



DIÁLOGOS

EM SAÚDE COLETIVA

Fabiane Perondi

Suliane Motta do Nascimento

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior

Marta Inez Machado Verdi

Mirelle Finkler

Roger Flores Ceccon



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

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

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

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

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

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

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORES

Fabiane Perondi
Suliane Motta do Nascimento
Carlos Alberto Severo Garcia Júnior
Marta Inez Machado Verdi
Mirelle Finkler
Roger Flores Ceccon

Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

DIÁLOGOS

EM SAÚDE COLETIVA

1^a Edição

Porto Alegre

2026

editora

redeunida

Copyright © 2026 by Fabiane Perondi, Suliane Motta do Nascimento, Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Marta Inez Machado Verdi, Mirelle Finkler, Roger Flores Ceccon e Associação Rede Unida

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

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editores-Chefes: Alcindo Antônio Ferla e Héider Aurélio Pinto

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

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);

Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);

Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);

Berta Paz 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);

Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

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

Héider Aurélio Pinto (Universidade Federal da Recôncavo da Bahia, Brasil);

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

Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);

João Henrique Lara do Amaral (Universidade 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);

Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);

Mara Lisiâne dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);

Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);

Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);

Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);

Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);

Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);

Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);

Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);

Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Rossana Staevia 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);

Vanderlília Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);

Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);

Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza

Jaqueleine Miotto Guarneri

Camila Fontana Roman

Carolina Araújo Londero

Revisão

Roger Flores Ceccon, Carlos Alberto Severo Garcia

Júnior, Fabiane Perondi, Mirelle Finkler, Suliane Motta do Nascimento, Marta Inez Machado Verdi

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Imagen Capa

Freepik.com

**Financiamento realizado pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina**



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

D536

Diálogos em saúde coletiva/ Fabiane Perondi; Suliane Motta do Nascimento; Carlos Alberto Severo Garcia Júnior; Marta Inez Machado Verdi; Mirelle Finkler; Roger Flores Ceccon (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2026.

276 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 72).

E-book: 4.0 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-224-0

DOI: 10.18310/9786554622240

1. Saúde Coletiva. 2. Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Bioética. 4. Cuidado em Saúde. I. Título.
II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 20.5

CDU 614

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

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

www.redeunida.org.br





Prefácio

“O que pode um corpo?”
(Spinoza)

Quando recebi o convite para escrever este prefácio, estava absorto em pensar a crise generalizada que se abate sobre o mundo, que no meu entendimento, denuncia a falência do projeto moderno que levou ao atual estágio civilizatório. Este, foi construído sobre os pilares da ciência moderna nascida no século XVI, o capitalismo que se instaura desde o século XV, e uma moral capaz de estabelecer o controle sobre os corpos, conduzir as condutas, e prescrever os modos de vida, como diz Foucault.

O edifício construído com base nessas forças, a ciência, o capitalismo e a moral, dão os primeiros sinais de erosão na atualidade, por força de características violentas da sociedade que criaram. Uma ruína anunciada, já que sua base egocêntrica não prevê o cuidado e proteção às pessoas. Como uma fera ferida, as megacorporações econômicas que dominam o cenário social e político, reagem até os estertores. A crise social aguda vem da notória fraqueza moral e intelectual do sistema dominante. Ele está assentado em uma sociedade global extremamente desigual, violenta, que habita um planeta que derrete de forma cada vez mais acelerada, frente às mudanças físico-químicas da terra, ocasionadas pela extração predatória dos recursos naturais, e emissão de gases de efeito estufa, levando ao aquecimento global e suas devastadoras consequências para a vida na Terra.

Diálogos em Saúde Coletiva é uma obra que surge em um cenário como este, que nos faz lembrar de Eric Hobsbawm quando se referiu ao século XX como a “Era dos Extremos”¹. Ele havia estudado o período de 1914 a partir da primeira grande guerra, até 1991, a derrocada da União Soviética, em que

1 Hobsbawm E. *Era dos Extremos: o breve século XX, 1914–1991*. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.

se observaram eventos com a magnitude e força capazes de alterar o curso da história mundial.

Estes anos iniciais do século XXI, já se foram um quarto do século, nos coloca antecipadamente diante da mesma caracterização que motivou Hobsbaw: vivemos uma nova era dos extremos, pela magnitude das tragédias que nos alcançam, e tomam nossos corpos como dramáticas experiências sociais e existenciais. Estamos vivendo os dias sobressaltados e visivelmente assustados com os eventos climáticos extremos que acometem todos os continentes. As tragédias que correm pelo mundo entram na nossa casa todos os dias, pelas imagens da televisão, internet, ocupam nosso ambiente e nossos corpos, com afetos tristes. Inadvertidamente nos vemos em uma atmosfera anuviada, de tons cinzas no ambiente, sugerindo uma certa melancolia diante do sofrimento e dor que estes acontecimentos proporcionam. Percebe-se o sofrimento alheio, como se ocorresse no nosso jardim.

Já convivíamos com um planeta febril há décadas, e o vimos agora atingir em 2024 a temperatura de 1,5 grau em relação ao que era antes da revolução industrial, cerca de duzentos anos atrás. O “acordo de Paris” assinado em 2015, para justamente impedir que a temperatura do planeta chegasse a esse patamar, de não retorno, se mostrou um absoluto fracasso. A ganância global veiculada pelas grandes corporações que governam o mundo, se instrumentaliza do negacionismo científico, para impedir estratégias eficazes de redução de emissões, e alteração da matriz energética para fontes renováveis. A humanidade caminha para o colapso, com a Terra gastando mais de duas vezes a quantidade de energia que é capaz de repor. Para se ter uma ideia, em 2025, até o dia 24 de julho, “Dia da Sobrecarga da Terra” (Earth Overshoot Day), se consumiu os recursos que o planeta levaria um ano para regenerar, ou seja, a energia que é consumida entre 25 de julho a 31 de dezembro não tem fontes de reposição dentro do mesmo ano.

Sem me estender na descrição dos grandes eventos trágicos que marcam nosso tempo, cito rapidamente a extensão das guerras atuais dentro

de uma disputa geopolítica ameaçadora. O primeiro genocídio transmitido em tempo real. Gaza se tornou nome de martírio, assassinato brutal de crianças e mulheres. A palavra Holocausto tem origem grega (*holókauston*) e significa “sacrifício pelo fogo”. É o que se vê praticado pelo atual governo de Israel, repetindo a história acontecida com os judeus na segunda guerra mundial. Soma-se a estes fatos a pandemia que dizimou mais de 7 milhões de pessoas do planeta no curto período de 2 anos, deixando mais de uma centena de milhares de órfãos, economias familiares devastadas, e outros tantos milhões de pessoas com sequelas da doença de Covid-19. Evento que pode se repetir tendo em vista a negligência mundial com os fatores que levaram à pandemia.

“O mundo é a extensão do nosso corpo, o corpo é a síntese do mundo, somos uma unidade cósmica”. É o que nos ensina o pensamento ancestral dos povos que vivem na Amazônia, na região do Alto Rio Negro, o povo Tukano². Sendo assim, o que ocorre no meio tem repercussão direta e imediata no nosso corpo. Não é possível ver e ouvir sobre tudo o que ocorre no mundo, e dizer que não atinge nosso corpo. Nos modifica por efeito dos *afectos*. As adversidades do momento levam à necessidade de produzir em nós mesmos, a resiliência suficiente para seguirmos altivos naquilo que nos move mais intimamente e cotidianamente, o trabalho para o cuidado em saúde. A obra aqui apresentada passa por vários temas da saúde coletiva, que corroboram para o objeto central do trabalho em saúde, que é o cuidado. Enfim: O que pode um livro?

A origem de *Diálogos em Saúde Coletiva* já fala muita coisa sobre suas possibilidades. Ele nasce de encontros múltiplos, espaços de fala e escuta, trocas de experiências, do vivido. O encontro como uma máquina semiótica é um emissor de potência. Os bons encontros têm o efeito de aumentar a capacidade de agir. É o que fortalece a resiliência, e faz com que, mesmo em cenários adversos, nos mantemos em condições de produzir vida em nós e no outro.

A produção coletiva expressa solidariedade. Esta palavra que traz em si uma grande força, é um conceito de prática comunal, que tem o efeito de antídoto

² Barreto JPL. *O mundo em mim: uma teoria indígena e os cuidados sobre o corpo no Alto Rio Negro*. Brasília: Mil Folhas; 2022.

para o egoísmo e a ganância. Ela apresenta a possibilidade de desmontar o traço concorrencial, com o qual o neoliberalismo se instaura como uma subjetividade incorporada aos coletivos. A solidariedade produz a soma das potências entre as pessoas que se encontram em relação. A partir dela o que era forte, se torna mais forte; mais livre, mais sensível, em um mundo que se perde no brutalismo. Um livro que tem como base o encontro, e transborda solidariedade, é capaz de ativar nas pessoas e coletivos a ideia de cuidado, mobiliza à vontade, o que nos faz produzir de forma criativa um modo de vida.

