lara do Amaral** (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).

**Júlio Cesar Schweickardt** (Fundação Oswaldo Cruz/ Amazonas, Brasil).

**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** (Universidade de São Paulo, Brasil).

**Leonardo Federico** (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).

**Lisiane Bôer Possa** (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).

**Liliana Santos** (Universidade Federal da Bahia, 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).  
**Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).  
**Rodrigo Tobias de Sousa Lima** (Fundação Oswaldo Cruz/ Amazonas, Brasil).  
**Rossana Staeve 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).  
**Vera Lucia Kodjaoglanian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).  
**Vera Maria da Rocha** (Associação Rede Unida, Brasil).  
**Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).

Diálogos  
em  
quarentena

# Prefácio

Num mundo de incertezas, dores e esperança

Honrada de escrever este prefácio, pergunto-me o que posso sintetizar ou concluir a partir das reflexões de tantos colegas. As falas abrangeram desde os aspectos mais globais, aos institucionais, aos profissionais até aos subjetivos e pessoais. Os autores mostraram que nossa vida inteira, em todos os seus aspectos foram mexidos, revirados e estão em *stand by* frente à pandemia do coronavírus. A pergunta é o que vem depois. Fiquei pensando sobre o que poderia acrescentar a tudo o que foi dito. E resolvi colocar aqui minha vivência pessoal. Talvez coincida ou talvez divirja de tudo o que foi dito.

No dia 13 de março de 2020, com o incentivo e com certo pavor das nossas duas filhas e de suas famílias sobre o que poderia nos acontecer – eu tenho 83 anos e meu marido 87 - viajamos do Rio de Janeiro para Araras em Petrópolis para nos isolarmos num pequeno sítio que temos, construímos e adoramos. E aqui estamos até o dia de hoje, saindo muito esporadicamente para serviços de banco ou consultas médicas. Pessoalmente eu adoro o silêncio, o gorjear dos passarinhos, o ritmo de mudança do tempo e das estações. Foi a primeira vez que tive a oportunidade de acompanhar tudo isso, num ambiente de vitalidade da natureza, quando ao redor, por parte dos humanos tudo parecia ruir. Preciso dizer que nosso sítio fica numa reserva biológica plenamente preservada. Esse é o ambiente no qual vivo há quase dois anos: numa espécie de paraíso natural, cujo silêncio é quebrado apenas pelos sons da natureza e das poucas pessoas que comungam conosco o prazer de viver aqui.

Descrito o cenário, preciso dizer que nunca trabalhei tanto, nunca conversei com tanta gente do país e de fora dele: minha vida intelectual como professora, orientadora, pesquisadora e de editora chefe da Revista Ciência & Saúde Coletiva em nada foi prejudicada, ao contrário, a intensidade dos contatos aumentou: todos virtuais! Tive que sair de meu quase analfabetismo tecnológico para participar de conferências nacionais e internacionais, *lives* e reuniões, entendendo que nós humanos somos seres adaptativos, portanto, eu também seria. Produzi muito e junto com colegas queridas e queridos. Por tudo isso, por estar num lugar privilegiado e por conseguir permanecer ativa e contribuindo, todo dia ao abrir os olhos pela manhã agradeço a Deus! Agradeço por amanhecer viva e por poder continuar contribuindo na divulgação científica, na formação dos jovens e por, até hoje, estar ileso do coronavírus.

Não estou alienada e nem fui poupada da dor. Perdi amigos e amigas e, sobretudo, perdi uma irmã queridíssima que tinha uma deficiência mental, mas era o centro de nossa família por sua alegria, ironia e humor: seu maior dom era nos unir. Mas não consegui esperar a vacina e partiu. Estamos sofrendo muito até hoje. Perdi ainda uma sobrinha e uma prima muito amadas, além de outras pessoas de referência.

Durante esse tempo, tudo o que ocorreu no mundo e no país ecoou fortemente em meu coração e mente. Por exemplo, no caso da globalização o que mais me chamou atenção foi a ilusão do lucro fácil – triunfo das grandes corporações internacionais nos últimos anos do século XX - por meio da divisão internacional do trabalho e da produção. Como pela exploração da mão de obra, era mais barato produzir na Índia e na China, esses países se tornaram os produtores de matéria prima. O mundo quase parou por isso pelas dificuldades de produzir vacinas e medicamentos que dependiam deles. Será que essa lição ficará para o momento pós-pandemia? O Brasil passará a dar atenção às necessidades da ciência e da tecnologia que se aguçaram nesse momento de crise? Sobre as instituições técnico-acadêmicas acompanhei detalhadamente o protagonismo de algumas, o apagamento de outras e o pouco caso do governo com o investimento na ciência. Todos nós sabemos que um país está condenado a ser dependente quando menospreza esse setor. Defendo a tese de que, não é por causa da pandemia apenas, mas pela falta de visão e de propósitos de quem nos governa nesse delicado momento histórico, regredimos e muito. Do ponto de vista dos gestores e profissionais de saúde, eu sei que houve tristes exceções, mas quero ressaltar a eclosão de pessoas dedicadas, trabalhando além do prescrito e de suas forças, - muitas estão em exaustão, outras deram sua própria vida - merecendo aplausos e reconhecimento! Esses profissionais deveriam ter seus nomes escritos nos corações e nas mentes dos brasileiros como heróis verdadeiros dessa nação dolorida.

Do ponto de vista pessoal, eu senti e sei que muita gente sentiu medo, senti e sentimos horror pelos corpos de amigos e parentes empilhados à espera de uma anônima sepultura. Mas o medo não pode nos paralisar. Sabemos que mais vírus surgirão e nos enfrentarão com seu silêncio ensurdecedor e ameaçador. Sabemos também que isso tem a ver com a forma como conduzimos nossa vida, particularmente pelo excesso de intervenções e processos que desregulam o habitat de nossos irmãos animais e de todos os elementos que compõem a harmonia deste planeta.

E depois da pandemia? Muita coisa nos cabe fazer como humanidade, como sociedade e como pessoa: pelos que ficaram traumatizados, pelos que ficaram órfãos, pelos que empobreceram e pela saúde do planeta terra. Nessa agenda de respeito, empatia, convivência e criatividade, reside nossa esperança!

*Maria Cecília de Souza Minayo*  
*Pesquisadora emérita da Fundação Oswaldo Cruz*  
*Editora chefe da Revista Ciência & Saúde Coletiva*

# Apresentação

Em tempos em que o isolamento e a solidão se constituíram como princípios éticos para sobreviver e fazer viver a vida do outro, nada mais revolucionário do que apostar no diálogo como ferramenta, quase que artesanal, para produzir afetos, encontrar saídas e construir um pilar para segurar o céu que está caindo. São tempos de pandemia. Ora, se não há encontros de corpos, há de haver encontros reais-virtuais, mediados pela tela, mas transbordados de intensidades. Não podemos ficar parados. Somos movimentos. É como colocar a existência em *rizoma*: é pensar nas coisas e entre as coisas, e não criar raiz, traçar a linha e não o ponto. Criamos, com o “Diálogos em quarentena”, não apenas um acúmulo de conhecimentos verbalizados e transcritos, mas experimentações, linguagens e aproximações. É como Gilles Deleuze e Claire Parnet tratam a questão no livro *Diálogos*<sup>1</sup>: não se trata de falar dos infelizes, de falar em nome das vítimas, dos suplicados e dos oprimidos, mas de traçar uma linha viva, uma linha quebrada.

“Diálogos em quarentena” foi um ciclo de debates de cunho reflexivo cujo objetivo era discutir a importância da Saúde Coletiva e da educação para resistir à pandemia da COVID-19 durante o ano de 2020. Fomentou debates que abordaram temas relacionados ao contexto epidemiológico, sociológico, filosófico e psicológico vinculados às medidas de prevenção, sobretudo a quarentena e o isolamento social. Foram sendo fabricados, a cada encontro, diálogos tratando de temas distintos com a interlocução entre debatedores de diferentes lugares. Foram realizados por intelectuais e professores do campo da Saúde Coletiva e serviram de aprimoramento para a análise crítica diante dos efeitos sociais da pandemia. O material foi cuidadosamente transcrito e polido, lido e relido, no sentido de transpor a linguagem falada para a escrita, respeitando a fluidez, a estética e a liberdade da boa conversa.

---

<sup>1</sup> DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. Tradução Eloisa Araújo Ribeiro. São Paulo: Escuta, 1998.

Podemos dizer que os diálogos em quarentena fizeram emergir um fato incontestável: vivemos pandemias, no plural, todas elas relacionadas entre si e vivenciadas de múltiplas maneiras pelos diferentes atores sociais. Ao afirmar isso, também refletimos sobre a globalização de um vírus que desata nos variados contextos sociais, culturais e políticos uma série de graves crises. Portanto, dialogamos com nossos pares sobre os efeitos da COVID-19 para além da crise sanitária. Nessa interlocução foi fundamental o caráter interdisciplinar do campo da Saúde Coletiva.

O ciclo constituiu-se como compromisso ético e político da Escola de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina – campus Araranguá, no enfrentamento à pandemia. Essa ação desenvolvida ao longo do ano de 2020, voltou-se para estudantes universitários, trabalhadores da saúde, professores, intelectuais e população em geral, sendo realizados debates virtuais de aproximadamente uma hora de duração sobre temas relacionados à pandemia da Covid-19. Cada encontro suscitou na organização dos capítulos dispostos neste livro, cujos debatedores transformaram-se em autores, juntos. Assim, apresentamos os temas e autores que compõem a obra, configurando a ordem dos capítulos, que é complementado pelo Prefácio, escrito carinhosamente pela professora Maria Cecília de Souza Minayo (Fiocruz), e o Posfácio, dos professores Daniel Canavese de Oliveira (UFRJ) e Fernando Hellmann (UFSC).

- Capítulo um: **Coronavírus e globalização** - Dra. Saskia Sassen (Colombia University) e Dr. João Matheus A. Dallmann (Universidade Federal de Santa Catarina).
- Capítulo dois: **Suicídio em tempos de COVID-19** - Dra. Stela Nazareth Meneghel (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e Dr. Roger Flores Ceccon (Universidade Federal de Santa Catarina).
- Capítulo três: **Política de Saúde Mental e Atenção Psicossocial** - Dr. Silvio Yasui (Universidade Estadual Paulista) e Dr. Carlos Alberto Severo Garcia Jr (Universidade Federal de Santa Catarina).
- Capítulo quatro: **Produção de vínculos na pandemia** - Dr. Gustavo Nunes de Oliveira (Universidade Federal de São Carlos) e Dr. Carlos Alberto Severo Garcia Jr (Universidade Federal de Santa Catarina).
- Capítulo cinco: **Humanização do cuidado em saúde na pandemia** - Dra. Liane Beatriz Righi (Universidade Federal de Santa Maria) e Dr. Carlos Alberto Severo Garcia Jr. (Universidade Federal de Santa Catarina).

- Capítulo seis: **Uma noite à Hésio Cordeiro: Diálogos entre Abrasco e Rede Unida** - Dr. Antônio Alcindo Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e Gulnar Azevedo e Silva (Universidade Estadual do Rio de Janeiro).
- Capítulo sete: **Saúde Coletiva numa hora dessas?** - Adrian Thives de Bona Sartor, Edson da Silva Santos, Karine Pirez, Laura Bortolozzo Leitão, Letícia Oliveira Marx e Luiz André Prange (Universidade Federal de Santa Catarina)
- Capítulo oito: **Ensino superior em tempos de quarentena** - Dra. Ione Schneider e Dr. Fabrício Augusto Menegon (Universidade Federal de Santa Catarina).

Os encontros foram públicos e realizados em plataformas de amplo acesso. Como resultados, obteve-se o registro de sete produtos em formato audiovisual. Os resultados desta atividade foram disseminados concomitantemente à sua produção, tendo em vista que utilizou como plataforma digital o *Youtube* e foram publicizados no canal da [Escola de Saúde Coletiva](#).

A organização desta produção não seria possível sem a colaboração dos bolsistas de graduação da Escola de Saúde Coletiva, Bruna Mascarenhas Santos, Luiz André Prange da Silva, Paulo Henrique Menezes, Adrian Thives de Bona Sartor, Fabiane Perondi e Letícia Marx. Mais do que bolsistas, nossos amigos, nossos parceiros. Contamos com a colaboração de outros entusiastas deste projeto, e por isso agradecemos à Denise Nova Cruz, ao Marco José de Oliveira Duarte e à Thayse Hingst, entre tantos outros.

*Carlos Alberto Severo Garcia Jr.  
Roger Flores Ceccon  
João Matheus Acosta Dallmann*

# Sumário

## **Coronavírus e globalização**

*João Matheus A Dallmann dialoga com Saskia Sassen*

15

## **Suicídio em tempos de pandemia**

*Roger Flores Cecon dialoga com Stela Nazareth Meneghel*

27

## **Política de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na quarentena**

*Carlos Alberto Severo Garcia Jr. dialoga com Silvio Yasui*

39

## **Produção de vínculos na pandemia**

*Carlos Alberto Severo Garcia Jr. dialoga com Gustavo Nunes de Oliveira*

50

## **Humanização do cuidado em saúde na pandemia**

*Carlos Alberto Severo Garcia Jr. dialoga com Liane Beatriz Righi*

71

## **Uma noite à Hésio Cordeiro: diálogos entre Abrasco e Rede Unida**

*dialogam Gulnar Azevedo e Silva e Alcino Antônio Ferla*

88

## **Saúde Coletiva numa hora dessas?**

*dialogam Adrian Thives de Bona Sartor, Edson da Silva Santos, Karine Pirez, Laura Bortolozzo Leitão, Leticia Oliveira Marx e Luiz André Prange*

112

## **O ensino superior na pandemia**

*Ione Jayce Ceola Schneider dialoga com Fabrício Augusto Menegon*

122

## **Posfácios**

*Daniel Canavese de Oliveira e Fernando Hellmann*

139

# Coronavírus e globalização

Saskia Sassen

João Matheus A. Dallmann

**João Matheus A. Dallmann:** Estamos iniciando a transmissão da Escola de Saúde Coletiva entrevistando a docente da Universidade de Columbia, socióloga e também professora em Londres: Saskia Sassen. Ela é autora de muitos livros e dentre eles estão os mais conhecidos como *Expulsiones* traduzido para o espanhol em 2014, *Inmigrantes e ciudadanos*, *Una sociología de la globalización*, *La ciudad global*, dentre muitos outros escritos. Seja bem vinda, muito obrigado por aceitar nosso convite e comecemos a conversa. Minha pergunta inicial é: quais transformações nos trará esse mundo pós pandemia? Quais transformações sociais podemos esperar a partir de agora?

**Saskia Sassen:** Olhe, conhecendo as histórias de nossos países, seguem sendo, um pouco, as mesmas. Me ocorre que, depois de alguns meses, vamos esquecer. Não é que esqueceremos que existiu essa pandemia, mas vamos esquecer do terror das mortes e etc, porque a vida continua. Minha experiência - porque sou muito mais “velhinha” que você - é que nós, seres humanos, temos uma capacidade extraordinária de esquecermos de elementos que nos traumatizaram, porque se nós pudéssemos recordar de todos nossos traumas, estaríamos muito debilitados. Então somos um pouco como se diz em castelhano na Argentina: *bestias* (bestas). Não na negatividade desse termo, mas sim no sentido de que não queremos entrar em profundidade, a típica pessoa, não a típica condição. Não queremos entrar em profundidade em elementos, em condições, em eventos, que tenham sido marcados por algo muito trágico, muito triste, violento, uma variedade de coisas. Momentaneamente sim, mas a longo prazo não é que seguimos traumatizados - porque se seguimos traumatizados, teremos um problema como seres humanos. Ou seja, se realmente temos uma condição extrema, estamos traumatizados e não conseguimos sair desse trauma “*somos finites*” (somos finitos), como diriam os italianos. Se temos um instinto de sobrevivência, que em nós é animal e não mental, o animal que há em nós permite-se, sim, recordar desses terrores, mas isso é muito diferente de senti-los como sentimos quando aconteceram. Para alguns levará uma semana para se sentirem melhor, para outros levará um ano, e alguns seguirão traumatizados, sem dúvidas, mas para a grande maioria, pela minha experiência, é que realmente sobrevivemos, um pouco porque somos seres um tanto superficiais e a profundidade de algo muito dramático nós podemos manejar, mas temos também que libertarmo-nos dos

traumas. Somos finitos.

**J:** Nesse mundo onde vamos nos esquecer, em algum momento, dessa pandemia, que coisas podem mudar em termos de sociedade? Há muitas pessoas que dizem que virá um tempo de mais solidariedade, por exemplo.

**S:** Sim, isso nós assistimos no passado, uma capacidade de amar mais nossos vizinhos, as pessoas que não temos uma conexão muito profunda, abrir-se um pouco mais à nossa condição de humanos, isso é parte do processo. Porém, como digo, não poderíamos sobreviver, somos muito sentimentais, porque não somos como os outros animais. Os animais têm dor, tem capacidade de ataque, mas nós humanos acabaríamos um pouco destruídos, debilitados, se cada trauma, cada tragédia nos atingisse de uma maneira muito profunda. Não poderíamos sobreviver a isso, porque o mundo está cheio. Mortes passam, acidentes passam, outros acontecem. Uma maneira de pensar é que se trata de um elemento dominante que nós não sentimos como um elemento dominante. É uma capacidade de sermos diferentes, até certo ponto, a algumas grandes tragédias, ou quando perdemos, quando somos atacados. Nos esquecemos, não permanecemos numa situação de trauma. Por exemplo, eu, você, já passamos por situações muito dramáticas. Quando estava fazendo um trabalho de campo em uma parte da Colômbia que era muito agitada, onde caçam e matam, senti o terror e o terror imobiliza. O terror é muito diferente do medo, o medo ativa, o terror imobiliza, isso sempre me ficou como memória: nós conseguimos manejar algo que nos dá medo, contudo, algo que nos aterroriza já é distinto de medo, o medo nós podemos manejar. Os animais também têm essa habilidade, mas nós somos mais complicados. O terror paralisa, te deixa sem voz. Por exemplo, uma vez quando senti terror: estava saindo da Colômbia, em uma situação muito selvagem, muito ruim e vi um caminhão passar com gente que estava fugindo também, e quis chamá-lo, porque me dei conta de que era minha última opção ali, mas não me veio a voz. Por sorte, alguém do caminhão me viu, eles estavam indo e então voltaram. Eu me vi sem voz, mesmo quando a voz era o que mais precisava naquele momento. Creio que temos mecanismos que nos ajudam, mas há situações tão extremas que nos “falha o sistema”. Está aí a grande diferença entre o terror, que te paralisa, e o medo, que te ativa, que te faz encontrar forças que não sabias que tinhas, que não sabias que podias correr tão rápido, que não sabias que podias confrontar coisas que antes te matavam. Já quando sentes terror, perde-se o controle, por assim dizer. Não sei se me fiz entender, alguma vez tu já te viste nessa situação?

**J:** De sentir terror? Acredito que não.

**S:** Verdade? Isso é interessante, saber que a maioria diz não ter sentido terror. Claro que tu já viste o terror, mas quando olhas, tu te perguntas: quais as materialidades e as “psicologias” de quando sentimos terror? Pode ver que há uma diferença, a dor é diferente do terror: o terror paralisa e a dor pode ativar, o medo, mais do que a dor.

**J:** E como os grandes capitalistas lidam com isso? Ou seja, temos que temer o coronavírus e nos aterrorizar com os sistemas financeiros?

**S:** O coronavírus é algo bastante interessante, devo dizer. Claro, está espalhado pelo mundo, é invisível, não tem odor, não tem som, aí logo pensamos... Passamos por situações no passado - me refiro ao passado de uns 50 anos - onde confrontamos, por exemplo, o *Sars*, em 1980, que todos conhecem e também foi bastante efetivo em aterrorizar as pessoas e matá-las. A morte também é algo que acontece com esse vírus. Porém, o incrível é como conseguimos nos esquecer disso. O medo que sentimos, o terror, o cuidado de não nos contaminarmos, são reações momentâneas. Há certas situações em que perdemos o controle, por assim dizer. Já escrevi um livro que se chama “Perdendo o controle”, mas não só nós humanos como também os governos. O que senti nas minhas duas situações de verdadeiro terror foi que entendi a diferença entre terror e medo e isso é uma coisa para a qual todos nós deveríamos estar preparados: podemos lidar com o medo, mas o terror nos deixa debilitados. Podemos até nos recuperar depois de um minuto, depois de dois minutos, depois de uma hora (não é certo, isso varia), porém é uma lição básica, uma lição sobre nossa fortaleza e sobre quando nos rendemos, porque é uma maneira de nos rendermos, o corpo nos força a isso. Eu mesma, parecia que o corpo estava ausente, não tinha voz, não tinha capacidade de mover as pernas e isso foi um momento de terror. Depois me recuperei, é claro, mas foi realmente algo de que não vou me esquecer nunca e acho que é importante que todos nós, humanos, saibamos disso, que há momentos em que estamos com medo mas achamos que estamos aterrorizados, e não é isso. Isso é outra coisa, o terror é realmente diferente do medo.

**J:** Eu me pergunto: quais são os efeitos para o capitalismo, nesse sentido mais amplo, das mortes? Atingimos o número de 100 mil mortes, no Brasil foram 14 mil<sup>2</sup>. Catorze mil pessoas, famílias, que estão vivendo um momento de terror. Para eles e para a sociedade em geral, o medo tem sido o idioma atualmente. Se globalizou todo um terror, todo um medo, mas, em termos de capitalismo,

---

2 O encontro foi transmitido ao vivo em 15 de maio de 2020, na ocasião o Brasil tinha o número de mortos indicado.

o que vai acontecer com a gente, com as classes trabalhadoras, com os jovens, com as próximas gerações que terão em sua história a pandemia de Covid-19?

**S:** Por um lado já disse, no entanto, nos esqueceremos não do que passou, mas do momento de terror que alguns podem ter sentido e, certamente, do medo que a grande maioria, confrontando essa possibilidade, deve ter sentido. Mas o incrível de nós, seres humanos, é como nos esquecemos. O *Sars* de 1980, as pessoas sequer lembram que aconteceu, até mesmo os que estavam vivos. Agora, este vírus tem se apresentado com uma popularidade muito ampla por todo o mundo que o conhece. Ele é enigmático, não tem cheiro, não deixa marcas, então, me ocorre que, em primeiro lugar, vai haver filmes, por exemplo como foi com o Ebola, saíram filmes sobre isso, um documentário. Consigo imaginar com esse vírus também, porque existe essa invisibilidade e, ao mesmo tempo, essa presença ameaçadora. Essa mescla de que não podemos nem olhar, nem sentir, isso nos gera uma sensação de insegurança, que não sabemos lidar, também, como o medo em si. O medo já nos desorganiza um pouco os sistemas de resposta, ou de fuga, porém, não sabemos exatamente onde ele está, se passou, não o ouvir, não o ver, isso é um pouco aterrorizante. Não estamos acostumados a isso. E não é a primeira vez que acontece, com o *Sars* também foi assim. Mas creio que agora estamos muito mais organizados, no sentido de comunicação transversal, de estarmos nos comunicando por todos os lados e, nesse momento de falar sobre isso, repetidas vezes, repetindo as mesmas palavras com pessoas de outras partes do mundo, isso cria um peso. Temos todos os meios de nos comunicarmos com pessoas que não conhecemos, que sequer sabíamos que existiam, recebemos uma avalanche de informações. Isso também marca algo, digamos, é como se fosse um exagero. É um fenômeno que sentimos que vai nos marcar para o resto de nossas vidas, mas não é verdade, porque, como dizia antes, nos esquecemos do terror - podemos até nos lembrar da condição -, mas não sentiremos esse medo outra vez. E o medo nós não podemos inventar, enquanto um sentimento, não conseguimos gerá-lo como: “tenho medo, tenho medo!”. Ou temos medo ou não temos. Fingir que temos não é possível. Temos aqui uma situação em que eu mesma estava na Inglaterra e foi bastante sério, morreram muitas pessoas. Vimos tudo isso de nosso apartamento em que moramos e já estamos aqui há 14 dias, meu marido e eu. Estamos muito bem, não sofremos, na realidade, entretanto, ao mesmo tempo, é muito estranho que tenhamos que sair nas ruas e por uma máscara. Tenho que dizer, não sei por que, mas não tive medo. Lembro de quando estive na Colômbia, numa situação de abandono, e ali sim tive medo e terror, então aprendi a diferença entre algo como um vírus, que é uma ameaça, mas não devemos, necessariamente, sentir medo simplesmente porque sabemos que existe essa ameaça. Ameaça é conhecimento, a temos em mente. O medo, por sua vez, temos ou não temos e, até certo ponto, há o

terror. São três condições muito distintas. Até hoje, quando conheço uma pessoa, consigo distinguir: “este não passou por um momento de terror”, “este não passou nem sequer por um momento de medo”, mas está, simplesmente, um pouco como estou: interessado, reconhecendo que há algo que não vemos, não tocamos, mas que é sério. Todavia, isso não me remete a medo ou terror, me remete à prudência, ou seja, uma consciência de que há de se ver com prudência o temor, o medo, as crises. Esse vírus, no meu ponto de vista, é uma oportunidade de sermos um pouco inteligentes em como podemos administrá-lo, porque há situações nas quais não podemos ser inteligentes, o terror domina. É muito interessante. A verdade é que, claro que há mortos, há coisas trágicas aqui, não quero minimizar, mas o potencial desse vírus é muito mais amplo, muito maior do que o que pode, simplesmente, ocasionar a nós. Ou seja, poderia haver um milhão de mortos, facilmente, mas não foi o que aconteceu. Há toda uma série de elementos e eu, principalmente, de uma classe onde se tem muitos jovens, uma universidade, a mim interessa dar os instrumentos que lhes permitem não sentir terror, não sentir medo, exceto quando ele te ajuda por ser um alerta. Em efeito, entender quais os limites que temos para sobreviver e, diante do que pode ser um ataque do vírus, como podemos lidar? Devemos estar sóbrios, pensando na situação, não casualizando, porque não se trata de uma condição casual, mas dizer: “ah, estou aterrorizada!”, isso não me parece útil.

**J:** Como podemos criar estratégias para voltarmos a circular, viajar a outros países e manter de pé a globalização, não só pela internet, mas também fisicamente? O que vai acontecer com a Europa, por exemplo?

**S:** O que me ocorre é que devemos pensar em todas essas condições negativas como uma espécie de curva. Há situações em que não há curva, só crescem e crescem, aí sim, medo e alerta entram em jogo. Mas nós já sabemos agora, porque dentro de três a quatro semanas em vários outros países, há uma espécie de curva. Pessoas têm morrido, sem dúvidas, mas há menos mortes nos países que já compreenderam que há de se cuidar ao invés de fingir que tudo segue igual porque não o sentimos, não o vemos, não o ouvimos. É um nível de inteligência que deveríamos, todos, ter tido desde o princípio, e isso não aconteceu, então temos mortos. Não sei, todos devemos, também, ter um entendimento a nível mais básico de que este mundo não pertence somente a nós. Sim, construímos grandes cidades, mas destruimos tantas terras, tantas águas, que, inevitavelmente, estamos encontrando aquilo que procuramos. E este não será o único vírus. Uma maneira de enxergar, é que houve uma espécie de evolução, quando passou o *Sars*, nos anos 80, também aterrorizou e matou muitos, mas era outro momento, não havíamos construído e eliminado tantas terras e espaços de vida, tantos tipos de plantas, de animais. Nós estamos, de alguma maneira, geran-

do uma espécie de situação mais complexa e, dessa forma, mais ameaçadora, com um vírus que já existia há 20 anos, mas ainda não tinha nos “encontrado”, porque de fato existiam mais terras livres. Uma pergunta que temos que fazer, portanto, se quisermos levar isso a sério, é: como podemos seguir construindo nossos espaços de vida, nossas economias, de maneira que não haja tanta destruição? Nós sabemos que, em outras culturas, não houve tanta destruição. Os europeus são melhores que os americanos, por exemplo, as Américas são um pouco brutais com o espaço natural, muito mais que os europeus, em parte porque os europeus não têm muito espaço, então cuidam deles muito bem. Já no Brasil, Argentina, pensam: “oh, tanto espaço, então não importa, matamos isso, aquilo...”. Por isso, os europeus são um bom exemplo. Os chineses - e sei que todos pensam que os chineses geraram isso, mas não acredito - já têm muito menos espaços que nós. Nos EUA, Argentina, Brasil, há espaços enormes e, nós, os vamos matando, essa é a tragédia, isso sim nos gerará problemas. Não tanto o vírus, há milhões de vírus. Há um nível de inteligência que está nos faltando, a nível de discursos sobre a situação concreta desse vírus. Há de se agregar outras variáveis e outros fatores para entendermos onde estamos realmente. Diria que já estamos em uma situação mais vulnerável do que o *Sars* de 1980. Foi muito sério, matou muitas pessoas. Mas, nós, não enxergamos algo tão sério e nos recordamos de outras situações assim. E seguimos matando a natureza para construir nossas casas, nossas estradas. Temos que entender - e agora é ainda mais interessante, porque adentrou a África - que na África o vírus está afetando muito menos pessoas. A explicação que nos dão os especialistas é que os africanos não desmataram tanto seus espaços como nós. Lá há espaços de coabitação, por assim dizer, enquanto nós destruímos tanto que não há como compartilhar, ou são os vírus ou somos nós. Veja que a situação na África é bem interessante, estou estudando um pouco. Em uma parte do país há tanto território, no sentido de terras e não de construções, que podem coexistir um pouco, porque os vírus não querem nos atacar, eles querem acesso às suas necessidades. Isso as notícias não mencionam e creio que é um tipo de coisa que há de se mencionar.

**J:** Me parece que, pelo que entendi, não se trata de combater o vírus e sim conviver com ele, porque é uma realidade.

**S:** Sim, nós já temos convivido, através das décadas, com muitos vírus. Isso nós já sabemos. Existem alguns vírus que são muito mais agressivos, como esse, que são muito mais perigosos. Mas, um elemento intermediário que nunca mencionamos é esse ponto em que nós roubamos o seu território, que são vírus, animais. Por exemplo, um caso mais familiar é de um tigre, que de repente aparece em um vilarejo. A questão é que ele não vai até o vilarejo pensando: “ah sim, vou lá aterrorizar aqueles caras”. Não, porque aquele é o único lugar em que vai en-

contrar algo verde, porque mataram o terreno dentro do qual ele vivia. Do nada aparecem esses tigres, porque já não têm outros espaços, não têm acesso à água. Nós construímos esses resultados, não são surpresas. Não somos inocentes.

**J:** Isso nos traz outra pergunta: é momento, então, de fazermos as grandes perguntas que, por hora, me parece a sociologia ter abandonado? É momento de falar sobre sociologia histórica, por exemplo?

**S:** Eu acho que sim. Sabe, não tinha pensado nisso. Porque, sim, sou socióloga, mas há muito trabalho com coisas econômicas e outros elementos. Não me sinto 100% socióloga, digamos assim. Mas esta é uma boa pergunta a se fazer. Creio que é uma boa maneira de proceder, na realidade: reconhecer as destruições e as eliminações que geramos e que há toda uma série de outros conhecimentos, mesmo dentro da sociologia e de outras formas de conhecimentos, que realmente devemos trabalhar para explicar e descobrir a condição. É um pouco como tenho falado agora desse vírus, de que nós roubamos seu espaço, então, é claro que nós e o vírus teremos um encontro. E esse encontro pode resultar na minha morte ou na morte do vírus, até onde eu sei. É uma situação extrema em que chegamos, temos uma longa história nesse sentido, não é a primeira vez, mas antes havia mais terras desocupadas, agora estamos ocupando tudo. No Brasil isso também se faz interessante. A primeira pergunta que devemos nos fazer é: como é possível que, num território tão grande como o Brasil, esse vírus entre nas cidades? Por quê? Antes, há 70 anos, não, mas agora sim. Não sabemos de 70 anos atrás, porque, se vieram, não temos os dados, certo? Então, há de se pensar em um esquema de análises que inclua uma variabilidade de condições, que mudam através das épocas e, também, com a finalidade de saber como manejar esse vírus no encontro conosco, humanos, nossas cidades e até mesmo essas torres eletrônicas, onde morrem alguns, provavelmente.

**J:** É impressionante como podemos falar a respeito desse tema. Mas, quero saber também, um pouco a partir de suas teorias, como a pandemia do coronavírus pode mexer com as estruturas de poder das cidades globais? Como funcionará uma cidade global depois dessa pandemia? Alguma, depois dessa pandemia, terá todo seu poder?

**S:** Esse é um tema bem interessante e creio que não há uma análise já completa. Também depende um pouco do tipo de cidade, da extensão desta. Se é uma cidade pequena será diferente de uma cidade média, que será diferente de uma cidade grande. Para as muito grandes, será, basicamente, como uma espécie de cárcere para o vírus, pois terão que buscar muito arduamente e como dentro do

cimento poderão encontrar o que necessitam? Ou seja, por um lado, as cidades são uma proteção, nesse sentido, e têm sido por muito tempo a história da humanidade. Por outro lado, temos destruído tantas terras, tantas águas - muitas não existem mais ou estão envenenadas por poluição, putrefação, coisas mortas - então, uma maneira de dizer, dramatizando um pouco, é que onde estamos agora, nesse tipo de condição com um vírus como este, comparados com 50 anos ou 100 anos, nossa condição, hoje, é distinta, porque não havíamos matado tantas terras e tantas águas. Temos exterminado plantas, temos reduzido a população de plantas no mundo há um número que é uma fração do que foi há 200, 400 anos. Isso também é sério, porque temos eliminado muitas fontes de nutrição para os animais e também para os vírus. Nós temos contribuído de maneira nefasta para algo que agora vemos como um inimigo, como algo que pode nos matar, como algo que reduz nossa vida cotidiana para dois meses, para um mês, para duas semanas, de uma maneira que não gostamos. Acredito que temos que fazer um *link* entre essa condição e reconhecer que temos destruído, destruído e matado, matado e matado águas, rios, árvores, etc. Estamos agora numa situação em que haverá encontros entre nós e os vírus, que antes pensavam: “esse não é o nosso terreno, mas nos tiraram do nosso terreno”. Como vamos lidar com isso? Sabemos que há milhões de vírus extintos, os especialistas já conhecem diversos desses e sabem que há muitíssimos. Aqui confrontamos uma situação que se apresenta muito extrema, mas já existe há muito tempo, porque fazem milênios que viemos construindo. Porém, agora é uma condição extrema, pois temos matado terras, matado águas, coberto terras com asfalto, edifícios. Agora que temos essa manifestação é que teremos uma experiência de vírus, muito mais frequente do que víamos há 100 anos, porque há 100 anos existiam os vírus, mas o encontro era mais difícil. Por isso, o caso da África é tão interessante: agora está se dando o encontro, porque também eles têm construído, matado terras, cortado árvores, envenenado rios, o que resulta em menos território. É nesse momento que os vírus se tornam atores que nos confrontam, nós não os vemos, mas eles nos confrontam às suas maneiras. Se pode haver uma chamada, para anunciar um projeto, algo novo, é a questão a nível mais elementar: podemos recuperar águas e terras e plantas e animais que temos destruído parcialmente/totalmente? Isso vai nos demandar um grande esforço. Há pessoas que o estão fazendo, certamente, porque é algo que está nos ocorrendo, principalmente as novas gerações têm entendido que tem se matado demais, destruído demais. Há uma nova geração - e com os estudantes vejo continuamente - que tem realmente se preocupado não só com o vírus, mas também com a destruição do meio ambiente. Creio que esta é a maneira de lançarmos agora: a importância de recuperar. Em muitos países isso está acontecendo, de se recuperar os “*water bodies*”, as águas, recuperar terras, recuperar plantas. Estão fazendo grandes esforços para a recuperação de plantas, não somente plantas, mas também plantas

que já haviam sido exterminadas. As novas gerações, especialmente, estão muito mais envolvidas com essa questão do meio-ambiente do que estávamos há 30 anos atrás. Isso é algo importante, reconhecer que precisamos restituir terras, águas e ares que temos destruído ou envenenado, mesmo que parcialmente. Isso nos devolve à temática de que não é simplesmente o caso de eliminarmos todos os vírus, porque nunca vamos conseguir ganhar essa batalha, eles são muitos, estima-se que existam milhões de vírus. Já matamos antes e eles voltaram, para sobreviver, não é que sejam nossos inimigos, é a única maneira que eles têm para viver. Acredito que as novas gerações estão muito mais alertas a esse tipo de coisa.

**J:** Acho isso impressionante. Nessa semana, por exemplo, na Argentina, as pessoas saíram da quarentena e o presidente, Alberto Fernández, disse que é o momento de mudar tudo, inclusive a economia, a forma de relação dos seres humanos com a natureza. É o momento de mudar o sistema em que vivemos. Por outro lado, se tiver vontade de mudar o sistema, estarei em casa, não poderei sair de lá e me parece que vai ser assim até 2022, 2023, como dizem os especialistas em vírus. Ou seja, se é o momento de mudar, como faremos mudanças num país como o Brasil, por exemplo, que hoje tem um governo falho e que não quer nem saber do vírus? É um governo muito diferente do outro que eu falava, que usa de ferramentas para matar as pessoas, quando dizem: “os empregados domésticos têm que seguir trabalhando”.

**S:** Sim, estou totalmente de acordo que essa situação em que estamos é muito difícil. Chegamos a uma situação extrema. Por outro lado, temos uma situação em que os legisladores, os presidentes, muitos deles são bastante extremos também. Eles imaginam que as populações que os elegem pensam: “bom, você é minha última opção!”, ter um presidente que é brutal, que vai matar os pobres, que vai gerar mais espaços para as classes médias. Ou seja, há discursos muito alarmantes e negativos que estão em jogo hoje em dia: “quem podemos eliminar? Quem não importa?”. Porque, sim, estamos criando espaços de vivência, em muitas cidades, em muitas situações, onde não teremos mais água, então: a quem levar água? Quem vai poder ter água e quem não? Sabe que existem muitos países, atualmente, nos quais os mais pobres não têm água, eles têm que caminhar muitos quilômetros para ter uma quantidade mísera de água. Para mim, isso é horrorizante. A água é a coisa mais importante, se estou com água, estou bem, sem água, não consigo. Trata-se de um momento muito dramático, no qual temos que nos libertar do nosso lado que fala: “temos que eliminar os estrangeiros que vêm para cá!”. Não! Essa não é a maneira, a mudança que necessitamos é muito mais profunda.

**J:** É uma mudança do olhar que temos com o meio ambiente, então?

**S:** Sim. Meio ambiente sugere tanto um espaço que existe, como também uma série de espaços. O meio ambiente não é apenas sobre o clima e a terra, é também as pessoas. Temos que reconhecer que, assim como os jovens da nova geração, precisamos respeitar a natureza em todas suas manifestações, não só as florezinhas que temos no balcão, mas em todos os aspectos. Vamos ter que ensinar - e acredito que as novas gerações estão mais aptas a entender, em vez das velhas gerações, especialmente os mais "duros" - que teremos que conviver com toda uma série de elementos. Os vírus são muito mais numerosos que nós e estão aí, em parte, porque nós tiramos seus espaços. É uma lição que os jovens vão entender, e já entendem, que precisamos de mais bicicletas e não carros. Os carros ocupam muito mais espaços, com a bicicleta posso fazer de tudo e ainda vou mais rápido, às vezes, porque não há tráfego. Essas mudanças já vêm acontecendo e também a noção de que se exterminarmos um certo tipo de vegetal, de comida, de árvore, realmente estaremos eliminando opções que nos servem. Ou seja, devemos proteger. Já existem cidades onde se plantam árvores que conseguem sobreviver onde estão plantadas e ainda ajudam a restaurar terras. No passado, aquilo que se plantava não tinha nada por perto que lhe assegurasse vida. Se era bonito, plantavam, mesmo que isso significasse matar toda uma série de ervas que alimentavam a terra. Vamos avançando, passinho por passinho, para a compreensão de algo que as novas gerações já sabem melhor: temos que estar conectados com a natureza, com nossa pequena natureza, do meu bairro, do meu jardim, da cidade onde estou, não de todo mundo, porque isso não daria certo. Mas, se em cada cidade de cada povo existir isso, já avançamos muito. Não cobrir espaços que podem gerar vida com cimento. É igual já vi em muitos parques que têm, agora, caminhos não cobertos com pedras, e sim com terras nativas, algo que funciona e não significa matar o que está embaixo desse elemento.

**J:** Uma última pergunta e encerramos. Em outra entrevista tua, dizias que não é mais certo falar de neoliberalismo, ou seja, estamos agora em um outro momento. Que momento seria este?

**S:** Neoliberalismo é um termo muito genérico que, parcialmente, captura também o que está passando agora. É uma maneira simples de descrever, porém, também oculta demais. Precisamos de linguagens muito mais específicas, que podem até mesmo nos gerar um certo terror, mas precisamos reconhecer a capacidade destrutiva que está incrustada nessa nossa maneira de administrar as vidas cotidianas, as cidades, a produção de comida, etc. Creio que muitas das novas gerações - não sei se todas porque não tenho a lista completa aqui -, mas para muitas isso é algo natural, reconhecer que se pode evitar de cobrir algo simples-

mente com cimento, que é preferível não fazer assim. Realmente são ativistas, os jovens têm 8 anos, 12 anos, 13 anos e estão já muito ativamente engajados, para alguns, até demais. As novas teorias do que seria uma situação mais racional, seriam essas de proteger a natureza e permiti-la reproduzir-se e eliminar suas sementes. As novas gerações farão a diferença, o problema é mais o tempo, toda essa questão de dinheiro e ganância, que se faz algo nefasto. Acho que isso impediu-nos, sobretudo depois de 1980 - no meu modo de ver, escrevi muito sobre isso, mas é impossível dar uma descrição completa -, realmente impediu uma nova face. Trata-se de um capitalismo extrativo, que só extrai, e quando extraímos, matamos, porque tiramos e não colocamos nada no lugar, não reproduzimos. Escrevi bastante sobre isso, mas, digamos, creio que esta é uma face do entendimento de como vivemos, sobrevivemos, o que está nas mãos do poder. E é muito problemático, muito, e temos que sair disso. Muitas pessoas, estudantes, estão muito interessadas em mudar, porém, não é fácil mudar quando há toda uma sistematização dentro da qual funciona nossas universidades, nossas casas, nossos negócios. Quando esse sistema é tão dominante e destrutivo, não é fácil, mas temos que fazê-lo, devemos fazê-lo. E há muita gente jovem, de fato, pensando seriamente em fazer. São pequenas intervenções, mas, para mim, o importante é que essa pequena intervenção seja um primeiro passo, aí depois vem o segundo passo, depois o terceiro. Até que, em certo ponto, seremos uma maioria, teremos eliminado o cimento e permitido que as plantas cresçam e não morram. Ou seja, fazer coisas grandes por meio de ações pequenas. Por exemplo, como disse, muita gente jovem prefere evitar ter um carro se pode não ter um carro, porque há situações onde se precisa de carros, isso também entendo. São pequenas intervenções, mas há muitas delas. Sabemos que toda a questão ambiental tem ganhado muito destaque e, a nível de discursos acontecem muito mais que a nível de mudanças empíricas, mas, pelo menos existe o discurso que há 70 anos nem existia, era um outro extremo. Então, é uma maneira também de pensar.

**J:** Bom, agradeço muitíssimo por ter aceitado o nosso convite e ter conversado com a gente, aqui do Brasil, que, no momento, estamos vivendo um “pandemônio” muito mais que uma pandemia. Por último, te peço uma mensagem para nós, que trabalhamos com ciência no Brasil e que somos uma nova geração de cientistas, gente que está pensando nestes temas de maneira muito mais ampla que uma mera questão biológica.

**S:** Bom, isso é importantíssimo. Em cada disciplina há diferentes modalidades e acho que devemos ter essa consciência, de que temos que mudar certos aspectos de como ensinamos, descrevemos e/ou explicamos o que está acontecendo. Precisamos estabelecer novas modalidades de entendimento sobre como fun-

ciona nossos sistemas, seus aspectos negativos e sobre como podemos mudar as coisas. É um trabalho árduo, um trabalho que vai mudar, pouco a pouco, de um país a outro, uma cidade a outra, um tipo de evento a outro. Isso não cai do céu, não podemos, efetivamente, dizer: “vamos seguir esse modelo agora”. Não. É uma luta. É um trabalho árduo. Eu, por exemplo, em minha própria prática docente, insisto com meus estudantes que temos de sair dessas celas, dessas torres. Às vezes, pensamos que ações pequenas são irrelevantes, mas elas entram dentro de um sistema formal. A um certo ponto, devemos criar sistematicidades e, dentre essas, a minha maneira de ensinar é de que devemos transversalizar, precisamos de muito mais transversalidade, em nossa maneira de entender, estudar e ensinar. Daqui a uns 30 anos, muitas coisas não irão importar, o que importará é sair das celas e encontrar um certo tipo de transversalidade. Esse é um tema com o qual venho trabalhando muito: precisamos voltar a lidar com o transversal. Isso me parece importante. Me despeço com essa mensagem.