É assim que entendemos uma obra, mais do que um livro, é um dispositivo fronteiriço, que anda na borda do mundo convidando-nos para ultrapassar fronteiras, transbordar. O filósofo camaronês Achille Mbembe³ no diz que o grande problema do mundo são as fronteiras, através delas, se organizam as opressões, pela definição dos limites dos povos no acesso aos recursos do mundo moderno. Limites que são físicos, simbólicos, mentais, corporais, mas sempre vão produzir a interdição do outro, pessoas e coletivos. O mundo fronteiriço traz nas penosas as marcas do colonialismo, ele mata o sonho, assassina futuros antes de nascerem. O livro como dispositivo se transforma em uma arma de guerra simbólica e eficaz, contra este tipo de realidade. Ele vela o sonho que já se foi, e ressuscita-o para novas perspectivas históricas.

As ideias veiculadas no livro não têm limites, porque não há fronteira capaz de detê-las. Possuídas pela imaginação, podem percorrer caminhos que ressignificam seu sentido, lhe dá novas formas, rompe grilhões do pensamento normativo. Os “corpos-fronteira” conhecem todas as opressões. Eles se amparam naquilo que o livro traz, para construir a sua libertação. Dar um voo imaginativo sobre o mundo é um ato de rebeldia necessário. Um livro pode disparar processos de ressignificações de mundo, ativação de coletivos, colocar as pessoas em movimento para o ato criativo de cuidar, produzir vida, ativar mundos.

Diálogos em Saúde Coletiva é um livro dispositivo. Ele pode!

Túlio Batista Franco

³ Mbembe A. *Brutalismo*. São Paulo: N-1 Edições; 2013.

Sumário

13

Apresentação

Fabiane Perondi, Suliane Motta do Nascimento, Carlos Alberto Severo Garcia Jr., Marta Inez Machado Verdi, Mirelle Finkler, Roger Flores Ceccon

17

Arqueologia do Sensível ou sobre o Infraordinário no Cuidado em Saúde

Elisandro Rodrigues, Carlos Alberto Severo Garcia Jr., Roger Flores Ceccon

45

Aprender no cotidiano do trabalho em saúde

Alcindo Antônio Ferla, Suliane Motta do Nascimento, Carlos Alberto Severo Garcia Jr., Marta Inez Machado Verdi

82

30 anos da Saúde da Família no Brasil: de onde viemos e para onde vamos

Suliane Motta do Nascimento, Ricardo Donato Rodrigues, Maria Inez Padula Anderson

100

Desafios emergentes e problemas persistentes sobre aborto legal

Mirelle Finkler, Elda Coelho de Azevedo Bussinguer, Olímpio Barbosa de Moraes Filho

125

Participação social no SUS: desafios e perspectivas

Erick Cardoso da Rosa, Juliana Sampaio, Frederico Viana Machado

150

Cogestão, apoio e avaliação na contemporaneidade do SUS

Juarez Pereira Furtado, Liane Beatriz Righi, Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

177

Residências em Saúde: uma forma de habitar o SUS

Ricardo Burg Ceccim, Lorrainy da Cruz Solano, Roger Flores Ceccon

220

Caleidoscópio do cuidado para proteger a vida

Helvo Slomp Junior, Fabiane Perondi, Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

243

**Apoio institucional e matricial no SUS:
a que será que se destina?**

Gastão Wagner de Sousa Campos, Liane Beatriz Righi, Carlos Alberto
Severo Garcia Jr.

272

Sobre os autores

Apresentação

Diálogos em Saúde Coletiva nasce do encontro entre a universidade pública e os territórios vivos da experiência, da luta e da reflexão crítica. É fruto de um projeto de extensão universitária comprometido com a produção de um conhecimento situado, insurgente e plural — gestado a muitas vozes, em diálogo com sujeitos coletivos, intelectuais, docentes, ativistas e pesquisadores que habitam o campo da Saúde Coletiva, especificamente das Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

Inspirado na experiência do *Diálogos em Quarentena*⁴, este novo ciclo de encontros ampliou a escuta e o pensamento sobre temas contemporâneos e urgentes, na fértil interseção entre a Saúde Coletiva e a Bioética. Foi tecido no âmbito da Escola de Saúde Coletiva e do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva (NUPEBISC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em parceria com a Rede Unida e com a Sociedade Brasileira de Bioética.

Com encontros mensais abertos ao público, transmitidos ao vivo e, posteriormente, organizados em acervo digital⁵, o projeto construiu pontes entre saberes, territórios e práticas. Os organizadores desta obra atuaram como curadores, articuladores e mediadores dos debates, tecendo vínculos entre o campo acadêmico, as arenas políticas e as redes comunitárias. Cada conversa foi cuidadosamente transcrita, revisada e transformada em capítulo, preservando a densidade das falas, a riqueza dos afetos e a pluralidade de perspectivas que marcaram os encontros.

Os capítulos que compõem este livro podem ser lidos de forma independente, mas se entrelaçam por um fio comum: o compromisso ético-

⁴ Carlos A, Severo G, Roger F, Ceccon J, Matheus A, Dallmann, et al. Série *Vivências em Educação na Saúde*. Diálogos em quarentena [Internet]. [cited 2025 Nov 10]. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/11/Livro-Dialogos-em-quarentena.pdf>

⁵ Rede Unida. *Diálogos em Saúde Coletiva* [playlist no YouTube]. 2025 [cited 2025 Nov 10]. Disponível em: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLGCPV1cxgWNKqAgRVEGdt7UJnSNKzhKq>

político com a justiça social, a democracia radical e a defesa incondicional do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa defesa se torna ainda mais urgente no contexto atual, em que vivemos um momento delicado e decisivo, atravessado por disputas de forças políticas e por interesses privados que ameaçam desfigurar os princípios fundadores do SUS. Em meio a ofensivas contra direitos sociais e ao avanço de projetos neoliberais que tentam mercantilizar a saúde, os corpos e a vida, reafirmar a centralidade do cuidado, da participação social e da saúde como direito humano se torna um gesto de resistência e de esperança.

Os diálogos reunidos tocam temas cruciais, como a formação em saúde, as residências multiprofissionais, as narrativas, a pesquisa clínica, a atenção primária, o cuidado em contextos de aborto legal, a participação social, os arranjos de gestão e avaliação, e as estratégias institucionais voltadas à integralidade do cuidado. A multiplicidade dos temas ecoa a diversidade dos sujeitos convocados ao diálogo — profissionais de saúde, pesquisadores, militantes e representantes de movimentos sociais.

Esta obra se dirige a estudantes, educadores, trabalhadores da saúde, militantes e a todos aqueles e aquelas que não se resignam diante das injustiças e seguem construindo, com palavras e práticas, uma sociedade mais inclusiva e solidária.

Os capítulos que compõem este mosaico de reflexões são os seguintes:

- **Capítulo um:** *Arqueologia do sensível ou sobre o infraordinário no cuidado em saúde* — Dr. Elisandro Rodrigues (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Dr. Carlos Garcia Severo Jr. (Universidade Federal de Santa Catarina) e Dr. Roger Flores Ceccon (Universidade Federal de Santa Catarina).
- **Capítulo dois:** *Aprender no cotidiano do trabalho em saúde* — Dr. Alcindo Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Dr. Carlos Garcia Severo Jr. (Universidade Federal de Santa Catarina), Doutoranda Suliane Motta (Programa de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina), Dra. Marta Verdi (Universidade Federal de Santa Catarina).

- **Capítulo três: 30 anos da Saúde da Família no Brasil: de onde viemos e para onde vamos** — Dra. Maria Inez Padula Anderson (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), Dr. Ricardo Donato Rodrigues (Universidade do Estado do Rio de Janeiro) e Doutoranda Suliane Motta (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina).
- **Capítulo quatro: Desafios emergentes e problemas persistentes sobre aborto legal no Brasil** — Dra. Elda Coelho de Azevedo Bussinguer (Sociedade Brasileira de Bioética), Dr. Olímpio Barbosa de Moraes Filho (Universidade de Pernambuco) e Dra. Mirelle Finkler (Universidade Federal de Santa Catarina).
- **Capítulo cinco: Participação social no Sistema Único de Saúde: desafios e perspectivas** — Dra. Juliana Sampaio (Universidade Federal da Paraíba), Dr. Frederico Viana (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e Mestrando Erick Cardoso da Rosa (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina).
- **Capítulo seis: Cogestão, apoio e avaliação na contemporaneidade do Sistema Único de Saúde** — Dra. Liane Righi (Universidade Federal de Santa Maria), Dr. Juarez Furtado (Universidade Federal de São Paulo) e Dr. Carlos Garcia Severo Jr. (Universidade Federal de Santa Catarina).
- **Capítulo sete: Residência em Saúde, uma forma de habitar o Sistema Único de Saúde** — Dra. Lorrainy da Cruz Solano (Hospital Maternidade Almeida Castro), Dr. Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e Dr. Roger Flores Ceccon (Universidade Federal de Santa Catarina).
- **Capítulo oito: Caleidoscópio do cuidado para proteger a vida** — Dr. Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Dr.

Helvo Slomp Jr. (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Fabiane Perondi e Dr. Carlos Garcia Severo Jr. (Universidade Federal de Santa Catarina).

- **Capítulo nove:** *Apoio institucional no Sistema Único de Saúde: a que será que se destina?* — Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos (Universidade Estadual de Campinas), Dra. Liane Righi (Universidade Federal de Santa Maria) e Dr. Carlos Garcia Severo Jr. (Universidade Federal de Santa Catarina).

Ao reunir essas vozes potentes e plurais, Diálogos em Saúde Coletiva reafirma o papel essencial da universidade pública como lugar de escuta, de pensamento crítico e de resistência ativa. Mais do que um registro de debates, esta obra é um chamado para que novas práticas de cuidado, pesquisa, militância e ensino floresçam sob o horizonte dos direitos humanos.

Fabiane Perondi
Suliane Motta do Nascimento
Carlos Alberto Severo Garcia Jr.
Marta Inez Machado Verdi
Mirelle Finkler
Roger Flores Ceccon

Arqueologia do Sensível ou sobre o Infraordinário no Cuidado em Saúde¹

Elisandro Rodrigues
Carlos Alberto Severo Garcia Jr.
Roger Flores Ceccon

Roger Flores Ceccon: Bom dia a todos. É uma grande honra estar com vocês. Eu me chamo Roger Ceccon, sou professor da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sou professor e tutor da residência multiprofissional em saúde da família, e hoje temos a grande honra de receber o professor Elisandro, um grande parceiro e uma pessoa admirável. Temos também a participação do professor Carlos conosco. Quero agradecer também à Rede Unida pela parceria nessa atividade em conjunto com a Escola de Saúde Coletiva e com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFSC. Elisandro Rodrigues é pedagogo e doutor em educação, professor e pesquisador no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Ele é vice-líder do Grupo de Pesquisa Narrativas em Saúde, integra o Núcleo de Pesquisa em Psicanálise, Educação e Cultura e ao longo dos últimos anos vem se dedicando a pesquisar sobre a montagem da escrita e da leitura. E hoje ele vai nos brindar com uma aula intitulada “Arqueologia do Sensível ou sobre o Infraordinário no Cuidado em Saúde”. Só o título abre uma série de coisas para pensar. Sem mais delongas, vou primeiro passar a palavra para o meu grande amigo Carlos, também parceiro de longa data para fazer umas palavras iniciais. Depois passamos para o Elisandro. Um beijo para todos e boa atividade para nós.

1 Disponível em: <https://www.youtube.com/live/f8QDvdIz2U4?si=PWyjeZ3TigMF-iTM>

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.: Que alegria num momento bom e oportuno. Roger, meu amigo, obrigado pela excelente apresentação. Quero também começar agradecendo o Elisandro por dedicar o seu tempo e apresentação para nossa reflexão. Muito obrigado! Agradecemos à Rede Unida também por serem parceiros nossos em várias atividades. Esse registro é muito importante para nós. E agradecer em nome da UFSC e da residência essa oportunidade que é inaugurar um momento de reflexão que atrela o serviço, porque temos residentes que estão acompanhando esse momento e espero que outros residentes também possam aproveitar essa produção que vai ser partilhada. É uma alegria muito grande estar com vocês e fazer com que isso reverbera realmente ao longo do tempo. Esses encontros, ainda que à distância, têm a potência de permanecer ecoando ao longo do tempo. Agradeço em nome de todos esses que citei a oportunidade desse debate. Elisandro, por favor, a palavra é sua.

Elisandro Rodrigues: Muito obrigado, Carlos e Roger. É uma alegria estar aqui. Nós estávamos falando antes, nos bastidores, desses encontros alegres que fazemos e tecemos. Quero agradecer a vocês e esse espaço para conversar. Eu sempre brinco que “sou um rato de aula”, adoro estar em uma aula. Estar nesse outro lugar, às vezes, em que prepara uma aula, produz uma aula, faz uma aula, é um outro espaço também de produção de encontros. Vou contar dos bastidores um pouco antes de iniciar a nossa prosa. Venho trabalhando no GHC, atualmente sou coordenador da escola GHC. Mas, anteriormente a estar nesse espaço, estava na equipe da residência. Fiquei durante muitos anos acompanhando como apoio pedagógico os nossos programas de residência. Na residência multiprofissional temos oito programas. Nesse processo de pensar a questão mais acadêmica, venho trabalhando com a montagem, a leitura e a escrita. Assim, vocês vão ver nessa conversa sobre a Arqueologia do Sensível, ou sobre o Infraordinário no Cuidado em Saúde, num movimento mais teórico, de trabalhar com a questão da montagem, da

leitura e da escrita. Uma questão importante para o campo da saúde. Atualmente, também estou como docente no Programa de Pós-Graduação de Educação da UFRGS, na linha de pesquisa Educação Especial, Saúde e Processos Inclusivos. Vou fazer algumas instigações ao longo do texto e vou pedir para quem estiver nos assistindo, tanto agora, sincronamente, como daqui a um tempo também, como fica gravado, ao escutar essas minhas instigações à vocês, podem já usar o chat do YouTube para registrar as suas questões e as suas palavras. Vou compartilhar a minha tela e iniciar essa conversa. Qualquer coisa, vocês me açãoem se eu cair, se eu desaparecer da tela. Gostaria de iniciar essa conversa com vocês fazendo uma tomada de posição. Esse texto-aula vai falar sobre literatura, sobre arte e sobre cuidado em saúde. Ter como pano de fundo uma política do cuidado, que é o que rege nossa vida dentro do campo da saúde, numa concepção que pode interessar algumas pessoas, com a ideia de narrativas em saúde. Termos que usamos no Brasil em sinônimo ao conceito que a Rita Charon cunhou e que se chama “medicina narrativa”. Narrativa e medicina. Rita Charon inaugurou, nos anos 2000, na Universidade de Colúmbia, o Programa de Medicina Narrativa. Programa que busca destacar a importância do conhecimento narrativo para o cuidado em saúde e sugere que a prática médica deve incluir a competência de interpretar as histórias de doença a fim de melhor atender as experiências pessoais ou a experiência pessoal. Penso que esse deslocamento que a Rita Charon faz e realiza possibilita que seja criado, em termos de área do conhecimento, uma disciplina, uma área interdisciplinar que coloca a literatura, a humanização e a saúde em diálogo. Gostamos de pensar em narrativas, e coloco essa frase no plural, pois insiro o grupo de pesquisa que faço parte no GHC, que se chama de “NarrasUS, Humanidades em Saúde, ou Narrativas em Saúde”. Gostamos de pensar esse termo, essa questão, esse conceito de narrativas como um processo de ampliação do fazer profissional que, por vezes, não acontece quando carregado com o termo medicina, o que acaba por fechar um processo de trabalho multidisciplinar e o próprio entendimento do

que é narrar em saúde, que parte sempre do múltiplo, do diverso e da diferença. Cabe lembrar que o termo medicina tem sua origem no latim e tem como aproximação o que carrega o significado da arte de curar. E como bem sabemos, a medicina é uma ciência que estuda a saúde como um todo. Se nos atermos à primeira concepção deste termo, poderíamos dizer que todas e todos fazemos medicina de um certo modo, pois todas e todos estudamos algum aspecto do campo da saúde. Essa foi a ideia inicial da Rita Charon ao pensar o conceito de medicina narrativa para se referir a uma metodologia que aposta em uma prática de cuidado centrada no paciente, oferecendo, dessa forma, humanização como resposta à doença e ao sofrimento. Para Charon, isso é uma prática complementar ao processo de medicina baseado em evidência. Em um pequeno texto escrito em 2022, eu e uma colega, Marta Orofino, pensamos um pouco esse conceito de narrativa e narrativas em saúde, fazendo uma certa leitura, um pouco mais arqueológica, que essa discussão, nosso campo, começa a partir do início dos anos 1980, principalmente a partir das investigações da Rita Charon ao aproximar os estudos médicos da área da linguística. Para Charon, a prática médica, e aqui estamos falando não só dos médicos, mas sim de todas as profissões de saúde, é uma prática que exige uma competência narrativa, ou seja, essa capacidade de identificar e representar a passagem do tempo e rememorar acontecimentos a partir das histórias contadas pelos pacientes, a fim de interpretar as histórias de doença para uma relação mais cuidadosa em saúde. Deixo aqui dois exemplos, para quem se interessar por essa temática, que versam um pouco sobre esse cuidado ampliado em saúde e que articula essa competência narrativa com a vida e o cotidiano. Um desses é produzido no Rio Grande do Sul, que tem a organização da Marta Orofino e do Luiz Augusto Fischer, e é um livro que se encontra na íntegra, e que pode ser adquirido também fisicamente². E o curioso, uma brincadeira, o Fischer sempre faz essa brincadeira quando está falando um pouco desse livro. Um dos

² Fischer LA, Orofino M, organizadores. *Literatura na vida: experiências de ler e escrever na educação e na saúde*. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/214066/001118208.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 nov. 2025.