**J:** *Muchas Gracias!* Nós falamos com Saskia Sassen, socióloga, uma das 50 maiores pensadoras contemporâneas e, também, ganhadora do prêmio “Príncipe de Astúrias”, da Academia de Ciências Sociais. Muito obrigado por ter aceitado essa conversa, que foi uma honra. Muito feliz de ter falado com a senhora.

**S:** Foi maravilhoso para mim também. Muito obrigada!

# Suicídio em tempos de pandemia

*Stela Nazareth Meneghel*

*Roger Flores Ceccon*

**Roger Ceccon:** Boa tarde a todos e todas, estamos iniciando a *live* da série Diálogos em Quarentena, uma promoção da Escola de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, e hoje temos o prazer e a honra de estar conversando com a professora Stela Meneghel, que é Pós Doutora em Psicologia Social pela Universidade Autônoma de Barcelona, doutora e mestre em Medicina pela UFRGS, professora do Bacharelado de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Stela é mãe, é mulher, feminista, poetisa, literata e uma das maiores sanitaristas desse país, com a qual tenho a honra de trabalhar há uma década. É muito bom estar contigo hoje e espero que todos gostem. O tema que vamos conversar é o suicídio em tempos de pandemia, obviamente vamos extrapolar a pandemia, já que é um tema que trabalhamos há algum tempo e foram produzidos estudos, artigos, capítulos de livros e dissertações de mestrado. Seja bem-vinda Stela, que possamos ter uma tarde rica de discussão.

**Stela Meneghel:** Obrigada. É um prazer, uma felicidade estar aqui contigo agora. Meu aluno de mestrado, de doutorado, parceiro de pesquisa, de aulas, de tantas empreitadas, de trabalhos de campo, de saúde coletiva e da vida também. Temos laços que transcendem a questão acadêmica, a questão profissional, laços de afeto, tanto que te considero como um filho, um filho espiritual. Espero que este seja o primeiro de muitos outros encontros, estou à disposição de vocês, da universidade, do grupo de pesquisa, para conversar, trocar experiências e energias, porque esses encontros significam uma troca acadêmica, uma troca de pesquisa e de conhecimento, mas também uma troca de afetos. Obrigada pelo convite.

**R:** Vamos para primeira pergunta voltada à temática do suicídio. No início dos anos 2000 você publicou artigos junto com o professor Cesar Victor, da Universidade Federal de Pelotas, sobre suicídio no Rio Grande do Sul. Em 2012, você participou de uma pesquisa multicêntrica sobre suicídio de idosos, em 2013 em outra pesquisa sobre tentativas de suicídio. Essas últimas, coordenadas pela professora Cecília Minayo, nas quais você ficou responsável pela região sul do país e

a pergunta se refere aos principais achados dessas pesquisas. Em que perspectiva teórica você compreende o fenômeno do suicídio e como que essa temática se insere no campo da saúde coletiva?

**S:** Muitas perguntas! Vou tentar responder e, se não responder todas elas, você me interrompe e vamos continuar com outras perguntas auxiliares. Quero começar dizendo que os dados e relatos que vou trazer representam um itinerário de pesquisas e estão nos muitos textos que escrevemos. Vou me permitir fazer uma citação do Peter Spink, um psicólogo social que trabalha com narrativas, sobre a escolha de temas de pesquisa como o suicídio que trataremos aqui. Spink diz que os temas de pesquisa, as histórias que nós contamos, que nós inventamos, que nós pesquisamos, não somos nós que as escolhemos, são as histórias que nos escolhem. Essa perspectiva é muito interessante, pois afirma que não é por acaso que trabalhamos com determinados temas, já que são os temas que nos buscam, e ao final, incorporamos esses assuntos nos tornando, de certa maneira, as histórias que contamos. Você pede para falar da pesquisa sobre o suicídio que iniciou nos anos 2000, vou contar a experiência que denominei “o primeiro chamado”, quando o suicídio bateu na minha porta. Em 1997, cheguei na Escola de Saúde Pública (ESP-RS), que era meu local de trabalho na época, uma advogada de Venâncio Aires – uma cidade fumicultora de etnia majoritariamente alemã – para fazer uma denúncia sobre a elevada frequência de suicídio na região e pedir que fosse feita alguma ação de saúde pública em relação ao problema. A cidade possuía o título de “capital brasileira do suicídio”. Um anti-título se poderia dizer. Ela vinha de uma família de agricultores e os pequenos proprietários rurais da vizinhança estavam se suicidando. Ficamos bastante impactados com a gravidade e o inusitado do pedido e começamos a trabalhar naquilo que sabíamos fazer na ESP: dar aulas e fazer pesquisas. Elaboramos uma pesquisa cuja equipe havia docentes e pesquisadores da UFRGS, da UFPEL e da ESP-RS. Nesta pesquisa o professor Cesar Victora foi orientador e nela fiquei responsável pela caracterização epidemiológica do suicídio. Comecei, então, a discutir o tema com os grupos de alunos com os quais estava trabalhando. Isso é muito pertinente em um itinerário de pesquisa porque além de divulgar o tema da pesquisa, descobrem-se outras pistas e agregam-se *insights* e novas percepções ao que estamos pesquisando. Na época, trabalhava com os residentes de saúde da família da Secretaria da Saúde e perguntei a eles: “há casos de suicídio na região onde atuam?”. “Não tem”, eles me disseram. “Então vão procurar”, respondi a eles. Eles foram, procuraram e acharam ideações, tentativas e suicídios consumados. Neste grupo de residentes começamos a dramatizar os casos encontrados, com o objetivo de entender as situações que levaram as pessoas ao ato, porque como o suicídio é um problema multicausal, complexo e multifacetado, não é fácil identificar os seus determinantes. Os residentes encontraram situa-

ções de autoagressão no território motivadas por dificuldades patrimoniais e outras ligadas a gênero, que, na época, ainda não estavam muito claras. A experiência da dramatização possibilitou uma vivência de teor emocional, em que eles ficaram muito sensibilizados e os aspectos subjetivos vieram à tona e ampliaram a compreensão do problema. No semestre seguinte este mesmo grupo de residentes foi estagiar no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP). Mantiveram o olhar aguçado para o suicídio e no HPSP eles encontraram o prontuário de um paciente que tinha se suicidado no mesmo dia em que deu entrada no hospital, exatamente um ano depois. Esse evento os sensibilizou e eles quiseram dramatizar essa morte. E fazendo o papel do morto, afirmaram ter ampliado a percepção sobre o ato. A partir daí, discutimos outras questões malditas e invisíveis, porque, eles disseram, “nenhum professor fala de morte, como é que vamos dar a notícia da morte de um paciente se não sabemos como fazer isso?”. Um dos objetivos dessa primeira pesquisa era realizar uma análise descritiva da mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul, o estado com as maiores taxas do país. Durkheim dizia que o suicídio se mantém mais ou menos estável em uma determinada população, mas no RS as taxas eram (e são) ascendentes e a razão de sexos, na época, encontrava-se em torno de quatro casos masculinos para cada suicídio feminino. Observamos que as taxas de mortalidade por suicídio masculinas apresentavam uma tendência crescente e as femininas uma tendência decrescente, ambas estatisticamente significativas. Isso nos sinalizava que havia uma diferença ligada a gênero e que as mulheres possuíam maior resistência em relação ao suicídio do que os homens. Nesse ínterim, ocorreu a notificação de uma “epidemia” de suicídio em Ronda Alta-RS. Foram dez agricultores da região e os serviços de saúde pediram uma solução “epidemiológica” para o caso. Aqueles colonos estavam se suicidando por problemas econômicos, por terem as terras hipotecadas e, frente a uma quebra de safra, estavam perdendo as propriedades. Ficava claro o que tinham apontado os velhos epidemiologistas sociais, ou seja, a epidemia possui uma determinação social e aponta sempre para um problema na sociedade. Essa premissa continua atual e é o que podemos presenciar com a pandemia produzida pela Covid-19, relacionada a problemas sociais e ambientais, podendo-se citar o aquecimento global, a situação de aglomeração de contingentes humanos sem acesso à água e saneamento, a destruição de florestas e de ecossistemas, as fazendas de criação de animais de diferentes espécies em confinamento, a globalização propiciando a disseminação veloz de novos agentes infecciosos. Dez anos mais tarde ocorre o que chamei de “o segundo chamado”. Em 2010, fui convidada para participar de uma pesquisa no Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (CLAVES), coordenada pela professora Cecília Minayo. Era uma investigação cuja produção de dados seria por meio de autópsias psicossociais com familiares de pessoas que haviam se suicidado, em municípios pertencentes às cinco macrorregiões brasi-

leiras. A autópsia psicossocial é um método em que, por meio de entrevista com familiares e profissionais, investiga a história de vida de uma pessoa que se suicidou. Antes de começar a pesquisa procedemos a uma etapa de familiarização com os instrumentos de coleta de dados em que simulávamos entrevistas com o objetivo de nos prepararmos para lidar com situações de campo, sabendo que poderia haver dificuldades na medida em que o suicídio ainda é um evento tabu. Só depois destas vivências, achamos que podíamos começar as entrevistas nos três municípios selecionados, onde as taxas de mortalidade estavam entre as maiores do país: São Lourenço, Venâncio Aires e Candelária. Alugávamos um carro e você, Roger, era nosso motorista-pesquisador, que dirigia centenas de quilômetros em estradas de chão batido, sem sinalização, nos ventos gélidos da Lagoa dos Patos, pelas montanhas de Candelária encobertas pela cerração do inverno, vislumbrando o rio que passa em Venâncio Aires, onde uma das famílias contou que a mulher, após uma vida de violência conjugal que parecia não ter fim, falou “o rio está bom para se matar” e se jogou nele. Em Candelária encontramos um programa de enfrentamento ao suicídio, em uma cidade com em torno de 20 mil habitantes. O programa de prevenção ao suicídio foi organizado localmente, a partir da constatação das taxas elevadas de suicídio. Iniciou com a sensibilização dos profissionais para o problema e capacitaram bombeiros, policiais, trabalhadores de saúde da emergência do hospital e da APS. Investiram no diagnóstico precoce de ideação suicida e no encaminhamento dos pacientes para o CAPS, que manteve uma política de portas abertas sem fila de espera. E participando nessa pesquisa sobre o suicídio, você Roger, teve o *insight* de perguntar sobre ideação suicida para as mulheres com HIV que frequentavam o SAE de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, que eram a população de estudo da sua dissertação de mestrado. Desta maneira você evidenciou a presença de alta frequência de ideação suicida entre mulheres com HIV, uma associação ainda pouco pesquisada. Isso faz pensar na importância do trabalho de campo na geração de ideias e de hipóteses de pesquisa. E remete também ao que disse Bertold Brecht que a única finalidade da ciência é aliviar a miséria do sofrimento humano. O que encontramos nessa pesquisa sobre suicídio em idosos no Rio Grande do Sul? A maioria dos casos ocorreu em homens e na análise das quase cinquenta entrevistas que fizemos verificamos que na história de muitos desses idosos havia a perda de poder e de autoridade na velhice. Na vida adulta eles tinham exercido o papel de chefes de famílias ampliadas, muitas em região rural, em que tomavam todas as decisões importantes, as questões econômicas, o que plantar, se deviam ou não hipotecar as terras ou fazer dívidas. Na velhice, eles perderam o controle e alguns desses homens desempoderados não podiam mais nem ir até a roça olhar o que estava acontecendo. Eles cuidavam da casa e segundo um depoente, “o pai fazia o papel de mulherzinha”. Houve menos casos em mulheres, como esperado, algumas tinham história de violência familiar, mas o

que estava presente em suas vidas era o destino de gênero, ou seja, trabalhar, cuidar e calar até morrer. Ficou claro nessas vidas o cumprimento dos papéis de gênero, em que a mulher tem que ser dona de casa, tem que trabalhar, servir, limpar, lavar até a exaustão e o homem tem que ser o provedor, aquele que manda. E nos idosos a quebra desses estereótipos propiciou vulnerabilidade e pareceu um fator associado ao desejo de morrer. Pesquisamos o suicídio em idosos, grupo etário em que as taxas são maiores, embora o movimento negro do RS tem apontado o aumento do suicídio em jovens negros, principalmente os que possuem baixa escolaridade e vivem em regiões pobres. Esse momento é muito perigoso, porque aumentou o desemprego nesta faixa etária, há um desmonte de direitos e não se divisa possibilidades de futuro. No interior do estado, acredito que muitos dos suicídios estão acontecendo em regiões onde há o desmantelamento do rural, a desruralização, a destruição da pequena propriedade rural. O agronegócio impacta nas comunidades de pequenos proprietários rurais, e para muitos a única alternativa é vender a terra, migrar para a cidade onde só encontram trabalhos precários. Em Santa Cruz do Sul, cenário de outra pesquisa de recorte qualitativo, os informantes relataram associação do suicídio com o trabalho, não só os camponeses se suicidando, mas também os safristas, porque o safrista é um trabalhador precarizado. Quando esses safristas não acham mais trabalho, formando um exército de reserva de homens sem serventia, eles se matam. Finalizada esta pesquisa, iniciamos outra, também coordenada pela Profa. Cecília Minayo, focada nas tentativas de suicídio. Nesta pesquisa, percebemos que grande parte das pessoas que tentavam suicidar-se eram mulheres e relatavam história de violências, principalmente a patrimonial. Idosas que tinham perdido as casas, porque emprestaram e a pessoa ficou morando e não desocupou mais ou assinaram um documento que foi usado para vender a propriedade. Havia muitos morando em favelas, morando de favor, em condições de quase mendicância. Alguns tinham cedido o cartão de banco para parentes que se apropriaram do valor total da aposentadoria.

**R:** Lembrei das pesquisas, das rotas dos galpões de fumo que a gente traçou. O galpão de fumo como o cenário do enforcamento de muitas pessoas. Me chamou atenção os sobreviventes ao suicídio, cada casa que a gente adentrava, encontrávamos pessoas sobreviventes em situação de vulnerabilidade também para o suicídio. Lembro de uma família que entrevistamos, onde havia uma senhora que não podia ser deixada sozinha porque havia o risco de que se suicidasse. Então os sobreviventes também com risco de suicídio enquanto uma situação de vulnerabilidade. O que me chama atenção e a próxima pergunta tem uma relação com isso, Stela: é que embora todos nós estejamos sob algum risco de em algum momento da vida de cometer o suicídio, percebemos que alguns grupos são mais ou menos vulnerabilizados. Você já comentou a questão do desempre-

go, as questões de gênero, os idosos, os jovens e a pergunta tem a ver um pouco sobre o que esse sistema social que a gente vive, esse regime social capitalista, patriarcal, sexista e racista tem a ver e potencializa esses grupos vulnerabilizados a cometerem o suicídio em determinada situação?

**S:** Antes de falar das rotas queria comentar sobre a retaguarda que os profissionais de saúde nos deram durante a pesquisa, acolhendo as pessoas que identificamos como estando em risco ou em sofrimento. A pesquisa propiciou também que se falasse sobre este assunto interdito. Muitas pessoas queriam saber o que pensávamos sobre as causas do suicídio, queriam saber mais sobre o tema. Lembro que uma senhora cujo pai havia se suicidado nos perguntou: “todo mundo diz que é genético, meu pai se matou, quer dizer que eu vou me matar?”. Após o esclarecimento ela agradeceu e ficou aliviada. Esses são efeitos secundários da pesquisa, são pequenos, fazem parte da micropolítica, da ética de pesquisa. E a rota dos galpões de fumo. No percurso da pesquisa, as pessoas entrevistadas pediam para nos mostrar os locais onde o familiar tinha se suicidado, geralmente o galpão de secagem do fumo. Mostravam as “tesouras”, o termo popular para as traves que sustentam o telhado do galpão, onde a corda era amarrada. Durante esse processo a equipe da pesquisa foi metabolizando essas informações e imagens e conversávamos muito sobre os achados da pesquisa. O fato de sermos os pesquisadores que produziam e analisavam os dados significa a possibilidade de uma visão mais global dos dados, dos fatos e da realidade. Voltávamos para Porto Alegre, tentando elaborar as informações, compreender e interpretar os dados de pesquisa. Começamos a entender a importância do galpão de fumo. A maioria dos entrevistados era constituída por agricultores, camponeses fumicultores, cujos familiares haviam se suicidado nos galpões de fumo, no local de trabalho. Percebemos que este fato não era casual e associamos esses suicídios com o trabalho, conforme aponta Christopher Dejours, quando afirma que suicídio em chão de fábrica é uma denúncia das condições de trabalho. Então o nexa causal que aquelas pessoas não verbalizaram ou nem mesmo perceberam estava dado e a relação com o trabalho se caracterizou como um achado de pesquisa. Outra situação relacionada ao comportamento suicida é a ética do trabalho alemão. Essa característica apareceu no estudo de caso realizado em Santa Cruz do Sul, cidade que representava a sétima taxa nacional de suicídio. Os informantes-chave entrevistados falaram da ética do trabalho que os imigrantes trouxeram na bagagem, ou seja, o trabalho para os luteranos alemães é elemento constituinte do modo de levar a vida. Entendem que deus recompensa o homem que trabalha bem, não só com o reino dos céus, mas com dinheiro aqui na terra e, se isso não acontece, se ocorre a falência, a perda da propriedade, é porque o trabalho não foi bem feito e isso provoca uma culpa absurda, que ficou patente nas entrevistas. Encontramos famílias negras e de ascendência portuguesa e constatamos

que elas tinham impregnado a mesma visão de mundo dos colonos alemães do século XIX. A ética do trabalho, a ética luterana, essa exigência desmedida que eles tinham em relação à produção, aos bens econômicos, ao sucesso econômico estava difundida em toda aquela comunidade, atingindo os camponeses no campo, mas também os safristas, muitos deles ex-camponeses, na cidade. A situação laboral dos safristas é de trabalho em apenas parte do ano porque a indústria do fumo tem reduzido cada vez mais o tempo das safras usando agrotóxicos e fertilizantes. Isso significa que essas pessoas vão ter quatro meses de trabalho e nos outros oito meses do ano não vão ter o que fazer. Essa paralisação também significa risco para o suicídio, porque o trabalho mata, mas o não trabalho também mata porque o desempregado, aquele que está precarizado, também se suicida. Então certamente, e não fomos nós que descobrimos, mas muitos outros pesquisadores viram isso, há uma parcela significativa de suicídios relacionados com o trabalho. A entrada do capitalismo do campo como você colocou, desruralizando o rural, espoliando o pequeno agricultor, agudizando a exploração deste contingente de trabalhadores, tem produzido mortes. Nós não somos estudiosos do rural, mas percebemos esse fato nessas pesquisas.

**R:** De alguma maneira é um paradoxo, porque o excesso de trabalho é um dos fatores que leva ao suicídio, e o desemprego também. São duas polarizações muito presentes no Brasil. Vimos, por exemplo, na cidade de São Paulo, que para uma pessoa chegar no trabalho às oito da manhã, esse mesmo trabalhador precisa se deslocar por muitas horas. O trabalho toma uma proporção muito grande na vida dele, e a pandemia, em alguma medida, vem para apontar essas questões, tanto a questão da produtividade excessiva quanto às formas de vida que a gente está levando, que vinha levando nessa sociedade, ela vem para descortinar uma série de coisas.

**S:** O que dizem as previsões: essa epidemia, em termos econômicos, vai ser pior do que a crise de 1929, o crack da Bolsa de Nova York, onde houve uma epidemia de suicídios ligados às perdas econômicas. Então a falência, a perda econômica, a ruína, a ausência de perspectivas e de um futuro, podem gerar aumento de suicídios. Por outro lado, no pós-guerra as pessoas não se suicidaram. Se pensarmos na Europa do pós-guerra, bombardeada, devastada, com grande parte da população morta, não houve aumento dos suicídios, mas as pessoas se reuniram em mutirões, reconstruíram as suas cidades e surgiu uma etapa de bonança, o estado de bem-estar social. No pós-pandemia, esperamos que as pessoas de novo se agrupem, para reconstruir nosso país que está sendo destruído. A tarefa que se impõe é proteger a vida e reconstruir o país pós-epidemia. É como vejo, otimistamente. A gente tem que ser esperançoso, tem que esperar, não é?

**R:** Exato, e me veio na cabeça o curso que tu estás promovendo na UFRGS, em que vocês falam sobre as angústias desse tempo, os medos desse tempo, e dialogam com a temática do suicídio, em alguma medida. E a angústia é um sentimento presente na maioria das pessoas durante a pandemia, é um sentimento causado pelo medo e pela falta de opções, falta de mecanismos para combater a pandemia. Porque o único instrumento, o único dispositivo que temos nesse momento é o isolamento. Um dispositivo que é contraprodutivo, porque rompe com o modo como nos relacionávamos socialmente, produzindo uma outra forma de convívio e isso pode trazer consequências para além da pandemia propriamente dita, que está causando mortes, medos e angústias. O próprio isolamento social como ferramenta de prevenção também é, em alguma medida, causador de sofrimento. Então isso tudo vai contribuir para que daqui a pouco essas taxas de suicídios sejam ainda maiores.

**S:** Mas aí entra a questão de classe que determina que a possibilidade de isolamento, não seja a mesma para todos. Eu diria, nós temos o privilégio de estarmos isolados, mas as pessoas que moram em favelas não têm esse privilégio e a renda mínima não está chegando a elas. A renda mínima deveria ser obrigatória para as pessoas ficarem em casa, ressaltando ainda que os pobres vivem em casas com muitas pessoas aglomeradas, pouco ventiladas, com ausência ou precariedade de saneamento e abastecimento de água. Mas a maioria da população tem um celular na mão e a internet, que veicula lixo e *fake news*, também pode servir para fazer rede, para conversarmos, e nos cuidarmos. Vamos telefonar para as pessoas, mandar mensagens, perguntar se as pessoas estão vivas, se precisam de algo, se querem conversar, se precisam que alguém vá ao supermercado ou à farmácia. Por exemplo: uma das estratégias eficientes na prevenção do suicídio são os serviços de escuta, como o Centro de Valorização da Vida, o CVV. Quando a pessoa está pensando em se suicidar pega o telefone e liga para alguém e esse alguém do outro lado, segura. É isso que nós precisamos fazer na epidemia, nos cuidarmos em rede, nos segurarmos uns aos outros. E esperar. A esperança não é passiva, diz Ernst Bloch. A esperança é ativa, ela é utópica, mira o futuro e acena com a promessa. E a gente se alimenta no coletivo, no grupo, na comunidade dos homens, dizia o mestre Paulo Freire. Em comunhão.

**R:** No Sistema Único de Saúde (SUS), nós acompanhamos o município de Candelária e observamos uma experiência exitosa na prevenção do suicídio, em uma cidade que tinha altas taxas de suicídio. Eles conseguiram reduzir de uma maneira efetiva a incidência dessas mortes. O SUS vem sendo destruído ao longo dos últimos anos, iniciou com o golpe e vem sendo demolido constantemente, e principalmente a atenção básica. O próprio movimento de reforma antimanicomial vem sendo atacado no governo Bolsonaro. Queria saber o que

you think, what can be done to reconstruct the SUS, to think strategies effective for the prevention of suicide, mainly in contexts where these taxes are very high, whether they are of farmers or not. How can we think a SUS that welcomes the people who are with ideation, who are in an attempt of suicide and that can produce a care that counts with this necessity. A basic attention, for example, is being extremely attacked, that could be a territorial device to produce care, of reception, of access to users who are in psychological suffering mainly during this pandemic. How can we reconstruct this in a post-pandemic period or even during? Another thing that comes to me is that the pandemic did with us to go back to SUS and to turn the gaze unique and exclusively to the hospital again. We are centering our discussion, at this moment, mainly on respirators and ICU, and we forgot to debate, for example, the basic attention. What is the role of basic attention in times of pandemic, what is the role of CAPS as a device of the network to produce care. Then from my point of view we forgot these technologies, these devices that are part of the network of attention to health and we concentrated the attention to the hospital, respirators and ICU. How can we reconstruct this to be able to produce and prevent suicides in this context of pandemic?

**S:** You know that I am not a manager, but in the first place the SUS, which was being destroyed and devalued, reappears in its potential for the confrontation of the epidemic and this is very important. Why is the emphasis now on hospital care? Well, there are more serious cases that will increase exponentially and it is necessary, yes, to buy respirators and channel resources to the ICU. Our health professionals do not have EPI. Masks and gloves are cheap equipment, not to make it available to workers is an irresponsibility and the whole world is doing this. In terms of Basic Attention, I am thinking if Cuban doctors were here, the doctors who were in three thousand municipalities without health professionals, doctors who act in the territory, do attention and promotion of health, early diagnosis (do not confuse with early treatment), the situation would be different. Basic attention is being destroyed and one of the goals was the reduction of the number of community health agents, who could do the screening of cases, the identification of symptomatic respiratory and, even the collection of material for testing. Now, the question is, what and how will we do to revive the SUS? I believe that the population will know how to do, because in its emergency the construction of the SUS was the result of the struggle of social movements, of unions, of women against hunger, of the progressive church and other actors. These movements will return and reconstruct the SUS, Brazilian heritage. It is a crime that is happening in this country in the management of the epidemic: the boycott of sanitary recommendations, a

indicação dos tratamentos precoces sem eficácia, a minimização do impacto da epidemia, as informações contraditórias, a ausência de testagem, a negação das vacinas. É um crime a maneira com que os profissionais de saúde estão sendo tratados, considerando aqui toda a equipe: do médico ao motorista da ambulância, da enfermeira ao segurança, profissionais cuja frequência de mortes já se encontra entre as maiores do mundo.

**R:** Um dos marcadores é que a gente está sem ministro da saúde no momento. Estamos enfrentando uma pandemia onde dois ministros foram, em alguma medida, demitidos ou se demitiram, e no momento estamos sem uma coordenação nacional. Veja que indicador problemático para o contexto que a gente vive. Stella, e a arte diante disto tudo? Você é amante da arte, dos grupos e dos coletivos. A arte representou o suicídio ao longo da história, seja na literatura, nas artes plásticas e traz à tona a produção do sensível, uma produção de sensibilidade que ajuda a olhar esse tema com outros olhos, desfazer o tabu que existe por trás disto. Eu queria saber qual é o papel da arte, qual é o papel dos coletivos, dos grupos, do qual você lança mão a todo tempo, seja nas escritas, seja na forma de pensar. A pintura também, então como a arte pode nos servir nesse momento tão duro para podermos resistir?

**S:** É, a arte, a cultura, estão nos dando lições. Assistimos músicos e artistas cantando em grupo, cada um na sua casa, generosamente, eles deram lições aos homens de negócios, aos investidores da bolsa, aos governantes. Pessoas dançando em sacadas, tocando instrumentos, recitando poesias. Sem a arte somos terra arrasada, não brota nada, a gente não tem ideias. As minhas ideias sempre vêm da arte. Cada vez menos epidemiologista e mais metida a não sei o quê, então faz parte, a arte faz parte. Sem a arte a gente não cria. Você falou nos grupos. É importante quando trabalhamos temas duros como a violência, a doença e a morte, que compartilhamos essas histórias, esses casos. Nos grupos de pesquisa e acolhimento fazemos isso, pensando o grupo como um local protegido onde narramos e ouvimos relatos de sofrimento e tentamos compreender as suas causas e encontrar mecanismos para enfrentar estas situações. O processo grupal mobiliza todos os participantes, tanto as pessoas que buscam ajuda, quanto as que coordenam o processo, agindo como na metáfora do vaso alquímico, tornando possível a mudança de ambos. A arte nos permite lidar com os sentimentos, por meio da expressão simbólica, metafórica, imagética. Pode ser a contação de histórias, pode ser a escrita, pode ser a pintura, pode ser a música. A arte enfrenta a violência. Denúncia, grita, canta, pinta a cara, desacomoda. Aí atrás, está minha parede, minhas pequenas produções (risos). Eu sempre pinto, não tenho a menor formação em pintura, e as minhas pinturas são deploráveis no ponto de vista estético, artístico. Mas do ponto de vista humano, do ponto

de vista psicológico, do quanto isso ajuda a elaborar, a ressignificar, a lidar com o sofrimento, funciona. Pintei orixás em um trabalho com mulheres em situação de violência que viviam na vila Cruzeiro e as orixás foram o passaporte de entrada na comunidade. Fiz um quadro sobre a morte de “anjós”, a mortalidade infantil, que chamei “*Rin del angelito*”, como na música de Violeta Parra. Pinte um painel em homenagem às mulheres assassinadas em Juarez e aprendi em um seminário sobre feminicídios em mulheres racializadas, que assisti em Buena-ventura, a fazer mandalas, preservando a memória das que foram. Pinte flores na epidemia. Flores retorcidas, mortas, chorosas, aflitas, em sofrimento, mas também flores ressuscitadas. Queria finalizar apresentar dois pontos a atender. O primeiro refere-se às redes de proteção. Precisamos cuidar de todas as vidas e não podemos nos deixar morrer. Embora quando eu falo no suicídio eu digo sempre que todos nós, alguma vez na vida, já pensamos em nos suicidar. Todos. Quem não teve uma decepção amorosa, ficou sem dinheiro, foi demitido de um trabalho que precisava, perdeu um membro da família e viveu um luto tão profundo que só pensava em morrer? Muitos de nós já dissemos: “eu quero morrer, não adianta mais, não quero mais viver”, muitos e todos, eu diria. Mas agora, cumpre nos mantermos vivos usando as redes e outras maneiras que vocês vão saber inventar melhor do que eu. Precisamos cuidar dos idosos, das pessoas em risco, dos jovens, das crianças, das mulheres, dos trabalhadores de saúde, da segurança pública, dos indígenas e quilombolas, dos que vivem nas ruas. Todas as vidas são importantes, todas as vidas merecem ser vividas. Um idoso quando morre, dizem os africanos, é como uma biblioteca que se queima, uma biblioteca que se perde. O segundo ponto que acho importante nesse momento é a luta pela democracia que está sendo ameaçada. Dias atrás, vi uma live do Juca Kfoury e ele falou: “nós temos que fazer uma frente, e essa frente tem que ser tão ampla, tão ampla que doa. Vai ter que doer, porque vai ter gente com a qual não se concorda em muitos pontos, mas se houver consenso na luta pela democracia esta pessoa tem que estar lá”. E o resto a gente vê depois, o resto a gente arruma depois. Agora a palavra de ordem é: nos cuidarmos e manter a democracia.

**R:** Eu não sei quantas milhares de vezes a gente já teve conversas desse tipo ao longo da vida, mas acho que nunca à distância. É primeira vez que fazemos à distância.

**S:** É, mas perto do coração.

**R:** Perto do coração. É sempre um prazer enorme te ouvir, acho que todas as pessoas que te acompanharam nessa live aprenderam muito. Você traz uma abordagem de vida sem tamanho, tu és um exemplo de pessoa, de ser humano, de mulher, não só como pesquisadora, como intelectual, mas como pessoa de fato.

Tu és um exemplo para muitas pessoas nesse contexto, então fico muito feliz. Quero te agradecer em nome da Escola de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, que é um projeto que a gente tem feito muito inspirado ao que vivi contigo e com companheiros que estão conosco neste momento na universidade, que vem trazendo uma abordagem do campo da saúde coletiva para dentro de uma cidade que é do interior de Santa Catarina, mas que tem conseguido problematizar uma série de questões e pensar a saúde como a gente acredita. Como uma ferramenta de produção de vida. Temos apostado nisso. A gente agradece imensamente, foi um prazer enorme.

**S:** Estou sempre à disposição. Você sabe o quanto gosto de você e sabe dos meus laços com Santa Catarina, pois minha família é de colonos italianos que se localizaram em Urussanga. Um lugar onde todos falam o dialeto vêneto: *parliamo tutti italiano*.

**R:** Risos.

**S:** Espero que tenhamos trazido um pouquinho de esperança. Se a gente conseguir manter a esperança viva, a gente está bem.

**R:** Obrigado a todos que acompanharam a nossa conversa.

# Política de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na quarentena

*Silvio Yasui*

*Carlos Alberto Severo Garcia Jr*

**Silvio Yasui:** É importante ter essas conversas, ainda que à distância, embora seria melhor se fosse presencialmente, mas é o que temos para hoje, nesse momento. É uma honra esse convite. A primeira imagem que veio à mente, para começar esse diálogo, trata-se de uma campanha que o Conselho Regional de Psicologia (CRP) de São Paulo fez sobre o “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”. O lema era: “todos esses que estão atravancando meu caminho, eles passarão e eu, passarinho”. Uma alusão ao poema de Mário Quintana. Essa ideia “eles passarão e eu passarinho” ficou marcado, porque a imagem do “passarinho” transmite a ideia daquilo que está preso e depois se liberta e pode voar em liberdade. É muito melhor um passarinho em liberdade do que um passarinho preso, o que nos faz pensar na ideia do cuidado em liberdade muito melhor e mais efetivo do que o cuidado no isolamento e na segregação. Ao mesmo tempo, dá a ideia de que os momentos mais graves e agudos que estamos atravessando são momentos passageiros também. Fiquei pensando numa certa mensagem, numa certa injeção de ânimo, porque esses são tempos sombrios, estamos perdendo um pouco de civilidade, um certo respeito pelo outro e pelo modo como cada um pensa, ainda que de maneira diferente. O tom destes nossos tempos atuais, mesmo antes da pandemia, tem sido esse tom de ódio, raivoso e intolerante. Nossa Política de Atenção Psicossocial e Saúde Mental tem sofrido muitos ataques nesse sentido. Mas é preciso lembrar que as pessoas que hoje estão no governo estão em uma condição transitória, por mais que elas pensem que são a encarnação do Estado. Isso faz lembrar uma frase que é atribuída ao Luís XIV, ele teria dito “o Estado sou eu”, como se o Estado devesse transcender os indivíduos, devesse ser esse lugar de regulação das pessoas e das leis, etc, fosse um lugar personalizado, encarnado em alguém. O presidente Bolsonaro já chegou a dizer “a Constituição sou eu”, e disse um dia depois de atos em Brasília a favor do Golpe Militar. Isso é muito preocupante. Já tivemos um deputado que sugeriu apresentar um projeto de plebiscito para convocar uma nova constituinte. Um ministro da saúde no governo do presidente Temer declarou que se deveria diminuir “o tamanho do SUS”, o que é uma afronta à Constituição. Em especial o atual Presidente tenta mudar as políticas públicas ao seu bel-prazer. Em diversas

áreas, ele acha que o Estado é ele. Mas as políticas públicas resultaram de um pacto social duramente construído no processo de redemocratização do país, que resultou na Constituição de 1988, chamada pelo deputado Ulisses Guimarães de “Constituição Cidadã”. Essa Constituição é que dá o aparato jurídico às políticas públicas. As políticas públicas são ações para garantir que todo cidadão brasileiro possa ter acesso aos seus direitos. Fala-se que uma “nova Carta Magna” deve ter mais obrigações e deveres do que direitos. O que é uma inversão “tosca” você considerar que só pode ter direitos na contrapartida de uma obrigação, ou seja, você concede um direito a alguém se ele cumprir determinada obrigação. Isso revela um pensamento colonizador ou até escravocrata, alguém que se acha no direito de determinar ao outro se aquilo é direito ou não. Isso é muito raso, porque se pensarmos, os direitos gravados na Constituinte são inerentes ao fato de sermos brasileiros e habitarmos essa nação. Por que precisamos falar de direitos humanos? Se somos humanos, por que precisamos reafirmar os direitos humanos? Porque na história do ser humano, os humanos matam os humanos em nome de coisas absolutamente bárbaras. Por exemplo, milhões de pessoas, dos povos originários, habitantes das Américas, foram dizimados por guerras e doenças trazidas pelos colonizadores. Outro exemplo: milhões de negros africanos foram raptados, trancafiados e tornados escravos e este processo durou séculos, com consequências que perduram até hoje. Não é à toa que vivemos num país com um racismo estrutural muito forte. Mais um exemplo: milhões de judeus foram mortos pelos nazistas nos campos de concentração. Portanto, é necessário que façamos um pacto social, dizendo: “não há um ser humano melhor do que outro, todos somos iguais”. Só que para garantir que todos sejamos iguais, é necessário que se pactue leis. Essas leis são as que temos obrigação de respeitar. Ou seja, nós temos a obrigação de respeitar leis que garantem os nossos direitos. Todo brasileiro tem direito à saúde e é dever do Estado garantir que as pessoas possam fazer isso.

**Carlos Garcia:** Se analisarmos em um curto tempo são tantas propostas absurdas, indicativas de retrocessos que conseguiríamos fazer um “diário de campo” só com notícias que apontam possíveis atrasos...

**S:** Perdemos um certo grau de civilidade, a noção daquilo que é básico e fundamental. Não faz muito sentido falar “a Constituição tem que ter mais obrigações”. As obrigações dizem respeito às leis, às normativas e etc. Esse é um tipo de pensamento que oculta uma segunda intencionalidade, que é exatamente a de acabar com os direitos. O deputado federal Ricardo Barros achava que o SUS tinha que mudar, ou seja, acabar com o direito universal. Quando se fala “vou mexer nessa coisa”, na verdade é um ataque a isso que foi arduamente construído, você nega uma história e um longo processo que nos trouxe a

Constituição. A Lei 10.216, de 2001, por exemplo, da Reforma Psiquiátrica, a Lei 8.080, do SUS e etc. Acho que tem uma ação que visa desmontar algo, mas por outro lado, acho que é extremamente relevante identificar que essas tentativas não vão até o fim, algumas ameaçam, conseguem causar prejuízos e danos, mas elas não conseguem mudar a legislação e nem a Constituição, por isso vemos atualmente o Supremo Tribunal Federal (STF) se tornar um grande protagonista político, porque tem que sair em defesa da Constituição. Estamos sofrendo ataques, isso causa danos. Se for pensar na Política de Saúde Mental, é composta por uma ampla e complexa rede de serviços, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oficinas terapêuticas, equipes de apoio matricial e etc, que são uma oferta muito mais diversificada, de um cuidado em liberdade, no território, muito diferente daquela ideia de isolamento e segregação, que eram e são os hospitais psiquiátricos. Atualmente, temos um comando na Política de Saúde Mental que fala que essa política, construída ao longo de 30 anos, que levou a essas ofertas de assistências, é uma política sem base científica e que o melhor mesmo é colocar todo mundo para dentro dos hospitais psiquiátricos ou das comunidades terapêuticas. Ou seja, retrocedem à uma história que, em outros países do mundo, também foi superada. Essa ideia de que somos “acientíficos”, nega toda uma produção acadêmica de muita gente que desde meados dos anos 1990 tem se debruçado sobre o que fazemos. Se fosse tão ruim assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) não reconheceria a Política de Saúde Mental do Brasil como uma das mais avançadas do mundo, como uma inspiração para a América Latina. A Argentina agora também tem uma Lei Antimanicomial que foi inspirada exatamente em todo o nosso processo. É importante resgatar a ideia de que temos de nos unir, pois somos mais fortes do que essas tentativas de desmonte e de ataque. Penso que no fundo, estamos com dois processos civilizatórios em jogo. Um processo civilizatório que é esse, da restrição dos direitos, da barbárie, da dizimação da selva amazônica, do Pantanal, enfim, cujo tom é o ódio, a destruição e a morte daqueles que discordam. Acho que isso está muito claro, e podemos falar hoje de uma “necropolítica”<sup>3</sup>. Do outro lado, há outro processo civilizatório, que é o que vínhamos construindo nos últimos anos, com a valorização da solidariedade, da gentileza, da justiça social, do reconhecimento de que as pessoas são diferentes, que elas amam de jeitos diferentes, expressam sua sexualidade e subjetividade de jeitos diferentes, e cabe a nós construir uma sociedade que seja acolhedora à essas diferenças, que seja respeitosa às pessoas. Nesse outro processo civilizatório entram esses valores que a gente propõe para o SUS, para Reforma Psiquiátrica, são os “valores passarinhos”.

---

3 O termo é empregado pelo camaronês Achille Mbembe, referindo-se, sucintamente, às políticas de morte vinculadas a um racismo de Estado.

**C:** Você, dentro do conjunto de pessoas capazes de fazer uma análise a partir de uma perspectiva histórica, desde a Reforma Sanitária, junto à Reforma Psiquiátrica, nas décadas de 1980, 1990 e 2000, considerando inclusive que a Lei 10.216, completando 20 anos, num momento de retrocesso, como você bem mencionou, dentro de um alinhamento da Política de Saúde Mental num projeto de governo que estima e recupera elementos que não valorizam esses pontos que você indica, como é possível um movimento de resistência? Propor rupturas poderia ser um mote, um modo de operar diferente, para que reverberasse diferente a própria política e outras políticas de saúde?

**S:** Quando conversamos com o pessoal das outras políticas do SUS, eles sempre apontam para a Política de Saúde Mental, uma das mais provocativas. Primeiro, porque colocamos o sujeito no centro da história, fazemos, citando Franco Basaglia, um movimento importante que é “colocar a doença entre parênteses”, e olhar e escutar o sujeito e a complexidade da vida. Este é um movimento muito importante não apenas para o campo da saúde mental, mas para o campo da saúde, de maneira geral. Porque se você focar muito na doença, você esquece dos outros determinantes. E o SUS é construído muito nessa perspectiva de pensar que o processo saúde-adoecimento não tem a ver apenas com os processos biológicos, fisiológicos e etc, é muito mais complexo do que isso. Alguém que tem Covid-19 numa periferia de uma cidade é diferente de alguém que tem Covid-19 num bairro de elite, por exemplo. Mais ainda, na Covid-19 temos o fato de que diferentes pessoas reagem de maneiras muito diferentes à doença, e isso se relaciona a múltiplos fatores ainda não conhecidos. Temos os determinantes sociais que são muito importantes e o que trazemos para cena do ponto de vista psicossocial e de saúde mental é o sujeito e a complexidade da produção de sua subjetividade e a trama complexa da vida. Temos hoje muitos estudos que apontam como fatores psíquicos têm influência no bom desfecho de certo tratamento, na resistência do sujeito a determinado tipo de situação de contágio. Trazemos para a cena essa ideia que para além do diagnóstico existe uma complexidade que vale a pena investir. Nesse sentido, nos colocamos numa posição, que eu diria, de humildade epistemológica, porque quando colocamos o sujeito na frente, não temos muitas respostas prontas ou prescritivas. Por que? Porque tem certa dimensão do cuidado, da escuta, da atenção, de entender o que é isso, que pressupõe que a gente mergulha nessa relação, citando o Prof. Emerson Merhy, num cuidado que se dá em ato. E, para se dar em ato, preciso ter a concretude de alguém que demanda atenção, e, então, vou discutir com a pessoa o que é isso, como a gente maneja e tal. Acho que este é um modo, um dos princípios que temos na atenção psicossocial no que se refere, no cuidado do sofrimento psíquico, e por isso evitamos ao máximo possível falar “doença mental” ou “transtorno mental”, preferindo usar essa ideia de sofrimento psíqui-

co, subjetivo, exatamente para poder olhar melhor para o sujeito e não rotular. Trazemos para a cena algo que é muito caro para saúde de maneira geral, que é um pouco essa perspectiva. Necessariamente temos de olhar para o âmbito dessa complexidade, e isso dá um imenso trabalho, do ponto de vista de formação das pessoas, porque não é de uma hora para outra que damos um *click* nesse sistema que é essencialmente médico-centrado, medicamentoso e hospitalo-cêntrico. Acho importante dentro da universidade se interrogar: “como é que estamos formando essas pessoas?”. Sempre tive essa preocupação na formação dos profissionais de Psicologia, e por onde ando, quando converso com outros profissionais da saúde, especialmente quando participava mais diretamente da Política de Educação Permanente, penso que devemos trazer essa dimensão sintetizada na frase “a vida como ela é”, O que significa trazer para cena dos cuidados em saúde “a vida como ela é”? A vida é muito complicada. Toda cheia de variáveis e de detalhes. Mas é “a vida como ela é” e a gente tem que encarar isso. Sempre penso em vários exemplos, mas me ocorre um agora. Um senhor sai de uma consulta médica e aí vai para uma pós-consulta e fica “P” da vida e fala para a enfermeira: “o médico quer que pare de fumar, pare de beber, pare de comer as comidas que gosto, não vou fazer nada disso, esse médico está é louco”, e a enfermeira “calma, meu senhor. Veja bem, o senhor está com diabetes alta, descontrolada, está com hipertensão”, e vai falando todos os diagnósticos dele, e ele dizendo que não vai, e a filha do lado dizendo: “mas pai, veja bem, o senhor tem que fazer isso”. E aí a enfermeira quis dar uma cartada: “se o senhor não fizer isso, o senhor vai morrer” e a resposta dele: “e a senhora também, todos nós vamos morrer, e prefiro morrer com prazer, do que viver longamente sem prazer”. E aí? Vai dizer que está errado? É óbvio que a gente tem que tomar cuidados, mas é isso que é “a vida como ela é...” Esse modo de pensar prescritivo esquece que às vezes tem desejos aí...