textos que tem neste livro é do nosso colega Jefferson Tenório, chamado Metamorfoses, Literatura e Subjetividade nos Alunos de Inclusão. O Fischer sempre faz essa brincadeira dizendo que foi esse livro da literatura que disparou o Jefferson para a fama. É uma brincadeira, pois logo depois o Jefferson começou a aparecer muito nos espaços. E é importante também trazer a lembrança do nome do Jefferson, porque vimos recentemente uma série de ataques ao seu livro “O Avesso da Pele”. Esse é um livro que fala sobre o cotidiano. Fico me perguntando, por que será que o cotidiano, e esse cotidiano especificamente que o Jefferson, de certa forma, trabalha nesse livro, por que esse cotidiano incomoda tanto? É uma questão também para ficar pensando. O outro livro é uma compilação de histórias e narrativas em saúde, com muitos casos reais e outros ficcionais, ou trabalhando casos reais com a ficção. É um livro³ organizado pela Rede Brasileira de Medicina e Narrativa, o Narrar Arte, reúne bastante gente do Brasil todo. E por falar em livros, vocês também da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina, tem algumas pessoas que se debruçam sobre essa questão das narrativas na saúde coletiva. E nesse livro, “Narrativas em Saúde Coletiva, Memória, Método e Discurso”⁴, que recomendo fortemente a leitura, para quem está entrando nesse processo de pensar a saúde e a saúde coletiva, eles falam o seguinte, uma breve citação do Roger, do Carlos, do João e da Virgínia: “as pequenas narrativas estão presentes em contextos cotidianos, como na família, escola, universidade, trabalho e serviços de saúde.” Gosto de pensar a ideia de histórias curtas e de pequenas narrativas. E me recordo de alguns exemplos da literatura, como, por exemplo, o do Marcelino Freire, com seus contos que falam de um cotidiano que muitas vezes vivemos e principalmente atendemos em saúde. Ou as histórias curtas também da Matilde Campilho, principalmente o seu livro “Flecha”, que são pequenas histórias que nos trazem

³ Goulart PM, Pezzato LM, organizadoras. *Narrativas de si: práticas em educação e saúde*. Porto Alegre: Associação Brasileira da Rede UNIDA; 2020. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Livro-Narrativas-de-Si.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2025.

⁴ Ceccon RF, Garcia-Jr CAS, Dallmann JMA, Portes VDM. *Narrativas em Saúde Coletiva: memória, método e discurso*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2022. (Coleção Temas em Saúde).

um certo olhar sobre o cotidiano. E também não podemos esquecer do outro escritor aqui de Porto Alegre, José Faleiro, com seu “Vila Sapo”, ou o livro “Mas em que mundo tu vive”. Sabemos que as narrativas são importantes no nosso processo de constituição subjetiva. Desde o nosso nascer, até o último suspiro, estamos criando narrativas. As grandes narrativas são as que constituem o mundo enquanto tal. E a vida é uma grande narrativa, né? E a cada dia, a cada gesto do nosso cotidiano é, de certa forma, uma pequena narrativa, uma pequena história, uma história curta. Narrar é trabalhar com a memória viva que nos é passada desde o início dos tempos. No nosso ofício de cuidar, ou seja, no nosso processo de trabalho em saúde, a narrativa oferece múltiplas possibilidades para uma prática mais humanizada ao entendermos as histórias que nos são contadas nos mais diversos atendimentos que realizamos. Lidamos, deste modo, a todo momento, com uma política da narratividade. E no SUS, no Sistema Único de Saúde, a nossa prática cotidiana é encharcada de narrativas. E, quem sabe, o que nos falta é qualificar a nossa escuta e o nosso processo de cuidado em saúde ancorados pela prática literária. Lembrando dessa competência narrativa que a Rita Charon nos fala. Quem sabe seja também o que a escritora sul-coreana Han Kang nos pergunta quando diz no seu livro, “O Livro Branco”⁵. Ela vai nos perguntar o seguinte: o que significa olhar mais de perto as palavras? E eu vou ficar um pouco agora pensando como que a gente olha as palavras e olha o cotidiano. Quem sabe, olhar mais de perto as palavras seja um gesto de tomar a palavra na mão. Tomar a palavra na mão é o que faz Haroldo Saboia⁶ em sua “didática do contato”, postulado dois: a mão, o rastro. Ou em seu “na medida em que caminho”, que, ao mesmo tempo, é um livro e um filme-ensaio, principalmente quando ele nos diz que atravessar algo demanda esforço e desejo. Ou ao falar de uma escrita que margeia o processo, articulando ensaio, memória e relato, uma escrita que emerge como um relato diário e que pensa sobre o próprio trabalho e problematiza os processos e as imagens construídas. Notas de processo,

⁵ Kang H. *O Livro Branco*. Tradução Natália T. M. Okabayashi. São Paulo: Todavia; 2023.

⁶ Disponível em: <https://haroldosaboia.com>

citações, exemplos e ações de que se foi e se é testemunha. Reflexões ou debates que se ouviu ou que tiveram vindo à memória. Tomar a palavra na mão demanda trabalho, esforço e desejo. Podemos pensar que envolve também um certo não saber. Envolve esse debruçar-se sobre o que nos é dito no um a um do acolhimento diário em saúde. A Elida Tessler⁷, que é uma autora que venho trabalhando, pesquisando e acompanhando a sua obra nos últimos anos também, nos faz um convite de tomar a palavra na mão e olhar mais de perto a palavra no seu trabalho intitulado “Você Me Dá Sua Palavra”⁸. Esse é um trabalho que está em construção, um “Working and a World in Process”⁹, que foi iniciado em 2004 e conta hoje com mais de 7 mil prendedores de roupas com palavras manuscritas. As palavras originam-se de encontros e a artista faz o seguinte convite: você me dá sua palavra? Como procedimento inicial, diz a Elida, peço a palavra solicitando que seja escrita em um prendedor de roupas de madeira, na língua materna do intelectual. A sua palavra é uma abertura de sentidos e significados para cada leitor quando a obra é em exposição. É um lampejo, e como nos diz a Elida, onde um gesto simples torna-se ato de criação. É um trabalho que está em permanente conservação e conversação convivida. Tudo é pulsante, como as palavras de um texto que ainda não está escrito. “Você me dá sua palavra?” é uma montagem anacrônica que narra histórias de diversos lugares do mundo com a palavra, um hilo narrativo urdido ao andar, que dialoga com os encontros cotidianos, assim como o infraordinário de George Perec e a montagem de Walter Benjamin e de Georges Didi-Huberman. Colecionar palavras pode vir a ser um gesto político uma criação estética e um procedimento filosófico, pois transformar uma coisa em outra é um trabalho de apropriação, é um trabalho de uma política da montagem, pois todas as palavras mudam de sentido e cada vez que outra é acrescida, principalmente quando ocorre repetição. Esse trabalho da Elida completa esse ano de 2024, 20 anos. 20 anos perguntando para as pessoas uma palavra, uma micro história,

7 Disponível em: <https://www.elidatessler.site>

8 Disponível em: <https://www.elidatessler.site/vocmedasuapalavra>

9 Tessler E. Word work world: o universo da palavra dada. *Rev Comun Linguagens*. 2020;52:25-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2020-0106>

uma história curta, uma pequena narrativa que é desenhada cuidadosamente em um prendedor. Essa palavra nasce de um encontro singelo e eu fico a pensar então com vocês assim, né? E nós que atuamos no campo da saúde. Quantos encontros de cuidado em saúde temos diariamente? E se em cada encontro a gente fizesse o exercício delicado e singelo de registrar uma palavra, quantas palavras teríamos? Quantas histórias e vidas nos acompanharia? Registrarmos diariamente a vida das pessoas nos prontuários, mas que vidas são essas que estamos escrevendo? Será que estamos dando a devida atenção aos detalhes, esses pequenos fragmentos que podem escapar a uma narrativa e por si só contarem uma outra história? Pediria a vocês para fazermos um pequeno exercício. Lembrem de um atendimento que realizaram recentemente ou de um atendimento que marcou, de certo modo, a vida de vocês. E a gente tem vários, né? Se a gente for fazer esse exercício de memória, começa a aparecer muita coisa. Agora faço um trabalho de sintetizar esse acontecimento em uma palavra. Como olhar para essa singeleza de um ato ou gesto do cuidado e se perguntar qual a palavra que me diz sobre o cuidado e sobre o cuidar em saúde? Eu peço, então, gentilmente para vocês me deem sua palavra. Quem quiser registrar um pouco essa palavra, poderia fazer no chat para a gente conversar um pouco sobre ela.

C: Vou contribuir. Posso, Elisandro? Já que você instigou.

E: Pode, pode sim.

C: Eu gostei muito daquela frase que estava escrita no vídeo. Acho que é um recorte do vídeo. A palavra que partilho é “sem medida”.