**C:** Estamos num processo de abreviação da morte? A celeridade da vida contemporânea parece que desloca essa inevitável questão que é a própria discussão sobre a morte. Você tocou em vários pontos e gostaria de perguntar: Como são possíveis alianças para segurar alguns retrocessos da Política de Saúde Mental?

**S:** A aliança com quem está ao lado trabalhando com a gente é a primeira coisa. Não podemos perder essa dimensão de que precisamos do outro para enfrentar o cotidiano, sempre. A gente não trabalha sozinho. E, talvez, em especial nestes momentos mais dramáticos, precisamos muito um do outro. É assim, uma micropolítica. Acho que começa daí. Compartilhar com o outro as angústias, os impasses, fazer rodas de conversa nos serviços, e na medida do possível ir articulando isso com outras rodas de conversa, participando e aumentando coletivos para conversar. Precisamos conversar muito. Conversar no sentido de

que “você não está sozinho aí na sua Unidade de Saúde, não é só você que está sofrendo com essas agruras todas”, do ponto de vista federal, estadual e municipal. Precisamos cada vez mais construir coletivos que afetam uns aos outros. E a gente constrói coletivos com aquilo que tem se à mão, na vida como ela é, com quem está ao meu lado. Vai dar certo? Não sei. Vamos conversar com todo mundo? Não sei. “Ah, mas tenho um colega lá que é impossível de conversar de tão conservador”, então não conversa com ele, fala com outro. É assim que fazemos a rede para se defender. Só para lembrar, começamos essa história da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica fazendo exatamente isso, conversando em pequenos coletivos. Era uma época que não tinha *WhatsApp*, *YouTube* e *Facebook*. Não tinha nada disso, marcávamos reuniões no “orelhão de fichinha”, porque no telefone de casa não dava porque estava grampeado. Falávamos: “olha, de tal a tal hora vai lá no telefone da esquina e fica esperando um telefonema”. Hoje temos outros recursos, outros dispositivos, que às vezes mais afastam do que aproximam. Acho que o caminho é como estamos fazendo aqui hoje, trocando ideias, se afetando, colocando para fora um pouco desses sentimentos que são duros, pesados, mas são passageiros... eles passarão e nós “passarinho”.

**C:** Há um “devir” que nos sustenta... Queria também aproveitar e provocar a reflexão sobre o cenário em que a gestão da política está na mão de um modelo explicativo que valoriza elementos que já foram utilizados no passado e parece que estão novamente no foco. De alguma forma, no modelo em que vivemos hoje na sociedade, com uma procura de respostas imediatas para uma série de respostas que deveriam ser densas e complexas, que está conectada com as coisas de forma mais efêmera e passageira, parece que esse modelo corresponde a algumas expectativas para dar respostas a perguntas que nem nasceram ainda, respondendo a tudo que pode vir inclusive a acontecer, não é? Não por acaso temos manuais que apontam doenças que provavelmente virão a acontecer. Em síntese, temos um modelo que parece que está alinhado com o nosso tempo e essa outra perspectiva de fazer micropolítica de apostar na rede, no território, na solidariedade e na integralidade do cuidado, parece que não corresponde ao que a sociedade hoje espera de resposta. O trabalho na perspectiva de uma micropolítica, necessita de reflexão de amadurecimento e isso provoca deslocamentos. Parece que esse deslocamento hoje não é muito a tônica dos processos. Você acha que os pontos de resistência vão ser as mesmas estratégias que tínhamos no passado? Ou vão ser criadas outras formas?

**S:** Por isso que acho que precisamos conversar. Mas você toca num ponto que acho importante: quando alguém em sofrimento psíquico demanda algum cuidado, há uma equipe de saúde? Por princípio essa pessoa quer algum remédio para cuidar das dores da alma e ponto. Porque vivemos em um certo processo

de sociedade em que temos muitas demandas e as pessoas querem respostas rápidas. Só que não dá para dar respostas rápidas, não é? Qual a consequência dessa falsa ilusão das respostas rápidas? É que temos cada vez mais pessoas tomando psicotrópicos, antidepressivos, ansiolíticos e isso tudo não “tapa o buraco”. Ou seja, há um certo mal-estar (que no fundo é o da civilização) que permanece. Como ultrapassar? Colocando em cena: não tem resposta rápida. Aliás, existem vários trabalhos hoje que apontam que o uso prolongado das medicações psicotrópicas faz uma alteração cerebral até o ponto que você vai precisar disso para a vida inteira. E cada vez mais isso não vai dando conta, porque as demandas psíquicas, os impasses subjetivos, eles não se resolvem com medicação, eles só resolvem com a gente mudando os modos como olhamos para as coisas, para a vida, não tem muito jeito. É fácil? Não é fácil. Porque a vida não é fácil. Mas acho que não podemos perder uma certa perspectiva ética, nesse sentido. Acho que a chave mestra dessa história toda é conversar, colocar em cena todas essas questões que a gente está falando. Não se iluda com respostas fáceis. E aí entra a parceria, conversar com quem está do lado, frequentar cursos, enfim, melhorar minha capacidade de respostas. Quando cheguei no CAPS “Luis Cerqueira”<sup>4</sup> (para quem não sabe, sou “sócio fundador” do primeiro CAPS do Brasil), em março de 1987, tínhamos muito claro essa questão: “Conseguimos fazer um cuidado diferente do que é oferecido no ambulatório de saúde mental e da clínica, e do hospital psiquiátrico?” Esse era o desafio que assumimos e que era o mesmo desafio para o pessoal de Santos/SP. “Conseguimos fazer diferente mesmo? Uma oferta diferente?”. Penso que temos uma questão ética importante, me permitam uma provocação importante: o que fazemos imersos no campo da saúde, ganhando mal, sempre se submetendo a variações e interferências políticas, sofrendo *bullying* às vezes dos próprios usuários... O que nos sustenta? Que desejo é esse que nos faz permanecer nesse lugar apesar de todas essas coisas contrárias? Penso que temos uma aposta ética. Fico pensando que conversar sobre isso também é muito importante, assim como se perguntar no cotidiano do trabalho, como inventar, criar, fazer diferente. Também temos a questão das portarias e normatizações do Ministério da Saúde. Quando começamos o CAPS não tinha nada disso, simplesmente fomos fazendo. O “fazer diferente” nos remete a pensar o “onde eu estou?”, “qual é meu território?”. Montar um serviço e uma rede de cuidados no sul de Santa Catarina é muito diferente de fazer isso no interior de São Paulo ou no interior do Mato Grosso. Por que? Porque a cultura é diferente, o sotaque, os hábitos culturais são diferentes, o que se valoriza é diferente. Enfim, são tantas variáveis. Faz todo sentido fazer uma roda

---

4 O CAPS Luis Cerqueira, inaugurado na cidade de São Paulo, é também conhecido como CAPS Itapeva, pois ficava na Rua Itapeva.

de chimarrão num CAPS do Rio Grande do Sul, e nenhum sentido fazer isso lá no sertão da Paraíba, por exemplo. Enfim, isso é um pouco da “vida como ela é”, como que podemos nos aproximar da vida. Penso que, por vezes, criamos serviços que ficam como ilhas que se descolam da vida comunitária.

**C:** Isso é uma aposta também para a política. Recentemente, olhando o site do Ministério da Saúde procurava informações sobre a própria Política de Saúde Mental e ele é inoperante, difícil saber pelo site o que se tem hoje de política. Há obstáculos ao acesso à informação. Informação é uma coisa importante para construção do saber. Isso não é só no campo da saúde mental, já que em várias outras instituições que fazem análise estatística encontram-se defasagens importantes de informações, o que nos faz pensar e agir meio que no obscuro. É arriscado pensar em política pública, na dimensão macropolítica, quando não se tem à disposição da população um controle para poder fazer um monitoramento adequado. Você acha que isso é um acaso? Ou qual a intencionalidade?

**S:** Não tem acaso. Tem uma intencionalidade política clara. Vou te dar um famoso exemplo que é da minha época. De 1972 até 1974, o Brasil passou por uma gravíssima epidemia de meningite. Os casos estavam subindo vertiginosamente e toda e qualquer notícia estava censurada. Lembro em especial do *Jornal da Tarde*, que era o jornal vespertino do Estadão, trazendo na capa as vezes poemas do Luís de Camões, onde estaria a reportagem sobre a meningite. Só que os casos chegaram a tal ponto que não teve jeito, as pessoas entraram em desespero, o nível de contágio da população estava saindo fora de controle, o que obrigou o governo militar brasileiro a comprar vacinas e sair vacinando todo mundo. Lembro muito bem, eram batalhões de pessoas, com aqueles “revólveres” para injetar a vacina no braço, você ia passando na rua, nas estações de trem, e os agentes de saúde aplicando no braço de todo mundo. Era Governo Militar e hoje também temos um “Governo Militar” em certo sentido, e em especial na saúde. Não é à toa que dois ministros da saúde<sup>5</sup> que eram médicos, que ao menos defendiam a ciência ou no mínimo eram corporativos e defendiam a medicina, foram defenestrados porque estavam tentando seguir a ciência, evitando tratamentos e medicamentos sem eficácia, buscando informar a população com dados. Uma das primeiras medidas do terceiro ministro (Eduardo Pazuello), o general chefe do almoxarifado, foi mudar os critérios de publicação dos dados da Covid-19 referentes a casos e óbitos. Isso é tão grave que nenhum órgão de imprensa hoje acredita nas informações do Ministério da Saúde. Eles criaram um sistema de informação à parte, fazendo um trabalho que é atribuição do Ministério. Hoje,

---

5 Luiz Henrique Mandetta e Nelson Teich, os dois primeiros ministros da gestão Bolsonaro.

os dados divulgados são de um sistema à parte do Ministério da Saúde, porque ninguém mais confia nos dados do Ministério da Saúde. Quando você não tem acesso às informações, quando a informação lhe é negada, isso permite ao governante, “dono do poder”, criar narrativas, quaisquer narrativas, porque você não tem como contestar. Se não tenho uma informação, como é que contesto isso? Como diria aquela piada: “a garantia *soy yo*”. É um pouco essa história, a garantia sou eu, tenho os dados então confia no que tenho. Confia em qualquer narrativa que eles fizerem...

**C:** Você não acha que isso vá interferir no serviço de saúde mental? Porque se tenho, por exemplo, condições de sustentar uma ideia de internações psiquiátricas em um hospital, que não o hospital geral, criar um grande espaço com comunidade terapêutica, como você citou, não vou acabar inevitavelmente fragilizando o serviço de saúde mental, como os CAPS, ao ponto que eles irão sumir?

**S:** Eles não vão sumir. Até porque hoje tem muito CAPS operando no Brasil trabalhando, resistindo. O Ministério da Saúde tem dificultado muito os recursos para CAPS novos, mas aí dá para manter os CAPS que estão credenciados. Aproveito para deixar uma mensagem aos trabalhadores dos CAPS: pessoal, nossa resistência é continuar trabalhando, cuidando. Afinal, a gente está nessa história porque queremos cuidar das pessoas. Infelizmente está havendo um incremento de internações, tanto em hospitais quanto nas “ditas” comunidades terapêuticas. Mas acredito que não há nenhuma internação que seja melhor do que um cuidado feito em liberdade, feito pelo serviço territorial. É tão evidente a diferença, que acho que as próprias pessoas vão perceber a grande diferença entre estes modelos. Lembro-me do Seu Geraldo, de grata memória, pai de um usuário, do André, ambos falecidos. Ele moveu mundos e fundos para saber onde poderia tratar o filho de maneira diferente, porque achava um absurdo que a única possibilidade de tratar era aquela. Na primeira visita que fez ao filho, em um dos mais famosos e renomados hospitais psiquiátricos de São Paulo, ele encontrou o filho todo sujo, mal cuidado. Um dia ele me encontrou em um evento e no final conseguimos que seu filho fosse para o CAPS. A partir da vivência dele no CAPS, Seu Geraldo se tornou um grande militante da Reforma Psiquiátrica, por isso tenho a convicção que temos que continuar trabalhando. Até porque, como você disse, “qual é a política hoje?”.

**C:** Uma política de omissão, não? No *site* do MS, as informações de pessoas recuperadas pela Covid-19, por exemplo, não temos esses dados. Vamos imaginar, por exemplo, como as pessoas estão vivendo, aquelas que tiveram Covid-19 ou aquelas que não tiveram, as pessoas que estão num certo isolamento ainda, de algum grau ou modo, como é que essas pessoas, enquanto estratégia de cuidado

da sua saúde mental e enfim... o que o governo enquanto política está apontando para esse cuidado?

**S:** Não está apontando nenhum. O Ministro da Saúde é um cara do almoxarifado. Não tem política, a política é “qual que é o produto que tenho que entregar”, entende?

**C:** Você colocou num dado momento a importância da formação. Estamos falando aqui de uma articulação, de um grupo que está inserido dentro de uma universidade pública e que queremos contagiar, obviamente, os discentes, a comunidade acadêmica como um todo para trazer luz sobre a discussão da saúde mental para além de uma visão manicomial. Porque também não precisa ter paredes para viver numa prisão. Tem muita gente que carrega uma visão isolacionista, exclusória na sua mente e no seu modo de pensar. Como é que você acha que podemos contagiar, criar mecanismos porosos nas instituições universitárias? Como alimentar esse desejo de continuar em movimento?

**S:** Sabe qual é o problema da instituição universitária? É que ela é um mastodonte arcaico, é difícil mudar. Até porque determinados tipos de pensamento no meio acadêmico, não são apenas pensamentos, são mercadorias também. Às vezes as pessoas defendem certas ideias não exatamente por convicção. Enfim, mercadoria no sentido de prestígio acadêmico. Então acho que a gente tem que encontrar nosso nicho, como diria o Deleuze, nosso “patuá”. Gosto muito de um texto de Gilles Deleuze e Félix Guattari, que fala da literatura menor, da arte do Franz Kafka, e acho que é um pouco isso mesmo. Primeiro, nós não somos hegemônicos nessa história, certo? Nosso caminhar vai pelas bordas, ainda. Pela micropolítica, afetando as pessoas com as ideias, as vivências, nossas evidências. Quando os alunos ou colegas olham para a gente e falam “sabe que vocês tão falando uma coisa interessante?”, respondemos: então vem compor com a gente. E o que temos que fazer é expor o que pensamos, expor, principalmente aquilo que fazemos. Por exemplo, temos os projetos de extensão, PET saúde, residências e etc, a gente vai fazendo. Nem sempre conseguimos, mas a vida é assim, não é?

**C:** Como você considera que nosso “diálogo em quarentena” pode afetar as pessoas?

**S:** Fazendo, apostando em pontes, em diálogos, em conversas. Apostando nos acasos produzindo acontecimentos. Se não provocamos discussões, diálogos e conversas, acasos não surgem. Se ficarmos na nos-

sa “bolha”, não dá possibilidade de fazer pontes e conversas. É isso! Essa nossa conversa, eventualmente alguém está assistindo, ou depois acesse no *YouTube*... e eventualmente se afeta com isso. Isso é um acaso e pode virar um acontecimento. Não tem *a priori*. A gente vive, faz apostas. Enfim, se afetar. Porque senão ficamos numa coisa que é meio como se houvesse uma grande fórmula mágica da qual pudéssemos aprioristicamente preparar o futuro. Em 2020, você achava que ficaria em quarentena? Essa pandemia revela que a vida muda. Quantas pessoas pelo mundo afora diziam “não posso parar a minha vida, é impossível para a minha vida”, “é impossível parar o nosso negócio”, “é impossível parar a nossa economia”? Tiveram que parar.

**C:** Minha última pergunta: como você analisa a questão da saúde mental dos discentes? Nesse momento, o ensino remoto é uma realidade e tem uma nova configuração pedagógica. Como você prevê o desfecho disso e as próximas etapas? O que você acha em relação ao ensino remoto, pandemia e a saúde mental dos discentes?

**S:** Cada um está vivenciando isso de um jeito, é difícil generalizar. Mas acho que estamos vivenciando uma situação excepcional e essa situação vai passar. Percebemos com mais força que nada substitui, em especial na área da saúde, o ensino presencial face a face. O ensino remoto pode auxiliar uma ou outra coisa pontualmente, mas acho que não dá para pensarmos que a partir de agora só teremos aulas virtuais. Aula tem que ter cheiro. Dou aula no *Google Class* e vejo um monte de logozinhos, fotografias das pessoas, mas não sei se as pessoas estão lá. O pessoal liga a câmera e congela. É muito diferente estar presencialmente, interagir, a afetação é de outra ordem. Não sei se isso vai de fato acontecer. Estou falando agora do meu desejo. Meu desejo é que a gente encare isso como uma situação excepcional, a gente vai passar isso, e teremos consequências. Quais? Não sei. Precisamos estar generosamente atentos a isto. Atento, acolhedor e, principalmente, muito cauteloso com os efeitos. Porque é difícil falar alguma coisa agora que estamos no meio dessa pandemia. Tenho muito medo do pessoal falar “sobre a importância da saúde mental...” e daqui a pouco estaremos falando de “síndrome pós-pandemia”. Temo que as consequências dessa vivência terminem em diagnósticos, rotulação, como se precisássemos enquadrar todos, quando o que temos é cada um estar vivendo essa pandemia de diferentes jeitos. Tem gente que está vivendo de boa, tem gente que está sofrendo muito. Tem dia que estou mais tranquilo, pois sou privilegiado, moro numa casa, tenho quintal. Tem gente que mora num apartamento de 30m<sup>2</sup> e aí pode ser um inferno. Com certeza tudo isso é muito difícil e vai ter efeitos. Acho que levaremos alguns anos para nos darmos conta do que a pandemia vai produzir em muitas dobras e sentidos.

# Produção de vínculos na pandemia

*Gustavo Nunes de Oliveira  
Carlos Alberto Severo Garcia Jr.*

**Carlos Garcia:** Para iniciar, de que lugar tratamos e contextualizamos o “vínculo”?

**Gustavo Nunes:** É um prazer muito grande poder fazer essa conversa. O Carlos, quando fez o convite, deixou muito aberto e daí propus a ele que conversássemos sobre vínculo, porque gostei muito de ler a tese dele. Acho que nela têm uma revisão muito completa, muito interessante e precisa sobre a questão do vínculo. Aprendi bastante lendo seu material. Achei que seria interessante fazermos esse diálogo. Estamos no final do ano de 2020 e tem assuntos que vão se repetindo, repetindo e repetindo. E esse é um tema que para mim sempre foi muito desafiador e instigador. É mais gostoso quando somos “forçados a pensar” e desafiados nesses processos mais conceituais, teóricos e práticos também. Pensar o vínculo e constituir vínculo, pensar a constituição do vínculo em ato é um grande desafio. Pensar em várias entradas possíveis. Existem muitas teorias de vínculo, existem muitas entradas teóricas possíveis. E talvez fazer um percurso daquilo que tem sido mais tratado e mais relevante no campo da saúde, em especial da Saúde Coletiva, campo em que o tema é bastante discutido. Mas pensando nas várias áreas que compõem o exercício terapêutico, o exercício clínico, o exercício do cuidado, na área da saúde, e fazer a relação disso com o nosso contexto, porque acho que temos questões relacionadas ao vínculo que reverberam nesse contexto social em que estamos vivendo. Hoje, sobretudo, é um desafio enorme manter e sustentar vínculos no cuidado em saúde, com teleatendimento, atendimento remoto, limitação da presença, que é uma das questões que sustenta a possibilidade de construir vínculos em saúde. Enfim, é um pouco por aí que queria entrar...

**C:** Você já deu um panorama, fique à vontade para seguir.

**G:** Vou tentar fazer um percurso mais ou menos linear para conseguir fazer um diálogo e aproveitar também essas discussões em outros espaços. Pensei em trabalhar em camadas, gosto muito de experimentar, de entrar em diálogo com os diversos autores, sem uma obrigação de filiação teórica. Esse exercício hermenêutico é interessante, pois podemos nos apropriar, destacar, trazer aprendiza-

dos para as nossas práticas e às nossas formulações. Em uma primeira camada, não podemos deixar de falar, de maneira muito resumida, a ideia de tomar o vínculo como uma relação com o outro e as contribuições, em especial da psicanálise - claro que são muito variadas - mas a ideia de que uma proposição fundante do campo, a questão de como o eu e o outro, como indivíduos, portadores de afetos, condições, representações, entram em relação. E aí alguns pontos importantes nessa relação, que é a relação objetual, a relação com o outro que exige um investimento energético, afetivo, psíquico. Operamos isso no cotidiano, quando se trabalha em Atenção Primária à Saúde e se faz, por exemplo o “ecomapa”<sup>6</sup>. Nele estamos tentando representar exatamente essas relações entre os indivíduos e as instituições, os serviços, etc. Poderíamos trabalhar a hipótese já muito explorada se os indivíduos são anteriores à relação ou se a relação constitui os indivíduos. Aí aparece a ideia de sujeito, se os processos dependem ou não desse reconhecimento da alteridade, do “reconhecer-se no outro”, e todas as questões que vão girando ao redor das relações simbólicas, experienciais, que fazem circular o desejo nessas representações. Boa parte dessas teorias, essas relações, são sempre direcionais e condicionais, e há contribuições que nos ajudam a pensar as relações, por exemplo, de terapeuta e paciente, entre serviço e usuário, que trazem um campo de potência, de possibilidade de análise das relações de vínculo. Essas contribuições vão se compor numa segunda “camada”. Nessa segunda camada, a questão do vínculo, no encontro clínico ou na relação entre trabalhador da saúde e usuário. E se formos generalizar um pouco mais, entre serviço de saúde e usuário. Estou usando a ideia de usuário, porque estou me referindo mais à tradição da militância do SUS, na Saúde Coletiva, e essa ideia vai juntando elementos da psicanálise, da psicologia institucional, social e outros elementos teóricos da gestão, das teorias políticas, que partem de uma teoria crítica. Partem da construção teórica da crítica a um modelo hegemônico. Os textos que vão surgindo na Saúde Coletiva brasileira para tratar das insuficiências ou das impotências, desse modelo clínico hegemônico, por vezes, chamado de “biomedicina” ou “racionalidade biomédica” e “clínica tradicional” entre outras, porque para mim “tradicional” tem muito mais a ver com os povos origi-

---

<sup>6</sup> Ecomapa é uma ferramenta comum no trabalho da Saúde de Família e Comunidade. É utilizado para representar graficamente as relações de um indivíduo com suas redes de relações sociais e equipamentos sociais. De modo menos frequente, o ecomapa é utilizado para representar e acompanhar as relações subjetivas de um indivíduo com processos afetivos, projetos de vida, desejos, interesses e até dimensões da vida cotidiana. O objetivo geralmente é mapear essas relações para que se possa constituir análises sobre essas dimensões subjetivas da vida cotidiana. Raramente tem sido utilizado como forma de expressão da evolução do processo terapêutico, ou mesmo como elemento crítico para avaliação dos projetos terapêuticos constituídos, como instrumento facilitador da autoanálise e análise crítica do processo de cuidado. O que se configura como potenciais usos do Ecomapa, ainda pouco explorados.

nários e tradições culturais, do que exatamente a ideia de tradição de práticas do campo acadêmico – coisa muito mais recente - mas enfim, a ideia então de uma clínica hegemônica ou de um modelo hegemônico de atenção à saúde que precisa ser modificado. No núcleo de análise dessa questão da clínica biomédica, surgem as ideias de “clínica degradada”, “clínica tradicional” e “clínica ampliada”. Principalmente da produção do Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA/Unicamp) e do Gastão Wagner de Souza Campos. Essa questão é uma crítica à clínica hegemônica, que objetiva o sujeito, que retira o sujeito da cena da relação e impõe um poder médico na relação, às construções e os saberes do usuário. Todo um trabalho para tentar rever ou reestruturar ou transvalorar esse exercício prático na relação clínica. A clínica degradada seria já uma perversidade da própria clínica tradicional, que se reduz a uma “queixa conduta” ou se reduz a uma objetificação que nem faz propriamente o exercício clínico, e uma possibilidade de ampliação da clínica, incluindo o sujeito nesse contexto. A partir dessas produções, que vão estruturar diversos eixos temáticos, conceituais e teóricos das necessidades de saúde, a questão de demanda em saúde, a gestão da clínica na Saúde Coletiva brasileira, a produção do Lapa da Unicamp. Outros espaços também de produção do conhecimento, no campo acadêmico, vão trazer elementos, como o grupo da Integralidade (LAPPIS/IMS/UERJ), que traz questões sobre necessidade de saúde, demanda social, demanda em saúde, da produção de saúde e integralidade e a questão do direito. Essas discussões vão convergindo para uma possibilidade de repensar as práticas de saúde e a construção dos vínculos, a partir de uma possibilidade de análise de demanda e oferta. Trata-se de entender o usuário como aquele portador legítimo de uma demanda, portador de necessidades de saúde, o objeto de trabalho da equipe de saúde sendo as necessidades e não exatamente os pedidos e as demandas em si, mas as necessidades que são expressas em cima dessas demandas. Por isso, a função do serviço de saúde de construir interpretações, mediações, traduções para construir suas ofertas, voltadas e fazendo o diálogo, um processo dialético, com essas necessidades de saúde. Assim, podemos trabalhar processos de modulação dessas demandas, a partir do que se oferta, essas demandas se constituem também. Não ficar visíveis fenômenos acontecendo nos serviços de saúde, e modulando as relações vinculares. As anedotas, que muito se conta, dos pacientes poliqueixosos, do paciente que chega já pedindo antibiótico... uma virose, o paciente chega já pedindo exame, ele nem diz o que está sentindo, quer um encaminhamento. Seriam modulações desse processo relacional de análise de oferta e demanda, em que há um aprendizado, no acumulado. Poderíamos, trabalhando com esse modelo teórico da análise de oferta e demanda, em que temos esses papéis do usuário que demanda, e é “portador de necessidades”, e do trabalhador que precisa mediar essa relação com um contexto social, com o contexto desse paciente, desse sujeito, desse usuário, e produzir interpretações

para que se possa formular ofertas. Vão se constituir alguns padrões de resposta, também já muito estudados e que vão constituir limitações para esses processos de construção de vínculos. Desse modo, também vai ocorrer, como a ideia citada há pouco da “clínica degradada”, o processo de atendimento “queixa-conduta”, já descrito lá na década de 1960 por Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, pesquisador ilustre da Saúde Coletiva brasileira. Processo esse que extirpa o exercício da clínica, o objeto de trabalho passa a ser a própria queixa, o próprio sintoma e a ação se dirige a resolver o sintoma e não necessariamente a necessidade em saúde. Ocorre uma degradação da clínica no processo de atendimento queixa-conduta, uma produção de “não-vínculo”, uma produção de “não-relação”. Ainda nesta camada, mas em uma outra via, a análise de oferta-demanda se constitui em “regime de possíveis”, muito travado para construção das ofertas. Tenho programas, rotinas, processos serializados, que me obrigam a enquadrar todas as possibilidades de demanda em determinadas caixinhas de ofertas, e aí surge a problemática da “perda de adesão” do usuário. O paradigma da adesão ou não-adesão ao tratamento, aos cuidados, é consequência e obrigatório do processo citado como “serialização”. Como consequência tenho a perda de cobertura, a perda de eficácia, de efetividade e de responsabilização ou de corresponsabilização do usuário, na medida em que não formulo uma oferta para a necessidade singular daquele paciente e enquadra a demanda dele em um pré-determinado conjunto de ofertas. Aí temos o que temos denominado processo de atenção ou atendimento serializado. Tudo aquilo que não encaixa vai gerar, ou vergonha e culpa, ou não-ditos e insuficiências, ou impossibilidade da relação vincular. O paciente, se ele não se enquadra, se diz “não é aqui, é na UPA” ... se ele não mantém as prescrições, ele recebe bronca, ele é envergonhado diante da família ou do acompanhante. Assim, todo o tipo de relação e de não-relação acaba se constituindo nessa forma de construção de vínculo, e que se expande para o coletivo. Muitas vezes serviços que são altamente serializados, têm uma relação muito ruim com a população, uma relação realmente muito conflituosa, uma guerra civil instaurada porque não há espaço de singularização, não há nenhum espaço para se adaptar às demandas do cotidiano e as urgências que o cotidiano exige. Nessa segunda camada, o modelo ideal seria a ideia de atenção compartilhada, atenção integral, em que as ofertas são compostas a cada processo de análise da demanda e oferta, a partir de uma composição dialogada dessas necessidades de saúde. Desse modo, vão compondo e tentando responder às queixas, os pedidos, às situações que demandam o serviço de saúde. Esse é um outro contexto e são várias ferramentas, análise de fluxo, fluxograma analisador, análise de oferta e demanda, são várias discussões e processos que têm sido trabalhados no campo da gestão da clínica, na coordenação do cuidado, projeto terapêutico singular. Cada uma delas com suporte teórico e empírico extenso, para tentar trabalhar nessa camada da relação clínica, no sentido de

uma ação crítica ao estado de banalização e da degradação de uma clínica que objetiva ou exclui o sujeito do processo terapêutico, do processo de cuidado. Em uma terceira camada, gostaria de destacar a contribuição do campo do cuidado em saúde. Estou tratando como uma terceira camada porque tem uma questão diferencial de base que é desterritorializar a ideia de quem cuida é o terapeuta, de quem cuida é um profissional de saúde. O cuidado, como exercício, o cuidado como prática social, como um campo de atuação em que é possível se constituir como sujeito nesse território. Nele, toda prescrição ou normatização, os conhecimentos sistematizados, todo o acúmulo deve ser secundarizado às necessidades do contexto. Vejo muito as pessoas trabalhando a questão do cuidado como sinônimo de um outro processo que seria um campo da atenção clínica mais fechado. É claro que podemos trabalhar outros âmbitos e logo já vou falar do próprio exercício clínico como um sistema de códigos fechados na medicina, mas trabalhar essa ideia do território do cuidado, que compõe sujeito em relação, ou que o coletivo se compõe em relação de cuidado em práticas de produção de saúde e de subjetividade. Se a clínica biomédica se constituiu a partir do conhecimento da doença e da morte, o campo do cuidado deve se constituir como conhecimento e acúmulo do exercício da defesa da vida ou da produção de saúde, não é? Conhecer sobre saúde mais do que conhecer sobre doença ou opor saúde e doença.

**C:** O cuidado centrado na pessoa ou a clínica centrada na pessoa são tentativas de contrapor a ideia de que o cuidado é uma prática de um sujeito sobre o outro. Mas, será que poderíamos pensar que o cuidado, centrado no usuário ou na pessoa, também é limitado? Porque, de alguma forma quem procura pelo cuidado não cuida daquele que também está tentando cuidar? Ou seja, borrar as fronteiras entre eu e o outro.

**G:** Isso. A limitação está exatamente aí. Vou trazer esse ponto porque a questão é a posição que o terapeuta ocupa em relação ao cuidado e ao paciente/usuário, ou seja, não adianta falar em cuidado centrado na pessoa, de quem cuida sou eu, se a função de cuidar é minha, e não é uma composição, uma coprodução, o cuidado como resultado da relação. Se a função de cuidar é minha, eu não saí do lugar. Esse ‘centrar no usuário’, no sentido de eu só priorizar uma lista de problemas. A questão é que o cuidado centrado no usuário é um campo muito mais amplo e muito mais rico em termos de referências teóricas, de consolidação teórica, mas pouco utilizado no campo da atenção, quando falamos da atenção médica, por exemplo. Em Saúde da Família, trabalha-se muito com a ideia de cuidado centrado na pessoa e sistematização do cuidado baseado em problemas, e essas duas coisas vêm juntas, porque? Porque preciso dar uma expressão concreta sobre como o “sujeito cuidado” entra na relação clínica, assim vou centrar

naquilo que ele diz que é prioridade, mas é uma composição. Embora coloque lá como primeira questão aquilo que ele prioriza como problema de saúde, essa discussão de problemas de saúde sempre passa pelo meu filtro, porque sou eu quem faz o registro. Porque o prontuário quem registra é o profissional de saúde. No fim das contas, precisamos avançar um pouco. Não acho que é uma produção que se joga fora. Inclusive acho que como passos de acesso à uma “clínica da liberdade”, à uma clínica de fato humanizada, à uma produção de saúde coletiva, são passos que se precisa dar. Aquele sujeito que aprendeu que ele é o portador do saber e o outro é um ignorante, ele precisa dar passos, esse aprendizado é crescente. Trabalhar com esse perfil profissional, com o cuidado centrado na pessoa, tem um resultado muito bom, mas se parar aí não chegou em lugar nenhum, e de fato estamos vivendo essa crise. A Atenção Primária, do que que ela é capaz além daquilo que é o básico que se pode ofertar? Se vivemos em um mundo de pobres e miseráveis a atenção básica salva, mas se estamos está num espaço de território que as pessoas têm educação, tem direito à alimentação, à moradia, a atenção básica mostra seu limite claramente. É muito importante discutir a atenção básica, porque vai funcionar, assim como o soro caseiro funcionou para derrubar a mortalidade de 100 para 15, em territórios nos quais campeia a desigualdade, a fome, a exclusão e a ausência de direitos. Mas, além disso, não vai funcionar, temos que avançar. Ainda estamos em contexto de miserabilidade social absurda, um desemprego absurdo. Mas pensando o vínculo com todo seu arcabouço teórico e toda possibilidade que se tem para olhar para isso, nós não podemos ficar só no regime dos possíveis atuais, porque senão não vamos aprender nada além disso que já se faz, em termos de políticas públicas, de forma autoritária, residual, como benesse aos desvalidos. A grande contribuição do cuidado é exatamente essa questão de desnaturalizar o lugar de quem cuida, o cuidar é uma função que pode ser assumida, é um território que pode ser constituído, é um território que necessariamente secundariza todos os territórios instituídos que venham antes dele, cria a necessidade de mediação. Para quem trabalha no paradigma do cuidado, a rede de atenção só pode ser produto de um acúmulo temporal de uma série de trabalhos singularizados que vai mostrando uma certa tendência social a determinada situação que vai se repetindo no contexto, nada mais do que isso. Todo arranjo cartorial que se faz para pensar redes de atenção, acaba despotencializando as possibilidades de construção do cuidado. Nesse sentido, pensar o cuidado como a possibilidade de construir o que seja a saúde a cada momento, a cada acontecimento, a cada relação, ou seja, em ato. Para quem vive no regime do medo, do ódio e da dúvida, e está sempre com medo de não ter acesso e não ter serviços disponíveis... “e se eu enfartar para onde eu vou?”, “e se eu passar mal na rua quem vai me resgatar”, porque se vive em um regime de sobrevivência social e de guerra, então a rede cartorial salva vidas. Talvez quando existir uma outra condição de sociedade,

essas concepções mais cartoriais percam a importância. Hoje, por exemplo, é preciso uma lei para reservar vagas para gestantes e idosos, porque se não tiver essa lei, a pessoa vai parar o carro na área demarcada, onde for mais próximo, e não vai pensar que tem um idoso que precisa parar mais perto. Precisamos ainda desses regimes cartoriais para guiar uma certa sociabilidade, aí temos que discutir essas necessidades, porque apostamos que essas possibilidades cartoriais e normativas vão sempre funcionar em qualquer contexto, são sempre boas, sempre interessantes.

**C:** Ao abrirmos a discussão de saúde e sociedade ampliamos ainda mais a discussão.

**G:** É o ponto que queria entrar para uma quarta camada. A construção dos vínculos, ainda mais em momento como o atual, nem vou ficar falando de polarização porque acho que é redundante, com a pandemia, com o regime político federal atual, com a ojeriza que foi constituída da ideia de que a política não funciona e que a política é má, enfim, esse contexto criou uma dificuldade muito grande da relação da construção de vínculos. Assim, há uma limitação da possibilidade de construir rede, construir vinculação, social inclusive, não só com nossos pacientes, nossos usuários de serviço, e falando um pouco mais amplo. Queria propor um exercício de falar um pouco sobre a questão de como a gente estabelece essas bases. Gosto muito de trabalhar com o Espinosa e conheci, recentemente, um Blog que se chama “Razão Inadequada”<sup>7</sup>, muito interessante, e eles fazem muitos textos relacionados a Spinoza e Bergson, sobre a produção da circulação dos afetos, e eles têm uma série de produções que se chama “afetos biopolíticos” e vou trazer dois deles. Trabalham muito bem a questão do medo e do ódio, não vou entrar muito na filosofia de Espinosa, porque não vai dar tempo, se depois tiver tempo a gente pode falar disso. Vou ler rapidamente algumas citações para trazer como provocações. O que é o medo no Espinosa? O medo trabalhado no livro “ética”, de Espinosa, filósofo do século XVII, ele trata no livro III, na “definição dos afetos”, e diz “o medo é uma tristeza instável, surgida da ideia de uma coisa futura ou passada, cuja realização temos alguma dúvida”, e depois ele vai falar no “Tratado Teológico-Político” a que ponto o medo ensandee os homens, “o medo é a causa que alimenta e origina a superstição”. Espinosa trata o afeto como algo relacionado a consciência, a ideia da afeição, que seria aquilo que nos acontece no encontro. Espinosa tem uma teoria de natureza em que nós somos mente e corpo, como modo de um mesmo atributo, que ele diz da substância que seria “Deus”, a natureza. Para ele, não existe um Deus fora da natureza, exis-

---

7 RAZÃO INADEQUADA. Disponível em: <https://razaoinadequada.com/>.

te a natureza que tem esse atributo, essa substância, e dois atributos, a extensão e o pensamento, que são modos dessa mesma substância. Ele não separa mente e corpo, ele fala das relações de afeto, do encontro entre os corpos. À medida que há um encontro, e essa discussão tem tudo a ver com vínculo, à medida que eu me encontro, me afeto, eu sofro afecções, e essas afecções imediatamente vão ter reflexo e vão construir ideias na minha mente, e essa ideia dessa afecção é que vai suscitar uma relação de causa e efeito ou uma certa interpretação. Ele vai tratar dos “gêneros de conhecimento” que vão nos ajudar a compreender essa dinâmica dos afetos e nos relacionar na sociedade. Ele fala do medo dessa maneira: uma tristeza instável. Os dois afetos básicos do Espinosa são a tristeza e a alegria. O afeto é a medida da mudança da potência, então a afecção me atinge, algo externo me atinge, e isso aumenta minha potência de existir ou diminui... quando diminui é a tristeza, quando aumenta é a alegria. O medo é um afeto de tristeza, é um afeto que diminui a potência, ele paralisa. As sociedades modernas se constituem desse afeto, para o controle das relações, para o respeito às leis, de uma circulação contínua do medo. Isso cria a ideia de um sujeito amedrontado que é o bom empregado, e aqui, citando o texto do blog:

o sujeito amedrontado de hoje é o bom empregado de amanhã, a criança assustada de hoje é o bom aluno de amanhã, a mulher ‘colocada em seu lugar’ hoje é a esposa ‘bela, recatada e do lar’ de amanhã<sup>8</sup>.

Esse texto é de 2016, então lembrando dessa citação que está entre aspas lá no texto... “o securitizado é um arquétipo, a concretização da sociedade do medo e da insegurança”. Espinosa já disse, o medo leva à apenas uma coisa: servidão.

O medo é a origem da superstição (“Votar direito muda as coisas”), da ignorância (“não tem o que fazer, política não tem jeito”), da tirania (“no tempo da ditadura é que era bom”), da esperança (“um dia tudo vai dar certo”), do ódio (“Morreram todos, que tudo exploda!”). O moralista confunde sua utopia com a conduta ideal dos homens! A impotência do medo cria fascistas, moralistas, padres, homens da lei. Desta forma, nasce uma cartilha de como os homens devem ser” ... tudo que se desvia é periférico, é não autorizado, é minoritário e deve sofrer, e deve morrer, ainda mais no neoliberalismo necropolítico... “baseando-se em a priori impossíveis de serem conquistados.”<sup>9</sup>

---

8 AFETOS (Bio)políticos: medo. **Blog Razão Inadequada**. Disponível em: <https://razaoinadequada.com/2015/06/03/afetos-biopoliticos-medo/>.

9 Ibid.

Eles vão falar também do ódio, e o ódio em Espinosa é uma criação fenomenal, como ele trata disso, o ódio é uma tristeza... citando Espinosa, parte III, “definição dos afetos”, na Ética... “o ódio é uma tristeza acompanhada da ideia de uma causa exterior”.

Uma pessoa nos causa tristeza e reagimos odiando aquela pessoa. Deixamos de lado todas as circunstâncias daquela afecção e ligamos a tristeza causada àquela pessoa, objeto ou fato. O ódio está ligado à tristeza, e quando ficamos tristes, a nossa capacidade de pensar diminui”... o afeto de tristeza tira a nossa potência de existir. Tristes, temos cada vez mais ideias inadequadas. Quanto mais entristecidos nos tornamos, mais confusos se tornam os afetos. Assim, passamos a odiar a chuva por que ela alaga as nossas ruas entupidas de cimento. Passamos a odiar nossos amigos quando estes não dizem aquilo que queremos ouvir. Passamos a odiar, em suma, tudo aquilo que não toma nosso partido. O ódio liga, faz a ponte entre o estado do meu corpo e o corpo exterior que me afetou. Ele não fala da relação, ele diz apenas do estado do meu corpo e procura uma causa. [...]

Tristes, só sabemos nos mover contra aquilo que odiamos. Ignoramos os conselhos de Zaratustra sobre a honra de se ter um inimigo. Abrimos a boca por pouca bobagem para cuspir, mesmo que seja contra o vento. Manifestamo-nos pelo nada, mas contra tudo! Elegemos vilões sem heróis, pois não temos força para assumir a responsabilidade por nossas dores. Dividimos, separamos, excluimos, recortamos a realidade para o nosso mimo. Mía Couto, escritor moçambicano, escreveu sobre o mundo de quem tem medo, um mundo pequeno, cercado, para que nada possa fugir ao controle. O mundo de quem tem ódio é um mundo monocromático. Só há duas cores de grande contraste. Perdem-se todas as pequenas tonalidades, que são na verdade as grandes sutilezas. Preto e branco; ou vermelho e azul; ou ainda verde e amarelo. Como nos movemos por este campo de afetos? “Quando a mente imagina aquelas coisas que diminuem ou refreiam a potência de agir do corpo, ela se esforça, tanto quanto pode, por se recordar de coisas que excluam a existência das primeiras” “Tornamo-nos saudosistas ou utópicos!”... E aí só citando para ver se alguém se identifica “Amanhã ele vai ver! Ele me paga”, ou então “no meu tempo era diferente, antigamente não era assim!”. Ou pior: “Quem imagina que aquilo que odeia é afetado de tristeza, se alegrará; se, contrariamente, imagina que é afetado de alegria, se entristecerá” “Espinosa nos ensina que existem alegrias tristes, alegrar-se com a tristeza de alguém é um bom exemplo disso! Esforçamo-nos para que a coisa que odiamos seja afetada de tristeza e odiamos tudo aquilo que a afeta de alegria. Estas são apenas algumas poucas das consequências deste afeto”.

[...]

Ao contrário do medo, que como afeto (bio)político paralisa; o ódio movimenta, mas por vias tortas, não como a alegria, que nos vincula com a vida. O ódio solta bestas ferozes e obedientes, instruídas para morder: “[Quem odeia] Esforça-se por afastar e destruir a coisa que odeia” “Tristes, somos cada vez mais agressivos”. O afeto de ódio tem que objetivar, não pode haver sujeito do outro lado. “Nasce a desonestidade intelectual e o interesse pelo entendimento raso. Difamamos, revidamos e fechamos os olhos para a pluralidade de posições, para a complexidade dos fatos, “A culpa é de fulano!”. Promovemos uma fé pelo

unilateral e começamos a crer que tudo tem um lado só; e o nomeados de verdade. Acreditamos piamente em quem carrega nossa verdade sob os braços e a eles demonstramos nossa empatia, só a eles. Empatia seletiva é um recurso de proteção do próprio ódio, que se alia à mais profunda vontade de conservação. O ódio movimenta erupções: grandes demonstrações destrutivas sem nenhuma perspectiva de construção; a lava deixa o solo infértil”<sup>10</sup>

Com isso, queria caminhar para uma ideia, que trabalhamos muito aqui no projeto do InformaSUS<sup>11</sup>, trazendo para o contexto da pandemia, pois essas questões relacionadas ao medo e ao ódio podem nos ajudar a pensar a ideia do negacionismo. Parece que negacionismo é uma ideia só de oposição da ciência e não-ciência, que já seria complicado. A minha vida acadêmica toda questionei a visão hegemônica da ciência, então agora defendo o uso de máscara, isso significa que estou defendendo a ciência hegemônica que só vê uma possibilidade de verdade, uma ciência que autoriza ou desautoriza conhecimentos tradicionais, por exemplo, de comunidades originárias? Qual é a forma de negacionismo? Do que que isso se trata? E, porque os vínculos são atravessados o tempo todo dessa perspectiva do negacionismo? Haveria alguma relação com a ideia há pouco colocada de uma “empatia seletiva”, movida pelo ódio e pelo medo? O negacionismo ao saber do outro, a uma possibilidade de produção de saúde e de cuidado de si, a uma potência da ideia de paciente... o paciente não tem potência, ele é “paciente”... então como é que a gente trata dessas questões no vínculo. A última questão que queria colocar: na minha prática clínica tenho trabalhado essa ideia do vínculo e feito alguns exercícios. Nesse processo de pesquisa, a medicina antroposófica foi um encontro mais recente, quero adicionar na conversa esse elemento. Tem dois anos que estou fazendo a formação, é uma formação que não termina nunca como qualquer outra medicina. Mas são alguns movimentos que queria propor para pensarmos a construção do vínculo. Estou pensando na minha relação com alguém que estou cuidando, e vocês podem ver isso como a relação entre médico-paciente, terapeuta-paciente. Um movimento importante é o sensibilizar-se, a ideia de não banalizar, de sair do automatismo. Nenhuma relação de vínculo é possível de ser construída em bases potentes se elas partem de um automatismo da função do trabalho e do contexto de atenção. Aqui preciso retroceder um pouco, pois lembrei que uma questão que pulei em uma camada anterior, que seria a possibilidade de assumir e sustentar uma “função apoio” no encontro clínico. Esqueci de falar lá naquela camada da discussão da clínica

---

10 AFETOS (Bio)políticos: medo. **Blog Razão Inadequada**. Disponível em: <https://razaoinadequada.com/2015/06/03/afetos-biopoliticos-medo/>.