E: Muito bom. Então, depois vamos ver o que o pessoal vai colocar no chat para a gente. Tirem esse tempinho para ir pensando. Também vão pensando ao longo da fala. Dá para a gente ir registrando um pouco isso. Vou

continuar. A palavra é um território. Ela marca e demarca. Uma palavra tem a potência de dizer muita coisa. Fico pensando em como utilizar a palavra para romper com algo que está cristalizado. Algo que já é um clichê no cuidado em saúde. Vocês devem lembrar de muitas palavras que vêm carregadas de sentido. Principalmente ao realizarmos uma passagem ou uma discussão de caso. Por vezes, as palavras vêm encharcadas com histórias que não dizem sobre o que é essa pessoa. Recordo de um caso contado por uma colega do GHC, a Letícia, que é preceptora da residência em Atenção ao Paciente Crítico e é uma colega do Eixo Transversal, esse espaço de formação onde a gente reúne todos os oito programas do GHC para conversar e para discutir algumas questões todo mês. A Letícia trabalha no Hospital da Criança Conceição. Ela conta que, uma vez, em uma discussão, os profissionais acabaram registrando no prontuário de uma mãe a palavra maconha. Diziam que a mãe fazia uso de maconha e, dessa forma, era uma certa “drogadita”. Essa palavra ficou carregada de um estigma que, na sequência desse prontuário e no processo de cuidado da mãe e do bebê, o que ficou dessas vidas foi essa palavra. Palavra essa descontextualizada da narrativa, descontextualizada da história de vida dessa mulher e dessa mãe. Penso que, ao pegarmos a palavra na mão, esse tem que ser o nosso gesto, assim como nos lembra a Han. Olhar mais de perto essa palavra para ver o que ela significa, o que ela quer dizer. Isso quer dizer romper com o modo habitual de ler, de olhar, romper com o clichê das palavras e, principalmente, no nosso campo da saúde, eu vou dizer de novo, escrevo e leio novamente, a palavra é um território, um território do cuidado e do cuidar. Gonçalo Tavares, autor português, no seu livro “Atlas do Corpo e da Imaginação”¹⁰, um grande escritor, formado em Educação Física, tem esse texto do processo de investigação do seu doutorado na Universidade Nova de Lisboa. E na esteira de Bachelard, o Gonçalo vai dizer que a palavra é uma casa, com seus porões e seus sótãos. E vai nos dizer também que devemos observar essa palavra deslocando os modos de olhar e observar, diz o Gonçalo (2013, p. 46) “porque pensar também é

¹⁰ Tavares GM. *Atlas do corpo e da imaginação: teoria, fragmentos e imagens*. Lisboa: Editorial Caminho; 2013.

mudar de posição relativamente à própria linguagem, não olhar sempre da mesma maneira para as palavras". Queria ficar alguns segundos, assim, com essa, pegar essa frase na mão. Não olhar sempre da mesma maneira para as palavras. Se pensarmos o nosso processo de trabalho vivo em ato, nesse que ocorre no encontro com as pessoas, poderia ocorrer esse movimento de olhar de outro modo, não o mesmo, o que desloque sentidos, não aquele que já coloca um diagnóstico e um sintoma no usuário assim que ele cruza o batente da porta de atendimento, assim que ele começa a nos falar e a desenhar a sua narrativa. Eu me pergunto, será possível a gente fazer esse deslocamento? Deixo essa questão também para a gente conversar daqui a pouco. Em outro fragmento, o Gonçalo vai dizer sobre a medicina das palavras, lembrando que a literatura, por vezes, pode ser uma boa estratégia de cuidado em saúde. E para o Gonçalo Tavares, as palavras pensam e narram histórias. E ele vai nos dizer o seguinte, "não ter palavras para isto que aconteceu é deixar isto que aconteceu fora do mundo. As outras pessoas nada poderão perceber. Não ter palavras é deixar que esse objeto, alvo de nossa mudez, saia do mundo, ou sequer nem entre. Uma palavra é, assim, um agregado, um atrator de sensações comuns, uma condensação comunitária de sensações" (Tavares, 2013, p. 174). A palavra, essa que a gente usa no dia a dia dos atendimentos e do cuidado em saúde, ela tem essa capacidade de agregar sensações, essa condensação comunitária de sensações que nos fala o Gonçalo. A palavra, enquanto território do cuidar e do cuidado, transforma e se transforma assim, assim como a vida que se movimenta em ondas narrativas, assim como os territórios vivos onde acontece o trabalho vivo em ato. O que quero dizer com isso é que a palavra, enquanto território vivo do cuidado e do cuidar, necessita que continuamos em nossas práticas diárias a usá-la, construindo outras narrativas, e que ao olhar para elas, as palavras e os sujeitos, olhemos mais atentamente, nos demoremos nesse gesto de olhar mais de perto. Entro no terceiro ponto que diz um pouco sobre essa fala. Ao dar esse título para essa aula, comecei a juntar elementos já lidos e que venho carregando durante os últimos anos. Ao pensar sobre o infraordinário ou sobre o cotidiano, George Perec é

quem me acompanha com seu texto que se encontra em seu livro “O infraordinário”. Texto esse que se repete também no livro “Parque das Ruínas” da poeta Marília Garcia¹¹, que é uma das autoras que faz o gesto de pegar as palavras nas mãos. Nesse livro, a Marília vai fazer esse movimento de registro do cotidiano, e ela se pergunta, se a gente começasse a escrever, anotar e nomear o que acontece, será que consegue fazer as coisas existirem de outro modo? Para Marília, o infraordinário está nesse gesto cotidiano de ver e de nomear o que é visto, e ela se pergunta, mas como ver o infraordinário? Quem sabe um dos ensinamentos para pensar o infraordinário seja algo que a Marília também vai nos dizer ainda nesse livro. E ela diz o seguinte: leva tempo a aprender como fazer. Leva um certo tempo para organizarmos as palavras que vamos dispor em nosso processo de trabalho. E, sobretudo, existe um demorar-se, um tempo de aprendizado para saber como dispor e como montar as palavras. Exige, penso, uma leitura de trabalho e um trabalho de leitura anterior ao sentarmos para organizarmos nossos arquivos e nossa mesa de montagem. E é a poeta argentina Tamara Kamenszain que fala em leituras de trabalho. Isso vai aparecer no posfácio do seu livro “Garotas em Tempos Suspensos”¹², em uma citação da tradutora Paloma Vital. Dizia Tamara que uma leitura tinha que despertar o desejo de escrever, e chamava de leituras de trabalho esses movimentos de debruçar-se sobre um texto. E falava isso a partir de uma observação de um outro escritor argentino chamado Macedonio Fernández, que comentava sobre o movimento de estudo de Roland Barthes. Assim como para Barthes, segunda escritora, Macedonio fazia esse movimento de levantar a cabeça ao ler. Mas para Tamara, levantar a cabeça do que está lendo é um gesto de começar a sua própria escrita. Pensar nas palavras que escutamos, neste território vivo em ato da escuta, é, de certo modo, realizar um trabalho de leitura desse outro. Assim como é necessário deslocar o olhar da palavra, o mesmo vale para a escuta dessa palavra. Como pensar uma escuta mais sensível dessa palavra que nos chega? Como se dar o trabalho de ler essas vidas? Como levantar a cabeça e começar o nosso próprio gesto de escrita,

11 Garcia M. *Parque das ruínas*. São Paulo: Luna Parque; 2018.

12 Kamenszain T. *Garotas em tempos suspensos*. São Paulo: Círculo de Poemas; 2022.

nossa própria escrita de vida, com as nossas palavras encharcadas por aquelas e aqueles que escutamos? Para mim, residir em saúde, fazer uma residência, estudar saúde é um trabalho de leitura e um gesto de começar a nossa própria escrita. Pois é aqui, neste momento em que levantamos a cabeça para olhar o sujeito que está à nossa frente, é aqui que pode começar uma narrativa e uma escrita. Faço uma pequena digressão, assim, porque também fui residente, há muito tempo, fiz residência de saúde mental na UFRGS, numa época em que existia o EducaSaúde, e a gente tinha essa possibilidade, tanto do campo das artes como da educação, fazer esse processo de vivência também. E ao revisitá-la e revisar um pouco essa aula, eu me recordei de um livro, “Enciclopédia das Residências em Saúde”¹³, onde tem alguns verbetes escritos sobre o viver à residência. Eu recorto um fragmento desses verbetes, escrito, em companhia do Roger e da Virgínia, e que diz o seguinte: “E que espaço é este em que o novo pode acontecer? O ser residente comprehende um percurso natural de propostas, experiências, dinâmicas e caminhos. Significa uma constante construção. A produção da vida e do cuidado ocupa um papel central nas diretrizes e princípios do sistema único de saúde”. Por isso, um devir residente convida para análise crítica sobre paradigmas tecnicistas, produtores de repetições, fragmentações e procedimentos padrões, que dispersam reflexões, criações e implicações. E eu fecho essa minha pequena digressão assim. Mas acho que é um bom livro também, com muitos verbetes super importantes e potentes, né? Acho que vale a pena também os residentes conhecerem. Então, voltando um pouco. Sei bem, e como bem lembrou a Marília Garcia, que leva tempo para aprender como fazer. E é por isso que navegamos por conversas com autoras e autores, com colegas, com professoras e professores. Necessitamos, em paralelo com o ler pessoas nos encontros no dia a dia, ler autores e autoras que nos ajudem a pensar em outras perspectivas do fazer e do pensar a saúde. E ao receber esse convite para fazer essa conversa com vocês, comecei a pegar alguns livros que falavam

¹³ Ceccim RB, Dallegrave D, Amorim ASL, Portes VM, Amaral BP, organizadores. *EnSiQlopédia das residências em saúde*. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2018. DOI:10.18310/9788566659986. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/ensiqllopedia-das-residencias-em-saude/>

um pouco sobre o sensível. O livro do Jacques Racière, “A Partilha do Sensível”, o compilado de textos do Vinícius Nicastro Honesko, chamado “Ensaio sobre o Sensível”, o texto de Didi-Huberman, chamado “Volver Sensible/Hacer Sensible”¹⁴, que está num livro organizado por Alain Badiou, que se chama “Qué es un pueblo?”. E também peguei um livro da Tânia Fonseca, chamado “Traços de um Pensamento: escrito sobre clínica, arte e política”. Esses e outros textos me ajudaram a pensar e a dizer o que estou querendo dizer nesta manhã. Da necessidade do deslocamento do olhar, da escuta, do gesto, para essa palavra que nos chega, de tornar os gestos da escuta e da leitura gestos sensíveis. Realizar uma espécie de “arqueologia do sensível”. E paremos por um instante, assim, para pensar nessa palavra arqueologia. Arqueologia é esse movimento de investigação que se ocupa, poderia dizer, de pequenas narrativas. O arqueólogo é aquele que busca os vestígios, os indícios do que está esquecido. É aquele que cava, que procura elementos até então não vistos. George Didi-Huberman, esse autor que venho também dedicando um certo trabalho de leitura, chama atenção para esse devido arqueólogo, e diz ele, nesse livro “Imagens Apesar de Tudo”, que é necessário um esforço de uma arqueologia. Esforço que consiste em olhar como um arqueólogo, ou seja, perceber o que ainda não nos foi contado. Seguir os rastros das palavras. Diz Didi-Huberman (2017, p. 41)¹⁵, “é comparar o que vemos no presente, o que sobreviveu, com o que sabemos ter desaparecido. A verdade não é dita com palavras. Toda palavra pode mentir. Toda palavra pode significar tudo e ser o contrário. A verdade não é dita com palavras, mas com frases”. Didi-Huberman nos chama atenção para o narrar. Colocar uma palavra atrás da outra para suscitar uma pequena narrativa. Quando realizamos esse deslocamento, quando passamos a olhar como um arqueólogo, é através de um olhar desse tipo, de uma interrogação desse tipo, que vemos que as coisas começam a nos olhar a partir de seus espaços soterrados e tempos esboroados. Para o Didi-Huberman, em diálogo com Walter Benjamin, o movimento de

14 Georges Didi-Huberman. “Volver sensible/hacer sensible”. In: Alain Badiou. *¿Qué es un pueblo?* Buenos Aires: Eterna Cadencia Editora; 2014. p. 69-100.

15 Didi-Huberman G. *Quando as imagens tomam posição: O olho da história*, I. Tradução de Cleonice Paes Barreto Mourão. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2017.

olhar mais de perto as palavras, com esse olhar de arqueólogo, é escavar, revirar a terra na busca de algo ainda não dito, ou seja, um trabalho de memória. Didi-Huberman (2017, p. 67) vai dizer que a “arqueologia não é apenas uma técnica para explorar o passado, mas também e principalmente uma anamnese para compreender o presente”. Vemos que o nosso trabalho no campo da saúde não está longe do que é o trabalho de um arqueólogo, pois ao realizar as primeiras escutas, ao olhar mais de perto as palavras, estamos não só tentando enxergar o passado, mas também o presente desse usuário e dessa usuária. Esse momento do encontro é onde escavamos para perceber a inquietante estranheza desse sujeito que olhamos. E o Manoel de Barros, que muita gente conhece já, tem um poema que nos lembra dessa função do arqueólogo, na qual ele chama de um escovar as palavras. Eu peço licença para ler esse poema para vocês. Vai dizer o Manoel de Barros¹⁶.

Eu tinha vontade de fazer como os dois homens que vi sentados na terra escovando osso. No começo achei que aqueles homens não batiam bem. Porque ficavam ali sentados na terra o dia inteiro escovando osso. Depois aprendi que aqueles homens eram arqueólogos. E que eles faziam o serviço de escovar osso por amor. E que eles queriam encontrar nos ossos vestígios de antigas civilizações que estariam enterrados por séculos naquele chão. Logo pensei de escovar palavras. Porque eu havia lido em algum lugar que as palavras eram conchas de clamores antigos. Eu queria ir atrás dos clamores antigos que estariam guardados dentro das palavras. Eu já sabia também que as palavras possuem no corpo muitas oralidades remontadas e muitas significâncias remontadas. Eu queria então escovar as palavras para escutar o primeiro esgar de cada uma. Para escutar os primeiros sons, mesmo que ainda bígrafos. Comecei a fazer isso sentado em minha escrivaninha. Passava horas inteiras, dias inteiros fechado no quarto, trancado, a escovar palavras. Logo a turma perguntou: o que eu fazia o dia inteiro trancado naquele quarto? Eu respondi a eles, meio entressonhado, que eu estava escovando palavras. Eles acharam que eu não batia bem. Então eu “joguei a escova fora”.

16 Barros M de. *Memórias inventadas: a infância*. São Paulo: Planeta; 2003.

Para pensarmos uma arqueologia do sensível, é necessário esse movimento de escovar as palavras, mas sem jogar a escova fora. É necessária uma força, uma potência, que nos impulsiona nesse pequeno gesto de olhar mais de perto as palavras. Força para tornar-se sensível, como nos diz Didi-Huberman (2014, p. 99-100)¹⁷:

Tornar sensível seria, portanto, tornar acessível pelos sentidos e tornar mesmo acessível aquilo que nossos sentidos, assim como nossas inteligências, nem sempre conseguem perceber como o que faz sentido. Algo que só aparece como falha de sentido, índice ou sintoma. Mas, tornar sensível quer dizer que nós mesmos, diante dessas falhas ou sintomas, de repente, nos tornamos sensíveis a alguma coisa na vida das pessoas. Alguma coisa na história, que havia nos escapado até então, mas que nos olha diretamente. Portanto, aqui somos tornados sensíveis ou sensitivos a algo novo na história das pessoas que nós desejamos. Consequentemente, conhecer, entender, acompanhar.

Faço esse percurso começando pelo meio, como diria o Emmanuel Hocquard, a Marília Garcia. Marília, em julho de 2009, vai visitar na França a casa do Hocquard. E ao chegar, ele pergunta para ela o que ela queria saber. Ela responde que não sabia por onde começar, no que ele diz, talvez pelo meio. Recordo de uma outra professora da Faculdade de Educação da UFRGS, a Sandra Corazza, que sempre dizia que escrevemos em meio à vida. Atribua essa frase a ela, lida em algum lugar, em algum texto, ou escutada em alguma aula. Quem sabe, seja a mesma expressão, ou a mesma forma, que o Antoine Compagnon vai dizer ou comentar sobre escrever a vida. Ele diz nesse livro “A Era das Cartas”¹⁸, o seguinte (Compagnon, 2019, p. 166): “Acreditava ter emprestado a própria expressão de escrever a vida nos cursos de Roland Barthes, sobre a preparação do romance. Quando Annie Ernaux, que convidei para o meu seminário, me pediu para utilizar esse título para a coletânea de

17 Didi-Huberman G. Volver sensible/hacer sensible. In: Badiou A, editor. *¿Qué es un pueblo?* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Eterna Cadencia Editora; 2014. p. 69-100.

18 Compagnon A. *A era das cartas*. Tradução de Laura Taddei Brandini. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2019.

seus romances, que seria publicado pela Gallimard, respondi a ela que estava livre para fazê-lo, pois ela não me pertencia, mas vinha de Roland. Quando a reencontrei por ocasião de uma entrevista para a rádio, ela me disse que tinha pesquisado, mas não tinha encontrado em lugar algum essa expressão na obra dele. Para dizer a verdade, não sei de mais nada”. Começar pelo meio, escrever em meio à vida, quem sabe seja a urgência de darmos mais potência a uma política de narratividade no nosso campo da saúde. Política essa ancorada na esteira de uma partilha do sensível, para nos lembrarmos de Jacques Rancière, quando ele nos diz dessa política, ou dessa politicidade sensível, e da capacidade de captar um ato de uma palavra vivo. Ou seja, passar dos grandes acontecimentos e personagens à vida dos anônimos, identificar os sintomas de uma época, de uma sociedade ou civilização nos detalhes ínfimos da vida ordinária, explicar a superfície pelas camadas subterrâneas e reconstruir mundos a partir dos vestígios. E diz o Rancière, isso é um programa literário antes de ser científico. Ele vai nos chamar a atenção pelo que venho dizendo sobre a arqueologia do sensível, sobre esse modo de devir arqueólogo que olha mais de perto as palavras. Rancière nos recorda do ínfimo da vida ordinária, a qual Perec vai dizer que é o infraordinário. Esse infraordinário são os acontecimentos diários, mas não aquele que será visto apenas pelo seu escândalo. Perec¹⁹, nesse texto, vai nos chamar a atenção para o que deixamos de lado e nos convoca a realizar essa torção e deslocamento nos modos de olhar e ver o cotidiano. E ele vai nos perguntar o seguinte: o que acontece realmente? O que vivemos? O resto, todo o resto, onde ele está? O que acontece a cada dia e que sempre retorna? O banal, o cotidiano, o evidente, o comum, o ordinário, o infraordinário, o rito de fundo, o habitual? Como dar conta disso? Como interrogar, como descrever? Recordo de um filme visto esses dias atrás, e também fica uma outra dica para quem não viu, que é “Dias Perfeitos”, onde a gente vê, pelas imagens de Wim Wenders, o banal do cotidiano na tela. Banal não como algo negativo, mas algo que esquecemos de olhar no passar dos