11 Projeto de Extensão de comunicação social e científica na UFSCar - <https://www.informasus.ufscar.br/>.

como desvio. Uma entrada teórica relacionada à uma produção do pessoal da Universidade Federal Fluminense (UFF), como Regina Benevides. Acho que é uma produção que trata disso, do estar ao lado, do acompanhar processos, de compor a produção de subjetividades no processo de produção de saúde, o terapeuta tem uma função mais de apoio, de promover esses desvios no encontro. Assumir a “função apoio”, assumir estar ao lado, estar junto, desse usuário que a gente acompanha. Interessar-se é um ponto importante do sucesso terapêutico, interessar-se de forma autêntica. Vejo isso muito pouco no acompanhamento de profissionais de saúde. Investir forças na vida dessa pessoa, que possa compartilhar com você essas coisas singulares e íntimas, difíceis, que o cotidiano do vínculo clínico produz nessa relação. Entusiasmá-la pela vida dessa pessoa que a gente se relaciona. Exige que a gente faça todo o possível. Nenhum esforço, nenhuma ação, nenhuma oferta é impossível. A ideia de que para sustentar esse vínculo e permitir que haja condição de uma produção de saúde, de um desvio nesse modo. Pensando também nessa experiência da doença como um processo na vida de alguém, criar condições dessa produção de saúde para aquele sujeito, exige que a gente mova mesmo, céus e terra, para criar essas condições. Isso exige muito sair da rotina, da serialização e empreender processos de ofertas singulares. E, a última questão, é respeitar a vida em curso, os aprendizados, deixar as suas próprias responsabilidades. Isso exige que a gente se relacione nesse vínculo de uma maneira que compreendamos e trabalhemos com as impotências e os limites, e saber que a vida segue o seu curso e que essa pessoa também segue o seu curso e ela não nos deve nada e nem a gente a ela, é uma relação de encontro. É isso, queria colocar essa proposição e poderíamos conversar um pouco, desculpa se me alonguei.

**C:** Gustavo, você nos ensinou muito. Apreendi bastante e de um jeito fácil de compreender. Você, num tempo curto, conseguiu fazer um panorama com densidade. Excepcional! Estou muito encantado em te ouvir. Várias questões surgiram para mim e acredito que para quem está nos acompanhando também. Assim, está feito o convite para quem quiser colocar alguma questão para contribuir neste debate. Enquanto isso, para continuar nessa interlocução, queria compartilhar uma reflexão. Na época da construção da minha tese de doutorado, conversava muito com o Carlão (Professor Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo) e ele me apontou uma questão que pode parecer óbvia, mas, às vezes, não nos damos conta. Partimos da premissa, muitas vezes, de que o vínculo é algo “positivo”, desconsiderando que o vínculo pode ser algo também “negativo”. O vínculo também pode ser danoso e prejudicial. Quando você fala sobre o que nos afeta e pode nos afetar para seguir implicado com o outro e consigo mesmo – reconhecendo em si aquilo que o outro me afeta – entender e identificar o que se sente – a potência do sensível – e transmitir de outra forma isso,

sem deixar de lado e desconsiderar, é tão importante que pode estar presente na constituição do vínculo. Não estou falando do “sensível” como um “sensacionismo sentimental”, não é isso, mas sim quando alguma coisa dispara “dentro da gente” e que de alguma forma só a gente escuta e pode fazer alguma coisa com isso que se sente. Também queria acrescentar esse outro elemento, tomando a liberdade de acrescentar outra indagação: Como posso identificar isso em mim e de alguma forma me afastar também do que pode ser prejudicial?

**G:** Acho que tem uma questão que é a forma como entramos em relação e o que é propriamente a relação e esse conjunto de afetos que estão sendo produzidos. Vou trabalhar nesse campo dos afetos, porque para mim é mais confortável, acho que se fosse psicanalista entraria em outro campo, mas vou recorrer a uma ideia de que a gente entra em relação no “automático”, costumamos entrar em relação sem pensar, vivemos, experienciamos a relação. O problema é que se fazemos isso de uma posição fantasiosa, no sentido de que acesso um campo, uma produção de pensamento ou gênero de conhecimento muito primário – Espinosa chama isso de primeiro gênero do conhecimento e reconhece as três ilusões da consciência humana – temos que tomar um certo cuidado, porque os conceitos que a gente usa são muito próprios da época e se usa, por exemplo, a “consciência” em diversas acepções e tem o senso comum do que seria a consciência. Assim, Espinosa diferencia “afeto” e “afecção”. A afecção está no plano do acontecimento, é a própria relação, o choque, as impressões que o encontro produz no imediato, e passo a ter consciência disso no afeto. O afeto é a ideia, o efeito da afecção. O afeto está relacionado à consciência da afecção, ele é retardado, ele fala do passado. E se trabalho só nesse âmbito, vou viver as três ilusões que o Espinosa fala: julgar como “bom” ou “mau” a natureza do encontro pelo efeito dos afetos, diminui a minha potência de viver e causa tristeza, é um encontro “mal” necessariamente, a partir desse julgamento, que é uma ideia inadequada no sentido de uma elaboração de pensamento e aí vou trabalhar em cima dela para guiar minha atuação no mundo, a partir de uma suposta ideia de “livre escolha”, então sou afetado, reajo, trabalho de forma reativa, a partir do efeito dessa afecção em mim, do afeto, e aí vou atuar no mundo a partir disso. Com esse primeiro gênero de conhecimento, muitas coisas são inexplicáveis. Tudo que é inexplicável vou dizer que tem uma coisa fora da natureza que interfere nessa ordem de acontecimentos, que é o tal do “Deus transcendente”. Tudo que gera incômodo, culpa, necessidade de um olhar aprimorado para um pensamento em cima de uma relação de construção, de como se deu esse processo de encontro, que seria o “segundo gênero de conhecimento”, tenho que fazer um exercício em cima, que é esse exercício a partir da análise dos afetos ou do esforço racional sobre isso que está me acontecendo.

**C:** É uma elaboração?

**G:** Posso chamar de elaboração ou, como Espinosa, de segundo gênero do conhecimento. Acontece que isso também não me permite transmutar o afeto de triste para alegre. Eu só consigo fazer esse movimento se consigo transvalorar o que me acontece, colocar em uma outra posição, então vou separar aquele que me afeta do afeto. Aí posso agir sobre esse processo de relação sem essa contaminação, sem esse ruído. Se vou entrar numa relação vincular, é claro que no primeiro instante ou em uma primeira camada, posso aprender a lidar com as relações de transferência, relações transferenciais, e vou aprender a lidar com isso para não reagir ou para criar reações um pouco mais produtivas, mas talvez isso não me tire da ideia de que sofro os afetos. Muita gente foge, é natural, se o afeto é triste, vou fugir desse afeto, eu não vou aprender com ele. Porém, para conseguir construir conhecimento em cima dessas relações, preciso compreender que preciso suportar a duração desse afeto, preciso transvalorar isso que entendo que é algo ruim para mim, como algo que pode gerar um aprendizado, gerar algum processo de crescimento.

**C:** Você considera que é isso o que o vínculo pode ensinar?

**G:** Exato. Falo muito isso para os meus alunos. Você vai no território, por exemplo, e vê a pessoa miserável em condição de rua, ela está naquele inferno social, totalmente desamparada, e eu sofro com isso e tenho que cuidar dessa pessoa. Se estou na condição de alguém que tem que cuidar dessa pessoa, vou ter que desenvolver alguma ferramenta para lidar com esse contexto, pois se for sentar e chorar junto não ajudo, mas preciso compreender que aquilo é um sofrimento, não dá para banalizar e me colocar em outro lugar que não seja esse. Se não, não há possibilidade de construir vínculo de cuidado. Em todas essas camadas, elas vão operando e muitas vezes esse relacionar-se, na atenção à saúde, vai virando uma questão instrumentalizada, uma máquina de lidar e jogar... e lidando com isso de maneira ortopédica, certa mecânica em que tudo se projeta em uma suposta normalidade. Construir vínculo não é isso. A pessoa em situação de rua é invisibilizada pela sociedade. Está expropriada de muitos sentidos do que entendemos como normal. Interessar-se pela pessoa, pela sua história. Abster-se de atualizar o juízo social sobre essas pessoas. Desenhar com ela a redução de danos à saúde, vai permitir o encontro. Com o tempo, aprendemos com as experiências dos outros, sem ter que vivê-las na pele. Essa é a grande vantagem do vínculo.

**C:** O vínculo como experiência pode ensinar. A abertura da experiência para o vínculo como um caminho. Você acha que o vínculo, de alguma forma, pode romper algumas fronteiras previamente estabelecidas nas relações de cuidado em saúde, ou não?

**G:** Depende de como você entra na relação. É possível vivenciar essas possibilidades de formação de vínculos de maneira que se possa experimentar essas posições. Por isso, gosto de trabalhar com essas questões das experiências de vínculos, com as ferramentas do apoio, por exemplo, no trabalho relacionado à gestão, à clínica, o suporte na supervisão clínica institucional. São ferramentas que ajudam a trabalhar a relação sujeito-instituição, e a compreender melhor esses processos, que muitas vezes estão falando algo que atravessa, algo coletivo. Geralmente, a gente personaliza, “eu odeio a pessoa”, e aí é como se faz no sistema prisional, você criminaliza a pessoa e não o ato, a gente não discute o ato, não se discute o assassinato em si, a pessoa é presa pelo assassinato, mas a pessoa é punida como pessoa. Você não pune o ato.

**C:** Não basta punir o corpo, é preciso punir a alma, como diria Foucault, em seu livro Vigiar e Punir. O estudo da Hannah Arendt sobre a banalização do mal também vai de encontro com o que você aponta. Porque não é somente demonizar um sujeito, quando na verdade é para além do sujeito. Queria abrir as questões daqueles que estão nos acompanhando neste encontro. Temos comentários no chat, assim, nossa primeira pergunta é do nosso amigo Carlão com a seguinte indagação: “A criação dos vínculos positivos seriam então o reconhecimento e a satisfação da vontade de potência?”.

**G:** Não sei fazer essa relação direta. Acho que a ideia de vínculo positivo é problemática. Acho que tem a questão do vínculo baseado nesses encontros e nas relações que vão gerando laços que estão baseados na relação sujeito/instituições. Olhando pelo campo da produção de subjetividade e pelo foco das relações sujeitos/instituições, estamos traçando uma certa cartografia desse vínculo. Tem um regime de afetos, têm um regime de vínculos, um de forças institucionais. Tem sujeitos dando passagem a produções de subjetividades, e tem os acontecimentos. A gente está triangulando o tempo todo nessas perspectivas, nessa relação vincular. Se estou falando aqui da relação médico-paciente, por exemplo, o contexto social, o contexto institucional vai permeando esses processos. O que que está em jogo? Vai depender da minha visão do que é “saúde”, vai depender da visão em jogo do que seria “curar” ou do que seria “doença”, se é um vínculo terapêutico ou se pretende ser. Porque, dependendo de como compreendo ou de como concebo o que seria o processo saúde-doença... e aí não estou falando do regime de teorias do processo saúde-doença na saúde coletiva propriamente

dita, estou ampliando isso... o papel que a doença joga na vida e nas relações, nos desejos, enfim, também na questão do que é o sujeito e do que é o regime de desejo. Desse modo, se for trabalhar com a ideia do que é transferência, contratransferência e dos regimes de relação objetal, o desejo é o lugar da falta, ele vai transitando... o desejo é o que falta propriamente. Quando estou falando do regime de afetos, e de produção de subjetividades, estou falando do desejo como próprio preenchimento do que é o sujeito, a essência... como diz o Espinosa, ele chama de *conatus*.

**C:** Movimento?

**G:** Isso, que em latim é ação, ou seja, aquilo que está, aquilo que é. E é porque tem um atributo de corporalidade, expressa-se como corporalidade e como pensamento. E aí nesse regime sim, vou relacionar a produção de saúde com uma vontade de potência, de atualizar a potência, de atualizar a potência do *conatus*. Isso, para cada ser, vai assumir um certo desenho, um certo regime, um certo processo, e aí vai ter que entrar em relação, e aí a ideia de desvio é muito interessante. A ideia de estar ao lado e que não há uma ideia de curar o outro, mas uma ideia de que a produção de saúde é um efeito de encontros alegres, encontros que ampliam a potência de existir. E mesmo com alguém que está morrendo, mesmo com alguém que está nos cuidados finais, que está no limite da vida e da morte, ou que está muito mal... porque a questão aqui é o ser enquanto ser, mesmo ele morrendo ele ainda é. Ele vai se atualizando a cada instante, essa ideia de que não há um momento em que desisto, em que não é possível tratar de saúde. Há um momento em que as instituições dizem que é, ou que as forças sociais colocam dessa maneira em um certo regime de verdade ou de poder. Mas o próprio regime dos possíveis é um regime dado por esses poderes. Para mim a ideia que o Carlão coloca é interessante nesse sentido.

**C:** Considerando o nosso tempo-espaço, diante da pandemia, você analisa que isso se configura ou possibilita – usando essa ideia de potência – como um outro modo? Ou você acredita que vamos repetir o que já conhece? Que tipo de produção de vínculo pode ser possível se constituir para, quem sabe, reformular ou reconstituir outros possíveis da qual, agora do jeito que está, alcançou um certo esgotamento? Estamos paralisados nesse modo de pensar ou há a potência de vida?

**G:** No começo de dezembro de 2020, fizemos um seminário sobre atenção primária, pandemia e seus aprendizados. Teve uma fala do Prof. Emerson Merhy que fez uma crítica bastante potente e importante com relação àquilo que se

acredita que sejam “os nossos negacionismos” com relação, por exemplo, a crença de uma atenção primária “perfeita”. Sempre desconfie dessa ideia de que uma atenção primária bem organizada, nesse regime ambulatorial, com o médico e enfermeira atendendo. Isso seria um arquétipo de uma produção de saúde humana atemporal e é claro que não é. Vejo as pessoas tratando desse assunto como se fosse a única alternativa ou a única possibilidade de ver a produção de saúde acontecer no SUS, nas instituições. Apostamos nesses dispositivos, em função do nosso contexto. Isso está totalmente encarnado num momento histórico. Mas não tenho dúvida de que não há possibilidade de estabelecer vínculo dessa maneira que estou tratando aqui, se tiver que atender 16 “fichinhas” como médico na atenção primária no melhor serviço de atenção primária deste planeta, não estou nem falando de Brasil. Concordo com o Emerson nesse ponto, de uma maneira, talvez, mais radical. Porque de fato nós não vamos resolver com o SUS toda a questão civilizatória, nós temos que fazer as outras lutas sociais. Não vai ter condição, nunca, de estabelecer esse tipo de vinculação que nós estamos trabalhando aqui, com todas essas possibilidades, camadas e questões, se só o possível que existe. A única possibilidade concreta de atuação é esse serviço ambulatorial, mesmo aquele ideal, que se concebe na Atenção Primária hoje. É totalmente impotente para isso. É uma constituição trabalhada para empoderar um lado.

**C:** Será que essa limitação tem a ver com a camada do tempo, da ideia de cronológico, que a gente trabalha na saúde?

**G:** Isso, sim. Porque precisamos trabalhar uma certa ideia de problema de planejamento. Trabalhamos com a situação atual, situação objetiva e aí se estabelece uma ideia de futuro. E aí nós vamos trabalhar uma linha para chegar lá, não é? Só que essa visão de planejamento, ela não é potente para trabalhar transformações sociais, transformações complexas, transformações de sociabilidade, transformações de potência de grupo, potências de comunicação. Não dá para trabalhar dessa forma, na linearidade. Temos que trabalhar por rupturas, por processos de ruptura, processos que são sísmicos, como diz o Foucault, são processos de rachadura, processos em que a gente transforma de uma vez o contexto social a cada etapa histórica. É óbvio que o modelo atual está falido e que ninguém com uma estrada e com experiência e com muito estudo nesse campo, acredita que mesmo com tudo funcionando em 100% de cobertura, nós vamos escapar da medicalização, do assujeitamento, da violência institucional, do racismo. Nós não vamos escapar, porque não é aí que se coloca o problema. Essas questões moram muito mais dentro da gente, do que fora. É a nossa necessidade de atualizar o medo e o ódio e não o transformar. Vivemos com dúvida, como diz Rudolf Steiner na antroposofia: “a nossa época é pautada pela dúvida no pensar, o

ódio no sentir e o medo no agir”. Isso nos trava, ficamos sempre submetidos aos regimes de possíveis atuais, e aí não tem linearidade, nada do que a gente está produzindo fala a favor do que estamos aqui tratando nesse momento.

**C:** Recordo de uma experiência do orçamento participativo que extrapolava a questão da saúde e poderia produzir outros tipos de vínculos. Talvez isso que citou como exemplo que o Emerson estava provocando, não? De que é preciso radicalizar... só que essa experiência teve alguns bons relatos, até mesmo Boaventura Santos escreveu alguma coisa sobre isso.

**G:** Tem até outros países utilizando.

**C:** Sim, outros países. E nós abandonamos. Temos mais uma pergunta no chat: “Prof., qual o papel do projeto de vida para a produção de vínculos?”

**G:** Excelente pergunta. Vou entender o “projeto de vida” como algo que se relaciona, como uma certa história de vida, uma abordagem biográfica dessa vida. O ser no tempo, o ser nesse processo de habitar o mundo. Temos uma história, as pessoas têm uma história, um processo de vida... e elas vão “projetando” os seus desejos. E quando nos propomos a apoiar esses projetos, podemos fortalecer essas relações de vínculo, mas depende de como vou radicalizar nessa ideia de projeto de vida. Um suicida tem um projeto, por exemplo. Então vou trabalhar o projeto de vida como uma questão moral, em que o projeto de vida é aquela coisa da esperança de um futuro, meu “lugar ao Sol” ou vou trabalhar o projeto de vida daquela pessoa, e se ela tem o projeto de se matar, o que eu faço com isso? Vou distinguir a vida, a vida corporal dela. Como é que isso constitui um projeto de vida? De onde ela parte? Como se constrói isso? Então os meus contextos normativos, morais vão criando determinadas amarras para esse processo de explorar uma relação vincular no próprio processo terapêutico no seu limite do conjunto de afecções que ele provoca. Porque assim, do mesmo jeito que tenho um projeto de vida hoje, amanhã pode ser outro. Essa variação a gente não “pega”. Então a pessoa vai lá e faz uma pergunta na primeira consulta e aí coloca lá no papel no prontuário, e daí o outro que lê vê lá “essa pessoa é suicida”, pronto. Ela é suicida para sempre. Não varia de horário do dia. Não varia disposição. Vira uma imagem arquetípica, um rótulo, um diagnóstico, um prognóstico, um fechamento da subjetividade. Se vou trabalhar com esse projeto de vida tenho que ter esse cuidado. Na verdade, estamos produzindo esse “projeto em ato” a cada momento, o que vai se atualizando, o que atravessa. É uma boa oportunidade para a gente entender como a pessoa reage àquilo que lhe acontece e como vai construindo um pensamento sobre isso e vai se autorizando a

trabalhar nisso. Não preciso mandar a pessoa, necessariamente, para a terapia ou para algum outro profissional. Embora fazer essas conjunções e parcerias pode ser interessante, se elas vão em certa direção que possa ser discutida e trabalhada com o próprio usuário, no processo terapêutico compartilhado. Isso é muito interessante. Agora, a questão é: quando você trabalha uma relação que tem essas fixações no sentido moral? Acho que temos que desenvolver um senso ético, ferramentas para trabalhar no campo da ética, da produção da relação social, intersubjetiva, de uma maneira em que não aprisione as subjetividades em determinados padrões. Para alguém sair do delírio, não basta impor um marco referencial em um certo normal que é meu, que ela vai deixar de delirar. O delírio pode ser um outro padrão de normalidade. Desse modo, essas coisas que remeto a uma paginação, a um quadro nosológico, retomo de novo ao processo biomédico, objetivo... e aí sou eu que estou tratando, sou eu que estou tomando as decisões e não existe mais sujeito nesse processo.

**C:** Fiquei pensando: “será que um projeto de vida ele é só um projeto de vida individual, ou também é um projeto de vida coletivo?” Você deu o exemplo do suicida, que achei bárbaro para ilustrar, mas será que esse não pode ser também um projeto coletivo? Constituído nas várias camadas das relações que ele constitui com as pessoas que o rodeiam, onde ele nasceu, o contexto, etc, e isso vai constituindo um projeto para o indivíduo, que também não é só individual dele para o mundo, mas que já foi projetado ou é projetado para ele. Será que tem um projeto de vida que seja só individual?

**G:** Essas experimentações que estamos chamando de dispositivos tem uma interface com o regime instituído, com processos que estão na corrente hegemônica, mas tem uma possibilidade, uma chave, uma virada, que propõe e que dispara um processo que permite algum grau de desterritorialização desse instituído para conseguir vislumbrar experimentações, outras cartografias possíveis, outros territórios, e que às vezes não consigo vivenciar se eu mantiver não recorrer a esses dispositivos. O que tento fazer na prática do trabalho, da gestão e da formação, é propiciar essas experimentações, trabalho na minha dissertação de 2000 da questão do projeto terapêutico como dispositivo. Será que a gente consegue gerar uma vivência em que a relação de vínculo possa ser levada ao limite, no sentido de que, você realmente já fez todo o possível para cuidar de um paciente? Tudo o que era possível, tudo que estava ao seu alcance? Você se arriscou a cuidar desse paciente? E não estou falando de biossegurança... é arriscar o seu conhecimento, arriscar os seus saberes, estar em um lugar até as vezes inapropriado para estar junto com seu paciente, enfrentar os seus colegas em função de sustentar uma posição de cuidado com seu paciente. Se você já experimentou isso, já foi além dessa possibilidade do que cabe no diagnóstico ou não

cabe no diagnóstico, do que cabe no procedimento, não cabe no procedimento, do que é baseado em evidência, ou não é baseado em evidência? Tudo isso cai, porque o que vai importar é se aquela pessoa, você consegue estar junto dela, e consegue acompanhar em qualquer viagem que ela vai fazer, no seu processo de andar a vida e de buscar a saúde para si. Então se você está disposto a fazer isso, em algum momento você vai estar na fronteira do que é baseado em evidência. Aí você vai pensar naquilo que ninguém nunca provou que não funciona e naquilo que já está provado que não funciona. Há um jogo semântico que a indústria farmacêutica usa muito que é assim: se não há evidência que funciona, você não pode usar. Mas perceba, não posso usar se há evidência que não funciona. Eu não posso usar Cloroquina para Covid-19, porque há evidência de que não funciona, causa dano, aí é que não posso usar. Agora se tenho um pensamento clínico, se tenho uma base racional para fazer o uso daquela medicação, daquele processo e vejo por experiência, por acúmulos ou por pesquisas que está gerando resultados positivos... e aí é claro o ideal é a gente fazer pesquisas e tentar comprovar os efeitos, ver os contra efeitos, os danos e todo esse processo. Mas não vou me relacionar com a ciência de maneira subserviente, de maneira a dizer que estou autorizado a pensar num processo terapêutico ou em uma oferta só se saiu em um artigo. Ainda mais se você está no limite do acúmulo de conhecimento daquele seu campo, se você é um especialista e atua com propriedade naquele campo, você está naquela fronteira de conhecimento o tempo todo e aí se tenta usar aquela ideia de medicina baseada em evidência ou de prática baseada em evidência, ou de políticas informadas por evidência para aquilo que interessa, que já foi estudado, como uma única verdade possível. Se ninguém usou o chá do pajé, ou a reza do pajé, ninguém estudou e disse que não funciona, porque que não posso autorizar que o pajé entre no hospital? Se não tenho evidências que aquilo causa danos, porque não posso colocar a criança indígena na rede, no hospital, em vez de no leito? É uma ideia de ciência fraca, um negacionismo. O problema de olhar para isso dentro da formação acadêmica, principalmente na graduação. Na pós-graduação ainda permite estar na fronteira de conhecimento, experimentar. Na graduação é o que está dado e o que está dado hoje é fraco, uma ciência fraca, submetida, da impotência, do medo, e do ódio. É preciso questionar esse negacionismo.

**C:** Gustavo, mais uma pergunta e assim encerramos. Vou ler a pergunta: “projeto de vida numa sociedade hiper individualista é complicado de pensar, como estratégia no contexto do SUS mais complicado ainda. O que é projeto de vida? Todos podem projetar uma vida?”

**G:** Trabalho pouco com a ideia de projeto de vida. Acho que essa ideia de projeto de vida, tem diversas produções e cada uma diametralmente oposta no plano

de vista teórico, conceitual, de posição política. É um campo minado. O que gosto de trabalhar é com história de vida, ou aquilo que tenho aprendido mais recentemente, como abordagem biográfica. Gosto da ideia de conhecer junto da pessoa, fazer o percurso de conhecer uma história de vida. Fui me interessando por esses pontos porque fiz um percurso profissional em que, logo que me formei fui atuar na urgência e emergência, em hospital, em tudo que é lugar do SUS, trabalhei no setor público, pouco no setor privado... logo fiz residência em saúde da família, fui atuar como médico de família e para mim, aquilo era muito potente no sentido das possibilidades de encontro, de aprendizado, da relação com as pessoas, e muito impotente do ponto de vista daquilo que tinha a oferecer como medicina acadêmica. Um pouco porque era recém-formado, então a assertividade, um certo rigor metodológico era muito fraco, isso foi se estabelecendo com o tempo, mas também por essa ideia de contexto, então você fica sempre submetido a um contexto muito frágil. Trabalhei bastante tempo na atenção primária, depois fui para gestão, vivenciei os espaços de atenção e clínica no hospital, na beira do leito, no ambulatório, no domicílio, na rua. Nesses diversos espaços, tanto na atenção clínica quanto na gestão, e depois fui fazer um outro percurso. Trabalhei muito mais no campo da clínica do coletivo, com o trabalho institucional, de municípios, estados, no Governo Federal. Agora me dei ao direito de tentar me aprofundar em alguns pontos e busquei um lugar para fazer isso dentro da universidade, que é trabalhar com pacientes que ninguém quer trabalhar, pacientes muito complexos da atenção primária. Mas pessoas com múltiplas doenças, que não aderem ao tratamento, que tem problemas crônicos, infundáveis, que quebram o vínculo com todo mundo. É tão interessante trabalhar com esses pacientes que tomam “200 remédios”... no ambulatório que a gente trabalha, o paciente que chega com menos remédio, chega com 15 diferentes. Todo o trabalho de você fazer uma utilização da prescrição, rever os diagnósticos, começar do começo e ir trabalhando, saindo da medicina biomédica, e entrando num campo de relação clínica produtiva, no sentido mais aberto. E aí, esse processo biográfico, da história de vida, é muito interessante para isso, porque ele abre uma chave de compartilhamento de experiências que não são só com adoecimento e sofrimento, mas também são aprendizados, potências, preocupações, ocupações, desejos, mobilizadores. O “objeto de investimento” dessa pessoa vai surgindo em cada relação que ela trava nas suas redes de relações. Gosto da ideia de usuário-guia no cuidado em saúde, nesse sentido, você vai com ele, vai acompanhando. E aí que está a questão, ele sempre te desafia a ir com ele. Tem lugares que ele vai te dizer explicitamente “aqui você não é capaz de entrar, você não vai suportar, você não vai compreender”, e aí se você mostra interesse, você abre a chave do desvio, no sentido da produção de saúde, ali onde ele diz que você não consegue entrar, é que está o lugar que você tem que entrar para aprender e não forçosamente. Às vezes, é

um processo que demora um ano e meio, dois anos, três anos... e às vezes não chega, mas o estar perseguindo, mostrando interesse, não banalizando, respeitando o processo, percebendo o que tem ali de processo de vida, processo histórico, processo social e cultural, é o que de fato sustenta a produção de saúde. Tenho aprendido isso em várias coisas que tenho lido, e nessa experiência de lidar com pessoas que têm diagnósticos comuns da atenção primária, mais acumulados, difíceis, que ninguém consegue lidar, pelo menos no modo serializado habitual dos serviços, e temos tentado lidar com o exercício clínico. Esse é mais um dispositivo, criei esse espaço com alguns colegas, vivenciamos ali a clínica interprofissional. A clínica não é só exercício médico, ali nós vamos pensar o remédio junto com o paciente, com os outros profissionais. Onde não tenho base conceitual, teórica e profissional para atuar, o outro profissional vai atuar junto e nós vamos coordenar, coletivamente, esse processo, a partir da ideia de projeto terapêutico. Essa coisa do projeto de vida, para mim isso não tem nome. Podemos trabalhar com o projeto de vida, projeto de felicidade, abordagem biográfica, história de vida... O sentido que quero dar, é esse que acabei de falar, não vou tratar de nomes dos conceitos, porque cada nome desse tem uma filiação, tem um dono, tem um “subdono”, tem o sócio, e isso me cansa profundamente. Nunca tive muito lugar institucional dentro da universidade por esse meu desrespeito aos “grupelhos”. Eu agradeço essa oportunidade!

**C:** Gostaria de encerrar agradecendo sua colaboração em nome da Escola de Saúde Coletiva. Muito obrigado!

# Humanização do cuidado em saúde na pandemia

*Liane Beatriz Righi  
Carlos Alberto Severo Garcia Jr.*

**Carlos Garcia:** Boa noite! Prazer estar com vocês e, sobretudo, com a Liane nessa oportunidade para podermos conversar.

**Liane Righi:** Boa noite! Obrigada pela acolhida e pelo acolhimento. Muito bom te rever, saudades. Eu comentava “fora do ar” que me sinto um pouco estando na praia com vocês, porque o Morro dos Conventos em Araranguá são locais que tenho muito carinho, sinto-me muito em casa, sabendo que estou na Universidade com vocês, neste lugar.

**C:** A gente conversou um pouquinho antes de entrarmos *online*, deste modo, vou disparar algumas questões, conceitos, ideias e a Liane vai entrando neste bate-papo. A intenção é apresentar quatro eixos para essa discussão: 1) o cuidado em saúde; 2) a relação entre liberdade e ética; 3) humanização é saúde e 4) gestão compartilhada do cuidado. Em 2010, anotei no meu caderno um pequeno trecho de um texto de Nietzsche que novamente “caiu” no meu colo em 2020. Friedrich Nietzsche, filósofo referência para vários filósofos e para nós, trabalhadores da saúde coletiva de interseção com as áreas das ciências humanas e sociais, inspira, dizendo: “Quem não obedece a si mesmo é regido pelos outros ou por outros. É mais fácil, muito mais fácil obedecer ao outro do que dirigir-se a si mesmo”. Essa frase conduziu-me a Michel Foucault, outro filósofo, e assim reli um magnífico texto chamado “A ética do cuidado de si na prática da liberdade”, de 1984. Ao que parece, dirigir-se a si mesmo é pôr-se em conversação, em diálogo consigo mesmo. A partir disso, com base no texto do Foucault, temos um conceito interessante para discutir o cuidado: a prática de si. O que é humanização do cuidado? A humanização, a palavra em si, pode remeter a ideia, senso comum, de imaginar que humanizar é humanizar o homem, o outro, e essa não é a premissa que a Política Nacional de Humanização (PNH) parte, pois o homem já está humanizado, ele nasceu homem, não se trata disso. Falar de humanização, retrata uma prática de si, o que depois Foucault vai falar do cuidado de si. Há uma questão importante, no meio disso tudo, relacionada ao cristianismo. O próprio Foucault não gosta da palavra “humanismo”, porque

por uma série de fatores históricos e doutrinários, o cristianismo remeteu o cuidado a uma ideia de salvação e essa ideia se vincula com uma ideia de renúncia de si, completamente oposta a ideia do cuidado de si. Como se esse amor a si mesmo fosse algo egoísta e para alcançar a salvação deveria renunciar tudo. A ideia global de uma “humanização do amor”, numa relação de compaixão para com o outro, não é a ideia desejável para pensar a humanização do cuidado em saúde. Pelo contrário, trata-se de uma relação solidária, de construção de autonomia e não de obediência e dominação. Foucault diz que esse estado de dominação sobre o outro é perigoso, primeiro porque o cuidado de si é um conhecimento de si. É um conhecimento de si, pelo viés socrático-platônico, só que ele não é só isso, ele complementa: “além disso há regras de condutas de princípios” e isso inevitavelmente produz verdades e prescrições, o que Foucault chama de “jogos” de verdades e prescrições. Se pensarmos no modelo determinista biomédico, nesse jogo prescritivo do cuidado do outro – que diz quem sabe e quem não sabe, quem pode e quem não pode – o profissional de saúde é o detentor desse suposto saber e as relações de poder vão se sobressair. Portanto, a humanização pode partir dessa ideia de compaixão ou de solidariedade. Por isso, é possível encontrarmos espaços em hospitais, por exemplo, atravessados pela ideia de humanização num status do amor para com o outro, logo, deve ser zeloso e dizer “sim” para o outro, ignorando a ideia de que o “não” também é constitutivo, que pode auxiliar e impulsionar o outro a se deslocar para conhecer-se a si mesmo e compreender quais são as formas de ocupar-se de si mesmo. Para o cuidado de si é preciso ocupar-se de si mesmo, conhecer a si e cuidar de si. Assim, parece que a frase do Nietzsche é oportuna, dirigir-se a si mesmo ao invés de esperar que alguém proponha algo a ser obedecido. É corriqueiro na saúde os usuários se colocarem em uma posição de “quem sabe não sou eu” ou “não detenho o conhecimento de mim mesmo”, o que pode ser perigoso. É perigoso para a humanização porque essa ideia pode aprisionar, aprisionar o sujeito na condição de ser sujeito, sem protagonismo, e os efeitos disso são a dessubjetivação dos usuários e iatrogenias, isto é, intervenções desnecessárias e com efeitos danosos sobre o que se faz e a própria medicalização da sociedade numa larga escala, em que há uma assimetria dessa relação entre o cuidador e o cuidado. Kenneth Rochel de Camargo Jr., professor da UERJ, tem um texto chamado “Epidemiologia numa hora dessas?”, presente no livro organizado por Rubens Matos e Rosani Pinheiro, inspirado na inquietação do Luiz Fernando Veríssimo, escritor e cronista gaúcho, em seu livro chamado: “Poesia numa hora dessas?”. Assim, apoiando-me no Kenneth e no Veríssimo, lançou a provocação: Humanização numa hora dessas? Acho intrigante a ideia de que a humanização está “sempre na moda”. Você indo a Florianópolis, por exemplo, até pouco tempo atrás, poderia encontrar em frente a uma penitenciária o seguinte escrito: “Sistema prisional humanizado”. Você pode ir em um consultório médico privado e encontrar “um serviço hu-

manizado”, você pode conversar com um arquiteto e pode dizer de “um espaço humanizado”. Se pesquisarmos por “humanização” no *Google* Imagens, aposto que mais da metade das imagens serão alusivas ao “coração”, com pessoas sendo atendidas por um médico com um estetoscópio. É interessante identificar que a palavra se tornou polissêmica, se esparramou de uma maneira intensa. Mas, porque então falar de humanização numa hora dessas? Porque ela, por ser tão polissêmica, acaba reverberando essas diferenças que estava colocando no início, entre as prescrições do cuidado e um cuidado emancipatório. Apostamos na PNH, na gestão compartilhada do cuidado que se dá entre profissionais, com profissionais, onde o usuário é protagonista do cuidado. Humanizar não é esticar o sujeito dentro de determinados moldes, fazendo referência ao mito de Procusto. O leito de Procusto é um mito sobre um bandido que vivia em uma floresta e aprisionava pessoas em sua casa, as colocando em seu leito e conforme seu tamanho, esticava ou cortava para que a pessoa se encaixasse no leito. A ideia de uma gestão do cuidado compartilhado necessita estar centrada no sujeito, portanto, a clínica precisou ser adjetivada como ampliada. Pode parecer um paradoxo, não? Uma clínica que necessita dizer-se ampliada aponta que a clínica se arregimentou em si mesma e está pouco vinculada à política da vida. A redução de danos, por exemplo, pode funcionar como uma estratégia de cuidado para uma clínica ampliada, valorizando o sujeito como autor da sua história, capaz de compreender os seus próprios limites, reconhecendo seus limites nos seus contextos. Assim como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), um dispositivo do cuidado, também coloca o sujeito como centro desse cuidado. Enfim, espero ter colocado algumas provocações para o debate.

**L:** Quando preparei essa intervenção, voltei em alguns textos, mas gostaria de centrar um pouco nessa provocação que você fez: “humanização numa hora dessas?”. O mundo está desabando, os serviços estão desabando, tem um vírus que a gente não imaginava que pudesse existir, o tema da transmissibilidade que parecia algo assim de uma agenda não resolvida, mas que tínhamos todos os conhecimentos para dar conta. Nada disso está valendo. E a gente vai falar de humanização? Gostei dessa provocação, porque deu mais sentido para aquelas questões, aqueles apontamentos que pensei em fazer, mas não me dei por conta que o critério estava sendo esse, o que pode valer agora? O que pode ajudar agora? Foi muito importante para mim ouvir uma fala da Debora Noal, da ENSP/Fiocruz, no início da pandemia, e ela dizia: Na pandemia, o que você recomenda? Ela respondeu, eu recomendo que as pessoas olhem para os seus acúmulos, olhem para aquilo que sabem fazer, e o que aprenderam. Numa pandemia, essa pergunta também poderia ser feita para uma equipe, uma equipe desorganizada pela pandemia, pelo vírus. O que a gente faz? Destaquei algumas coisas que acho que dialogam muito com a forma como você iniciou essa apresentação. Primeiro,

humanizar o outro tem uma perspectiva que é moralizante, não é? Quer dizer, quando falo em humanizar o outro, a falha, o desumano é o outro. Então vamos acumulando causos também na nossa vida, e uma das situações que gosto de trazer para discutir humanização é a situação do gestor que precariza o trabalho, não faz concurso, faz um contrato de qualquer jeito, um contrato provisório. Por que ele está apostando que vai encontrar um médico, um enfermeiro, um psicólogo, até mais para os médicos que são mais reféns disto, vai encontrar alguém com perfil, ou seja, tem um sujeito idealizado, pronto, capaz de fazer uma tarefa, capaz de tratar bem, capaz de inclusive não gerar ruído. Então essa idealização de um sujeito que chegue ali, entra em algo funcionando, em contratos que não são bem esclarecidos, não é? Chega num município e bom, como nós acolhemos? Está dito que é para acolher. Como nós nos organizamos em equipe? Bom, está dito que é para trabalhar em equipe, mas há uma aposta importante no SUS ainda, de que há um sujeito que pode se enquadrar e fazer bem uma tarefa de acolher, de cuidar, sem gerar conflito. Eu acho que o padre Júlio Lancellotti disse que humanizar gera conflito e pensei: sim, nós temos dito isso há bastante tempo. Humanizar, portanto, você já falou, não se trata de humanizar o humano, mas de reconhecer que nós somos capazes, que é possível produzir um projeto com algum grau comum de conexão e que é possível isso de ir mudando sempre. Nós temos uma tradição que fala em humanizar como tirar o conflito de cena, o humanizado seria aquele sujeito capaz de fazer um bom atendimento, sem colocar em análise a forma como o atendimento, o cuidado é gerado, a forma como ele é produzido. Gosto dessa palavra “produção do cuidado”, as coisas se produzindo em nós, porque se são produzidas, podemos pensar que a produção não se dá sempre do mesmo jeito, e não se dá do mesmo jeito porque depende do lugar, do contexto, da rede e das pessoas. Portanto, por ser singular, que é tão cara tão importante essa singularização, a clínica que depende do sujeito, mas depende da equipe que está ofertando, da sua formação, daquilo que a equipe preza mais, daquilo que valoriza mais, dos seus acúmulos, suas crenças, do poder. Então, a humanização não é um projeto ingênuo, a humanização como nós passamos a tratar no Brasil a partir de 2003. Acho que nós podemos colocar um marco: existia no Ministério da Saúde um lugar que se ocupava da humanização como melhor atendimento em hospitais especialmente, é com a Regina Benevides<sup>12</sup>. Em 2003 que se vai elaborando esse discurso de que não se trata de humanizar o humano, mas se trata então do que fazer em relação aos processos de gestão e atenção que são indissociáveis, isso você também trouxe. Agora, tenho impressão de que a gente dá aula sobre isso, a gente repete, essa frase fica como um mantra, mas que negócio é esse de que gestão e atenção são indissoci-

---

12 Regina Duarte Benevides de Barros – Primeira coordenadora da PNH.

áveis? Por isso que nós temos questionado, nós temos nos ocupado do que chamamos de gestão mais tradicional das organizações de saúde, que são as gestões mais autoritárias, que a minha geração foi formada sem nenhuma crítica a esse tipo de organização. Nas organizações mais hierárquicas, aprendemos com Eduardo Passos<sup>13</sup> que nas organizações hierárquicas há um diálogo, mas o diálogo se dá entre iguais e é de cima para baixo ou de baixo para cima. Enfermeiro chefe fala com enfermeiro intermediário que fala com o enfermeiro assistencial e manda, daí também esse termo de supervisão nessas organizações é um termo bastante marcado pela hierarquia, alguém que sabe fazer e alguém que está no lugar de reproduzir, há quem produz o protocolo e diz como deve ser feito, portanto, estudou, sabe e aquele sujeito que vai executar. Eu sou enfermeira, na enfermagem isso é muito visível, a história da enfermagem tem essa marca de uma participação nas instituições, especialmente hospitais, muito marcada por essa hierarquia. Quando a gente diz que vamos humanizar, pode ser naturalizar isso, dizer que é assim mesmo que deve ser feito e enquadrar as pessoas nisso, fazer uma festinha de aniversário, fazer algum momento de recreação, ou, o que é pior, aquele lugar de agora aqui somos todos iguais, aqui a gente pode falar o que quiser, mas amanhã o bicho vai pegar de novo. Por isso, para nós é muito importante relacionar humanização com os processos de gestão, e dizer que instituições são hierárquicas, instituições são pouco democráticas, produzem uma clínica mais degradada, porque elas estão muito mais distantes dessa perspectiva que você colocou, a perspectiva do protagonismo, da emancipação, da negociação. Numa equipe que se conhece, que já trabalhou junto isso é conflitivo, em algum momento você pode dizer: “cara, tu tá fazendo isso que só eu posso fazer” ou o outro diz “você extrapolou suas funções, olha só você entrou na casa da pessoa e você está fazendo coisas que são privativas de outra profissão” ou “você deixou de fazer tal coisa, você não viu e deveria ter visto”. Quando uma equipe trabalha junto é preciso criar espaços para se lidar com esse cotidiano, lidar com aquilo não ficar muito não dito, mas o que eu sei é que quando uma equipe está mexendo, está dizendo podemos conversar sobre isso, quando tudo é protocolo e tudo é marcado pelo conselho de cada profissão ou marcado pelo protocolo ou pela tradição, as pessoas não precisam conversar, é isso, muitas vezes o gestor tem a expectativa de que as pessoas nem precisam conversar, cada um e olha só isso é Taylorista, a perspectiva de que não precisamos conversar. Se a gente sabe muito bem o que deve fazer e está muito bem colocada num trabalho de equipe, sabe qual é o seu limite e sabe o que fazer, no limite mesmo não precisa conversar com o outro porque está tudo certo. Quando nós exploramos mais essa questão da ampliação da clínica, da continuidade do cuidado, do pro-

---

13 Professor UFF e ex-consultor PNH/MS.

tagonismo, o protagonismo do nosso usuário não vem sozinho, vem junto com o protagonismo da equipe. Quando a gente diz, nós não vamos, mas cada um faz a sua parte e o trabalho de equipe é imutável, mas nós vamos acolher. Não acolhe! Não acolhe, porque acolher significa incluir o outro, incluir o outro é incluir de verdade, o sujeito vem com seus problemas, vem com suas questões e vem com sua rede. Como nós fizemos coisas, nós chamamos acolhimento os espaços que tem pouco a ver com acolhimento, porque não topamos mexer no processo de trabalho da equipe, e aí é difícil acolher. Ficamos pensando: “humanização numa hora dessas?”. Vale muito a pena pensarmos em que avançamos, onde a gente não conseguiu avançar, porque nesse momento podemos dizer assim: “olha, veja só, não mexemos no processo de trabalho, não acolhemos. Não. Mas nós temos acúmulos, nos preocupamos com essas questões, temos equipes discutindo projetos terapêuticos, temos gente preocupada em avaliar ou classificar vulnerabilidades e riscos de uma população, temos equipes trabalhando, temos a experiência do NASF”. Quero encerrar essa primeira parte com isso, de que não é fácil fazer mudança, não é? Não é fácil mudar, fácil é reproduzir, fácil é como você começou dizendo lá com Nietzsche.