¹⁹ Perec G. Aproximações do quê?. *Alea: Estudos Neolatinos*. 2010;12(1): 177-180. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-106X2010000100014>.

minutos do dia. Para o personagem do filme, por mais que algo venha com força e desorganize seu dia, esse dia ainda continua ou tende a continuar, apesar das atribulações, perfeito. No seu modo singelo de olhar o mundo, nas pequenas coisas que chamam a atenção, a qual Barthes chamaria de “punctum”, a potência de vida se anuncia no farfalhar das folhas sob o sol, no gesto de um desconhecido, nas palavras que chegam de uma conversa qualquer, de um encontro inusitado ou de uma música que escutamos. O Perec vai continuar no seu texto, nos falando sobre como interrogamos esse habitual, esse cotidiano. Ele nos diz o seguinte: interrogar o habitual, nós justamente estamos acostumados a ele. Nós não o interrogamos, ele não nos interroga, ele parece não causar problemas. Nós o vivemos sem pensar nisso, como se ele não veiculasse nem perguntas, nem respostas, como se não fosse portador de qualquer informação. Não é nem mais condicionamento, mas anestesia. Dormimos nossa vida em um sono sem sonhos. Mas onde está a nossa vida? Onde está nosso corpo? Onde está nosso espaço? Como pensar? E aqui eu me dirijo, então, a vocês que estão nos escutando, principalmente aos residentes multiprofissionais em saúde da família. Como pensar, nesses dois anos de residência, no tempo de formação que ainda temos e que poderão vir a seguir sobre esses gestos cotidianos? O que eu gostaria de dizer com esse título que eu falei anteriormente sobre a arqueologia do sensível, quem sabe seja um pouco isso. Como desenvolver a técnica, a habilidade, o gesto de cuidado em saúde que observa e cuida das vidas sensíveis que passam por nós, e junto com isso, como deixar esse registro vivo enquanto palavra escrita dessas vidas, desse cotidiano, desse extraordinário? Sempre falo nos espaços onde círculo, seja no GHC, nos encontros com os residentes, na Faculdade de Ciências da Saúde, no nosso mestrado profissional, ou ali no Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS, que falar sobre uma vida, escrever sobre uma vida já é matéria suficiente para uma tese, para uma dissertação, para um trabalho de conclusão. Quem sabe, para vocês que estão em processo de formação em serviço, registrar algumas palavras já seja movimento o suficiente de

deslocamento do olhar para essas vidas e esse cotidiano. Quem sabe eu já vou finalizando para a gente abrir essa conversa, quem sabe seja o que o Merhy fala sobre a micropolítica e a cartografia do trabalho vivo em ato. Resgato um texto do Merhy, escrito com o Túlio Franco, em 2012²⁰, onde eles vão dizer que, no trabalho em saúde, “a subjetividade é operadora da realidade, ou seja, o modo singular, como cada um significa o trabalho, o cuidado, agencia o modo como se produz ou agir em saúde” (2012, p. 152). Para eles, o trabalho vivo em ato é o que acontece no exato momento de produção, criação, portanto, se realiza na atividade da trabalhadora, no infraordinário da vida. A micropolítica são os gestos cotidianos que se produzem nos momentos desses encontros. E é importante recordar que estava dando uma aula essa semana sobre a 8^a Conferência, e a gente estava escutando a fala do Sérgio Arouca, realizada na abertura da 8^a Conferência Nacional de Saúde, em 1986. É uma fala que tem quase 30 anos. É super potente para pensar o nosso total cotidiano, o nosso infraordinário do cuidado em saúde. Nessa fala, o Arouca vai nos dizer da superação do medo, de uma política de felicidade e da saúde como um ato político. E daí, para finalizar, algumas breves palavras finais. Se a saúde é um ato político, pensar mais de perto na palavra, tomar ela na mão enquanto território vivo do cuidar, é, de certa forma, dizer que narrar a vida, narrar o infraordinário, é também um ato político. Em outras palavras, pensar uma arqueologia do sensível, o infraordinário no cuidado em saúde, é dizer que é no encontro com a palavra da outra e do outro que se criam os atos de cuidado. Deleuze, no livro “Crítica e Clínica”²¹, tem um texto bem curto chamado “A Literatura e a Vida”. Nesse texto, ele vai nos falar do devir enquanto algo inacabado, que está sempre em processo de construção, em encontrar um lugar, um território, enquanto zona de vizinhança, ou no que ele fala, num entre. E a literatura para Deleuze, e eu colocaria também todas as outras artes, surge como uma tarefa de saúde que vem das pequenas narrativas do

20 Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2006. p. 459-474.

21 Deleuze G. Crítica e clínica. Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34; 1997

infraordinário, vem daquilo que se viu e se escutou. Diz Deleuze (1997, p. 13-14) que a “saúde como literatura, como escrita, consiste em inventar um povo que falta”, de inventar um povo e uma possibilidade de vida. É isso que acontece no encontro, no encontro com essa palavra viva que é o território. E o Perec, em seu texto sobre o infraordinário, fala sobre fundar a nossa própria antropologia. Quem sabe, e parafraseando ele, seja o momento de criarmos a nossa própria arqueologia do sensível, interrogar aquilo que parece haver deixado de nos surpreender, que é a vida do outro e da outra. Quem sabe, o que nos falta é pegar a palavra na mão para instigar mais a curiosidade e retomar o ato de narrar e de contar histórias como uma artesania. Quem sabe, o que nos falta é uma retomada da arte de narrar, essa competência narrativa que pode produzir mais humanização e saúde. Quem sabe, o que nos falta seja o que o Emerson Merhy nos diz em uma entrevista realizada em 2013 no Encontro Regional da Rede Unida, em Inhotim. Quem sabe, o que falta é, como nos lembra também Didi-Huberman, tornar sensível o nosso corpo. E daí, para finalizar, não tinha como não trazer uma fala de dois minutos do Emerson que, para mim, sintetiza todo esse texto que escrevi e que no final da minha escrita, assim, dessa aula para vocês, me dei conta, mas o que estou dizendo é o que o Merhy diz nesses dois minutos. Então, vou passar para vocês. “Aqui em Inhotim tem uma oportunidade para nós da área da saúde que é poder vivenciar uma aposta bem ousada de que é a arte a céu aberto. E na realidade, a arte a céu aberto é o que acontece conosco todo dia sempre que a gente encontra alguém. Quando a gente encontra alguém, como dizem alguns pensadores, a gente encontra uma obra de arte. Porque todos nós, na produção de nossas existências, a gente produz obras de arte. A existência é uma obra de arte. E ela é tão instigante quanto qualquer pintura genial. E aqui em Inhotim a gente tem a oportunidade de conhecer essas linguagens, porque você vai conviver com a produção de uma obra de um pintor, de um escultor a céu aberto, ela conversando com você e você conversando com ela. Ela convoca vocês a colocar seu corpo sensível à frente do seu pensamento. Então a obra de

arte ela consegue te convocar sensivelmente e aí você pensa depois. Porque quando você chega pensando antes pra ver um quadro você não vê um quadro e você não deixa o quadro te ver. É isso que eu acho que é uma questão fundamental na área da saúde, quando a gente está na prática de cuidado e a gente não consegue ver o outro que está nos vendo, a gente faz a mesma coisa. A gente chega com o pensamento antes. A gente chega com um corpo-pensamento antes. A gente não chega com um corpo sensível no encontro com o outro que é uma obra de arte pra se expor a isso. E aí a gente não explora esse encontro no que ele tem de riqueza artística que é a existência de cada um. Quem não conseguir fazer isso na saúde, sempre fica devendo na prática de cuidado. Porque ele acha que está cuidando de um outro que ele nem sabe quem é esse outro. Essa é a grande aprendizagem dessa vivência que estamos tendo aqui em Inhotim”²². Então, esse aqui é o meu final.

R: Elisandro, querido. Sensacional. Acho que a tua aula foi, de fato, uma obra de arte para nos tornar um pouco mais sensíveis a partir da tua exposição. Quero parabenizar, agradecer muito. Você citou o professor Emerson Merhy e queria dizer que nessa aula de hoje, a gente pode dedicar em memória a Hermínia Silva, a Mina, que veio a óbito na data de ontem. E deixar um abraço muito carinhoso e muito solidário ao professor Emerson Merhy, que é uma grande inspiração para todos nós. E dedicar toda essa produção que o Elisandro elaborou em homenagem à memória da Hermínia, sua companheira. Dito isso, antes de passar para o professor Carlos, tem algumas questões no chat que acho que dá para a gente retomar e trazer para esse debate. Você provocou as pessoas a pensar palavras e a Virgínia trouxe a palavra “visita”, a Carla colocou a palavra “gratidão”, a Juliana colocou a palavra “aproximação”, o Luiz colocou a palavra “compromisso”. Vou colocar a primeira questão que está no chat, a questão do Cássio Machado. Ele chama a atenção para a largueza da pesquisa e intervenção da Kessler: “Considerando a experiência do professor Elisandro, gostaria que comentasse sobre o encurtamento das pesquisas e intervenções

²² Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=_F_g5ihrJtA

em nosso contemporâneo”. É uma questão boa. Vou colocar duas, Elisandro, assim tu faz uma narrativa única, tanto do Cássio quanto a questão também que está no chat da Virgínia. “Elisandro, que reflexões maravilhosas que você nos coloca a fazer. E eu fiquei com vontade de te ouvir sobre o que pode a residência como estratégia e aposta política comprometida com a palavra, com o cuidar e com o território”. Então ficam essas duas primeiras questões, Elisandro, para responder. Uma questão do Cássio e outra da Virgínia. Depois a gente retoma com novas indagações. Pode ser?