**C:** A frase é: “quem não obedece a si mesmo é regido pelos outros. É mais fácil obedecer ao outro do que dirigir-se a si mesmo”.

**L:** Se não há obediência apenas ao protocolo, ao que está externo, ao chefe. Se há ampliação do protagonismo, se há ampliação da autonomia, é também essa possibilidade que nós falamos de autonomia, mas nós também gostamos de falar em rede, tenho a minha autonomia, não é um isolamento para fazer o que quero do jeito que quero. Não é uma autonomia também para compor no trabalho em equipe, precisa ter protagonismo e um grau grande de autonomia, não é? Quer dizer, enfermeiro que está numa unidade de pronto atendimento, por exemplo, e que está submetido a uma hierarquia muito forte, de um chefe, ele tem uma baixa capacidade de produzir, alterar processo de trabalho, porque não consegue pactuar sem perguntar se pode. Quando nós falamos em protagonismo é com essa radicalidade, de que nós precisamos pensar esses espaços, produzir esses espaços que as pessoas possam lidar com o conflito, com a diferença é que as pessoas possam mostrar também suas diferenças, avaliar, sem se destruir, trazendo essa ideia da crítica generosa. Mas porque estou falando disso tudo, você disse é meio paradoxal, por que precisa falar disso? Porque precisa falar disto! Porque nós seguimos formando pessoas que entram numa profissão, entram num curso e pode terminar o curso sem nunca ter tido aula com alguém de outro curso, ou seja, nós estamos informando que tudo aquilo que ela sabe que aprende e tal é específico da sua profissão, o recado que a universidade tradicional dá é que a pessoa é formada dentro de um limite que o outro vai encostar ali

ao lado e que a gente vai fazendo coisas que se somam. E nós e a humanização nessa época de 2003 até 2015, esse período dessa produção com uma política do Ministério da Saúde, reforçou essa ideia de que o limite entre o que um faz e o que o outro faz existe, a equipe que todo mundo faz tudo e tal provavelmente é uma equipe que tenha dificuldade para fazer clínica ampliada, então há um limite da legislação, do protocolo, daquilo que aprendi a fazer, aquilo que é específico da minha profissão, aquilo que como enfermeiro faço, mas você não faz porque é psicólogo, ou, que você faz porque é psicólogo e eu não faço por ser enfermeira, mas se nos coloca a trabalhar junto esse limite, a parte boa, a parte gostosa do trabalho é realmente nessa possível composição, entre aquilo que nos entendemos, aquilo que podemos compor juntos. Você tem trabalhado mais do que eu com Projeto Terapêutico Singular, porque leio seus textos sobre isso, vi algumas *lives* e e gostei muito: o Projeto Terapêutico Singular é atenção ou é gestão? É as duas coisas. É as duas coisas porque a gente está discutindo como qualificar a atenção, ampliar a clínica, mas o como fazer, é objeto da gestão. Por isso, instituições muito hierárquicas, muito rígidas, gente que conversa pouco, não tem reunião de equipe, não se tem discussão de caso, sustenta uma Clínica Fragmentada. Crenças da década de setenta, centrada no indivíduo, na doença, cada um faz a sua parte, não serve mais! Não serve para a produção de saúde no contemporâneo, não serve mais para aquilo que nós precisamos, até por questões simples, mas por que a população aumentou a expectativa de vida, porque tem uma prevalência maior de situações crônicas, porque nós seguimos tendo que lidar com a vulnerabilidade, com o tema da saúde mental, nada disso se enquadra. O consultório privado, como exemplo do sujeito que trabalha isolado, separado, sozinho, que pode encaminhar para alguém e receber encaminhamento, ele dá resposta, mas ele não é a melhor tecnologia para dar respostas a problemas complexos. Posso fazer uma parada aqui e seguimos conversando?

**C:** Com certeza! Até penso que se alguém estiver instigado a nos colocar perguntas e questões, fiquem à vontade também. Muito bom o que você nos aponta. O Foucault fala no texto que citei que as práticas de libertação não definem práticas de liberdade. Acho que tem relação com o que você acabou de citar, pois traz a ideia de ética como prática de liberdade. Vou dar um exemplo que pode esclarecer essa ideia de prática de libertação, ao invés de prática de liberdade, através da internação compulsória para os dependentes de drogas. O agente do Estado posso acessar o outro sem autorização dele, até uma autorização judicial, do próprio serviço para que o corpo dele seja prática de cuidado, mas um cuidado que eu prescrevo como cuidado, então esse é um exemplo de prática de libertação, alguns interpretam esse recorte e dizem “que bom, agora o Estado está se preocupando com as pessoas que estavam fazendo uso abusivo de drogas, álcool, podendo, inclusive, fazer uma higienização na cidade naqueles

pontos onde não ocupo, onde não estou transitando, agora vou ter não só condições de transitar nesses espaços onde andavam as pessoas marginalizadas, as pessoas que a sociedade não devia nem “ter”, e agora vou ter um “cuidado””. É, portanto, uma prática de libertação para alguns, mas não é uma prática de liberdade e sim uma noção de dominação. Tu trouxeste vários exemplos bons e ilustrativos, pensar que os serviços praticam um cuidado prescritivo, autoritário, de poder sobre o outro e que são práticas restritivas, limitadas e unilaterais. O desafio todo é fazer com que outro seja incluído e isso é uma perspectiva muito difícil para alguns, pois envolve deslocar o lugar do poder, implica em dividir o que sei, o que posso, ou mesmo o que não sei e não posso, por isso, nem sempre isso é desejado. Portanto, “todos são iguais” até que alguma coisa altere o status quo do poder, se você for, por exemplo, analisar espaços que são mais burocratizados ou que criaram mecanismos burocratizantes, como a construção de uma ata de reunião de um determinado grupo, pode ser um documento interessante de registro e combinações, mas também pode ser um documento altamente fechado. Para criar condições em alguns espaços, você também tem que saber fazer uso do instituído para poder deslocar na direção do instituinte, se alguém fala o que bem entende e se tem uma ata, pensa duas vezes antes de falar, ela vai saber que aquilo vai sair do verbal, do discurso, para entrar numa palavra que tem outra dimensão, só que em geral quem se utiliza desses mecanismos de poder são as pessoas que experimentam um lugar de poder instituído, ou têm certos acessos, enquanto quem não experimenta isso fica intimidada por essa dominação institucional do poder. Historicamente, os processos constitutivos das instituições religiosas, pedagógicas e da medicina/psiquiatria, instituições marcadamente sustentadas por dominações sobre o outro, sobre o corpo do outro, se utilizam da ideia de disciplina e da doença até como uma entidade autônoma, para a manutenção das relações de dominação. Foucault é a leitura recomendada para essas questões. No caso da medicina/psiquiatria, a doença ganha um nome e o sujeito perde o seu. Assim, não é mais o C, é o esquizofrênico, o gay, o marginal, um animal anormal. Ele é qualquer coisa que rotule, que tem um diagnóstico, que fala da doença como uma entidade e não de si mesmo. Esse sujeito deixa de ser um ruído, um incômodo, passa a ser algo enclausurado, pois o cuidado também pode ser uma oferta enclausurante. A gente teve uma experiência e tem até hoje alguns casos da experiência da rua, no consultório na rua como uma outra clínica, pensando a cidade ampliada, em conexão com o espaço e as experiências valiosas para a produção de um vínculo, para acessar algumas pessoas sem aprisioná-las, colocando isso como uma potência e não um afastamento, tentando produzir práticas de liberdade, uma aposta de fazer diferente. A própria PNH apostava no “entre”, ocupar alguns espaços burocratizados da máquina do Estado, porém com “um pé dentro e outro fora”, essa foi uma das coisas brilhantes da própria constituição dela, pois ajuda a disparar noções e

concepções de cuidado que se capilarizaram e que hoje são possíveis de serem utilizadas. De algum modo, a PNH reafirma que é possível incluir o outro mesmo que ele seja bem diferente do que eu sou, mesmo que ele esteja com algo que eu não estou de acordo, que entende a necessidade de colocar o sujeito como autor de si para que não morra no seu silêncio, que não fique no não dito. A saúde não é silêncio, a saúde não é silenciar, mas ela pode ser silenciada, esse que é o problema, o SUS pode ser altamente prescritivo, se a gente fizer uma leitura das coisas que estão constituídas no SUS, podemos olhar ele como prescritivo e as pessoas podem se utilizar disso, mas ele deveria ou pode também ser visto como algo que transcende a prescrição, esse é o perigo porque se você fosse atentar alguns detalhes, não é dizer que o protocolo é ruim, mas ele pode servir para ficar ruim. O que quero dizer com isso? Posso utilizar uma camada, uma capa protocolar, para supostamente acolher, tenho protocolo de acolhimento e isso pode parecer uma ideia sensacional. Por outro lado, pode ser altamente prescritivo, o sujeito não tem tempo para falar, não tem tempo para. Ele pode ser tornar uma entidade autônoma da doença e como na saúde, paradoxalmente, estamos fortemente influenciado por essa concepção, não só na saúde, na educação e na formação curricular dos cursos da área da saúde, boa parte deles estão focados em doenças, transtornos, etc... Deixamos de discutir questões como é a morte, como é a vida, enfim, temas que aparentemente não deveriam ser discutidos na saúde e as pessoas entendem mais dessas concepções da doença, do determinismo biomédico e deixam de se ocupar da potência que é transcender. Incluir a loucura do outro, o incompreensível paradoxo da incoerência que qualquer um carrega e aceitar isso, e aceitar o tempo que isso aparece, por isso as experiências permitem um olhar para situações de maneira diferente. Não entender que aquele sujeito é um sujeito cristalizado, pronto, fechado ou que ele vai ser eternamente aquilo, pensar num “projeto terapêutico pós-alta”, um projeto para além dos serviços de saúde/doença. Pensar que ter um projeto para si que desloque completamente a noção de que ele é alguém que necessita para alguém que pode oferecer também, isso no campo do álcool e drogas, por exemplo, é pensar que o cara que era usuário de drogas e tinha uma relação intensa e abusiva de si mesmo pode se tornar um redutor de danos, um cuidador, por exemplo, se desloca a ideia do rótulo, do diagnóstico e vira algo ou se transforma em algo, só que infelizmente a gente se ocupa desses rótulos na nossa sociedade para dizer sobre o sujeito. Se a gente se apresentasse aqui de um outro lugar, talvez a maneira que a gente seria escutado seria outra, o que consolida de alguma forma também o saber. E quem sabe melhor dos seus problemas do que o próprio usuário? O mínimo é ter que escutá-lo, no mínimo tenho que estar aberto a isso, se não vou estar a todo tempo remetendo a uma ideia de que sei o que ele deveria fazer e prescrever algo. A gente tem experiências e acúmulos ao longo dos anos, só que essas experiências e acúmulos elas

ficam deixadas nos cantos e muitas pessoas tem um pouco de medo de experimentar, contrapor uma lógica e também tem um emaranhado de coisas, se eu estou num serviço, eu sou um contratado, um celetista, e estou pensando como deveria me comportar naquele espaço como um servidor daquele ou qualquer outro tipo de contrato frágil de trabalho. Assim, a tendência é se retirar do ímpeto de contrapor e se colocar num segundo plano em que sou um observador e faço pequenos movimentos. Estamos trabalhando numa lógica, em pleno século XXI, em que o estado cada vez menor e que os sujeitos se tornam dominados por si mesmo, mas uma dominação não de construção de algo, mas de se retirar até o ponto dele mesmo se borrar, no duplo sentido, se borrar como limite e também se borrar de medo de contrapor uma ideia. Estamos vivendo uma ideia de medo muito forte e que o medo ao invés de ser paralisante deveria nos movimentar, no meu ponto de vista, e a gente está concebendo o outro a partir dessa prática de medo e não de liberdade. Na saúde e na educação, a gente deveria experimentar mais a dúvida, a incompletude, do que a gente aceitar e ponto final. Me alonguei, me desculpem.

**L:** Queria pegar esse gancho das condições de reprodução das equipes, da política, de permanecer no trabalho e ter estabilidade. É algo importante para a clínica e para o trabalho de equipe, conhecer a sua população, conhecer o seu território. A nossa defesa do trabalho, do sujeito que permanece por um tempo no seu local e que possui uma carreira, e de uma equipe que permanece por um tempo trabalhando juntos, vai além da defesa, que também é legítima, do funcionário público. Vai além disso, porque essa perspectiva de defesa também é da clínica, da qualidade da atenção, de gente que sabe que tem que negociar para, inclusive, continuar trabalhando junto. As experiências que gosto de citar de municípios têm gente que está a 20, 10 anos no município, e que disputam, no sentido de concorrerem a cargos e que ocupam cargos como da direção quando o seu partido ganha a prefeitura. Mas é muito importante saber que gosto do meu local de trabalho. Tem lugar aqui com uma composição que faço. Então, o SUS, como nossa política de saúde, sempre será melhor e para o SUS acontecer ele precisa de investimento público e precisa de trabalhadores da saúde. Agora, na precariedade, nós não podemos nos abandonar. Vamos esperar que mude, que a gente tenha concurso, que tenha trabalhadores concursados para discutir acolhimento, mas vou discutir sempre, porque uma coisa pouco ajuda a produzir outra, vai mostrando a necessidade da outra. Se pararmos de pensar, paramos de propor e de mostrar necessidade, também paramos de mostrar que é preciso de um serviço mais permanente, de qualidade. Ninguém está desatento ao atual momento e essa crise da pandemia associada a uma crise importante, do modelo de Estado, do tamanho do Estado e do tamanho do modelo das políticas públicas, especialmente da política pública de saúde. Gostaria também de puxar

duas questões. Nós falamos um pouco do acolhimento. Uma equipe que consegue acolher é uma equipe que consegue negociar. Negociar, conversar, não é uma coisa fácil. Nós temos a experiência do apoiador, mas acredito que a nossa experiência do apoio - exceto a experiência da PNH - ficou muito restrita à entrada de trabalhadores de um núcleo, de uma profissão, não existente em uma equipe de referência. O fisioterapeuta, o psicólogo, o nutricionista, especialidades médicas são apoio. Mas, nesse contexto, quem é que, por um tempo, senta junto com essa equipe, ou vai para uma reunião de equipe uma vez por mês, para ajudar a equipe nessa tarefa de conversar sobre o seu cotidiano, repactuar as suas práticas.

**C:** O quanto que o profissional da saúde de uma unidade poderia ser um apoiador de outra unidade e fazer uma espécie de compartilhamento da sua experiência naquele próprio local e do próprio município em um outro serviço, e ser o apoiador no outro serviço, sendo médico, enfermeiro/enfermeira. Não sei se era isso que você estava se referindo.

**L:** Não. Acredito que o apoio ficou muito reduzido ao que nós passamos a chamar de “apoio matricial”. Um psicólogo vai conversar sobre a saúde mental, fisioterapeuta sobre a fisioterapia e assim por diante. Junto com isso, nós produzimos, nas redes temáticas, um fator de atravessar os temas na equipe. Pensando na secretaria municipal de saúde, essas gestões municipais que vão se iniciar em 2021, um bom desenho seriam os “apoiadores institucionais”, gente com alguma experiência de gestão, com a capacidade de acompanhar a equipe. Esse contrato é delicado e interessante, porque é um contrato com o gestor, mas que inclui não ser “dedo duro”. Tem aqui também uma perspectiva de democracia institucional na secretaria municipal de saúde, trabalho na perspectiva do apoio, mas esse apoiador não é um sujeito que vai lá, conversa com a equipe e vem me contar situações específicas daquela equipe.

**C:** Sim, não é uma ideia de supervisor. Não é um supervisor que irá dar uma “so-brevisão” ou que irá se colocar nesse lugar de relator. É um arranjo interessante.

**L:** Talvez, nós das universidades possamos contribuir, ajudar a fortalecer o trabalho de equipe, porque possuímos um pouco essa liberdade que não está condicionada ao gestor municipal, conseguimos fazer algum contrato e, assim, por um tempo, daremos suporte para as equipes. Cada vez que vamos participar de uma reunião de equipe, fazer alguns contratos, para colocar em discussão a forma que temos desenvolvendo/realizando, por exemplo, aquela agenda que era a agenda PNH, como nós a acolhemos. O professor Emerson Merhy vem há

20 anos trabalhando com fluxograma, nós usamos os fluxogramas para desenhar redes, mas como nós atendemos o sujeito que entra aqui? Quem acolhe? Quem toma a decisão? Quem encaminha? Isso está pactuado ou não? Quando atende junto? Porque se não olhar para a situação e para o movimento das pessoas dentro das equipes, é muito difícil pactuar alguma coisa nova. Porque se não falamos sobre como é no nosso dia a dia, nessa singularidade, a valorização daquilo que é singular, daquilo que é cotidiano das equipes de saúde, seguimos com uma grande lacuna. Estamos falando de humanização, de uma agenda bastante sofisticada, uma agenda de acolhimento, projeto terapêutico singular, para citar duas questões, como a cogestão. Mas se não valoriza o cotidiano e o que tem de singularidade no trabalho daquela equipe, não é promovida a mudança, é enquadrado de outro jeito, que até pode ser um enquadramento para dizer “você irá atender bem, acolher bem - das 9 às 10 da manhã, nas quartas e nas sextas feiras”.

**C:** Sim, nos horários habituais e comerciais.

**L:** É uma triagem com outro nome. Nós temos que pensar nesses conceitos, ver como a gente está se organizando, como poderia ser. Para encerrar, a equipe é como um espaço de produção, e sempre que penso isso, me ocorre que tem uma radicalidade em uma posição e em uma construção do Gastão Campos, que além da gestão e da atenção serem indissociáveis, também tem o fato de que a organização produz sujeitos e sujeitos produzem organizações, por isso é importante saber que existe o poder da incompletude. Nós não temos uma experiência de instituição democrática que propõe e produz algo que é mais democrático, mas que também as nossas soluções também possuem problemas, por isso a importância de espaços, de gestão, de conversas e de pactuação para ir resolvendo os problemas que criamos, inclusive quando se fala “vamos humanizar a atenção e a gestão”.

**C:** Sim, com certeza. Temos uma pergunta. Obrigado por nos lançarem perguntas e nos desafiar a pensar: “Boa noite! Essa humanização parece ser uma humanização capitalista, temos que pagar os meios de comunicação para conversar? Para estudar? É fácil um governo acabar apenas mexendo nas políticas públicas”. A humanização que estamos falando aqui está em diálogo com o capitalismo, já que, afinal, não estamos deslocados do capitalismo, está nos atravessando, mas não é nesse lugar de “vender” a humanização como um produto. Com relação a pagar para os meios de comunicação, pensar que o serviço de saúde, e os próprios espaços educacionais eles tentam criar condições de comunicação, como dispositivos comunicacionais, mas o que estamos colocando é o quanto um indivíduo precisa pagar para ter acesso. Quando pensamos no SUS, pensamos em algo universal em todos os princípios, portanto ele está sendo pago

sim no momento em que nós cidadãos estamos pagando por ele. Assim como a educação pública está sendo paga, o Estado recebe para fazer esse tipo de organização. Embora, talvez, possamos discordar dos meios e maneiras que são feitas, mas isso tudo está sendo pago a todo tempo. O profissional que está no SUS e da instituição de ensino está sendo pago. E claro, dependerá dos governos o interesse de tudo mais explícito para acabar mexendo nas políticas de saúde. É só olhar nos últimos 20 anos as mudanças que foram ocorrendo, os modelos de gestão em saúde e atenção estão sempre em disputa. Espero que tenha conseguido responder.

**L:** Pensei em duas coisas: primeiro, o formato que estamos aqui, com todos os seus limites na pandemia e sim, não acessível para todo mundo, ocupando um movimento de uma Universidade, que tem disponibilizado encontros, esse sobre humanização. Mas esse espaço não é o espaço da humanização, a gente está cavando um espaço para discutir, conversar com quem aparecer, mas é limitada. No entanto, a comunicação, especialmente agora na pandemia e provavelmente depois, será mais mediada do que foi pela tecnologia. Acredito que também, com equipamento, passa a ser necessário ter um pacote de internet e ter a possibilidade de fazer conversas e reuniões de equipe na forma em que estamos fazendo. Aliás, amanhã à tarde, uma equipe de apoio na Universidade fará uma reunião com os usuários e será feita por meio de uma plataforma. Mas é uma novidade para todo mundo. Nós, inclusive, ficamos seis meses vendo a possibilidade de fazer de forma presencial porque era como sabíamos fazer. Agora, trazer para a discussão da política pública e para a viabilização do trabalho em equipe e do contato com os usuários, o reforço é para que os trabalhadores não tenham que pagar seus pacotes de internet e inclusive temos a bandeira para o desenvolvimento de plataformas públicas, acho que é uma coisa bem interessante. E é uma ação necessária.

**C:** Com certeza. Se formos parar para pensar em telessaúde, telemedicina, tele-reabilitação, essas modalidades existiam e com certeza vão ser mais usadas. No entanto, caímos em um ponto: quem não consegue acesso à internet? Não conseguirá esse tipo de serviço.

**L:** Temos uma outra questão que acredito que poderíamos entrar. Como psicóloga, constato o quanto fazer parte de equipes multidisciplinares é fundamental. Como essas práticas resultam em ações mais assertivas ao usuário? Qual a relação do atendimento humanizado na satisfação destes? Vamos começar pelo “Qual a relação do atendimento humanizado na satisfação destes?”. Antes chegamos perto dessa questão quando falamos de estar centrado no usuário e isso ter algum valor. A equipe se reúne para falar sobre o usuário. Mas não é só isso. Nós

conversamos sobre o usuário e sobre a gente. O processo de trabalho e o jeito como trabalhamos é o que está em análise, nessa produção do cuidado. Penso que é possível falar sobre a forma como trabalhamos, a equipe se mostra mais satisfeita ou mais feliz, usando o termo do Gastão ou um termo mais político, é uma equipe mais vinculada a sua obra. Nós repetimos mais vezes, a um tempo atrás, que cogestão e democracia institucional possui um efeito terapêutico, como trabalhar em equipe, discutir a forma de trabalho. Não separamos a educação tida como permanente no tempo. Não é só porque tem uma oferta que ela sempre foi argumentada, é porque tem algo consistente que vai se mantendo, com o método. Por isso, a Clínica Ampliada. Acho que o Gastão foi o primeiro autor a falar da Clínica Ampliada e a gente começou a conversar com as equipes. Lembro que veio à Santa Rosa-RS e a equipe, consolidada, dizia: “porque iremos falar de clínica ampliada? Se não for ampliada, não é clínica”. No entanto, a nossa tradição é de uma clínica muito fragmentada, e, portanto, uma clínica reduzida. Não tenho usado mais a expressão clínica, que usávamos antes, muito precária, mas ela mesmo sofisticada e com acessos público. Ela ainda guarda muitas fragmentações e, portanto, reduções, é uma clínica reduzida. Por isso, a ampliação é uma ampliação no tempo, de acompanhamento, e também uma ampliação do olhar, por isso o trabalho de equipe é tão importante, com formações diferentes para se olhar o mesmo problema. Acho muito interessante trabalhar em um lugar assim, discutindo e conversando. Por último, acho que não perguntaram aqui, mas sempre que a gente se empolga e discute caso, os gestores menos avisados dizem “isso demora muito, é uma perda de tempo”. Poderíamos falar um pouquinho sobre isso. Carlos e eu conversávamos antes da nossa experiência pós desastre da boate Kiss em Santa Maria-RS e que também foi um momento em que perguntados o que estávamos levando, o que da nossa experiência e o que da nossa bagagem, especialmente em relação a PNH, estávamos levando para compor com outros saberes? Assim, o tema da gestão, as equipes que trabalham bem e que são mais resolutivas, são equipes que conversam mais e nós “perdemos” muito tempo por não conversar. Não telefonar para um membro da equipe para onde aquela pessoa está indo, pode levar tanta intercorrência que não aconteceriam se pudéssemos conversar com alguém ou passar uma informação estratégica, fazer uma alta mais responsável, saber quem irá cuidar dele, e dizer para o usuário “essa pessoa aqui agora cuidará de você” e dar a ele alguma referência da sua equipe, e caso uma pessoa não tem uma referência na equipe também saber disso e mudar o plano de alta. As equipes que conversam mais e não somente nesses espaços, o cotidiano fica mais rico com sentido de ficar com mais conteúdo.

**C:** Perfeito. Respondendo também à pergunta, uma pista para entender a humanização do atendimento do serviço é se os usuários estão participando. Se eles

estão participando, não só como nas assembleias, por meio de ouvidorias, ele entra em uma pequena parte da agenda. Deve ser feito um exercício permanente de inclusão. Imagina se fossemos fazer uma discussão de caso e estivesse o usuário junto? O que se produziria? Que referências e propostas faríamos? Falas com usuários e gestores são moduladas e diferentes discussões são usadas, produzindo outros efeitos sobre a equipe.

**L:** Farei dois registros. Observando o comentário: “Como sermos mais humanos com os nossos futuros pacientes se dentro da graduação muitas vezes não somos vistos como tal?”. A universidade produz pessoas quadradas e que vão para serviços. Aprendi com uma enfermeira jovem de Palmeira das Missões que dizia: professora, o que a senhora faz de diferente é que a senhora conversa com os alunos, porque na minha formação a gente vinha e depois voltava para fazer uma “análise crítica” do serviço sem o serviço. Nisso vamos reproduzindo um ensino fragmentado. As pessoas são quadradas nos seus cursos. Estou em um departamento de Saúde Coletiva que teoricamente não é voltado para um só curso. Quando ofereço uma disciplina e aceito alunos da farmácia, fisioterapia, medicina, enfermagem, entre outros, crio uma disciplina para cada curso. Por exemplo, hoje estou fechando as notas que seriam do primeiro semestre, mandei imprimir as folhas das disciplinas e observei que tenho 17 turmas abertas. Isso é um exemplo de como a Universidade coloca as pessoas separadas nos cursos e tem gente que diz que o problema da Universidade é o departamento. Depende! Precisa perguntar qual departamento e como é a gestão dos cursos. Porque a Universidade vê o curso na qual o aluno entra e somente conversa com os seus iguais, na qual chegará ao serviço e conversará apenas com o seu preceptor, com a pessoa que está acompanhando e aprendendo a fazer a sua clínica. Por último, em relação à clínica ampliada e colegiado, vamos seguir nos perguntando “como?”. Porque muitos termos que fomos criando para sinalizar o avanço em relação aos termos anteriores, eles viraram carimbo, que de alguma forma indicam a superação de algumas práticas, mas às vezes as práticas ficaram ali, com pouca alteração. E quando falamos “Clínica Ampliada”, “fizemos um Projeto Terapêutico Singular (PTS)”, posso perguntar: “quem participou do PTS?” Nós alunos de tal curso fizemos um PTS. “E foi discutido com quem?”. Discutimos entre nós o PTS. Legal, mas tem um limite nisso. Outro exemplo mais antigo em um hospital: alunos: “professora, organizamos aqui as unidades de produção”. Professora: “Mas é interessante, o Gastão e vocês dizem que isso gera muito ruído, mas aqui está tudo muito legal, as reuniões são tranquilas. Como vocês fizeram?” Alunos: “Nós organizamos a unidade de produção dos enfermeiros e dos médicos”. Quer dizer, o conceito de unidade de produção é um local onde há uma equipe multiprofissional e é aí que está a potência, com pessoas de diferentes formações conversando sobre o processo de trabalho. Dessa

forma, devemos continuar chamando os outros nomes de outras coisas. Acredito que as maiores capturas estejam no acolhimento e talvez no PTS. Porque, como é o acolhimento? Me contem o que acontece aqui às 7 horas da manhã? Quem acolhe e quem recebe? Usar outras palavras inclusive para que possamos entender como as coisas estão sendo produzidas no cotidiano. Acredito que seja isso que aprendemos com a humanização e com esse período.

**C:** A gente acaba reduzindo em muitos sentidos as palavras e, como disse Foucault, as palavras reduzem as coisas. Nesse sentido, quando montamos uma estratégia de cuidados, seja por acolhimento ou PTS, devemos avaliar permanentemente isso, porque senão daqui a pouco estamos usando uma linguagem sofisticada que possui uma taxa de verdade, mas no fundo acaba aprisionando também. Sobre a questão da instituição, ela só funciona se for assim, quadrada, caso contrário não se chama instituição, terá outro nome. A instituição se sustenta a partir disso, uma relação de poder fragmentada, em que a comunicação é diversa. Erving Goffman, no livro clássico “Manicômios, Prisões e Conventos”, aponta que todas as instituições pedagógicas, a própria saúde, a medicina, tudo isso está dado, onde a análise funcional destrincha e inclusive responde para que ela funciona. O “bacana” de estar na instituição é tentar estar fora da instituição, porque ao mesmo tempo que ela possui como característica o aprisionamento e enclausuramento, ela também autoriza naquele arranjo em que você estava falando de dar um apoio para aquele serviço, uma linha de fuga institucional. Os projetos de extensão são, por exemplo, linhas de fuga. Quanto menos estiver dentro da instituição melhor, quanto mais fora, mas que se consiga estar com um pé dentro, é mais interessante e rico ficará qualquer espaço. No entanto, o que me espanta de certa forma, voltando à pergunta que apareceu, é o quanto os acadêmicos vão aceitando essa certa estrutura, e isso é o que mais me preocupa, não encontrar uma linha de fuga, não provocar o tensionamento da própria instituição. Não estou culpabilizando, não me levem a mal, entendam que essas regras são superiores ao indivíduo. Vocês entraram pela porta da frente, pelo vestibular, ninguém botou vocês dentro de uma instituição, mesmo na privada, quem entrou, entrou porque quis, ninguém foi forçado. Ao entrar pela porta da frente, por que não tentar enfrentar e fazer as negociações? Qual seria o pior desfecho disso tudo? Não se formar? A instituição fala que você não é aceito por ser crítico e provocar problematizações? Podem ter diversos mecanismos institucionais para tentar criar obstáculos, como professores egocêntricos e instituições vaidosas, mas há sempre uma linha de fuga imposta por essa dominação. Os próprios usuários ensinam isso, eles vão criando itinerários para aquilo que vai criando obstáculo, e eles vão tentando criar/inventar coisas novas. E isso é uma potência, nós devemos aprender com eles, porque quem ensina o serviço são os usuários, ele que vai deslocando. Ou posso colocar uma lente e dizer que

“funciono das 8h às 17h, entra quem está morrendo, tentar impor tais critérios e os demais ‘fora daqui’ ”. Na universidade não tem isso, ela pode acolher a diversidade e essa é a visão dela, pelo menos é a minha leitura e não sei se é unânime.

**L:** Acho que estamos indo para o encerramento. Dicas: incluir gente de diferentes cursos para conversar sempre que possível é potente. Propor atividade para conversar sobre como é a nossa formação, o que tem de comum, criar seminários, ver algumas disciplinas, propor aulas em que as pessoas possam estar no mesmo espaço, seja aqui agora virtualmente ou na sala de aula. Pensar em alguns temas que são comuns. Ricardo Teixeira explorou tão bem isso, vem lá de Espinosa, o comum é aquilo da velocidade, que nos permite conversar e explorar mais e é o mais complexo, porque é aquilo que exige composição. Então experimentar isso, buscar quais temas são esses que nos interessam. Fazer seminário, curso de extensão. Acredito que foi muito potente, e quando feito por pessoas de cursos diferentes é muito interessante. É sempre mais interessante.

**C:** Gostaria de agradecer a todos que acompanharam e obrigado pela oportunidade. Espero que tenhamos saído com mais perguntas que respostas.

**L:** Obrigado a todos e boa noite, abraço.

# Uma noite à Hésio Cordeiro<sup>14</sup>: diálogos entre Abrasco e Rede Unida

*Alcindo Antônio Ferla  
Gulnar Azevedo e Silva*

**Roger Ceccon<sup>15</sup>**: Boa noite a todas e todos! Primeiramente sejam bem-vindos Gulnar e Alcindo, é um grande prazer tê-los conosco esta noite. Gostaria de fazer algumas colocações sobre esse nosso momento - enquanto coordenador da Liga Acadêmica Multidisciplinar em Saúde Coletiva, um incentivador dos estudantes de graduação para encamparem nessa nossa luta com relação à Saúde Coletiva e à tudo isso que estamos vivendo. Hoje chegamos ao fim de um ciclo de debates e conversas que marca um compromisso nosso em defesa da vida e da Saúde Coletiva em um ano repleto de adversidades, de retrocessos e de luto. Embora sejamos um coletivo novo, composto pela Liga Acadêmica e pela Escola de Saúde Coletiva - criadas ambas ano passado (2019) e localizados na região sul de Santa Catarina -, conseguimos nesses últimos quatorze encontros mobilizar intelectuais e pensadores brasileiros para pensar ideias de como adiar o fim do mundo, parafraseando um pouco Airton Krenak, uma grande referência para nós. Foram quatorze encontros com pessoas importantes que admiramos e que citarei nominalmente: Stela Meneghel, Dário Pasche, Liane Righi, Daniel Canavese, Rodrigo Moretti, Marcos Pinar, Flávia Henrique, Vânia Frantz, Luiz Cutullo, Josimari Lacerda, Fernando Hellman, Ana Luiza Curi, Armando Norman, Ivonete Heidemann, Antonio Fernando Boing, Carlos Garcia Junior, João Matheus Dallmann, Maruí Weber, Roger Ceccon e hoje, os queridos, Alcindo Ferla e Gulnar Azevedo. Falamos de epistemologia, cuidado, integralidade, participação social, atenção básica, humanização, população LGBTQI+ e uma infinidade de outras apostas que a gente fez nesses nossos debates, nos quais, muitos começavam às 19 horas e se iam noite adentro. Neste ano de pandemia - enquanto Escola e Liga - auxiliamos os municípios da região no enfrentamento à COVID-19, produzimos documentários, ofertamos cursos de formação, pesquisas, estamos escrevendo um livro e sonhamos todos com um mundo melhor. Tudo isso que

---

14 O diálogo que compõe este capítulo aconteceu um dia após o falecimento do médico sanitário Hésio Cordeiro.

15 Roger Flores Ceccon, Bruna Mascarenhas e Adrian Thives foram mediadores do diálogo.

fizemos nesse ano - embora com a pandemia, um momento tão difícil - foi graças aos estudantes. Em nome da Bruna e do Adrian, que estão aqui conosco, faço um gesto generoso de agradecimento a todas e todos. Vocês - estudantes - são os principais responsáveis pela transformação social que esse país necessita. E nós, enquanto Escola de Saúde Coletiva e professor universitário - acredito que a Gulnar e o Alcindo também compartilham desse pensamento - acreditamos muito em vocês! Gostaria de apresentar nossos dois queridos convidados da noite de hoje, pessoas que admiro muito, que representam duas instituições importantes no cenário nacional e internacional, são minhas referências e de muitas pessoas no Brasil e que me enche de orgulho e honra estar dividindo este espaço. Ambos possuem uma vasta experiência no campo da Saúde Coletiva, o Adrian me mandou um texto gigante para falar de Gulnar e Alcindo, porém não vou ter como falar tudo isso (risos). Vou me limitar a apresentar Gulnar Azevedo, professora titular do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e atual presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Nosso outro convidado, Alcindo Ferla, é professor associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - bacharelado e do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva - e representa a Rede Unida neste espaço. Nosso objetivo hoje é conversar um pouco sobre as duas instituições - ABRASCO e Rede Unida - e nos abraçar. Embora a gente esteja na pandemia, acho que esse momento é de abraço, afeto e troca. Primeiramente passo a palavra para Gulnar proferir um pouco dos seus pensamentos, e em seguida passo para o Alcindo. Muito obrigado, de coração. Gulnar, a palavra está contigo.

**Gulnar Azevedo:** Boa noite a todas e todos, eu quero agradecer demais ao Adrian, à Bruna e ao Roger pelo convite de estar aqui, cumprimentar o Alcindo que vai dividir comigo as falas desta noite e dizer que é uma honra estar aqui. Sempre que sou convidada por estudantes, pelas ligas e por pessoas que estão cursando o curso de saúde coletiva, procuro estar presente. Quero dizer que estou muito triste hoje, porque justamente na idade de vocês foi meu primeiro contato com essa área, na época chamava Medicina Social, e um dos professores que me recebeu de braços abertos, que me explicou o que era isso, me abriu esse mundo e me tirou do campo em ser uma médica especialista foi o Hesio Cordeiro<sup>16</sup>, que morreu ontem. É muito bom fazer o que ele fez comigo, estar

---

16 Formou-se em Medicina pela Uerj em 1965, cursou mestrado na instituição em 1978 e doutorado na Universidade de São Paulo, em 1981. Foi professor no Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj) e consultor da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) entre 1971 e 1978, atuando em diversos países. No biênio 1983-1985 presidiu a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), na qual se destacou em defesa do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. De 1992 a 1995 foi reitor da Uerj e diretor da Agência Nacional de Saúde de 2007 a 2010.

aqui podendo conversar com estudantes. Ele era assim, abria a porta da sala dele e conversava com qualquer um que chegava lá para entender o que era Saúde Coletiva. Fico até emocionada, mas o que eu quero dizer é o seguinte: ele foi um grande sanitarista e uma das pessoas mais importantes para hoje a gente ter o SUS. Só para vocês terem ideia da grandeza do papel que ele teve quando o SUS começou a ser criado: ele era presidente do INAMPS, que antigamente era um serviço que atendia apenas trabalhadores que possuíam carteira assinada, outras pessoas não tinham acesso ao serviço de saúde, e o Ministério da Saúde era responsável por campanhas, algumas de vacinação, mas esse acesso à saúde para todos no Brasil não existia, e o Hezio, junto com outras pessoas que vocês já devem ter ouvido falar, foram muito importantes no sentido de mostrar que tínhamos que caminhar para um sistema unificado, ampliado e que garanta saúde integral de qualidade para todo mundo. Ele como presidente do INAMPS assinou o final do programa para que fosse criado o Ministério da Saúde que deu início ao SUS, um SUS para todos, serviço único de saúde. Ele foi meu professor, na época, no instituto de Medicina Social da UERJ, e devo muito a ele por ter escolhido esse caminho que até hoje eu não me arrependi, o caminho da Saúde Pública. Sou professora de Epidemiologia, que é uma das áreas importantes da saúde pública, as outras duas são as ciências sociais e humanas e planejamento e políticas. Então dentro da ABRASCO, são essas três áreas que a gente consolida. Temos os congressos nas três áreas, o de políticas, o de epidemiologia e o de ciências humanas e sociais. O ano passado tivemos o último congresso presencial da ABRASCO, depois chegou a pandemia e esse ano não conseguimos ter o congresso de políticas e planejamento nem de epidemiologia. Os nossos dois congressos foram transferidos pro ano que vem, vocês vão ter contato com isso, inclusive temos grande solicitações de alunos de liga pedindo apoio para participar dos nossos congressos e procuramos fazer o máximo para dar apoio a participação de estudantes da área de Saúde Coletiva. Com isso eu quero dizer que não podemos fazer presencialmente este congressos - por isso a transferência para o ano que vem - mas não deixamos de fazer uma comunicação da ABRASCO, a comunicação que vocês devem ter acompanhado, chamado de “Ágora ABRASCO”, que está tendo uma programação desde Abril no qual foi chamada várias pessoas, inclusive os colegas da Rede Unida tem estado presente também, e temos trazidos temas relacionados à pandemia, mas também temas da Saúde Coletiva como: qual é o nosso papel? o que podemos fazer? o que que está difícil hoje? Essa programação está toda disponível para assistir no site da ABRASCO, é possível ver coisas que já passaram e que ainda vão passar. Vamos ter esse ano uma coisa importante, que são as oficinas virtuais pré-congresso de políticas, o congresso virtual de política de saúde será em março e o ciclo de debates do congresso de epidemiologia que também passou para o ano que vem. Nesse ciclo de debates vamos trazer epidemiologistas com visão ampla que pos-

sa discutir qual é o peso dessa pandemia, o que significa, qual é o futuro e o que aprendemos com ela. Peço que acompanhem nosso trabalho de comunicação, mas também muito aberto à discussão. Quero dizer que participamos com outras entidades da Saúde Coletiva e com a Rede Unida de outras frentes importantes, primeiro em defesa da vida - como vocês colocaram no início - do SUS e da democracia. Uma outra frente que viemos trabalhando é em relação à educação e saúde, o que se pode fazer hoje? Pensando o que significa quase um ano sem aula e o ano que vem não possuímos segurança de nada, por isso a importância de trabalharmos em conjunto com a Educação e poder pensar o que podemos fazer em relação de volta às aulas. Outra coisa que eu queria dizer - aproveitando a presença do Alcindo - é que a Rede Unida fez um congresso - na semana passada - que foi muito bom, participei de algumas das atividades e gostei muito, foi um congresso que pontuou o que significa, hoje, a gente fortalecer o SUS. E é por aí que eu queria começar conversando com vocês. Fortalecer o SUS significa muito mais do que dar continuidade ao que ele é, é pensar onde estão os pontos de fragilidade, o que podemos fazer, mas sobretudo reconhecer que ele existe, que está vivo e se não fosse ele a gente teria uma resposta muito pior à essa pandemia. O que nós vimos, viemos trabalhando e comunicando é que esse governo federal - que tem sido omissivo, que inclusive presta um desserviço à população - em nenhum momento apresentou um plano integrado - com estados e municípios - de enfrentamento à pandemia. Hoje, estamos num cenário de cento e sessenta e uma mil mortes, o estado de Santa Catarina não está em um quadro tranquilo, recentemente houve um grande aumento, mas o que é importante notar que não dá para um país do tamanho do Brasil, com tanta desigualdade, não ter uma resposta nacional articulada - chamamos atenção disso. Foi por isso que nós, junto com as outras entidades de Saúde - Rede Unida, SBB (Sociedade Brasileira de Bioética), Conselho Nacional de Saúde - apresentamos um “Plano de Enfrentamento”, entregamos esse plano no Congresso Nacional, no Ministério da Saúde, e esse plano é aberto e vem discutido com muita gente sobre o que pode e deve ser feito. Chamando a responsabilidade dos nossos gestores do SUS, mas também das autoridades no Ministério da Saúde - autoridades sanitárias e autoridades políticas. É importantíssimo que fique claro que é dever do Estado controlar, apoiar os gestores nos diversos níveis para o enfrentamento da pandemia. Falando mais detalhadamente sobre o “Plano de Enfrentamento” que foi lançado dia 3 de julho, e trabalhado por quatorze entidades de saúde mais o Conselho Nacional de Saúde: apresentamos uma análise da situação da saúde hoje, das necessidades que seriam fundamentais para o enfrentamento da pandemia, colocamos a questão das populações em situações vulnerabilizadas que precisam de mais apoio para seguir as medidas de saúde pública - uso de máscara, lavar as mãos e o distanciamento físico quando necessário -, e fizemos 70 recomendações para as autoridades de governo, as

autoridades sanitárias, aos gestores do SUS e à sociedade como um todo. Vocês fazem parte - não só por serem trabalhadores da saúde - da sociedade, e como sociedade a gente mostra que é fundamental exigir acesso à informação apurada e contínua. O Ministério da Saúde tem que apresentar isso, temos que conhecer o que está acontecendo em relação à pandemia, inclusive para nos prepararmos e nos organizarmos para ter uma atitude de enfrentamento articulada. Mas sobretudo, queremos promover a cultura da paz, colocar os valores, as atitudes e as tradições que são importantes para termos respeito à vida, porque esse plano foi elaborado por uma frente chamada “Frente pela vida”. Precisamos colocar com muita clareza que é preciso garantir o direito humano para todos, liberdade é fundamental, rejeitar todas as práticas racistas e sexistas, e dizer também o seguinte: a gente precisa - ao mesmo tempo que estamos lutando contra essa pandemia - garantir o princípio de liberdade, justiça, democracia, tolerância e solidariedade - só solidariedade não vai resolver, mas ela é importante. A sociedade tem que estar do lado da gente. É importante colocar para vocês que neste momento o SUS apareceu forte. O que seria do Brasil nesta pandemia se não fosse os SUS e os trabalhadores de saúde? Formados como vocês, que fizeram a liga de saúde coletiva, curso de graduação de saúde coletiva, especialização ou que foram treinados em seu trabalho como, por exemplo, os agentes de saúde e técnicos de enfermagem -, eles seguraram o SUS, estão na frente da batalha, estão enfrentando bravamente - fico muito orgulhosa disso -, alguns perderam a vida, estão enfrentando o que é essa pandemia na prática, estão ajudando pessoas a não irem a óbito, estão ajudando famílias a se protegerem desse vírus que deixou o mundo de cabeça para baixo. O que podemos pensar neste momento - que a pandemia fez o desastre que está fazendo - é que conseguimos ter o SUS, que outros países da América Latina não têm e que foi muito mais difícil em algumas situações como na Bolívia, no Peru e no Equador enfrentar a pandemia. Mas no Brasil infelizmente nós temos um discurso dúbio, um discurso que presta um desserviço dizendo que está tudo bem, dando demonstrações para a população de não usar máscara, de fazer aglomerações, coisa que hoje não é o que a saúde pública está propondo. Com essa possibilidade do SUS aparecer, nós da ABRASCO elaboramos um documento sobre o que é fortalecer o SUS, neste documento fazemos uma análise de como anda o SUS, quais suas fraquezas, que pontos podemos atuar para melhorar, um dos pontos mais importantes é a questão do financiamento que precisa aumentar para que possamos valorizar o trabalho do profissional, pensar em carreiras mais organizadas e como elas podem estar na frente do nível da gestão organizando redes de atenção à saúde. Insistimos que o fortalecimento do SUS é o que temos que passar para a população, a nossa sociedade tem que entender que se aparece no jornal filas para atendimento, cirurgias é porque o sistema é muito mal financiado, e o desfinanciamento que hoje é uma realidade, principalmente com essa medida 95 que congelou por

vinte anos os gastos em saúde e educação. Ao mesmo tempo que convivemos com o desfinanciamento, a gente também convive com esse governo que há 2 anos vem atacando fortemente políticas que são consideradas exitosas, como por exemplo o programa “Mais Médicos”, que garantiu médicos em lugares remotos e de muita dificuldade em periferias, onde as pessoas não tinham acesso a médicos há muito tempo. Isso tem que ser colocado no sentido para pensarmos o que nós defendemos. É a Estratégia da Saúde da Família, no qual tem que ter o médico e também todos os profissionais para que isso funcione, para que a população seja atendida na sua integralidade. O fortalecimento do SUS tem que vir com muito cuidado, em especial por onde é a porta de entrada, onde chamamos de coração do SUS: que é a Estratégia de Saúde da Família, que foi atacado, no sentido de colocar dentro da estratégia parcerias público-privadas que podem quebrar a nossa lógica do que é o SUS, integral, público e com acesso para todos. Então, nós profissionais da saúde temos o papel fundamental, vocês - estudantes - têm um papel fundamental. Vamos fortalecer o SUS no sentido que entendemos, o SUS para garantir uma vida plena com acesso à saúde a todos. É muito trabalho, mas nós temos um exército a favor disso, temos todos esses profissionais formados ao longo desse tempo. Precisamos ter uma estratégia mais fácil de comunicação para que a sociedade, em vez de pedir plano de saúde, peçam um SUS forte, com acesso integral de qualidade para todos. Era isso que eu tinha para falar com vocês hoje, vamos lembrar de uma coisa: nós temos eleições municipais agora. Vamos pedir aos candidatos que eles se comprometam com isso, o que ele pensa pelo SUS? Ele defende o SUS? Se ele defende o SUS e tem boas propostas ele merece nosso voto, mas se ele não defende o SUS, esse candidato não serve pra gente, porque ele não está do nosso lado, escolheu o outro lado. Então vamos pensar que a gente tem muito o que fazer nessas eleições no sentido de caminhar pelo SUS que nós queremos. Caminhar para essa conquista da Constituição de 88, e devemos pensar que não devemos abrir nenhum passo atrás em relação a isso. Gente, muito obrigado, eu continuo aqui para ouvir o Alcindo e para conversar com vocês.

**Adrian Sartor:** Gulnar, agradeço imensamente por sua fala fantástica. Deixo aqui meus sinceros sentimentos por sua grande perda no dia de ontem. A gente reconhece a importância dos professores e profissionais que nos instigam a expandir nossas visões do mundo durante a formação acadêmica, trago como exemplo o professor Roger - que está aqui conosco - que é um professor que ajuda muito seus alunos se tratando disso. Gostaria de passar a palavra para o Alcindo, e lembrar que depois da fala dele temos um momento de conversa e perguntas. Alcindo é da coordenação do eixo de educação da Rede Unida. Alcindo, está contigo (risos).

**Alcindo:** Boa noite a todas as pessoas que estão conosco, eu quero muito agradecer a Bruna e ao Adrian pelo convite, e ao Roger, um amigo de longa data. Estar em um programa com Gulnar é uma satisfação, vários de nós temos uma dupla inserção institucional e a ABRASCO, Rede Unida, CEBES e um conjunto de entidades que em primeiro momento se confundem com a história do SUS, no sentido que elas ajudaram a viabilizar e construir, participaram ativamente da Reforma Sanitária Brasileira quando - como lembrou Gulnar - o Brasil tomou a iniciativa de unificar os dois componentes do sistema de saúde, o componente seletivo da assistência médica que estava restrito aos trabalhadores do mercado formal de trabalho e o componente da saúde pública da vacinação, da vigilância de alimentos, dos programas que já nasceram universais, como o monitoramento do pré-natal, do parto, atenção às vítimas de violências de trânsito e de às vítimas de acidentes de trabalho. É muito importante a atuação destas entidades e eu fico orgulhoso de ter sido convidado para falar sobre a Rede Unida, com Gulnar falando sobre a ABRASCO. Aliás, eu ficaria orgulhoso de conversar com Gulnar sobre qualquer assunto, então super agradeço. Também estou super triste com a partida do Hésio, que foi uma pessoa que contribuiu bastante para a composição, não só do SUS, mas também para a composição do campo da Saúde Coletiva, sobretudo fortalecendo esse eixo da Saúde Pública, do planejamento e gestão, mas uma perspectiva bem forte das ciências sociais e humanas, que vão lá e dizem: “olha, é importante monitorarmos o hemograma e a tomografia, mas não vai resolver a saúde das pessoas porque elas são compostas por outras coisa, e o que produz o seu estado de saúde também é um conjunto grande de coisas”. Gulnar dizia, “é um equívoco essa ideia de achar que plano de saúde resolve”, inclusive do ponto de vista conceitual, porque enquanto o plano de saúde vai se ocupar dos procedimentos, preferencialmente os de menor custos na assistência às doenças, a gente tem um conceito, e ele é originário do campo da Saúde Coletiva que diz que existe um conjunto grande de pessoas que vivem numa condição de vulnerabilidade que não foi elas que escolheram nem foi elas que produziram e que está construído num modo de como ocupamos os territórios e construímos a vida, e que isso afeta a saúde de todos. Também diz: “olha, o negócio da pandemia em que estamos todos atravessados, não é verdade que não é nada”, como dizem os que negam a ciência e os que negam o bom-senso. Como também esses problemas são cíclicos, e por isso que precisamos de um sistema de saúde forte. As pesquisas internacionais mostram que é melhor quando o sistema de saúde é universal, é melhor quando tem uma atenção básica forte e territorializada que oferece o cuidado de continuidade. Uma homenagem ao professor Hésio Cordeiro, que criou muitos dos conceitos que a gente trabalha, inclusive tenho umas edições antigas da “Editora Graal” com os clássicos da Saúde Coletiva em que o professor Hésio se encontra e me acompanha desde minha graduação, porque a único jeito que consegui suportar o curso de graduação em

Medicina foi deixando a Saúde Coletiva me atravessar desde o começo, portanto não me deixando sequestrar pelo cadáver e por aquele conjunto compartimentalizado de conhecimento que eu ia tendo que absorver e regurgitar na hora das provas como se isso fosse a tradução da aprendizagem da saúde. Nesta semana também temos que homenagear outra pessoa bem importante que foi o Davi Capistrano, falecido no dia 11 de novembro de 2011. Davi produziu muito na construção do campo da Saúde Coletiva, mas a partir da gestão, em um movimento muito interessante que a professora Madel Luz mostra, que o que deu vitalidade a Saúde Coletiva como campo de conhecimento é ter absorvido a tensão entre as várias disciplinas, como epidemiologia, saúde pública, as ciências sociais e humanas da saúde e outras áreas emergentes, e também esse nascimento que foi junto com o processo de reforma, com a transformação do sistema de saúde dando uma vitalidade grande. A Rede Unida nasceu especificamente com essa agenda: a formação dos profissionais da área da saúde, Ela é uma associação científica que é interprofissional - não tem uma profissão para se ocupar - por isso que tem várias pautas que vieram dessa militância. Mas ela nasce lá na década de 1970 com os projetos de integração docente-assistencial, que foram iniciativas que no começo tinham financiamento de fundações internacionais, mas que eram um começo de resposta à saturação do paradigma Flexneriano - o relatório Flexner de 1910 - que resumindo muito e de uma forma até meio irresponsável disse que o ensino das profissões em saúde precisava entrar no hospital especializado - e talvez naquela época devesse mesmo - mas o problema é como isso permaneceu por cento e poucos anos. Foi então se mudando os paradigmas, a integração docente-assistencial era as primeiras iniciativas de desospitalização da formação dos profissionais da saúde. A Rede Unida nasce em 85 - portanto ela tem uma idade mais ou menos parecida com a ABRASCO e com o Cebes - e vai fazendo essa agenda de que era preciso integrar com os cenários onde o trabalho real acontece e depois, progressivamente, foi ampliando e dialogando com as diferentes forças que produzem e interferem na saúde. Em 1985 se criou com os projetos "IDA", e a partir dos anos 90 foi se transformando em projetos de integração docente assistencial por uma nova iniciativa (UNI) que dizia que não dá para ensinar a saúde para as comunidades e para os estudantes sem construir redes de conhecimento e precisa de mais protagonismo dos estudantes nessa produção. Posteriormente "UNI" e "IDA" virou "UNIDA", então a história do nome não deriva só de união (risos), deriva de dois paradigmas que foram se sucedendo e atualmente temos - internacionalmente - muito clara essa ideia de que a formação das profissões da saúde precisa se dar de forma integrada com o sistema de saúde nos territórios de onde a saúde se produz. E não por uma questão só humanitária de ir descobrindo as diferentes pessoas de cada um de nós. É - portanto, as diferentes formas de cuidar - como também da gente ir aprendendo - ao mesmo tempo do que aprende o que acontece no corpo biológico - o

que acontece no corpo social e se comprometendo no desenvolvimento do sistema de saúde. Falo isso pois é inevitável que uma agenda desta desemoque no processo de reforma sanitária na defesa de um sistema universal, um sistema de acesso em pontos de atenção lá no território, na Atenção Básica, nas equipes de Saúde da Família, mas também na escola, mas também na associação de bairros, na associação de moradores, na praça e em uma porção de coisas que estão um pouco mais difíceis de fazer agora durante a pandemia, mas é um erro quando a gente esquece que elas precisam ser reinventadas e precisam ser feitas, porque o trabalho em saúde é trabalho essencial e precisa permanecer durante os períodos de crises sanitárias, pois é ele que permite à sociedade como um todo organizar defesa. Então, estou homenageando aqui duas grandes referências que nesta semana lembram partidas, mas ao lembrarem partidas, fazem - comigo também - a reação que produziram em Gulnar porque ao partirem eles também mostram a sua presença. Com Davi Capistrano, com Hesio, com Madel, com Maria Luiza, o SUS entrou no meu corpo e não saiu mais, e não sairá! Como defesa de uma ideia, como defesa de princípios e como defesa de um processo de implantação que qualifica, porque o SUS não é só o que está na lei, mas um conjunto de princípios e diretrizes que precisa ser atualizado o tempo todo, e a atualização é o seu desenvolvimento, a sua qualificação. Não é - como disse Gulnar - um decreto que privatiza a Atenção Básica ou a vigilância, como se essas ações fossem melhor oferecidas nos planos de seguros privados de saúde, que não fazem isso e tão pouco fazem as ações de maior custo, porque elas dão prejuízos, então as empresas privadas e os planos de saúde não são outra coisa que não isso, ao cabo tem uma planilha que precisa ter uma sobra orçamentária. E o financiamento do Sistema Único de Saúde é um financiamento solidário, ele inclui as contribuições dos impostos que todos nós pagamos, que a maior parte é arrecadada pela União e, portanto, precisa redistribuir para os estados e municípios. Essas irresponsabilidades que têm sido feitas com o financiamento federal, na verdade, afrontam a institucionalidade democrática de duas formas: a primeira é de que o dinheiro que a União arrecada não é do governo federal. Inclusive porque Governo e Estado, no âmbito federal, são duas coisas diferentes: O governo são os ocupantes da vez e o Estado é a maquinaria toda que permanece ao longo do tempo. Então, essa arrecadação precisa ser redistribuída e ela precisa financiar os estados e os municípios, sobretudo os municípios, porque é onde o SUS se explicita de uma forma muito legal. Nessa semana eu participei junto do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de uma atividade que se chama “mostra virtual” - porque teve que ser virtual - com o título “Brasil, aqui tem SUS”. Nesses lugares vamos enxergando o SUS que não aparece na novela, na porta automática que abre do hospital especializado, mas o SUS de verdade, o que esse está acontecendo nos pequenos, médios e grandes municípios, onde os trabalhadores vão inventando formas de utilizar o recurso que está

disponível, de defender o SUS como essa ideia de ir qualificando o seu trabalho para atender as pessoas. Oitocentas experiências foram escritas à mostra e, nessas oitocentas experiências, boa parte delas é de emocionar, porque a gente olha a cena onde ela se desenvolve e percebe que “uau, tem toda explicação!”. Olhando deste lugar que costumamos olhar, que é a dos grandes centros urbanos, colonialistas que aprendemos a construir diante da nossa formação cultural, e diz: “bom, o município pequeno não tem nada”. Não! Tem muito trabalho, muito trabalho criativo como nos municípios grandes, como nas periferias. Mas eu estou falando isso só porque essa ideia de uma aproximação de uma formação profissional com o Sistema de Saúde, com o Sistema de Saúde real, aquele sistema de saúde que é muito diverso em cada território, inclusive na mesma cidade, ele não é só uma questão de definição política, mas nesses lugares podemos ir vendo a expressão da complexidade. Do ponto de vista epistemológico, complexidade significa uma realidade mais movediça, onde os fatores que a constituem são mais dinâmicos que os conhecimentos que já construímos sobre eles. Portanto, quando se defende uma aproximação grande com esse cenário de aprendizagem, é para que as profissões da saúde consigam desenvolver essa inteligência de capturar quais são as evidências que vão se construindo no cotidiano e aprender, por conseguinte, a sua profissão e o cuidado de saúde de uma forma melhor. Rede Unida nasce com essa ideia, de uma aproximação com o Sistema de Saúde, por meio dessa militância e construção epistemológica da formação, que foi a base de uma coisa que não prestamos muita atenção na Constituição, mas fala da universalidade, de uma porção de coisas; e também fala que no SUS - no âmbito federal, estadual e municipal - cabe também o ordenamento da formação dos trabalhadores de saúde. É a única área que aparece, e ao fazer isso a gente diz que o ensino das profissões da saúde também é um trabalho em saúde e, portanto, também é de relevância pública, como a constituição diz que é o cuidado. E eu estou falando isso porque, em épocas de pandemia, a gente se assusta, acontece uma porção de coisas, interfere na vida da gente, temos vontade de negar tudo que está acontecendo e sair para a rua. A gente olha a live presidencial e parece que, irresponsavelmente, tem remédio de uso veterinário e que talvez tenha alguma eficácia, mas não se transpõe para a vida cotidiana de pessoas porque intoxica, tem um conjunto grande de para-efeitos, e também não tem linearidade de pensamento. Infelizmente, algumas entidades e as entidades médicas têm se deixado levar - no meu entendimento - por essa ideia de que a escolha de medicamentos é uma escolha política e não tem embasamento na ciência. A gente desenvolveu muito, por exemplo, o conhecimento biomédico na Alemanha nazista, mas não acredito que esse seja o preço justo para a gente pagar, como também acho que é irresponsabilidade expor as pessoas ao adoecimento e mortes, com 161 mil mortos como lembrou Gulnar, e uma parte substantiva dessas pessoas poderia não ter morrido se tivés-

semos políticas estruturadas, respostas coesas como essas que a Gulnar falou, como essas identidades da sociedade civil, sobretudo no campo da Saúde Coletiva, com liderança bem importante da ABRASCO, construíram o Conselho Nacional de Saúde, que tem sido o lugar que organiza essas respostas. Então, estou falando tudo isso porque eu fui um estudante bem agitado, eu era daqueles que não ocupava bem o seguimento da nota do comportamento, eu sempre me dei conta disso, que era um preço caro que eu pagava por ter autonomia de pensamento, uma capacidade crítica e, sobretudo, investigativa. A Bruna falou em pesquisa e eu já fiquei bem agitado porque a pesquisa, no meu tempo de graduação, não era feito por estudantes de graduação. No máximo preenchia um formulário e eventualmente levava esporro de que o formulário não estava bem preenchido, mas tinha uma coisa instrumental. A gente vai dizendo que a aproximação do estudante com o serviço de saúde é para que o estudante também tenha, junto com o saber do professor e das disciplinas, a capacidade de ir organizando o seu aprendizado, porque nós estamos falando de um conhecimento que reflete o passado, e quando se fala em formação das profissões de saúde, estamos pensando no presente e, sobretudo, no futuro. E a história da Rede Unida possui uma porção de coisas interessantes para a formação, inclusive os Estágios e Vivências na Realidade do SUS, que em um determinado momento foram iniciativa do Ministério da Saúde, quando os dirigentes do Ministério da Saúde sabiam o que era SUS e como se produzia saúde (risos) - atenção esse texto contém ironias. Mas isso foi uma estratégia e não era apenas para formar militantes, era de colocar em grande escala estudantes em contato com a realidade diversa justamente por essa ideia de que a saúde é um trabalho complexo, e ela se compõe de maneira complexa. Então precisamos ter de um lado na valise tecnológica, como fala o professor Merhy, um domínio dos equipamentos, ter o máximo possível dos conhecimentos estruturados, mas precisamos ter a capacidade da descoberta. Essa não é a negação da ciência, é o contrário, é a potencialidade da ciência, porque a ciência sempre foi a arte de fazer boas perguntas por contexto e então produzir novas respostas. Perceber que se chegou em um certo limite, não é a negação da ciência, pelo contrário, é a necessidade de fazer novas perguntas. Estou bem empolgado nesse assunto, já até estamos passando do tempo da conversa, então para encerrar. A gente não defende só o SUS porque ele é a política mais generosa, o sistema mais generoso de atenção à saúde. O Sistema de Saúde precisa se atualizar cotidianamente. Para enxergá-lo a gente precisa olhar essas experiências locais mais que o gabinete do Ministro da Saúde, embora seja importante olhar o gabinete do Ministro da Saúde e perceber o quanto é inadequado o ocupante da vez se comporta, mas também para dizer que a aproximação entre a formação das profissões da saúde e o sistema de saúde é fundamental para renovar o Sistema de Saúde. E essa época de pandemia, aprender e conviver com essas experiências diversas é fundamental,

desde que com segurança individual e coletiva. Nós, profissionais da saúde, precisamos entender muito de bioproteção, mas também de medidas coletivas de proteção, de organização do trabalho em épocas que sofremos pressões externas muito grandes, porque seremos os trabalhadores que teremos que estar na rua, nos hospitais, nos serviços de saúde para atender as pessoas em épocas de pandemia, épocas de catástrofe. E é por isso que, na medida do possível, as pessoas precisam respeitar o nosso trabalho, permanecer em isolamento, ativar redes de solidariedade, porque existem pessoas que não possuem a possibilidade de estar isoladas, não só por motivos de trabalho, mas também por coisas do seu cotidiano, do seu modo de vida, ou por essa forma doentia que a gente tem usado para ocupar o mundo, a vida, os territórios, em que parece que o benefício próprio explica a negligência do interesse coletivo. Então, é fundamental que a gente defenda o Sistema de Saúde como este lugar que aprendemos, como Saúde coletiva, a conviver com os nosso ímpares, não só com os nossos pares, porque o mundo do trabalho requer que tenhamos habilidades do trabalho interprofissional, não só o multiprofissional, a convivência com as diferentes posições, mas nós precisamos que a clínica da Medicina, da Fisioterapia, da Enfermagem, das diferentes profissões consiga conversar, porque se estamos dizendo que o problema de saúde é mais complexo que o conhecimento que já temos sobre ele, falamos duas coisas: primeiro, somos pesquisadores em tempo integral, e segundo que ganhamos quando convivemos com diferenças. E dizendo isso, também precisamos se dar conta que essa crise civilizatória que estamos vendo, onde combater a vida de certas pessoas se tornou trivial, se tornou assunto de live, de autoridades públicas, é absurda. Sérgio Arouca lá no final da 8 Conferência Nacional de Saúde disse: “o projeto do SUS não é só de reorganização do Sistema de Saúde, também é um projeto civilizatório, porque o SUS não se realizará se nós não alterarmos as formas de vida”. Gulnar dizia que a cultura de paz é absolutamente fundamental, porque se não iremos continuar construindo vítimas, por exemplo, de violência de gênero, que se produz em casa, inclusive na classe média, inclusive nos endereços chiques da cidade, e que chega no serviço de saúde e a gente se depara sempre com essa ambivalência, em que se conserta a lesão e devolve progressor, seja a criança, seja a mulher, seja o adolescente, seja o idoso, seja quem for, e que se entende que aquela lesão, semiologia nos ensinou a criar o diagnóstico, ela também tem desdobramento social por aquela lesão repetitiva no corpo da mulher, a gente pode diagnosticar um problema social de violência doméstica, por exemplo, e ter que tomar outras iniciativas que não só recuperar o corpo e devolver ele para o mesmo contexto. Igual para o mundo do trabalho e para uma porção de outras coisas. Então, estou aqui dizendo para vocês que vale a pena defender o SUS, defender a aproximação com o SUS, defender a especificidade do trabalho, mas precisamos fazer com coerência, ocupando esse lugar, porque os constituintes com base de um amplo de

apoio social disseram que tudo que era da saúde, de relevância pública, e precisa ser preservado e cuidado nessa condição. Não podemos ficar somente com os louros dessa formulação, precisamos ficar com a responsabilidade ética de defendê-lo, mas defendê-lo como um projeto civilizatório, o seu financiamento, não só porque a Secretaria Municipal de Saúde precisa de dinheiro, mas porque as pessoas merecem, elas tem direito de ter níveis de saúde cada vez mais elevados, ter acesso aos serviços e as ações de saúde de que elas precisam, seja de que densidade for, sobretudo ter uma atenção básica forte, diferente do que foi feito nos últimos anos, onde primeiro se demonstra o financiamento, segundo se muda a regra de organização, terceiro se quebra o princípio da universalidade que estava centrado na Atenção Básica e a ABRASCO teve um papel fundamental nessa denúncia. E depois se publica um decreto privatizando, precisa voltar atrás que tem alguma reação. Não é possível ser profissional da saúde sendo somente um bom técnico de fisioterapia, bom técnico de medicina, bom técnico de enfermagem. Precisamos também exercitar a nossa cidadania e defender a institucionalidade democrática, porque não tem democracia se as instituições fizerem o que os interesses predominantes dos seus dirigentes produzem, não teremos justiça alguma se as pessoas são inimputáveis, porque elas são da família imperial. Não temos como dizer que a saúde é um direito das pessoas se somente um segmento da sociedade pode acessar. Gosto de falar do SUS porque isso nos fala de sermos não apenas bons técnicos de uma certa área do conhecimento, mas cidadãos e cidadãs no pleno exercício da cidadania, e a cidadania nunca foi só ter direito, foi ter um conjunto de responsabilidades. Eu diria que nesse momento a nossa responsabilidade muito grande é defender o Sistema Único de Saúde, as políticas inclusivas, porque a sociedade não é justa, portanto precisamos de políticas de compensação para melhorar os níveis de justiça ou de injustiça, que certas pessoas estão sendo submetidas. Mas também precisamos defender a universidade pública, os processos democráticos no interior das universidades públicas. Intervir nelas é um problema, e nós estamos tendo intervenções sucessivas. Nós precisamos defender a Fiocruz. A Fiocruz é uma entidade muito importante para o desenvolvimento científico e tecnológico brasileiro. Precisamos defender que o processo constitucionalmente democrático de eleições seja respeitado, a nomeação da pessoa que foi escolhida, diferente do que tem acontecido na maior parte das universidades. Nós também precisamos defender o trabalho docente. A constituição diz “o SUS é universal e a universidade precisa ter preservada a autonomia, e essa preservação da autonomia está assentada em duas ideias”, que nós não temos visto ultimamente. Uma delas é a função social da universidade, e a autonomia da universidade serve para ela ser o repositório de soluções de problemas da sociedade. E a universidade está sentada na autonomia pedagógica, do trabalho docente. Se a gente tem docentes que não ocupam esse lugar, é um problema. Agora, se não preservamos e nem

protegemos o trabalho docente dele ser atravessado por pequenos conflitos, que é o que costuma acontecer, também, dentro da universidade, mas também disputas externas, não conseguimos manter essa institucionalidade que estava prevista lá na Constituição de 88 e que tem um conjunto importante de problemas. Nesse momento, a crise está nos mostrando que temos problemas e que definitivamente não são a principal característica. O que é a principal característica é o investimento conceitual e pragmático que foi feito naquele período. E os problemas, como diz a professora Madel, as tensões com os cotidianos são um dispositivo de vitalidade do campo da Saúde Coletiva. Então, sejamos pesquisados e pensadores críticos, atores ativos nesse processo de aprendizagem porque, como diz o Guimarães Rosa, “o correr da vida embrulha tudo. A vida é assim, esquenta e esfria, aperta e depois afrouxa e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem”. É disso que eu estou falando, da coragem de ser estudante nesse tempo de pandemia e crise civilizatória de ser docente, mas, sobretudo, ser um cidadão ou cidadã que não tem medo das diferenças para se tornar mais forte, não tem dificuldade de conviver com diferenças éticas sustentáveis. Me empolguei, como estou enxergando só o meu rosto nessa tela eu estou achando que recém passou cinco minutos, mas tenho certeza absoluta que meu tempo só não foi sinalizado porque a Bruna e o Adrian são excessivamente generosos e estão me deixando falar bastante, mas eu insisto que vai ser mais legal se a gente puder conversar. Então, estou bem feliz de termos nos encontrado aqui, feliz de a gente estar em pleno começo de conversa, bem feliz de encontrar todos, encontrar a Gulnar, encontrar o Roger e de conhecer a Bruna e o Adrian, e imaginar que por trás dessa tela deva ter uma galera querendo conversar conosco.

**Roger:** Querido, muito obrigado Alcindo e Gulnar. Acho que além da generosidade da Bruna e do Adrian tem também o quanto estava bom te ouvir e ouvir a Gulnar. Isso contribui para que a gente vá se estendendo um tanto, embora ficamos apenas nos olhando nesse espaço, foi excelente. Quero agradecer e também - Gulnar - lamentar e desejar meus sentimentos pela morte do Hésio, acabei esquecendo de fazer referência a isso logo na abertura. Vocês colocam questões muito pertinentes e abrangentes para pensarmos o contexto atual e nos fazer pensar, nos desacomodar e - como o Alcindo disse - nos encorajar, é um momento para isso e as redes possuem essa possibilidade, de nos esperar e tirar forças para enfrentar esses dias que não têm sido fáceis. Temos algumas perguntas, mas primeiro quero colocar uma questão que cabe para nós todos pensarmos enquanto sujeitos nessa sociedade, mas obviamente é mais direcionado para o Alcindo e Gulnar, que são os nossos debatedores. A ABRASCO lançou em outubro deste ano um manifesto chamado “Ocupar Escolas, Proteger Pessoas e Recriar Educação”, e eu sempre tendo a pensar que a universidade tem um papel fundamental nesse momento de fazer resistência, e que ela fica um tanto

limitada com as possibilidades somente tecnológicas - resistências no sentido do sucateamento do SUS, da educação e do país como um todo. A Rede Unida - como o Alcindo bem colocou - vem se ocupando da temática da formação e da integração ensino-serviço ao longo dos últimos anos. Diante deste contexto, muitas universidades brasileiras estão fechadas desde março, fechadas enquanto espaço físico e apostando todas as fichas no ensino remoto, numa metodologia que muitas vezes é conteudista, não aquilo que o Merhy chama de “real virtual”, mas de apenas passar conteúdos para os estudantes. Isso, no meu ponto de vista, fragiliza as estratégias de fazer resistência. Estamos em um paradoxo. Queria perguntar, diante deste cenário de isolamento social mas ao mesmo tempo de importância de ocupar as universidades, como que conseguimos colocar em marcha isso, como retornamos as atividades educativas nas universidades - não educativas apenas aquelas de sala de aulas exclusiva no espaço restrito, mas no conceito mais ampliado de pedagogia e de estratégias pedagógicas que podemos adotar -, em que tempos que a gente precisa apostar para esse retorno e de que forma, como que a gente volta? Eram essas as questões que eu queria colocar para o Alcindo e a Gulnar no intuito de esquentarmos nosso debate.

**Gulnar:** Você lembrou bem Roger, a ABRASCO, junto com outras entidades da Saúde Coletiva e da educação - Rede Unida, Sociedade Brasileira de Bioética e Cebes - está trabalhando porque entendemos que essa questão não é só saúde, temos que trabalhar junto com os profissionais da educação para podermos construir uma proposta, que é reabrir a educação. Lançamos este manifesto que teve adesão de 60 entidades - tem mais entidades da área da educação do que da saúde - que procuram discutir a importância da educação no Brasil e o que é construir a educação. Neste documento - que chama como você mesmo falou: “Ocupar, Proteger e Recriar” - existe uma visão de que não dá para voltar se não tivermos todas as condições, e o movimento sindical acaba tendo posições de que “vamos querer tudo para que todo mundo volte igual”, e estamos discutindo isso e vê que não é bem assim, porque se a gente propões isso, só vamos voltar no ano que vem e não sei quando do ano que vem. E até lá o que vai acontecer? E não é só com os estudantes das universidades, é pensar a educação básica e fundamental, pensar o que está acontecendo com as crianças. Mas foi colocado que vamos pensar esse manifesto no sentido que a possamos também trazer as pessoas que não estão tendo esse entendimento. O manifesto vai ser apresentado novamente essa semana para várias entidades, e o que eles pediram foi a troca de “recriar a educação” para “valorizar a educação”, porque a educação no Brasil já vem sendo recriada há muito tempo e eu entendo essa preocupação. No entanto, estamos falando recriar no sentido da pandemia. Estamos trabalhando junto com a Associação Nacional de Pós-Graduação e Educação (ANPEd) e outras entidades para poder entender o seguinte: qual é o desafio hoje? Não dá

para a escola só pensar como volta, temos que estar muito juntos e com muito apoio da saúde. Mas não dá também para voltar de qualquer jeito, isso é uma construção que cada gestor local vai ter que ver o que falta nas cidades, nas escolas e o que se precisa, e isso tem que ser muito compactuado com as famílias pois são elas que estão mais sofrendo com isso. A quantidade de desemprego fazendo que as pessoas não tenham o que levar para suas casas e para seus filhos, tendo que voltar à qualquer custo e as crianças sozinhas é mais danoso do que o risco de se expor à pandemia. Temos que trabalhar na redução de danos, e o documento coloca isso bem claro. O que precisamos fazer observando a experiência de outros países? Não sei se vocês estão acompanhando a Europa, está voltando o lockdown - acabei de falar hoje com o pessoal da Inglaterra - mas as escolas fundamentais e básicas estão abertas, claro que com todas as exigências para se ter vigilância e monitoramento. Porém no Brasil existe um grande contraste: tem escolas que não possuem nem água, não possuem a menor condição para se fazer isso, é preciso construir soluções que podem ser feitas justamente com a parceria da saúde, temos os agentes de saúde, podemos buscar a estratégia de saúde de família para trabalhar junto. A escola é um espaço ótimo para rastreamos os casos e tentar diminuir a transmissão, porque se nos aproximamos e aparece um surto, acionamos a vigilância epidemiológica e com isso ela pode ajudar essa família para que condição de ter isolamento em casa. Se não tem condição é um papel do Estado garantir isso e é aí é necessário entrar o serviço social para saber onde que essa pessoa vai ficar e como vamos lidar com isso. É uma situação de muita necessidade de trabalho conjunto - dos nossos campos - da Educação, Saúde e Assistência Social. Esse é o desafio para o Brasil, se não enfrentarmos isso vamos ficar o ano que vem assim também. E o prejuízo disso é um adoecimento mental, psicológico e emocional, inclusive entendendo que a escola é um lugar de organização da sociedade - é estruturante - e a saúde da família pode colaborar demais. Então a proposta do manifesto é isso: sair de apenas saúde para construir junto com a educação uma proposta, esse é o desafio do documento. Se tratando de universidades precisamos também pensar, mas o desafio maior é de fato no ensino elementar fundamental.

**Alcindo:** O documento foi uma excelente iniciativa, pois coloca questões bem importantes. Gulnar fez uma síntese dos principais problemas do bloco Educação e da nossa interface então não vou repetir isso. Eu tenho estudado o sistema de outros países, sobretudo na Itália onde tem uma rede de pesquisas atuante e estamos em contato semanais onde é levantado questões e produções. Eles estiveram no nosso congresso com atividades importantes. A região da Emília-Romanha - região que mais estudo - começou o fechamento progressivo desde a semana passada e está mantendo as escolas. Sabe qual é a diferença entre um governo responsável, não genocida? As escolas na Emília-Romanha garantem, na

farmácia da esquina, pois não possuem um sistema de atenção básica tão importante, prioridade para testagem dos familiares das crianças que estão nas escolas, que uma vez testados, uma vez sintomáticos, esses sujeitos possam ter atividade escolar em casa. Ou seja, fazem como política governamental o que alguns professores - bravamente - estão fazendo no seu cotidiano, que é quando não consegue fazer um ensino remoto, imprimem e fazem chegar na casa dos seus alunos que moram em condições de vulnerabilidades, sendo elas o fato de na mesma casa possuir apenas um celular para ser usado com quatro crianças ao mesmo tempo com atividades remotas. Em relação à educação por um todo não tenho a menor dúvida. Quero falar especificamente sobre a formação na saúde. No Conselho Nacional de Saúde, de março até agora, foi lançado alguns manifestos e recomendações que dizem o seguinte: em primeiro lugar, é oportunismo dizer que, como tem pandemia, vamos migrar para o ensino à distância, as tecnologias EAD que estamos habituados - não só na área da saúde - universidades empresariais têm usado para ganhar escala, e para isso elas precarizam o trabalho docente e aumentam o número dos alunos para distribuir diplomas no final. A dicotomia colocada na conta da pandemia é falsa, pois ela já existia antes com um processo de expansão que é absolutamente visível. Na saúde somos radicalmente contra desde o começo dizendo o seguinte: acumular conhecimentos e domínios tecnológicos é uma das habilidades que nós precisamos, mas necessitamos dominar também as tecnologias leves, nas quais - explicadas por Merhy - produzimos na sensação que dá o corpo do usuário pedindo cuidado. Tenho a felicidade de ter na inserção da pós-graduação um conjunto precioso de orientandos que me trazem problemas que são de fora da minha capacidade, portanto vou aprendendo. Eu vi o Adrian e me lembrei das fisioterapeutas que passaram na minha orientação e me mostraram uma saúde que é absolutamente verdadeira mesmo quando uma intercorrência da vida no sujeito biológico leve a uma imobilidade. Portanto, aprendi que a vida ideal - que vimos na novela - só acontece no Projac. Não acontece no cotidiano e o profissional de saúde precisa lidar com essas variações do ideal, essa é a nossa função. Precisamos - profissionais de saúde - saber o que fazer até mesmo na hora de uma pandemia, portanto, é precioso esse tempo da pandemia mas nós precisamos de um trabalho protegido. Graças a essa incivilidade que tem sido patrocinada regularmente no Brasil, o trabalhador de saúde está sendo assediado. Tivemos um 1º de Maio que pela primeira vez não se comemorou o trabalho que produz riqueza, se comemorou o trabalho essencial - que ajuda as pessoas a sobreviverem. Teve médica no Rio de Janeiro que apanhou porque foi dizer para a algazarra que acontecia ao lado de sua casa que não podia acontecer, pois as pessoas estavam sendo expostas a riscos. Veja, a vulnerabilização do trabalho essencial não é uma característica, é uma produção social que está sendo feita num contexto muito específico no Brasil por nossa liderança - infelizmente -, que produz em outros lugares

que dizem que não é nada. Portanto, o trabalho que cuida das pessoas e que não tem nada também é um trabalho que vale nada. Por outro lado, fomos aprendendo que essas crises sanitárias - que viram crises humanitárias - acontecem regularmente, tivemos a “boate Kiss” um tempo atrás que produziu uma convulsão e teve mais visibilidade porque uma boa parte das vítimas fatais daquela irresponsabilidade foram estudantes da Universidade Federal de Santa Maria, e a partir disso organizou um ambulatório que está pesquisando e aprendendo até agora. Estamos enxergando a pandemia pelo pico agudo, mas já sabemos que a COVID-19 produz sequelas que vão acompanhar o serviço de saúde ao longo das próximas décadas. Então, o que estão dizendo é que - em primeiro lugar - a cautela de suspender as atividades presenciais diante de uma incapacidade institucional de proteger os estudantes, professores e trabalhadores é da ordem do bom-senso. Ressalto que não é contra o bom-senso que estou me colocando aqui, e só dizer que precisamos enxergar essa ação como uma intercorrência do contexto, no qual não conseguimos assegurar isso e onde na crise de civilidades os trabalhadores de saúde estão sendo assediados e agredidos. A segunda coisa é que as universidades e os sistemas locais de saúde precisam entender que a formação integrada significa aprender nessas condições. Na Mostra o Brasil foi emocionante. Ver os trabalhadores de saúde bucal - uma área de muito risco - organizando os ambientes de trabalho de tal forma que logo depois do primeiro impacto que travou tudo, conseguiram retomar gradativamente, fazendo intervenções no ambiente de trabalho como medidas de proteção coletivas. O trabalho em saúde precisa ser preservado, porque se ele não for protegido vai faltar especialista em intensivismo para UTI. Mas uma pandemia não é contida somente com leitos de UTI, precisamos da Atenção Básica. Se a atenção básica não estiver funcionando, só vai sobrar UTI e o problema é que não tem UTI para todo mundo, e quando chega a maioria das pessoas acabam tendo sequelas ou indo a óbito. Então o sistema que se sustenta na visibilidade da UTI não é um paradoxo, é uma falsidade, ou seja, quem estiver em grupos de maior vulnerabilidade precisa fazer trabalho remoto. É irresponsável aquele chamado “Brasil Conta Contigo” em que coloca estudantes em riscos sem o menor planejamento, apenas para produzir uma manchete positiva, no caso uma notícia falsa que é o que estamos habituados. Porém, não dá para perdermos essa possibilidade - garantidas as proteções aos estudantes e professores -, não podemos desativar a aprendizagem prática, seja de estudante ou residente. Porque trabalhar na pandemia é trabalho em saúde, não é trabalhar nas férias, trabalhar e aprender na pandemia de COVID não é só para a pandemia de COVID. Fiz esse recorte para dizer que a educação, escolas e universidades precisam ter um olhar muito cuidadoso e cauteloso como todos os demais trabalhos. Não conseguimos proteger os trabalhos essenciais por conta da irresponsabilidade das pessoas e resolvem que seu sofrimento é mais importante que o de todo mundo e também por que

isso está com um patrocínio governamental explícito. Feitas todas essas ressalvas, não dá para virtualizar a aprendizagem prática! Telessaúde é um trabalho em saúde e tem um pedaço disso que é legal, que aprendemos e que está servindo também - é fundamental que tenhamos a capacidade de aprender isso -, entretanto tem a aprendizagem que é do cuidado individual e coletivo, do contato cotidiano. Possui dois fatores importantes para esse trabalho singular que é o da relevância pública que a constituição estabeleceu, o trabalho essencial que precisa ser preservado na pandemia com absoluta segurança, mas não é possível que a gente desative o serviço. Quando descubro que alguém fechou uma Unidade Básica de Saúde ou que priorizou não mandar equipamento de proteção individual, ou que priorizou não encaminhar para a Atenção Básica e pontos de Atenção em Saúde no território, fico pensando que essa pessoa deve ser um técnico em alguma das nossas profissões e não se deixa atravessar pela Saúde Coletiva e não participou dos últimos 30 anos de discussões sobre a importância de domínios compartilhados na aprendizagem da diferença. Para esses trabalhadores eu recomendo a leitura das recomendações do Conselho Nacional de Saúde que falam que a aprendizagem prática na saúde é insubstituível por qualquer atividade remota, porque é na sutileza do contato que a gente aprende. Tem um conjunto dessas aprendizagens que tem uma camada tecnológica possível, mas tem outras que a Unidade Básica precisa funcionar, o campo de aprendizagem prática precisa ser mantido e nós precisamos de proteção, até porque precisamos aprender quais são essas medidas de proteção para que na próxima pandemia, crise sanitária, não serão as pessoas da minha geração ou da geração da Gulnar que estarão aí para ajudar a pensar nisso. Provavelmente vai ser a geração de vocês, os mais jovens. Temos que brigar por isso, pois aprender as melhores soluções significa obrigar o poder público a disponibilizar as melhores soluções para todas as pessoas. É isso que precisamos aprender, porque quando vocês forem secretários de saúde, diretores e Ministros da Saúde e da Educação, é fundamental que vocês tenham essa clareza (risos). E quando vocês forem Presidente da República, por favor, não nos envergonhem como estamos sendo envergonhados atualmente.

**Bruna Mascarenhas:** Perfeito, Alcindo e Gulnar. Primeiramente, gostaria de destacar algumas falas potentes que eu anotei durante essa aula: Quando o Alcindo se refere à cidadania como conjunto de responsabilidades e lembra da importância do nosso voto e de exercer nossa responsabilidade cidadã nessa época eleitoral, sempre buscando saber quem são nossos candidatos e se eles realmente defendem o fortalecimento do SUS; também destaco a fala da Gulnar que se refere às escolas como espaços estruturantes para a organização da sociedade, entendendo-as como espaços coletivos de estudantes e professores onde acontece a educação e podemos nos enxergar nesses espaços. Então, agradeço

vocês pela potência das falas e colocarei algumas perguntas enviadas por nossos telespectadores. A primeira, na verdade, é uma síntese entre a pergunta da Daniela Varela - “com esse retrocesso do governo federal em aceitar ajuda externa para possíveis vacinas contra a Covid-19, quais são os cenários para o SUS em 2021?” - junto com a pergunta da Virgínia - ”gostaria de ouvir vocês sobre esses últimos movimentos políticos no mundo. Podemos ter alguns suspiros esperançosos de novos tempos?”.

**Alcindo:** O movimento brasileiro em relação à vacina é vergonhoso por parte da ordem da moral, mas também é criminoso por ordem da ética da vida. A perspectiva de superação dessa pandemia não é com medicamento produzido, é por vacina! Isso não foi aprendido na semana passada. A saúde aprendeu isso faz bastante tempo, então a negação da vacina é criminosa, e mais criminoso ainda é o movimento que o governo está fazendo contra a Fiocruz - um dos lugares de produção de vacina - com um constrangimento e ataques por conta do processo eleitoral. Abraço a Fiocruz todos os dias - simbolicamente -, em especial a Nísia que é a presidente, para que ela resista. Como diz o Mário Quintana, esses tempos passarão, e nós passarinho (risos). Sobre os movimentos no mundo, poderia falar das últimas eleições à nossa volta, mas não vou falar disso. No final do ano passado, estive em um período de uma sucessão de eventos na Itália, no qual a eleição regional italiana estava tendo um movimento forte - nas pequenas regiões - de alta visibilidade desses discursos contra a vida que são próprios da extrema direita. Porém, surgiu uma novidade nesse cenário, os jovens, que inventaram um movimento chamado “Sardinhas”, no qual invadiam comícios que haviam discurso contra universidades, sistema de saúde, mulheres, negros e imigrantes. Espalhava-se - rapidamente - pela internet um convite que dizia o seguinte: naquela praça - que ia acontecer o comício - dizem que cabem 3 mil pessoas, nós suspeitamos que caibam 5 mil, e apareciam 10 mil jovens que se comprimiam como sardinhas, tinham uma agenda política muito mais lúdica e que quando alguém queria dominar a conversa - pela ordem da instintualidade doentia - era retirado. As pessoas diziam que não queriam se filiar à instituição nenhuma, só não queremos que o nosso Estado assuma o discurso de exterminar a vida de todo mundo, porque quando diz que a natureza, universidade, escola e sistema de saúde não são nada, o que está sendo combatido é a possibilidade objetiva da vida das pessoas. O que essa menina fez? Inverteu as eleições na Itália inteira. Gulnar lembrou bem, estamos há uma semana das eleições, e não podemos invadir as praças mas podemos fazer essas invasões virtuais dizendo o seguinte: defende o SUS e a educação? Se não defende, não importa que seja no âmbito municipal, importa que esse discurso que combate a vida das pessoas não pode passar, pois somos uma sociedade que se pretende democrática e que sabemos que se não se importar com a vida de alguém a fila anda e nós podemos

ser os próximos a ser colocados nesse local de vulnerabilidade. O movimento dos “Sardinhas” - na Itália - ou qualquer outro movimento de resistência estão na fase do desabrochar. E sabem que tem uma galera que está querendo exterminar a vida de todo mundo, inclusive a possibilidade que cada um tem de contribuir de forma substantiva para o mundo. Porque eu não sei se nessas 160 mil pessoas que morreram - os 80% que poderiam não ter morrido - se não tinha algum gênio da química, medicina, fisioterapia ou da enfermagem. Portanto quando fazemos de conta que só foi uma estatística - um a mais numa conta - podemos não se dar conta que não foi só uma história, família, grupo de amigos ou uma possibilidade objetiva da nossa vida coletiva ser melhor. Passou e a gente nem sofreu o suficiente para nos mobilizar e deixar que essa fila ande. Nos tempos mais duros e fascistas da história da humanidade essa negligência com a vida já se repetiu, e só foram interrompidas pela movimentação, pressão e expressão da diversidade. Ou seja, a minha resposta é: eu estou acreditando na rapaziada (risos).

**Gulnar:** Primeiro falando da vacina. Estamos discutindo muito essas questões na ABRASCO, inclusive emitimos uma nota técnica onde colocamos o nosso posicionamento. Mas o que é importante considerar e entender? O Programa Nacional de Imunização Brasileiro é um dos melhores do mundo. É claro que passou por problemas nos dois últimos anos, detectamos isso e, inclusive, denunciou e cobrou. São problemas que fizeram com que a cobertura de algumas vacinas no Brasil caísse, como a do Sarampo. Ao mesmo tempo, é importante que vocês estudantes possam multiplicar e discutir isso. Uma das coisas que ocorreu na época quando a gente começou a ver a cobertura caindo foi o movimento anti-vacina. Esse movimento é observado na Europa, um pouco na classe média com pessoas mais escolarizadas que tinham alternativas na vida e que poderiam se proteger de uma forma diferenciada. Mas não achamos que esse foi o motivo pelo qual as coberturas caíram. Não foi suficiente, não teve impacto na população como um todo. Por que? A população como um todo no Brasil sempre aderiu muito bem à vacinação. Se for dado o cuidado e explicado o que é, se abre os centros de saúde e das unidades básicas oferecendo vacinas no horário diferente para quem trabalha, abrindo nos finais de semana, fazendo campanhas aos finais de semana, a população vai se vacinar. Sempre foi assim! O que fez a cobertura cair foi dificuldade e problemas no próprio abastecimento, transporte e distribuição, e, sobretudo, ataques na Atenção Primária. Na hora em que se desmonta uma equipe, na estratégia da saúde da família, vai ter consequências, e uma das consequências é a vacinação. Essas pesquisas começaram a ser feitas agora, em relação à COVID, porque tem algumas pessoas que falam “vacina não”, na qual foi mostrado que uma porcentagem da população não quer ser vacinada. Eu não acredito nesses dados. Eu acredito que na hora que a vacina

for disponibilizada e chegar às pessoas, todo mundo vai querer ser vacinado, porque todo mundo quer voltar à vida normal. Isso é *fakenews*, ou uma falsa verdade. Não é verdade que a população não irá aderir, porque ela vai. Só que não temos que politizar isso, não precisa ser briga. São Paulo com o Governo Federal, por exemplo. Não temos que entrar nessa briga. A vacina que tiver disponível, comprovada a eficácia e aprovada pela Anvisa, o que tiver precisa sair. Precisamos garantir a quantidade necessária, e ponto final. Esse é o nosso ponto de vista. Tem que passar pelas etapas para mostrar segurança e eficácia. Agora, o outro lado disso. Vocês perguntaram como será 2021. É possível que tenhamos uma vacina no início do ano que vem. Ou até mais de uma. Vamos tentar todas, uma vez aprovadas pela Anvisa. Só que a vacina não irá resolver o problema total da pandemia. Não dá para esperar isso como uma bala mágica, não existe bala mágica para essa pandemia. Vai ser a vacina, a gente se preocupa com a escola, com a Atenção Básica, cuidar da população doente - já que a população brasileira é muito doente. É isso que irá ajudar. E isso se dará por meio de uma comunicação clara com a população, o que não está ocorrendo. A comunicação possui duplo sentido, duplas direções. Você passa mensagens truncadas e mensagens erradas quando se tenta um medicamento que não dá certo, quando se diz que a “epidemia está controlada”. Outro dia eu ouvi isso, o presidente dizendo que a pandemia estava acabando. A pandemia não está acabando no Brasil! Vocês estão vivendo aí em Santa Catarina que está tendo aumento recente, em Pernambuco a mesma coisa. Ela não está controlada, porque não tínhamos um plano integrado de atuação. Então, o que eu acho é que a gente terá que contar com a vacina, ter prioridade para quem será vacinado, porque não teremos 200 milhões de doses agora. Dentro dessas prioridades, temos que saber que os profissionais de saúde e as pessoas mais idosas estarão na frente. E não podemos relaxar o resto. Mas para não relaxar, temos que ter garantia de proteção social. As medidas de proteção social precisam chegar a todos que precisam. Lanço um desafio - já que nós somos responsáveis por multiplicar esse entendimento - de não ficarmos passando para a frente que a população não quer ser vacinada. Não é verdade isso. Não passar para frente que “a vacina tal é melhor que a tal”. A vacina que a Anvisa aprovar e que mostrou evidência científica de eficácia - sabendo que a eficácia não será tão alta como a vacina do sarampo - mas com uma vacina com eficácia de 60%, que é a eficácia da vacina da Influenza, e a vacina da Influenza diminuiu muito o número de complicações de gripe em pessoas idosas e com comorbidades. Eu posso falar isso porque o que eu observo que é verdade já foi comprovado. Dessa forma, temos que garantir todas as medidas de saúde pública. Que bom que a vacina vai chegar e que seja mais de uma, pois aí aumentamos o acesso. Mas todo mundo que estiver na lista de população alvo precisa ter acesso à vacina, independente do Estado, independente se é vacina chinesa ou de Oxford - não interessa. Ela precisa passar por esses passos todos, e devemos so-

licitar isso. É um ponto muito sensível e é uma falsa discussão. Eu confirmo com vocês, é uma falsa discussão. A gente precisa superar isso. Ok? Está disponível no site todo o nosso posicionamento em relação a vacina e ficamos o tempo todo atualizando os dados à medida que aparece mais informações. A outra coisa é em relação à esperança. Entendo que a esperança é tirar o presidente que, novamente, está fazendo um desserviço para o Brasil e para o mundo inteiro. O que eu posso dizer é que temos um contexto mais favorável para mostrarmos o lado certo. Foi o que aquele locutor da CNN falou: agora fica mais fácil dizer para os nossos filhos o que é ser um homem bom e exigir que todo mundo seja tratado com respeito. É isso que temos que pensar, o contexto melhorou e vamos aproveitar esse contexto. Vamos mostrar que, seguindo a ciência, fortalecendo o SUS, defendendo a vida e garantindo acesso aos serviços que precisamos, como saúde, mas, principalmente, acesso à comunicação correta. Nós profissionais da saúde podemos explicar isso.

**Adrian:** Gulnar e Alcindo, muito obrigado. Foi perfeita a fala de vocês. Temos muitas outras perguntas, nas quais ficaríamos até amanhã para sanar e não liberaremos vocês nunca (risos). Assim, gostaria de agradecer a vocês dois pela presença, foi maravilhoso encerrar as aulas do semestre com representações de duas grandes instituições.

**Bruna:** Também agradeço a presença de vocês aqui, e fico muito feliz pela oportunidade de estar podendo conversar com vocês diretamente. Foi excelente, eu aprendi muito e espero que todos tenham aproveitado assim como eu.

**Roger:** Estou muito feliz em ouvir vocês e ver, especialmente o Adrian e a Bruna, conversando com pessoas as quais me espelho muito. Colocar essa roda toda em conversa, conexão e articulação. Então, Bruna e Adrian, obrigado, em nome de vocês todos os estudantes. Alcino e Gulnar, foi incrível essa noite! O Ailton Krenak, que eu comecei falando no início, naquele livreto dele maravilhoso com as ideias de adiar o fim do mundo, ele nos diz que uma das ideias é contarmos uma história. Então, acredito que nessa noite, conseguimos adiar um pouco o fim do mundo com as composições de todas as histórias que vocês nos narraram aqui. Um beijo para todos vocês, Gulnar e Alcino, Adrian e Bruna, e a todos que nos acompanharam. Lembrando que estamos todos à disposição, a UFSC Araranguá, embora pequena perto das instituições que vocês representam, generosamente nos colocamos à disposição de diálogo. Muito obrigado.

**Gulnar:** Eu que agradeço. Muito obrigada. Em nome da ABRASCO, é um prazer estar aqui com vocês. Estamos disponíveis.

**Alcino:** Também agradeço. Roger falou do Krenak e eu ressalto que - como eu sou editor da Rede Unida - a editora é de acesso aberto, então fiquem à vontade para passar adiante e consumi-la. Foi lançado - recentemente - um livro pelo professor Merhy, e também possui mais de 200 títulos para vocês acessarem. Então, para não gastar no xerox - já que as árvores estão sendo destruídas por motivos menos nobres - acessem a biblioteca virtual da editora e consumam bastante os livros. Um super beijo para vocês e muito obrigado pelo convite Adrian, Bruna e Roger.

# Saúde Coletiva numa hora dessas?

*Adrian Thives de Bona Sartor*

*Edson da Silva Santos*

*Karine Pires Costa*

*Laura Bortolozzo Leitão*

*Letícia Oliveira Marx*

*Luiz André Prange*

**Adrian:** Boa noite, pensando nesse primeiro ano de pandemia, com as inúmeras mudanças no ensino e nas expectativas de construção de ensino, convido os coordenadores da liga a compartilhar as experiências vividas no planejamento e execução das atividades de ensino desenvolvidas pela Liga Acadêmica Multidisciplinar de Saúde Coletiva no semestre de 2020.<sup>1</sup>

**Letícia:** Ótima ideia. Nesses dias mesmo estive pensando como foi e está sendo desafiador a implementação do ensino na forma remota. Sempre tive a visão de que as ligas acadêmicas seriam formas de proporcionar conhecimento de maneira mais dinâmica do que nas aulas curriculares. O contato próximo com professores e especialistas das áreas, as conversas nos corredores, em algum grau, também geram ensino. No entanto, com a pandemia e a impossibilidade de nos encontrarmos, tivemos que proporcionar conhecimento da mesma forma que nas disciplinas do curso, por meio de aulas expositivas no *YouTube*.

**Laura:** Com certeza, acredito que essa é uma das grandes limitações do ensino remoto. O modo de produzir ensino acaba tomando formas definidas, o que de certa maneira gera um produto mecanizado, como são as aulas expositivas. Lembro de quando estávamos planejando como iria acontecer os encontros, chegamos a debater sobre esses assuntos, se faríamos em uma plataforma pequena para manter o contato mais próximo e acabaríamos por limitar o público, ou abriríamos para o Youtube gerando encontros mais formais, entretanto com um maior número de pessoas. Mas de qualquer forma, sinto que acertamos. A aceitação daqueles que nos acompanharam reflete isso, já que toda segunda-feira, às 19h, sabiam que tinham um encontro marcado com a gente.

**Letícia:** Cada encontro foi muito rico. No entanto, como a liga é um movimento de estudantes, com o objetivo de melhorar a educação dos estudantes, infelizmente não conseguimos atingir a todos. O meio digital nos permitiu aproximar

peças de todo o Brasil, que talvez seria difícil na forma presencial, mas, ao mesmo tempo, o método que nos era possível com essa pandemia gera uma segregação ainda maior em quem já é vulnerável. E esse é um dos inúmeros problemas do ensino remoto. Por exemplo, você diz que toda semana quem nos acompanhava sabiam que tinham um encontro conosco, ou em outras palavras, “faça chuva ou faça sol” ligavam no nosso canal do YouTube. Mas, brincando um pouco com o trocadilho, nem sempre quando fazia chuva conseguavam, não é mesmo? (risos). Nós, como estudantes, nem sempre temos os melhores equipamentos eletrônicos ou a melhor rede de internet, e quando vinha um evento ambiental adverso, na maioria das vezes, nós estudantes somos os mais afetados. Pensando nisso, acredito que fomos muito felizes quando decidimos estender o número de dias para os ligantes assistirem às nossas aulas e preencherem o formulário de presença, e tornar mais humano esse processo tão difícil.

**Edson:** Pra mim foi tudo novo. Eu nunca havia participado de uma liga acadêmica enquanto membro da diretoria e o sentimento era de nervosismo e ansiedade, afinal a gente quer que tudo funcione direitinho, que os ligantes consigam aproveitar ao máximo o conteúdo ministrado. Ainda que com os contratempos impostos pela pandemia, como vocês muito bem apontaram, devemos reconhecer que ela representou um certo impulso para que as atividades começassem a funcionar. Numa época de isolamento físico, com todo mundo em casa, as circunstâncias eram favoráveis para convidarmos algum professor que, mesmo de longe, poderia ministrar sua aula online e transmitida pelo *YouTube* sem restrições de público. Nesse sentido, o “M” de nossa sigla significando multidisciplinar foi algo muito marcante, considerando a integração mais do que necessária entre os dois cursos de saúde do campus: Fisioterapia e Medicina. Infelizmente, a pandemia impediu o contato mais próximo que queríamos entre nossos colegas, mas apenas por enquanto. A sensação, não vou mentir, é de dever cumprido, mas também de dever para o futuro, pois eu quero ver essa Liga funcionar presencialmente. Quero aulas em power point que o ministrante tem dificuldade de manusear, pessoal chegando com café na mão, alunos que se atrasam, salas cheias com um ventilador trabalhando, uma boa discussão entre ligantes e professor ministrante. Só posso esperar que esse futuro esteja próximo.

**Luiz André:** Estamos contando os dias para o retorno das atividades presenciais, e com saudades de quando o maior uso de tecnologia numa sala era o powerpoint, quando necessário. Agora essas ferramentas são essenciais para que essas salas de aula, espaços formativos, encontros existam e da mesma forma que aproximam as pessoas afastam aquela interação espontânea, imediata que existe no modo presencial. E como fugir disso nessa metodologia limitada? Na época em que planejamos o semestre, as atividades de ensino da UFSC ainda

não haviam retornado e tivemos de pensar não apenas as questões de ensino mas também a metodologia que seria usada, plataforma, frequência, então era tudo meio novo para nós, habitar como protagonistas nesse processo formativo na elaboração deste semestre, pensar quais limitações nossos pares estudantes teriam que talvez não tivéssemos. Tudo isso era trazido em reuniões que antecederam o início das atividades, para que o espaço construído tivesse potência e desse conta da pluralidade das demandas de cada ligante vinculado à liga. E a primeira delas foi construir atividades e um espaço multidisciplinar, como já dito antes nossa liga tem alunos dos cursos de fisioterapia e medicina, e aproveitando o uso do alcance da tecnologia queríamos fazer também um espaço interessante a outros profissionais ou pessoas ligadas à área da saúde, o que enriqueceria o debate e as questões trazidas sempre ao final das aulas. E nisso fomos muito felizes, conseguimos ter a presença de conteúdos e professores que não só forneceram uma base teórica no campo da saúde coletiva, desde sua epistemologia, passando pelo tripé que sustenta esse campo, Epidemiologia, Gestão e Ciências Humanas, a presença da saúde coletiva em políticas públicas, finalizando com a presença de duas grandes instituições da saúde coletiva, Rede Unida e ABRASCO. Mas, a todo encontro também se buscava contextualizar temas atuais que fossem transversais aos do encontro em questão. Em um destes encontros em específico, no qual pude participar como mediador, sobre a humanização do cuidado em saúde, o professor Carlos Severo lança a provocação sobre o tema com a pergunta “Por quê humanização numa hora dessas?” se referindo ao período da pandemia em que estamos vivendo. E nesse mesmo intuito também gostaria de provocar os meus colegas: “por que Saúde Coletiva numa hora dessas?”. Qual a importância desse campo, desse espaço formativo na atualidade que nos fez querer aprender mais e multiplicar com nossos colegas.

**Karine:** Acredito que a saúde coletiva nos é apresentada como uma forma de esperança. Como alunos de uma universidade pública, estudantes da área da saúde, vemos de perto as inúmeras tentativas de desmonte nas áreas da saúde e educação. Assim como a desvalorização da ciência, quando assistimos de camarote os cortes de bolsas para pesquisadores, quando mais foram necessários. Mas apesar de todo o contexto ser desfavorável, tivemos resultados e experiências muito enriquecedoras em meio a tudo isso. Nos unimos à LASAC - Liga Acadêmica de Saúde Coletiva do campus Florianópolis, e tivemos a oportunidade de ter aulas e discussões com professores de outro campus, assim como grandes nomes da área da saúde coletiva. Os temas debatidos complementam nosso currículo, tão “biologicista”. Voltando ao questionamento do Luiz e do professor Carlos, a Saúde Coletiva, assim como a humanização, fazem parte de uma formação mais acolhedora, de profissionais mais atentos ao próximo, mais empáticos à dor do outro, e conscientes que o conceito de saúde vai muito além

de um consultório. Como parte da liga, compartilho do mesmo sentimento do Edson, sinto que podemos fazer mais, que temos muito à oferecer e à aprender uns com os outros. Enquanto isso, aguardamos ansiosamente pelo dia em que poderemos nos reunir de forma presencial em uma sala de aula novamente.

**Laura:** A Saúde Coletiva nesse momento tão conturbado é um grito de resistência. É saber que a sociedade tem mazelas mais profundas das quais são pouco palpáveis, mas muito visíveis. E criar um conjunto de pessoas, um coletivo, como fizemos, para estudar esses assuntos é uma forma de avisar o mundo que estamos enxergando cada determinante presente na vida da população, e por mais que estes não tenham tratamentos e protocolos convencionais para serem alterados, é mostrar que estamos fazendo algo para que essa demanda seja atendida. Em tempos em que as desigualdades e as vulnerabilidades tomam roupagem tão significativa, como em uma pandemia, a saúde coletiva torna-se, respondendo a tua pergunta Luiz, uma rota de escape para que esses assuntos sejam debatidos com maior intensidade. Ajudando ativamente na construção de indivíduos com senso crítico frente às realidades vividas no país. Assim, durante todas as aulas conseguimos com sucesso realizar essa missão, trazer reflexões e realizar discussões que instigaram grande parte daqueles que tiveram conosco em cada encontro e isto ficava mais visível ainda ao final de cada aula, onde o chat, nosso meio moderno de comunicação, encontrava-se com comentários e elucidações sobre o conteúdo abordado na semana.

**Letícia:** Exatamente isso meninas. O Luiz pergunta “Por que saúde coletiva numa hora dessas?”, e eu devolvo com um “Como não ter saúde coletiva nesse momento?”. Com o tripé, que já mencionado, conseguimos entender com maior discernimento o quanto são importantes as medidas desse campo desde o início da pandemia. A constatação, por meio da produção científica, nos apresenta dados confiáveis a respeito das medidas de segurança social - como isolamento, uso de EPIs, quarentena para os contaminados; rastreamento das possíveis pessoas que entraram em contato com o infectado, para um controle da disseminação do vírus, entre muitas outras medidas simples de serem implementadas. Todos esses conhecimentos são realizados por meio de pesquisas feitas pelo campo da saúde coletiva, que seriam essenciais para que a crise sanitária não chegasse na proporção que está hoje. Na atualidade, já batemos a marca de quase 500 mil mortos. É uma perda inexplicável de pessoas. E durante as aulas do semestre, muitos dos nossos palestrantes já previam que a pandemia não estava perto de acabar - que não estava controlada, como muitos falavam - que haveria um movimento anti-vacina, que o SUS estaria à beira de um colapso. E agora, em 2021, estamos em um atual cenário onde existe um governo que não apoia a vacinação nacional e a nação próxima de enfrentar uma terceira onda no

número de casos. Dessa forma, caso tivesse sido realizado um real plano nacional para o combate da COVID-19, maior parte dos gestores seriam profissionais da Saúde Coletiva, e possivelmente não teria sido essa catástrofe nacional. E com essa visão, observo o quanto a nossa liga contribuiu para alertar aqueles que conseguiam ter acesso às aulas. Entendo que não teríamos poder de mudar o atual cenário nacional, mas os pequenos grupos de estudantes e a comunidade que tiveram acesso ao conteúdo, tiveram a chance de serem alertados e cuidar da maneira possível daqueles que estavam à sua volta.

**Adrian:** Falar sobre o nosso semestre me faz ter um sentimento parecido com o que o Edson comentou, uma mistura de felicidade, por conta da potência dos encontros que organizamos, com frustração, devido ao meio não presencial e limitado que estamos submetidos. Tocando no assunto do ensino remoto, reconheço a importância do uso de tecnologias como uma ferramenta de auxílio nos estudos. Entretanto, o cenário não é de uma ferramenta extra, e sim de uma estrutura que tem como protagonista central as máquinas, na qual precariza tanto o trabalhador quanto o estudante. Alcindo Ferla - em sua aula -, fala que a dicotomia colocada na conta da pandemia é fraudulenta, pois esse processo de expansão do ensino a distância é claramente visível e já vem de muito antes da era pandêmica. Quando falamos do EAD, falamos de um ensino conteudista e tecnicista, porém, a formação em saúde, além disso, é investir e exaltar o afeto, a solidariedade, integralidade, equidade, tecnologias leves e principalmente o Sistema Único de Saúde. Então, respondendo à pergunta do Luiz, de porquê saúde coletiva numa hora dessas? eu diria Resistência! Pois no meio de uma crise humanitária e sanitária onde o inimigo, além do vírus, é o Presidente da República, se torna um dever moral de todos nós estudantes, futuros profissionais de saúde e cidadãos, tencionarmos e resistirmos contra todo esse retrocesso.

**Karine:** Além disso, em meio a tudo isso, ainda vivemos e presenciamos a dor e o luto daqueles que perderam seus entes queridos. Hoje com um pouco mais de um ano de pandemia, penso que muitos de nós experimentamos o sentimento da finitude das coisas, solidão, impotência, medo e receio por uma realidade que mudou tão depressa, sem nenhum prazo de quando isso fosse terminar. Sabemos das dificuldades pelas quais os estudantes e professores passaram e ainda passam, afinal, cada um tem uma realidade e uma dinâmica de vida diferentes. Admiro aqueles que rapidamente conseguiram se adaptar, continuaram produzindo, quem sabe até mais do que o normal no modo EaD, e geraram resultados e conteúdo. Mas sei também que o isolamento afetou mais a uns do que outros, para aqueles que não conseguiram se adaptar tão bem, seja por falta de recursos, de tempo, de saúde mental para conseguir acompanhar tantas mudanças, compreendo que cada um tem o seu tempo de adaptação. Minha admiração por

não desistirem. Vivemos um momento de exceções e restrições, todos demos o nosso melhor. Espero que ao longo desse semestre de reuniões e aulas, tenhamos conseguido fomentar discussões além dos horários já previstos dos nossos encontros, que nossos debates tenham causado reflexões em cada um que participou, e que de alguma forma possamos ter contribuído com uma formação mais acolhedora e humanizada aos nossos ligantes.

**Letícia:** Com essa perspectiva trazida pela Karine, sobre a forma com que as pessoas foram afetadas nesse período pandêmico, é possível afirmar que um dos grupos prejudicados em grande escala foram os estudantes. Muitos batalharam por anos para conseguir entrar em um curso superior, principalmente público devido à falta de condições financeiras de pagar uma formação, e poder viver como universitários. Nesse período espera-se estar dentro de uma universidade, ser inserido em grupos sociais, ter vivências de ensino. Além disso, como a maior parte dessa população é jovem - grupo com grande poder de socialização, expectativas de ir para festas e eventos - o início de uma pandemia gera uma quebra de expectativa, um sentimento de perda de vida, devido a necessidade de manter isolamento, gerando sofrimento para muitos estudantes. Além desses fatores inerentes que classificam jovens estudantes como alvo de problemas na saúde mental, é necessário ter em mente os grupos vulneráveis já socialmente prejudicados - como negros, indígenas, mulheres - que possuem ainda mais riscos de desenvolverem transtornos de saúde. E com essa perspectiva me faz comentar um dos nossos grandes papéis como liga nesse período de pandemia, falar de temas que possivelmente podem afetar aqueles que estamos representando como um movimento estudantil - os estudantes. Cabe lembrar que além das aulas desenvolvidas pela liga, iniciamos um projeto de pesquisa voltado a temas mais relevantes da saúde coletiva, entre eles o suicídio. Em um dos encontros desenvolvidos no “Diálogos em Quarentena” também foi voltado a essa temática. Assim, é possível observar a relevância desse tema, principalmente voltado para os estudantes nesse período tão complicado. É fundamental colocar em debate temas de saúde mental para aqueles que estão vulneráveis a ter prejuízos nesse período. Na literatura há tempos já é relatado como os estudantes possuem problemas com ansiedade e depressão, em algumas situações de forma grave, na qual podem evoluir para ideações suicidas e ao suicídio. Com o potencial pandêmico de gerar crises financeiras, perdas familiares, preocupações com a convivência de grupos de riscos; os números de preocupações aumentam e os problemas com saúde mental também. Além disso, as quebras de expectativas já mencionadas que competem ao grupo jovem gera conflitos e sofrimento, tornando-os um grupo potencial para suicídio. Como liga acadêmica, abrimos espaço para falar sobre, para desenvolver conhecimento a respeito e, além disso, promover medidas de prevenção e promoção de saúde. Uma das formas de evi-

tar que algo aconteça no âmbito da saúde é por meio de conhecimento.

**Luiz André:** Pego o gancho nas falas dos meus colegas direcionadas à saúde mental dos estudantes. A Letícia trouxe à tona as expectativas e pressões que cercam esses indivíduos e a Karine levantou as desigualdades que se acentuaram na educação durante esse período de pandemia, lutos que foram vivenciados e outros temas que antes eram compartilhados entre os colegas, nossos pares que vivem ou viveram situações semelhantes e que num café, num almoço no RU, numa gelada no bar esses “sintomas” da graduação tinham vazão. A entrada na universidade é um tema complexo por muitos motivos, o indivíduo que entra nesse “novo mundo” de repente precisa aprender uma série de normas, signos e linguagens para pertencer a esse meio. Somado a isso há uma diversidade nas formas que o acesso a este espaço se dá, sendo uma experiência vivenciada por cada estudante de maneira única. Para ilustrar este caso, gosto do exemplo da paralaxe aplicada ao fenômeno “entrada na universidade” onde cada estudante num primeiro momento recebe este mesmo evento a partir de um ponto de vista diferente e produzirá suas subjetividades e maneiras de se adequar a esse espaço a partir do local em que percebe este fenômeno, podendo, dessa forma, sem interferência de outras pessoas, haver limitações neste processo. Feito os apontamentos acima me parece de fundamental importância que durante a vida acadêmica, espaço-tempo que eu e meus colegas estamos experimentando, haja a produção de vínculos e que a instituição, de alguma forma, facilite este processo de adaptação buscando a manutenção desse estudante dentro da universidade, para reduzir as taxas de evasão escolar que possuem incidência nos cursos das instituições federais de ensino superior cada vez maiores. Nesse sentido, o ensino remoto atua como uma barreira na assimilação deste novo espaço ou mesmo como potencializador desse processo de evasão estudantil. E pensando em criar um espaço onde a assimilação desse mundo acadêmico pudesse ser facilitada, somado com uma produção do conhecimento de forma coletiva, que foi pensado no nosso semestre e no projeto de pesquisa citado anteriormente pela Letícia. O número de ações extracurriculares coletivas disponíveis aos estudantes neste período é menor, assim como o contato com seus colegas. Assim, as dificuldades e inseguranças do processo formativo são enfrentadas de forma individual e que vai ser mais ou menos fácil a partir da assimilação das normas, códigos e linguagens por parte desse estudante.

**Laura:** Os posicionamentos supracitados de vocês entram em consenso com o que acredito. Ademais, dos assuntos por nós debatidos, sinto a necessidade de ressaltar que quando explicitamos as modificações geradas pelo Coronavírus, não nos referimos a exceções à regra e sim a fatores que afetaram e afetam grande parcela da população. Assim, quando citamos os empecilhos e relatamos

as situações vividas por nós durante esse momento pandêmico devemos ter em mente que estas mesmas circunstâncias de diferentes maneiras e intensidades moldaram a vida de milhares de pessoas. Esta reflexão me fez lembrar do primeiro encontro da série “Diálogos em Quarentena” onde uma conversa entre o professor João Matheus A. Dallmann e a Dra. Saskia Sassen gerou diversos questionamentos sobre a magnitude de uma pandemia. Com a temática Coronavírus e Globalização, o ser humano é caracterizado como detentor de uma habilidade de adaptação a circunstâncias extremas, por causa de seu instinto de sobrevivência. Assim, em um mundo pós-pandêmico saberíamos lidar com as situações, independentemente das transformações ocorridas durante todo o processo. Transformações estas, que não são poucas, estamos sendo apresentados, a cada dia que passa, a um novo estilo de vida, a uma nova complexidade social, repleta de malefícios e benefícios. Conseguimos, sem sair de casa, conversar com o mundo, as aulas e diálogos realizados pela Escola de Saúde Coletiva e pela Liga Multidisciplinar de Saúde Coletiva são exemplos. O próprio encontro com a Dr. Saskia Sassen, realizado em espanhol e atravessando fronteiras, exemplifica a oportunidade de viajarmos de nossa própria comodidade. Entretanto, esta oportunidade é limitada já que a pandemia escancarou problemas sociais a nível mundial, o aumento das desigualdades, o descaso de países frente à saúde da própria população e a defasagem no ensino. Ricos tornando-se mais ricos enquanto a qualidade de vida torna-se artigo de luxo em diversos países. O aumento da disseminação de informação e desinformação com resultados paralisantes. Todas essas características estiveram conosco nos últimos meses e irão continuar atreladas a consequências que provavelmente ainda não temos a capacidade de prevê-las. Mas, esta não é uma característica atual. Acredito que antigamente poucos teriam a visão de um futuro em que as fronteiras seriam tão acessíveis e a informação tão velozmente difundida no mundo, como no processo de globalização. E se imaginável este cenário futurístico, quem acreditaria que estas mesmas fronteiras iriam limitar-se novamente para o controle do coronavírus, como presenciamos atualmente. Sendo assim, com o tempo, o resultado nos apresenta novamente a adaptação como um recurso iminente de sobrevivência, acompanhado de incertezas geradas por uma pandemia de tal proporção.

**Karine:** Nessa perspectiva de incertezas, entro no assunto da PNH. A Política Nacional de Humanização (PNH), ao meu primeiro olhar, aparece como mais um de tantos protocolos, e como questionado no encontro ministrado pelo professor Carlos Garcia e a professora Liane Righi: “Como humanizar o outro?”, “Como é possível humanizar alguém que já é humano?”. Esperamos que assim como nas exatas, a mesma prática gere resultados semelhantes, quiçá iguais. Porém, na oferta de serviços de saúde, ainda que na esperança de dispo-

nibilizar o atendimento preciso, não poderia ser algo pragmático, engessado ou mecanizado. A equidade aqui se faz presente em todo o processo, desde o acolhimento até o tratamento. Mas pensando no sistema como um todo, diria que assim como do acolhimento ao tratamento, a gestão dos profissionais é um dos primeiros pontos a ser tratado de forma equânime. Como exigir daqueles que estão na linha de frente dos atendimentos um “acolhimento humanizado”, quando na hierarquia da gestão essa humanização é deixada de lado? Quando paro para refletir sobre tal sistema, ainda vou além, como exigir de profissionais, que vem de uma formação quadrada, com o foco na doença que está a sua frente, que veja além do que lhe foi ensinado? A educação em saúde precisa ser constante, com a inclusão dos gestores, dos profissionais, dos pacientes, da população, pois o acolhimento e as mudanças são gerados a partir de discussões com todas as partes envolvidas. Professora Liane Righi, nos presenteia com uma fala sobre protagonismo, onde diz que é necessário criar espaços em que as pessoas possam discutir suas diferenças de forma igualitária, sem se destruírem. Como estudante, vejo a importância desses espaços, quando a educação é atacada, e o espaço de fala daqueles que deveriam ser ouvidos, são ocupados por quem nem de longe está vivendo aquela realidade, assim como acontece em tantas outras causas. Ter essa postura de protagonista, e encarar esse papel de principal agente da transformação, é algo a ser incentivado desde a formação, mesmo que nem todos enxerguem a importância das mudanças, elas devem acontecer. A construção do novo, pode e deve ser feita em conjunto, pois a participação do todo é essencial para que o resultado seja a melhor das possibilidades.

**Edson:** Enquanto estudante da área da saúde que se interessa pela Atenção Básica, posso afirmar que a questão do vínculo entre usuários e equipe de saúde me interessa muito. Como a produção de vínculo pressupõe uma relação de natureza empática estabelecida entre o profissional de saúde e o seu paciente, o ambiente da Unidade Básica de Saúde possui uma capacidade infinita de aperfeiçoar essa associação, dada a proximidade contínua com a história, a família e os hábitos do usuário. Somos ensinados que a construção de uma boa conexão com nossos pacientes resulta em efeitos positivos na prática clínica sentidos não apenas na conduta profissional, mas também do ponto de vista dos usuários, que passam a adquirir autonomia e cidadania. A empatia surge justamente quando preconizamos uma relação menos burocrática e impessoal ao mesmo tempo em que nos tornamos parte de uma produção de saúde voltada ao seu fim principal: a redução do sofrimento do paciente. O desafio sanitário imposto pela pandemia de Covid-19 demonstra a importância da manutenção do vínculo com a comunidade. Medidas educativas que reforcem a necessidade de lavagem de mãos e o uso de máscaras, bem como rastreamento de cadeias de transmissão, são exemplos de atributos que destacam o vínculo como forte estratégia de

enfrentamento à pandemia. Por fim, interessante citar o professor Carlos Severo, que faz parte do diálogo desse assunto com o professor Gustavo Nunes, quando escreveu que o vínculo pode ocorrer “mesmo nas diferenças entre si, de traduzir e remontar, a partir da troca de experiências”. Diante dos vários traços que caracterizam as redes de saúde, a impressão deixada pelo diálogo é do quão essencial o vínculo se torna para que de fato possamos aprender a ser um bom profissional - mesmo depois de formados.

**Adrian:** Diante desse desafio sanitário comentado por Edson e a explícita política governamental de sucateamento da saúde e educação, a melhor forma de resistir é coletivamente. Mas como fazer isso perante a um vírus no qual a melhor forma de não se contaminar é o distanciamento social? Desde que começou a pandemia da Covid-19, fiquei me perguntando como fazer um contraponto a essas medidas nesse cenário. Por mais que a possibilidade de reuniões online para discutir sobre esses temas tenha ampliado, vejo um enfraquecimento desses movimentos pelo fato de se tratar de um meio remoto. Diante dessa grande lacuna, me dei conta da importância das instituições nesse momento. Foi então que tive a oportunidade de mediar o encontro entre Gulnar Azevedo (presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva) e Alcindo Ferla (representando a Rede Unida), no qual se falou muito sobre as temáticas de saúde e educação, e a importância de não as separar nas discussões. Tanto o Alcindo quanto a Gulnar trazem os contextos do nascimento das instituições, e o primeiro ponto em comum entre as duas instituições são seus nascimentos em meio a crises. ABRASCO e Rede Unida defendem bandeiras parecidas, e entre elas destaco a de proteção do direito a uma saúde e educação de forma gratuita, integral e de qualidade. Quando se trata dessas entidades, defender o SUS é fundamental. Em tempo de crise sanitária e humanitária, torna-se ainda mais importante o auxílio dessas instituições no planejamento de políticas públicas, traçando estratégias para solucionar os problemas. E não só isso, diante do nosso governo negacionista, é fundamental o posicionamento por parte dessas entidades em defesa do Sistema Único de Saúde. Reforço que o papel dessas instituições no campo do macropolítico é essencial, porém são nos espaços da micropolítica - como o construído pela LAMSC no decorrer do semestre 2020.1 e o “Diálogos em Quarentena” da Escola de Saúde Coletiva - onde as mudanças realmente começam. Através dessa perspectiva e das outras apresentadas por meus colegas neste capítulo, destaco a música “O Trono de Estudar” de Dani Black, ressaltando o trecho: “ninguém tira o trono de estudar, ninguém é dono do que a vida dá, e nem me colocando numa jaula, porque sala de aula essa jaula vai virar”.

# O ensino superior na pandemia

*Ione Schneider*

*Fabrcio Augusto Menegon*

**Ione Schneider:** Boa noite a todos. Nós vamos iniciar uma conversa no “Diálogos em Quarentena” com o professor Fabrcio Augusto Menegon do Departamento de Saúde Pública, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Fabrcio, muito obrigada por ter aceito o convite da Escola de Saúde Coletiva, do Campus Araranguá. Gostaria que você se apresentasse para começarmos a conversar.

**Fabrcio Menegon:** Queria agradecer pelo convite e a possibilidade de estar com vocês falando sobre um assunto importante. Sou professor do Departamento de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSC, campus Florianópolis, e atualmente estou exercendo a função de chefe de Departamento de Saúde Pública, até meados deste ano, em agosto de 2020. Tenho formação em epidemiologia, meu doutorado é em saúde pública pela USP. No Departamento de Saúde Pública, trabalhou tanto com a disciplina de epidemiologia quanto com a disciplina de saúde do trabalhador, a linha de pesquisa que mais atuou no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva e no mestrado profissional em saúde mental. Estou na UFSC há 8 anos, desde 2012.

**I:** Você também está fazendo parte do Comitê Científico da UFSC que avalia e estuda as formas de retorno da universidade para as atividades de ensino, até esse momento suspensas. As atividades de ensino estão suspensas desde março de 2020<sup>17</sup>, o histórico das pandemias no mundo, sempre mostram que a suspensão das atividades de ensino faz parte como uma forma de proteger a população. A gripe espanhola, por exemplo, foi uma grande pandemia que ocorreu no século passado e matou aproximadamente cinquenta milhões de pessoas no mundo. Atualmente, temos cerca de 40 mil alunos na Universidade Federal de Santa Catarina que estão afastados das suas atividades. Essa é uma medida internacional, que não é só o Brasil que está tomando, não é só a UFSC, mas é uma forma de preservar a saúde das pessoas. E, apesar dessa doença parecer ser mais

---

<sup>17</sup> As atividades de ensino retornaram na modalidade de ensino remoto a partir de agosto de 2020.

grave nos idosos, é uma medida que pode salvar a população. Nós somos afetados por essas pandemias em todos os sentidos. A sociedade está completamente diferente nesses últimos meses. Gostaria de saber como você, como epidemiologista, que vem acompanhando a mídia estadual, tem participando dos debates, junto com outros professores do departamento de saúde pública. Como você vê a pandemia depois desses 70/80 dias que nós passamos por ela?

**F:** A pandemia com certeza pegou todos os governos do mundo de surpresa, importante que isso seja compreendido pela sociedade. Não havia nenhum sistema de saúde no mundo preparado para uma resposta desse porte. Seja ele público, universal como é o caso do nosso Sistema Único de Saúde. Seja ele federativo, como é o caso do sistema espanhol, que cada estado tem uma competência e responde da forma que lhe couber. E seja os sistemas privados. Nenhum estava preparado para uma pandemia desse porte. Justiça seja feita, do ponto de vista científico, já existiam avisos da possibilidade de uma pandemia assolar a humanidade num determinado espaço de tempo. Mas, na racionalidade econômica e consequentemente na racionalidade dos serviços de saúde, os sistemas não se preparam para uma resposta desse porte, eles não se organizam em termos de leitos de UTI. Que é o que hoje está na moda a demanda muito grande por leitos de UTI, respiradores e ventilador mecânico. Nenhum sistema se prepara, deixa guardado ali por exemplo. “Vamos comprar duzentos mil respiradores e deixar guardado para quando acontecer”. Não, ninguém faz isso, infelizmente. Não estou dizendo que está correto, mas, que se poderia pensar um pouco melhor isso. O fato é que a pandemia pegou todo mundo de surpresa. Como se trata de um vírus que não tem medicação retroviral que funciona e não tem vacina<sup>18</sup>, que a linha de frente da proteção antiviral é a vacina. O que tem que se fazer é isolar a população, reduzir a curva de contágio, o famoso “achatamento da curva”. Por que o achatamento da curva é importante? Para quando as pessoas ficarem doentes, elas não fiquem doentes ao mesmo tempo e não sobrecarregue o sistema de saúde. Se você tem 20 leitos de UTI e você tem 20 pessoas que precisam de leitos de UTI ao mesmo tempo, o vigésimo primeiro vai ficar fora. Ninguém deseja que o vigésimo primeiro seja sua mãe, seu pai, seu marido e seu filho. É para isso que serve o isolamento. Se você se contaminar e posteriormente ficar curado você fica imune, aparentemente não, aparentemente o que se sabe até hoje dos outros coronavírus é que eles não geram no corpo uma resposta de imunidade perene, eles geram no corpo uma resposta de imunidade transitória. Talvez seja isso que venha a acontecer com o novo coronavírus. Justamente pelo fato de

---

18 O encontro foi transmitido ao vivo em 29 de maio de 2020, antes das vacinas para COVID-19 existirem.

não ter imunidade perene é que precisamos de vacina, porque daí você vacina todo mundo numa determinada periodicidade, como é a vacina da influenza, e você vai mantendo as pessoas imunes dentro daquele espaço de tempo. A gente sabe que teve muito debate, principalmente no Brasil, acerca do isolamento. É importante deixar as pessoas isoladas, porque tem que forçar isolamento todo mundo, por que tem que fechar o comércio, fechar escola, impedir transporte público e tal. Porque é a única defesa que a gente tem nesse momento para não ficar doente, mas, principalmente para evitar uma sobrecarga do serviço de saúde. Em que pese todas as coisas que a gente está vendo atualmente, de volta do funcionamento do comércio, medidas de relaxamento do isolamento social. A própria população parece que não está tão engajada em manter o isolamento, a gente vê isso no noticiário diário, quando eles veem a taxa de isolamento e está sempre caindo, parece que agora estabilizou na faixa de trinta por cento, trinta e cinco por cento. Em que pese tudo isso estar acontecendo, o fato de Santa Catarina ter adotado a postura de fechar comércio, transporte público e escola, antes dos demais estados, ajudou com certeza a manter um nível de contágio, por um determinado período de tempo, muito baixo. E agora a gente começa a ver por exemplo o reflexo do fato de que a pouco mais de um mês atrás, o estado mudou a sua postura, e resolveu reabrir comércio, reabrir atividades, shoppings centers, etc. Você vê que os números dispararam, nós temos seis mil casos no estado e cento e trinta óbitos se não me engano, foi o número que vi mais recentemente. É óbvio que nisso começa a plantar uma pulguinha atrás da orelha do gestor e começa a coçar também, a cabeça daqueles que pensam a doença na sua forma mais severa e que estão preocupados, por exemplo, com o impacto que isso vai ter nos próximos, já teve na verdade e vai continuar tendo nos próximos meses, no estado, no país e no mundo. A universidade não é diferente. Tenho a seguinte leitura do que aconteceu: penso que talvez a UFSC poderia ter começado seu processo de planejamento mais cedo, não deixar para ter começado agora, reunido seus pró-reitores, diretores de centro e etc. E ao mesmo tempo ela deveria ter criado um canal de comunicação com a mídia e com a sociedade muito mais cedo. Para evitar, por exemplo o que lemos hoje logo cedo na coluna de um jornalista<sup>19</sup> muito conhecido aqui em Florianópolis. Criou um dissabor terrível na cidade para a comunidade universitária. Terrível, por quê? Porque ele colocou uma notícia que não tinha sido passada oficialmente para mídia nem pelo conselho universitário, que é a história de que a pós-graduação da UFSC já estava se organizando para voltar com atividades remotas, e que os professores

---

19 IGOR, Renato. **Professores da pós-graduação da UFSC querem aulas a distância, mas reitoria não permite.** NSC Total. Disponível em: <https://www.nsctotal.com.br/colunistas/renato-igor/professores-da-pos-graduacao-da-ufsc-querem-aulas-a-distancia-mas-reitoria>.

estavam há dois meses sem trabalhar e recebendo salário. Mas em que pese tudo isso, algum nível de planejamento precisava ter começado, como não começou antes, a gente começou agora. Como você falou, na subcomissão científica, que é uma dentre outras cinco subcomissões, que vai criar os parâmetros para que o comitê assessor desenhe o plano de retomada, o plano de retorno. A subcomissão científica tem o encargo de olhar para as melhores evidências científicas acerca do que se sabe até hoje da COVID-19, se debruçar sobre elas e passar para o comitê assessor quais são os critérios de base que precisam estar garantidos para que a UFSC possa voltar em algum grau, que a gente não sabe ainda qual será, em algum grau as atividades presenciais. Os outros subcomitês precisam se preocupar com outras coisas, tem o subcomitê da infraestrutura, que vai olhar a questão do que a universidade pública vai ter de infraestrutura para retornar, quantitativo de máscara, quantitativo de equipamentos, dentre outras coisas. Tem o subcomitê acadêmico, que vai olhar como oferecer conteúdo, se for decidido que será oferecido conteúdo em formato remoto, como é que vai se fazer isso, que tipos de ajustes precisam ter. Tem a subcomissão que trata dos estudantes que estão no cadastro de vulnerabilidade da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE), então é preciso olhar para eles também com bastante cuidado, porque eles têm demandas que não estão no conjunto das demandas da população da comunidade universitária. Eles têm outras muito peculiares e específicas que tem de ser olhadas e atendidas com o rigor que elas merecem. Estamos tentando começar agora um processo que, na minha cabeça, deveria ter começado há bastante tempo atrás, mas, que bom que começamos, de alguma forma começamos. Semana que vem a gente vai apresentar o primeiro relatório para o comitê assessor, todas as subcomissões vão apresentar seus primeiros relatórios. Vamos ver quanto tempo mais a gente vai ter que amadurecer as minúcias de cada relatório, para poder colocar esse plano em vigor.

**I:** Sim. Como nós temos campus universitários em diversas regiões do estado, nós estamos passando por momentos diferentes na epidemia. Florianópolis já está num momento em que se está falando de estabilização, apesar de ainda ter casos, eu acho que vi hoje e estão com cem casos ativos ainda em monitoramento. Já está subindo a quantidade de casos diagnosticados por dia. Aqui em Aranguá, nos últimos quinze dias que começou a aumentar o número de casos, e nós estamos com mais de trinta casos ativos aqui. E as cidades têm tamanhos diferentes, tem essas perspectivas que tem que ser levadas em consideração, as especificidades de cada campus, para que a gente consiga voltar da melhor forma possível, levando em consideração tudo o que é necessário para a gente permitir e garantir os objetivos da universidade, que são os objetivos de aprendizagem. Uma questão que é de muita inquietação é essa do ensino remoto. Como que você, como professor e como chefe de departamento, vê essa questão do ensino

remoto nesse momento?

**F:** A diferença entre os campi da universidade é algo que tem nos preocupado bastante. Justamente por conta disso que você mencionou, a epidemia tem contornos diferentes e dinâmicas diferentes nas diferentes regiões do estado. Estávamos conversando um pouquinho, bem antes de começar esse encontro, falando da região oeste do estado. Concórdia e Chapecó, em Santa Catarina, como é que a coisa está lá, então isso é algo que as subcomissões também estão olhando, estão preocupadas. Uma coisa que parece e veja, quando eu colocar as coisas para você aqui, não queria que quem está nos ouvindo entendesse como uma mensagem da administração central, porque não falo em nome da reitoria. Sou um professor que está numa das subcomissões. Só para as pessoas não tomarem isso como uma verdade e saírem divulgando e tal. Aparentemente existe um certo consenso de que, duas coisas, as diferenças regionais têm que ser levadas em conta como uma premissa fundamental para qualquer tipo de retorno, seja ele remoto ou quando nós atingirmos um estágio que permita o retorno presencial. As diferenças regionais vão ser utilizadas e vistas como critério fundamental para isso, quer dizer, o que está acontecendo na região de Blumenau, por exemplo, e na região de Araranguá, será que permite que a gente adote determinada postura, que já é possível a gente adotar em Florianópolis? Se não for possível adotar, não será adotado. Isso é um critério que parece ser um entendimento de todas as subcomissões, parece, parece ser um entendimento. Uma outra coisa que parece ser um entendimento de todas as subcomissões, é que, neste momento, dada a característica da epidemia em Santa Catarina e dada a necessidade que a universidade tem de preparar o terreno para o retorno. Neste momento, nós não temos condições de retornar presencialmente. E não sabemos quanto tempo vai levar até que essas condições estejam satisfeitas. É muito difícil você falar de uma universidade do porte da UFSC, que tem quarenta, cinquenta mil estudantes, fora os outros milhares de professores, fora os outros milhares de pessoas que frequentam os campi. Porque ela não se compara, você não tem parâmetro no estado para comparar, não tem como comparar a UFSC com universidade “A”, “B” ou “C” que é particular, que tem um conjunto de alunos, não dá, entendeu? Esse parâmetro é muito frágil porque a UFSC tem uma diferença brutal, que é: o volume de estudantes que têm, a diversidade de estudantes que têm, todos os serviços que oferece para a comunidade, tudo o que é mobilizado para que a universidade funcione em termos de infraestrutura da cidade, transporte coletivo, comércio, restaurante. Não tem como comparar a UFSC com a universidade que tem dez por cento do tamanho dela em termos de pessoal. Não faz sentido, quer dizer, enquanto a gente não conseguir sanear as condições, sanear mesmo, a questão sanitária, por exemplo, tem que garantir que tenha pia com sabão e papel toalha em todos os banheiros, e que os banheiros sejam lim-

pos com uma frequência muito maior do que a frequência de limpeza que nós temos hoje. Não sei como é em Araranguá, mas sei e vou falar do CCS, no CCS eles limpam o banheiro três vezes por dia.

**I:** Aqui é um pouco mais tranquilo do que o CCS. Nós temos uma quantidade talvez um pouco menor de estudantes. Podemos comparar o centro daqui com o CCS e acho que o CCS tem mais alunos ainda, vocês têm bem mais cursos, aqui somos cinco cursos.

**F:** No CCS são seis cursos com aproximadamente cinco mil estudantes. Você vê que estou falando de uma condição de base, banheiro, as pessoas têm que ter como lavar as mãos. Tudo isso tem que ser preparado, o terreno tem que ser preparado para o retorno, aí você tem condições que foram impostas por conta da pandemia e que também tem que ser satisfeitas. Por exemplo, as pessoas vão ter que usar máscara, e aí como que a UFSC vai fazer? Ela vai dar máscara descartável para todos os estudantes, servidores e técnicos? Ou não, ela vai adotar outra postura de máscara, máscara de tecido, qual é a qualidade dessa máscara de tecido? Essa aquisição das máscaras de tecido também tem que ser centralizada, não dá para você fazer... agora é uma crítica que eu estou fazendo, não dá para você fazer como fez o governo do estado, o governo federal. Pediu para a população usar máscara, cada um faz a sua.

**I:** Sim, todos os tipos e formas. A grande maioria dessas máscaras acaba, elas reduzem sua capacidade de manter a respiração. A gente percebe (quem é profissional da saúde) como elas não têm a fixação no nariz e o ar movimentado de forma diferente. Então tem isso, também. Algumas mídias falam que diminui em oitenta por cento a transmissão, a universidade de Washington previu que está diminuindo em cinquenta por cento. Claro que é muito, é uma medida muito efetiva que temos que fazer, garantir isso, mas temos que ter todos os cuidados com ela, não é simplesmente “estou usando e está tudo certo”.

**F:** Exatamente. Tem outra característica que a gente já está olhando ali nos subcomitês, que é a UFSC não se pode dar ao luxo de errar, entendeu? Uma pressão social da mídia: “Vocês são universidade federal, não sei o que é isso”. Assim, a gente não se pode dar ao luxo de errar, a gente não pode cometer um ato de, por exemplo, criar um critério que seja vazio em si mesmo e inatingível, como daqui a dez, quinze dias começar a “tomar pedrada”. Claro, sabemos que não somos infalíveis, que é impossível você dominar todas as condições de contorno, alguma coisa inevitavelmente vai passar ao largo da percepção de todo mundo que está debruçado sobre isso, mas, a gente espera que as coisas principais não

passem e que essas coisas que passarem a gente consiga resgatar rapidamente, reverter e controlar. Você me perguntou da história do ensino remoto, ensino à distância. Essa é uma outra percepção que tenho, que é a seguinte: acho que não vamos, infelizmente, ter como fugir muito disso nos próximos meses. Se quisermos ter alguma possibilidade de retorno, vamos ter que contar com o ensino remoto. É aí não estou nem falando de ensino à distância, que é uma coisa completamente diferente, tem um outro nível de planejamento e complexidade. Falando em ensino remoto mesmo, que é a gente tentar adaptar o que nós temos de presencial para passar conteúdos de maneira remota. Eu não vejo outra possibilidade de retorno das atividades didáticas da UFSC no curto prazo sem a gente usar fortemente as tecnologias de ensino remoto. Uma das coisas que surgem quando se fala em ensino remoto no âmbito da UFSC é assim: “Tá bom, então vamos voltar com ensino remoto e tal. E o que vai se fazer com as pessoas que não têm condições, não reúnem as condições necessárias para estudar remotamente, o que se faz com isso”. Vamos decompor o problema em pequenos problemas para ver se a gente consegue resolver cada um deles. A primeira coisa é a seguinte: a natureza do ensino universitário é muito diferente da natureza do ensino fundamental e médio. As pessoas do ensino universitário, principalmente aqueles que estão na universidade, na UFSC, têm uma outra competência de aprendizagem que é bem diferente de uma criança, por exemplo, de dez anos de idade que está na quinta série, quarta série, de estudar sozinho. Isso é algo que qualquer pedagogo, teórico da educação vai dizer que não estou falando besteira. O adulto aprende diferente da criança. Nós sabemos das limitações do ensino remoto, principalmente aquelas relacionadas às pessoas que não conseguem reunir condições para estudar remotamente. Mas, ao que tudo indica, essas pessoas não são a maior parcela de estudantes da universidade. Isso não quer dizer que elas têm que ser excluídas e alijadas do processo, não é isso que estou dizendo, o que estou dizendo é uma premissa que a gente ouve muito na área da saúde que é: “Tratar com diferença aqueles que são diferentes”. Tratar com diferença significa tratar melhor, olhando com mais cuidado e carinho as especificidades. Não é tratar de maneira desigual e alijá-los do processo, não é isso. Por quê? Porque quando você olha, por exemplo, que você tem uma massa de estudantes que consegue reunir condições mínimas para o acesso remoto, para o ensino remoto, você tem um percentual menor de estudantes que não tem essas condições. Você faz o quê? Você começa o ensino remoto, faz as garantias de que esses que não tem as possibilidades, possam de alguma forma participar desse processo, a UFSC está pensando sobre isso, e você começa as coisas, entende? A gente não tem fórmula mágica, não tem como esperar assim: “Vamos criar toda uma estratégia de ensino remoto que vai resolver tudo”. Não, não vai, até essa estratégia ficar pronta já tem vacina. Não dá para ficar elucubrando. A gente sabe que tem problemas que vão surgir e caminhar em paralelo

e a gente vai resolver os paralelos, até que todo mundo, até que a maior parte dos estudantes consiga ser acomodada no processo e caminhemos todos juntos. Ninguém está falando aqui que a UFSC vai ficar - e espero que a UFSC não fique - dois anos em ensino remoto. Espero que em alguns meses a gente resolva isso e consiga reunir as condições de infraestrutura necessárias para o ensino e para o retorno semipresencial no primeiro momento, e depois para o presencial. Por exemplo, o que está se cogitando nas outras subcomissões, principalmente na subcomissão acadêmica e na subcomissão de assistência estudantil, é que a UFSC reúna uma condição mínima para esses estudantes terem equipamentos para poder assistir às aulas, vídeo aulas e ter acesso aos materiais, pois essa é a condição mínima. É óbvio que estamos trabalhando num cenário que é completamente atípico, ninguém sabe como é que vai responder. Não temos muito como fugir, não dá para a gente ficar pensando muito no que fazer. Temos as estratégias mais ou menos desenhadas, vamos coloca-las para caminhar, ver como respondem e estar sensíveis para responder num rápido espaço de tempo, aquelas demandas que forem surgindo de problemas que a gente tem que resolver, porque acho que é a nossa única saída.

**I:** Foi dito recentemente pelos assessores da universidade que não é possível cancelar um semestre, porque ele vai deixar de existir. Temos que tomar algumas medidas que talvez não sejam as melhores, mas são as possíveis neste momento que estamos vivendo, de excepcionalidade, de dificuldades. Iniciamos o semestre em março e como pensaríamos que em quinze dias, menos de quinze dias, que o semestre iria ser suspenso indefinidamente como saiu na portaria de hoje que não tem uma data. Eles estavam fazendo de trinta em trinta dias e na portaria de hoje o comitê disse que têm trinta dias para apresentarem os relatórios, para que comece os planejamentos, que deem mais direcionamento. Não os planejamentos, mas que direcione mais as ações que a universidade vai ter nesse momento.

**F:** Exato, é porque as dúvidas são muitas, esse é o grande tema. Não é fácil você equacionar uma universidade que é do tamanho da UFSC num contexto como esse, completamente adverso e atípico. Acho que uma outra coisa que seria importante, para tentar distensionar um pouco os ânimos, principalmente daqueles que olham o ensino remoto de uma maneira muito ruim. Obviamente todas as posturas e posições são legítimas. Os entendimentos são legítimos, ninguém aqui está querendo descaracterizar nada, mas é importante que as pessoas tenham a sensibilidade de entender que se nós não estivéssemos tão preocupados com a forma de conduzir o ensino remoto, de maneira que ele abarque quase que a totalidade, se não a totalidade, de estudantes da universidade, é o nosso sonho. Se não estivéssemos preocupados em fazer isso, a gente não estaria des-

pendendo um monte de tempo discutindo isso. Estamos tentando construir um consenso. Construir uma saída, compreendendo e passando por isso que você falou, não dá para cancelar o semestre, cancelar o semestre traz uma série de prejuízos financeiros à universidade, traz uma série de prejuízos financeiros às pessoas. É só você imaginar que todo bolsista de monitoria e extensão vai ter que devolver tudo que recebeu. Como é que vai fazer?

**I:** Sim, porque teoricamente esse processo não existiu. Tem que refazer os processos e essas bolsas vão ter que ser devolvidas.

**F:** Tem pessoas que dizem assim: “a UFSC pode pensar numa saída em que as pessoas não devolvam”. Não, não é assim, a UFSC é presa a culturas jurídicas legais que cobram. Como todo serviço público, não é uma decisão que cabe à UFSC, ela tem que cumprir a decisão que é legal.

**I:** Existem vários métodos para o ensino remoto, vários programas, vários softwares e na UFSC temos o Moodle (sistema virtual de ensino) que nos dá esse suporte, mas existem outras ferramentas que garantem que possamos diversificar melhor o ensino, não sobrecarregar tanto o aluno, porque já estão saindo estudos de síndrome de Burnout de alunos que estão fazendo as aulas no ensino remoto porque é diferente de a gente dar uma aula de duas, uma hora e quarenta, presencialmente, que vai conversando, vai trocando, você explica um pouco, você para e faz um exercício, faz uma atividade e quando muitas pessoas quiseram, acho que talvez na ânsia de cumprir o tempo, fazer essas atividades de uma forma muito intensa e acabou prejudicando tanto professores, pela ânsia de assim: “Tenho que fazer, tenho que garantir que o meu estudante/meu aluno aprenda” e o aluno na sua cobrança de aprender também. A UFSC está vendo alguma outra ferramenta para auxiliar? Já foi tocado nisso ou não foi?

**F:** Quem está conduzindo essa parte especificamente é a subcomissão acadêmica, ela que está estudando as alternativas tecnológicas que a UFSC pode dispor para fazer esse período remoto de atividades. Eu, infelizmente, o conhecimento que tenho de tecnologias remotas é talvez um pouco menos que você, na medida que conheço só o trivial. Trabalho bem com o Moodle, tenho aprendido a trabalhar um pouco com esses programas que a gente tem utilizado hoje para fazer videochamadas e reuniões. Não sei dizer para você qual é a plataforma por exemplo que a UFSC vai adotar, o que sei dizer é que existe uma preocupação forte com a adoção de uma plataforma que seja leve e intuitiva o suficiente para que todo mundo possa reagir à ela de maneira rápida, não precise ficar descobrindo como funciona. E uma outra preocupação é com relação a estrutura de

dados, em termos de suporte com tráfego de dados, os servidores da universidade, SETIC, por exemplo, não estavam preparados para ter um volume de dados em trânsito que nós temos hoje na universidade por conta das videoaulas que estão sendo feitas para reuniões de colegiado, etc e tal, quiçá quando nós começarmos a fazer as atividades remotas. Isso é uma preocupação grande da universidade, de se a infraestrutura dela vai suportar esse volume de dados ocupando o sistema. Como disse, por essa questão da estrutura do sistema, passa pela subcomissão de infraestrutura, eles que vão ter que analisar isso com mais cuidado e acerca do sistema que vai ser utilizado, da plataforma que vai ser utilizada. Acho que o moodle com certeza, que é uma ferramenta já consolidada, talvez alterem alguma coisa no moodle para se fazer vídeoaula ou gravação de aula, eu acredito que isso vai acontecer em algum momento, o moodle é uma plataforma muito dinâmica que permite uma série de intervenções e construções, ele suporta isso. Então acredito que vá ser feito alguma coisa nessa linha, mas nada fora disso. Hoje tivemos uma conversa com colegas das outras subcomissões do CCS, e que faz parte das outras subcomissões, e uma professora que faz parte da subcomissão acadêmica passou para gente que eles estão planejando da seguinte forma: todos os professores vão receber uma capacitação para o uso dessas tecnologias, uma capacitação que vai ser em quantidade razoavelmente grande, depois haverá um prazo para adaptação dos planos de ensino e só depois que a coisa começa de verdade em termos de aula remota.

**I:** Sim, porque tem uma série de questões burocráticas que ficam por trás disso tudo: Aprovação dos planos de ensino, calendário acadêmico. De como pode ser operado, a questão de trancamento/cancelamento de matrícula de alguma disciplina se algum aluno não se sentir apto ou não querer cumprir essa disciplina no formato remoto. São todas coisas que nesse momento vão ter que ser pensadas, discutidas e viabilizadas ou não, porque algumas sabemos que tem os engessamentos.

**F:** Sim, têm os engessamentos, concordo contigo e têm questões legais envolvidas. Essa comissão tem que pensar tudo isso, os aspectos legais, executar o plano sem infringir aspectos legais, garantindo que os estudantes possam exercer o seu direito de recusa. Que peso vai ter esse direito de recusa? Não tenho resposta agora, mas acho que vai aparecer porque já estão sendo discutidas essas coisas, essas questões já foram colocadas à mesa e acredito que a subcomissão vai tentar pensar uma forma de saída disso para atender a legalidade, para trabalhar dentro da legalidade sem infringir nenhum direito que possa comprometer a universidade no futuro. Está vendo como tem uma série de coisas para contornar e que não é fácil voltar? Tem coisas que são da ordem prática, por exemplo, a história dos EPI's para todo mundo, isso é da ordem prática, é uma questão econômica

e quantitativa, quantos teremos que comprar para que as pessoas usem. E tem questões que são muito sensíveis, e já falamos de algumas delas aqui. O que fazer com o estudante que diz que não tem condições de estudar remotamente, tem que resolver. Então a universidade vai ter que encontrar um caminho para acomodar essas demandas, aqui no campus de Florianópolis, a gente tem um lugar que é extremamente sensível em tempos de pandemia, o Restaurante Universitário, nosso “RU”. O “RU” serve vinte e seis mil refeições por dia, são cento e cinquenta mil refeições por semana. É muita coisa. Tem um colega em nosso departamento que já ocupou um cargo de gestão na universidade, ele brinca e fala assim: “A universidade é um grande restaurante que oferece cursos de graduação e pós-graduação” (Risos). É quase isso, quer dizer, o “RU” é um local extremamente sensível porque uma das premissas da história do controle da exposição da doença é você evitar aglomeração de pessoas, e no “RU” não tem como você almoçar sem aglomerar. Para o “RU”, o pessoal da infraestrutura criou uma subcomissão interna só para pensar o “RU”, porque é muito sensível. É difícil lidar com isso, mas tem que fazer o enfrentamento, tem que elaborar uma saída não mágica, pensada do ponto de vista da sua execução e do quanto que ela realmente pode ser efetiva, tanto para preservar a saúde das pessoas quanto para permitir que a universidade possa funcionar de forma semipresencial ou presencial. Independente de tudo isso que a gente pensa, independente de tudo isso que pensamos e planejamos, só vamos ter certeza que funciona quando colocarmos o bloco na rua, quando começar a andar.

**I:** A área da saúde tem as especificidades das atividades práticas, então nós estamos num momento em que os serviços de saúde não são os mesmos. No departamento de saúde pública vocês frequentam muito as unidades de saúde de Florianópolis, têm o “HU” junto. Aqui em Araranguá, o curso de fisioterapia faz estágios nos hospitais, clínicas, unidades de saúde, asilos, em dois municípios, não só em Araranguá, mas também no município de Balneário Arroio do Silva. Às vezes estamos num espaço pequeno, aglomerado, no mínimo, são seis alunos, um professor, um preceptor e mais seis pacientes. E essas atividades práticas, nesse momento o MEC não recomenda que volte, apesar de o governo do estado ter emitido um decreto que a partir do dia quinze de julho é possível o retorno das atividades práticas desde que as universidades garantam os EPI’s para seus estudantes. Como você vê isso?

**F:** Isso é um aspecto bem importante de conversar. Como você colocou ali, o governo do estado emitiu um decreto liberando a partir de quinze de julho. O que temos trabalhado na subcomissão científica é admitir que mesmo que tenhamos todas as condições necessárias de retorno para qualquer atividade de tipo presencial, a gente considera que diversos cursos têm suas especificidades e que

essas decisões vão ter que ser tomadas no âmbito das coordenações de curso, ouvidas as chefias de departamento e eventualmente as secretarias de saúde. Não dá para pensar no retorno do estudante para qualquer serviço de saúde, sem conduzir uma repactuação. Sem ouvir da secretaria de saúde a possibilidade efetiva que ela tem de receber esse estudante. Aqui em Florianópolis, por exemplo, coordeno a interação comunitária da medicina de primeira à quarta fase, mas as unidades de saúde neste momento não conseguem receber estudantes, já nos passaram isso, pode ser que o cenário mude em determinado momento, mas agora não conseguem. Em que pese ter um decreto do estado que permita, em que pese algumas coordenações de curso da área da saúde já estarem fazendo um movimento de tentar construir o caminho de volta porque precisam disso, vamos pensar o curso de medicina, eles têm da nona até a décima segunda fase, estou falando da medicina porque é o que trabalho lá no CCS, mas acredito que vocês da fisioterapia tenham uma demanda igual.

**I:** Nós temos um ano de atividades práticas também e aqui é obrigatório, essas horas compõem a carga horária pela diretriz nacional curricular. O aluno tem que, apesar da flexibilização para setenta e cinco por cento dessa carga horária, pelo menos essas setenta e cinco tem que ser cumprida.

**F:** Exatamente, na medicina, por exemplo, da nona até a décima segunda fase eles têm internato médico. Em que pese os hospitais estarem liberados para receber pessoas, não é um decreto do governo do estado que vai dizer que os estudantes vão voltar para os hospitais. Isso é uma pactuação que vai ser feita com a universidade, a direção do serviço de saúde ou coordenador das unidades ou a secretaria de saúde. Os atores vão ter que ser ouvidos, vai ter que ser construído todo um processo de retorno, a gente sabe que existe essa necessidade do ponto de vista prático, mas como falei, se tivéssemos todas as saídas desenhadas com essa imensa peculiaridade de cenários que a gente tem que lidar, seria muito mais fácil. Mas não temos, então o que vamos fazer? Vamos conversar com as pessoas, ouvir as pessoas e tentar chegar na construção de um caminho, porque a gente sabe que forçando não dá certo, a universidade não tem autonomia para chegar no serviço de saúde e dizer assim: “Olha tenho aqui vinte alunos para formar e vocês tem que receber”. Não é assim que funciona.

**I:** Pois é, temos um contrato, mas o serviço que pactuou o contrato não é o mesmo de agora.

**F:** É, tem um contrato, mas o contrato é um norteador de ações, têm os objetivos para cada um dos entes e em condições normais ele funciona muito bem.

Numa condição de pandemia você tem que rever, não tem como você dizer que tem que ser aquilo de forma impositiva. Na minha opinião, teremos que passar por um processo de pactuação, de analisar cenário por cenário qual é o risco que se tem de colocar o estudante numa unidade básica de saúde, qual é o risco que se tem de colocar ele num hospital, num asilo, porque os ritos são diferentes. Tem que se ouvir as pessoas, têm que se construir um consenso, têm que se construir uma saída e a universidade de alguma forma vai ter que garantir minimamente as condições para que esse estudante possa acessar o serviço de saúde, não dá para depositar no serviço de saúde às custas de receber o estudante e o serviço ter que acomodar isso da forma que lhe convier, não dá! A universidade vai ter que fazer essa contrapartida é oferecer sei lá o EPI ou alguma coisa nesse sentido, é o que diz a portaria. Então o serviço de saúde não vai se garantir pela oferta de EPI 's e acho que é certo, acho que cada um tem que olhar para sua necessidade e a gente só trabalha junto por que cada um olha a sua necessidade e olha em conjunto as necessidades mútuas.

**I:** O serviço abre e a gente está lá ajudando de alguma forma. É uma troca realmente entre os dois, universidade e serviço, tanto que o ensino e serviço tem que andar juntos para garantir isso.

**F:** Exatamente, agora o quanto de risco isso vai oferecer para o estudante vai depender da natureza do serviço e de como a epidemia está se comportando na região. Um estudante de Florianópolis que vai para a unidade de saúde, ele não tem o mesmo risco que um estudante de Araranguá que vai para uma unidade de saúde. É diferente, os riscos são diferentes. Os métodos de controle são iguais, exatamente iguais, o que oferece para um aqui vai ter que oferecer para o outro lá, mas a questão do risco, isso tem que avaliar com as pessoas que trabalham nos ambientes, com a própria segurança e tranquilidade que as secretarias de saúde vão ter para receber esse estudante, que as coordenações das unidades de saúde vão ter para receber esse estudante, talvez pode ser que o retorno seja gradativo e não volte todo mundo ao mesmo tempo ou volte de maneira escalonada, alternada, aí você tem outras técnicas que podem ser utilizadas para tentar promover esse retorno.

**I:** Como você é da área da saúde do trabalhador, queria saber a tua visão da saúde do trabalhador nesse momento, a saúde do professor, do técnico, das pessoas que estão envolvidas dentro da universidade. O que você tem visto, tem achado, tem acompanhado?

**F:** Na subcomissão científica a gente tem um colega do departamento de psicologia da UFSC que é o professor Roberto Cruz, ele fez uma fala ontem, numa das reuniões que nós tivemos, muito esclarecedora e interessante. O que vou falar agora é o que ouvi do professor Roberto, então a ele deve ser dado o crédito por essa análise. O que parece que vai acontecer e que já está acontecendo na verdade, é que os trabalhadores de uma forma geral, assim como os estudantes, do ponto de vista das atividades que exercem e das pressões que eventualmente vem sofrendo, eles já estão desenvolvendo uma resposta psicológica sobre esse cenário de pandemia, muitas pessoas estão com níveis de ansiedade elevados, muitas pessoas estão com aquela fala do tipo luz no fim do túnel e isso é algo. Se esperava e vai acontecer. Por quê? Porque o contexto é realmente muito agressivo, então num contexto agressivo como esse é natural que as pessoas reajam com graus diferentes de percepção acerca da realidade, é muito natural também que se afloram: ansiedade, transtornos de humor, medos, receios e preocupações. Do ponto de vista da saúde do trabalhador, temos que saber lidar com as coisas que começarão a caminhar para algum grau de retorno da universidade, seja ele no remoto ou até no outro extremo, que é o presencial. É natural que apareçam casos de pessoas vivendo stress pós-traumático, de ansiedade, de medo, sensação de incompetência em relação à realidade que está enfrentando, e aí acho que temos que pensar em formas de lidar com isso. Uma das coisas que a universidade também está pensando para o retorno é se equipar com uma estrutura de suporte psicológico para as pessoas, para os estudantes, professores e técnicos, para fazer o enfrentamento desses casos que vão acontecer. Não esperávamos um contexto tão severo como esse em que estamos vivendo. Quero acreditar que as condições de retorno estão sendo planejadas para que as pessoas possam voltar a trabalhar com segurança, pelo menos essa é a cobrança que estamos fazendo. Estamos batendo fortemente na tecla de que se não existirem condições de segurança em que as pessoas possam trabalhar, com risco controlado de que possam ficar doentes, não tem a menor possibilidade de colocarmos pessoas para trabalhar presencialmente. Acho que a universidade tem um desafio grande nesse sentido, mas, se ela criar as condições de contorno necessárias para o retorno, a gente vai sair dessa, na verdade voltar para a questão do trabalho presencial com uma chance muito pequena de que aconteçam, por exemplo, surtos na universidade, entre os estudantes, é nisso que a gente está investindo. É óbvio que a questão da saúde do trabalhador é importante nesse aspecto porque já se vê diversos tipos de atravessamento no trabalho docente, no trabalho dos técnicos que causam adoecimento, que causam afastamento, e aí a COVID-19 é mais um fator. Tenho certeza de que os desafios vão aparecer, não acredito que vamos superar de maneira isolada ou blindada dos acontecimentos. Vamos ter que enfrentar alguns problemas e não é uma questão de “as pessoas correm o risco de ficar doente e elas tem que voltar a trabalhar?”. Não,

elas correm o risco de ficar doentes se forem na padaria. Não precisa ir para a UFSC para ficar doente, você vai na farmácia e pode ficar doente, se você for levar o lixo na calçada você pode ficar doente, é só mais um cenário, o do retorno das atividades na universidade, que vai ser, na melhor das hipóteses, na melhor possibilidade, controlado. As pessoas vão sentir que a UFSC está trabalhando de uma outra forma, a pandemia exige que as pessoas tenham posturas de cuidado, as posturas individuais vão ter que ser bastante cautelosas nesse momento. Toda essa exigência e contrapartida das pessoas, vai ser exigida e vai ser criado um canal de comunicação muito forte para sensibilizar as pessoas, não é uma questão de conscientizar é uma questão de que as pessoas tenham a informação num volume que elas entendam a preocupação que exige, a necessidade que exige e adotem essa postura de autocuidado. Isso não quer dizer que vamos estar imune a casos de COVID-19, quer dizer que em algum momento pode ser que surja um caso ou outro e tal e vamos ter que fazer o enfrentamento desse caso, não dá para deixar as pessoas desamparadas, então isso também está sendo pensado: “como é que a UFSC vai fazer o enfrentamento dos eventuais casos que possam aparecer por conta do trabalho presencial?”. É importante que as pessoas compreendam que o retorno semipresencial e presencial está no horizonte do plano, mas não é imediato. Porque não temos as condições de voltar imediatamente, nem em trinta dias. É só você pensar em como é que funciona uma instituição pública, tem que licitar tudo e a licitação dura noventa dias. Se for comprar um milhão de máscaras só daqui a noventa dias que compra, não é uma coisa que acontece hoje e segunda-feira volta todo mundo. Isso está no horizonte, que num plano grande como esse você tem que pensar como é que será o retorno semipresencial e presencial, mas isso não quer dizer que vai acontecer num curto espaço de tempo.

**I:** Acho que gerou uma certa angústia nas pessoas porque teve a questão da mídia dizendo que as instituições de ensino privadas voltaram e a UFSC e a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) não voltaram. Aí a UDESC voltou e ficou em cima da UFSC a questão de ter que voltar também. Tem que voltar mas temos que estar planejado para voltar de uma forma que garanta a segurança dos servidores, dos alunos e que a gente consiga formar nossos estudantes da melhor forma possível nesse momento de excepcionalidade

**F:** Exato, não dá para admitir uma pressão da mídia, por exemplo, e de uma hora para outra bolar um plano mirabolante para voltar às aulas em uma semana, não é assim que funciona.

**I:** Temos que ser capacitados, como você já falou antes, a gente até tem alguma formação, conhece alguma plataforma, mas são pequenas formas que você

usa em uma ou outra atividade, não para você fazer um semestre inteiro dessa forma, a gente também tem que ser capacitado como professor e saber dar o suporte para o aluno nesse processo.

**F:** Isso é um aspecto importante, com certeza, porque a coisa é tão heterogênea que inclusive alguns professores não dominam as tecnologias de interação e educação a distância, você precisa capacitar as pessoas para ter o mínimo de qualidade. Senão, você lança uma proposta de ensino remoto e você gera mais desigualdade do que se não tivesse colocado, porque o professor não vai saber apresentar, não vai saber trabalhar com isso, o estudante vai ter a sensação de que o conteúdo não está chegando, de que está sendo uma coisa meio maluca, meio esquizofrênica e a gente não tem o direito de fazer isso com nenhum estudante e a gente também não tem o direito de fazer isso com nenhum professor, nenhum trabalhador da universidade. A premissa de base é a questão da saúde e da segurança das pessoas. Assim, trata-se de estruturar o caminho de consenso, nunca um caminho impositivo para o retorno das atividades.

**I:** Fabrício, vamos fechando, queria saber se você tem mais alguma coisa para acrescentar que não tenha comentado.

**F:** Gostaria de deixar uma fala principalmente direcionada aos estudantes: não fiquem aflitos, no sentido de que será imposto para vocês alguma coisa, de cima para baixo e que terão que se adaptar a isso. Não estamos lidando com esse problema dessa forma. Estamos tentando construir um caminho de saída que seja razoável, que tenha o mínimo de razoabilidade e que olhe para a manutenção da universidade, para a manutenção daquilo que já conseguimos construir até hoje, considerando os cenários didático, acadêmico e legal. Em que pese a universidade ter demorado um certo tempo para começar esse processo, para disparar esse processo, ela o fez há pouco mais de uma semana, e estamos trabalhando duro para tentar construir esse caminho o mais rápido possível, para que todos nós, professores, técnicos e estudantes, possamos voltar à certa normalidade de vida acadêmica com alguns ajustes pontuais, pois a condição nos exige. Quando for possível de retomar as atividades presenciais e a vida seguir seu curso normal e quiçá daqui dez anos olhemos para trás e lembraremos dessa pandemia dizendo: “olha o que a gente conseguiu fazer, quando aconteceu isso, etc e tal”.

**I:** É tirar as lições do que estamos vivendo agora para melhorar, claro que tem momentos que é desesperador para todos, porque não sabemos como vai ficar, essas incertezas do dia seguinte, mas é o momento de aprender e levar isso como uma lição para o nosso futuro e olhar para trás depois, poder olhar para

trás e dizer que conseguimos superar isso da melhor forma.

**F:** Todos nós sairemos transformados, espero que para melhor.

**I:** Com certeza. Agradeço muito a disponibilidade de estar conversando e agradeço aos professores da Escola de Saúde Coletiva por também terem me convidado e terem dado a liberdade em lhe convidar para esse diálogo.

# Posfácio I

A obra “Diálogos em quarentena” trata de um “encontro real-virtual”, como os organizadores apresentaram, de grande esperança. Nela, leitores e leitoras poderão ir ao encontro de trechos de inspiração, de reflexão crítica a de possibilidades para resistir em tempos pandêmicos.

Percebi um “encontro-movimento”, no sentido que a obra nos aproxima de levantes, como Judith Butler menciona, que são um conjunto de convicções compartilhadas. Isso porque os textos de “Diálogos em quarentena” não deixam os leitores e as leitoras como mero espectadores da pandemia que nos assola. Sobremaneira, ficou a sensação de inquietude e de intensas reflexões em vários pontos críticos. Um convite a novas elaborações.

A obra também deixou mais nítida a perspectiva de que não se vive uma epidemia da Covid-19, mas várias delas, em seus simultâneos e imbricamentos. Essa potente observação, outrora trazida no contexto da epidemia de hiv e aids por anotações de Richard Parker, soa como “chave” indispensável. Também fez mais sentido, a partir dessa leitura, o conceito de sindemia para o que vivemos.

Há muita pertinência entre o formato escolhido pelos organizadores e o contexto infodêmico. Aposta-se aqui na conexão com diferentes plataformas, visto que os textos dos capítulos podem ser acompanhados com as apresentações audiovisuais do canal da Escola de Saúde Coletiva e vice-versa. Em tempos onde existe a alternância entre a desinformação e o rápido descarte de informação nova, acredito nessa grande luminosidade do complemento entre o livro e as lives. A articulação que os(as) autores(as) trazem entre perguntas e respostas nos capítulos também questiona a nós, leitores(as). Ficamos seduzidos por exercitar os nossos próprios pensamentos sobre os assuntos, convite que Susan Sontag tanto nos recomenda.

Os textos dos oito capítulos têm vigor e, como uma espiral, articulam conceitos tão caros para nos levar adiante em cenário pós-pandêmico: o sentido da vida, a importância do cuidado integral, a fraternidade, a relevância da memória dos nossos e nossas, o campo da Saúde Coletiva e a educação. Podem ser lidos de modo independente e em ordem diferente, como fiz, mas em cada um encontrei ecos e outras espirais. O conjunto é conciso e primoroso, com colegas que são referências nas fronteiras além das novidades que aqui conheci.

Recomendo e espero o sopro da obra em circulação.

*Daniel Canavese de Oliveira*  
*Universidade Federal do Rio Grande do Sul*  
*Departamento de Saúde Coletiva*

## Posfácio II

A presente Obra, organizado por Carlos Alberto Severo Garcia Jr, Roger Flores Cecon e João Matheus Acosta Dallmann, Professores Doutores da Escola de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá, reúne oito capítulos, para além da introdução, prefácio e posfácio. O título do livro “Diálogos em quarentena” é um indicativo explícito de seu conteúdo: uma coletânea de diálogos estabelecidos virtualmente na presente (e já histórica) pandemia. Transcreveram-se e cuidadosamente foram lapidadas estas joias em forma de conversas ocorridas entre organizadores da Obra e convidados, os quais fizeram parte de um ciclo de debates da referida Escola.

Estes diálogos virtuais, que em sua maioria estão disponíveis no canal do *Youtube* da Escola de Saúde Coletiva da UFSC, estão agora registrados em texto - às vezes datados e às vezes atemporais. Tais escritos narram um período marcante de nossa época. Uma época marcada por incertezas e isolamentos, quarentenas e distanciamento social. Os diálogos foram estabelecidos a partir de temas centrais da Saúde Coletiva em tempos de pandemia e variou das incidências da Covid19 às produções de vínculos, da filosofia, sociologia, psicologia à epidemiologia. Os temas da globalização, do suicídio, das produções de vínculos, da Política de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da humanização do cuidado em saúde e do retorno às aulas no ensino superior, todos estes relacionados aos tempos de pandemia, fazem parte dos diálogos estabelecidos entre os organizadores da Obra e seus convidados. Dois capítulos eu gostaria de destacar pela sensibilidade ímpar desta coletânea: um dedicado à memória de Hésio Cordeiro, ocorrida um dia após sua morte em 8/11/2020, o qual registra o legado deste grande defensor do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira por grandes nomes da ABRASCO e RedeUnida; outro capítulo, dedicado ao compartilhamento das experiências vivenciadas pela Liga Acadêmica Multidisciplinar de Saúde Coletiva da UFSC, Campus Araranguá, realizados no semestre de 2020.1, trazendo o protagonismo dos estudantes nos debates da saúde coletiva.

A qualidade da obra não é apenas atestada pelo prefácio e posfácio escritos, respectivamente, pelas renomadas professoras Maria Cecília de Souza Minayo (Fiocruz) e Sadra Caponi (UFSC), mas também pelas trajetórias ímpares das pessoas que participaram destes diálogos em quarentena. Para além dos organizadores já mencionados, professores de renome nacional e internacional, além de acadêmico das diversas áreas da saúde, fazem parte da Obra, nomeadamente: Dra. Saskia Sassen (Columbia University); Dra. Stela Nazareth Meneghel (Universidade Federal do Rio Grande do Sul); Dr. Silvio Yasui (Universidade Estadual Paulista); Dr. Gustavo Nunes de Oliveira (Universidade Federal de São Carlos); Dra. Liane Beatriz Righi (Universidade Federal de Santa Maria); Dr. Antônio Alcindo Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e Gular Azevedo e Silva (Universidade Estadual do Rio de Janeiro); Adrian Thives de Bona Sartor, Edson da Silva Santos, Karine Pirez, Laura Bortolozzo Leitão, Leticia Oliveira Marx e Luiz André Prange (Universidade Federal de Santa Catarina); Dra. Ione Schneider e Dr. Fabricio Augusto Menegon (Universidade Federal de Santa Catarina).

O público acadêmico é alvo deste livro: os das ciências da saúde, em geral, e do campo da Saúde Coletiva, em particular. É ainda uma obra destinada aos profissionais de saúde que buscam por informação de qualidade, capazes de transformar as práticas. É leitura recomendada aos estudantes, professoras(es), pesquisadoras(es) e trabalhadoras(es) da saúde. Diria que a presente Obra se converte em uma fonte de consulta para futuras(os) pesquisadoras(es) e formuladoras(es) de políticas públicas.

“Diálogos em quarentena” é uma obra sensível. A leitura é fluida e reflete a ternura dos encontros ocorridos, da admiração mútua e do respeito pela a vida e obra de cada uma das pessoas que ali compartilharam saberes. É, de fato, um produto imbuído de compromisso ético, de sensibilidade estética, de visão de mundo crítico-reflexiva e de posicionamento político em tempos de conservadorismo autoritário que põe em xeque a democracia e a saúde dos brasileiros.

*Fernando Hellmann*  
*Universidade Federal de Santa Catarina*

## Sobre os autores

### **Adrian Thives de Bona Sartor**

Graduando em Fisioterapia e Coordenador da Liga Multiprofissional em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

### **Alcindo Antônio Ferla**

Médico, doutor em Educação. Professor Associado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

### **Carlos Alberto Severo Garcia Jr.**

Psicólogo, doutor em Ciências Humanas. Professor Adjunto na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

### **Edson da Silva Santos**

Graduando em Medicina e Coordenador da Liga Multiprofissional em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

### **Fabrcio Augusto Menegon**

Educador físico, doutor em Saúde Pública. Professor da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

### **Gulnar Azevedo e Silva**

Médica, doutora em Medicina. Professora Titular na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

### **Gustavo Nunes de Oliveira**

Médico, doutor em Saúde Coletiva. Professor Adjunto na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

### **Ione Jayce Ceola Schneider**

Fisioterapeuta, doutora em Saúde Coletiva. Professora na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

### **João Matheus Acosta Dallmann**

Cientista Social, doutor em Sociologia Política. Professor Adjunto na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

### **Karine Pires Costa**

Graduanda em Fisioterapia e Coordenadora da Liga Multiprofissional em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

### **Laura Bortolozzo Leitão**

Graduanda em Fisioterapia e Coordenadora da Liga Multiprofissional em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

### **Letícia Oliveira Marx**

Graduanda em Medicina e Coordenadora da Liga Multiprofissional em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

### **Liane Beatriz Righi**

Graduada em Enfermagem e Obstétrica, Doutora em Saúde Coletiva. Professora Associada na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

### **Luiz André Prange**

Graduando em Fisioterapia e Coordenador da Liga Multiprofissional em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

### **Roger Flores Ceccon**

Graduado e doutor em Enfermagem. Professor Adjunto na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

### **Saskia Sassen**

Socióloga. Professora da Colombia University.

### **Silvio Yasui**

Psicólogo, doutor em Saúde Pública. Professor Associado na Universidade Estadual de São Paulo (UNESP).

### **Stela Nazareth Meneghel**

Médica, doutora em Medicina. Professora Associada e coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Produzido na primavera de 2021 com textos de encontros  
promovidos em 2020 pela Escola de Saúde Coletiva.  
Produzido em fonte Perpetua.



ESCOLA DE  
**SAÚDE COLETIVA**  
Universidade Federal de Santa Catarina - Araranguá



SJN 378-65-87180-68-7



9 786587 180687 >

editora



redeunida



Edição: Setembro de 2016