E: Vou dizer para o Cássio que respondo para ele na outra sala na sequência, porque o Cássio é nosso apoio pedagógico da residência. Mas é uma boa questão que o Cássio nos coloca. Não só na residência, mas nesse universo da academia. É um universo que tenho visto alguns encurtamentos mesmo. Algumas pesquisas que vão para alguns lugares que, às vezes, também não falam muito sobre esse cotidiano, sobre esse processo mais de pesquisar o infraordinário da vida. Como a gente pensa nesses cotidianos? Quando dizemos que vamos fazer uma pesquisa, o campo é o nosso cotidiano, o campo é onde estamos indo fazer essa coleta dos dados, onde vamos estar conversando com as pessoas. Essa é uma questão importante. Porque vivemos um pouco disso. No nosso campo da saúde, os nossos textos têm sido cada vez mais curtos. Pegamos artigos de seis páginas com 15 pessoas escrevendo. Fico pensando: cada um deve ter escrito uma linha? Acho que tem uma questão que, de fato, no nosso campo da saúde, a gente tem um pouco esse processo de, não sei se é um encurtamento ou se é um modo mais cartesiano de pensar a saúde, que nos faz afunilar para uma questão. Sempre falo para os residentes, quando temos os seminários, que é o eixo transversal, pegar uma questão do nosso cotidiano e pensar sobre ela. Isso já é muito rico, muito potente para pensar sobre as questões que encontramos no cotidiano. E acho que isso também responde um pouco a Virgínia. O que pode a residência como estratégia e como aposta política? Essas palavras, para mim, são importantes.

A palavra “palavra” é importante, o cuidar e o cuidado em saúde, que vem carregado com isso, a palavra-território. O pessoal que é da residência em saúde da família não tem como fazer saúde sem estar no território. A gente está no território. E por isso que a retomada desses textos do Merhy, e agradecer ao Roger por essa lembrança também dele, da companheira dele que veio a falecer, é importante. Porque o Merhy cria uma coisa sensacional, ele olha mais de perto para esse território vivo que a gente trabalha. Acho que é esse deslocamento que a gente tem que pensar. A potência da residência, do ser residente, também está nisso. Viver o cotidiano, viver o território, viver esse infraordinário que pego do Perec. Só isso já é bastante coisa. Lembro de uma frase do Deleuze, que é aquela de a gente ter uma ideia. Que a gente não tem muitas ideias. Se a gente tiver uma ideia, justa uma ideia, já está suficiente. Então viver no cotidiano, experienciar, nos colocar de fato, nessa experiência com corpo e alma é importante. Acho que só isso já é suficiente. Óbvio que tem todas as outras questões que a residência nos faz e nos proporciona, mas a gente está aberto para o encontro cotidiano. Acho que é a grande importância desse espaço de formação e serviço que são as residências. Não respondendo, mas respondendo.

C: Elisandro, vou daqui. Primeiro dizer que foi brilhante a exposição. É um presente para aqueles que puderam acompanhar e irão acompanhar em algum outro momento. Nos presenteou com uma densidade, com um percurso muito confortável de ir compreendendo a linha de raciocínio, nos apresentando autores que nos ajudam muito a traduzir também a própria teoria que você está trazendo junto na interface com a arte, muito obrigado, mesmo. Vou trazer alguns pontos e depois trazer uma pergunta para você partilhar algumas considerações. Antes, falei na palavra “sem medida”, por conta da questão dos atendimentos, e você foi explorando a questão da narrativa no SUS. Essa política de narratividade acaba, por vezes, se engessando dentro das barreiras dos protocolos, dos prontuários, dos sistemas que nós mesmos criamos nos

ambientes do cuidado, para sintetizar ideias, mas que muitas vezes essa síntese, reduz o sentido das coisas. Você trouxe a importância da questão oral e escrita para interrogar o cotidiano do trabalho. Como fazer essas interfaces, essa conexão entre o protocolar e o que transborda, aquilo que fica sem medida? Parece que a cidade e a arte são espaços para ocupar e ajudar a dar respostas parciais. Porque se ficar para dentro dos próprios sistemas, a resposta vai ser cada vez mais fechada ou na tentativa de fechar. O movimento da narrativa peripatética que você apresenta pela própria escrita e a própria palavra que precisa ser escovada esbarra na questão do tempo. Você fala da medicina baseada em narrativas e temos num outro ponto paradigmático a medicina baseada em evidências. Essa medicina baseada em evidências está falando de uma temporalidade, do tempo presente, aquilo que temos de melhor para oferecer, de conhecimento e saber, para ofertar para um usuário. Como toda experiência do tempo caduca, o presente deixou de ser presente no momento que abri a boca ele não é mais presente, ele já é passado. Então, criamos uma ponte entre o passado, o presente e o futuro, porque ao falar em cuidado também projetamos o futuro do cuidado. Fico tentando sempre questionar como colocar toda essa potência que você nos instiga a pensar o cuidado, a escuta e a escrita também, como colocar isso dentro dos serviços de saúde que hoje, na grande maioria, está cercado de barreiras com medidas. Essa seria a minha pergunta. Essa pergunta dá um livro.

E: Obrigado, Carlos. Acho que tem umas questões que são bem singelas. Você foi falando e fiquei pensando em algumas coisas. A primeira delas é o que você fala sobre densidade. Acho que tem algo importante, falo também bastante sobre isso, quando converso com o grupo que for. Essa densidade, para mim, está traduzida em uma coisa que é o estudo. Para fazer um processo de cuidado, temos que estudar. Não conseguimos fugir disso. É preciso ler e escrever, tem que sistematizar essa leitura através da escrita. É preciso estudar muito. Sempre falo que a área da saúde é uma das áreas que

estuda muito, porque está o tempo todo se atualizando. É um pouco isso que tu traz, principalmente da medicina baseada em evidência. Estamos todo o tempo estudando porque é todo o tempo. Fazemos pesquisa e todo o tempo as coisas estão se alterando, se mudando, se deslocando. Acho que tem uma temporalidade e aceleração muito forte. Tem um autor que dialoga bastante com isso, o Byung-Chul Han. Ele vai falar sobre a questão da aceleração do tempo em que a gente vive. E como que a gente faz? Daí eu faria esse deslocamento da tua questão. Como é que ao invés de acelerar mais, desacelera? Como é que paramos? Quais são os momentos de parada que se tem no trabalho cotidiano? E a parada é para pensar sobre o que a gente tem, como o Merhy indaga: como é que pensamos no nosso trabalho? Porque muitas vezes acabamos fazendo, isto é, estamos atropelados. Tem 200 usuários para atender, um montão de reunião, grupo, um montão de coisa, visita, procedimento e não temos tempo para parar e para pensar sobre o nosso trabalho. Acho que a primeira questão seria isso. Como fazemos um pequeno furo? Gosto muito da imagem que o Edson Souza, psicanalista de Porto Alegre/RS, usa: a imagem da agulha para furar a burocracia, do que ele chama de “burocratização do amanhã”. Quando fazemos um pequeno furo, se pegarmos a questão da fotografia, por exemplo, fazendo um pequeno furo numa caixa preta, produzimos uma pinhole, que é uma pequena máquina de fotografia sem filme. Podemos produzir muito caseiramente, um pequeno furo, um buraco de agulha por onde a imagem entra. É um pequeno buraco, um micro buraco. Algo imperceptível, às vezes, que é onde se produz agulha. Pequenos buracos de agulha para, como diz o Edson, para fazer um pouco esse descarrilamento das máquinas. Porque é isso, colocamos alguma coisinha que vai produzir um outro processo. Acho que esse buraco de agulha para a gente no cotidiano da saúde e também na educação. Porque a gente também está a todo momento nessa loucura de produção, de aula, de texto, de leitura. Esse buraco de agulha eu chamaria de parada. De parar um pouco no tempo. De fazer essa parada no tempo. O estudo, às vezes, é isso. Eu comecei a pensar nesse texto, já tem duas semanas, e é desde

domingo que eu parei para escrever ele. Então, todo dia, algumas horinhas, tenho trabalhado nesse texto. Mas é isso, tenho que parar, duas horas por dia para poder sistematizar um pouco e tentar escrever. Acho que essa é uma das questões para se pensar. E essa parada também tem a ver, principalmente, com os residentes. Falamos bastante também com todas as turmas que entram. Como é que a gente nos cuida? Para a gente nos cuidar, para a gente cuidar do outro, a gente precisa estar bem, não é? Porque se a gente está mal, não vamos conseguir cuidar direito também. Então, a parada também, para nos cuidar, para nos ver, é um ato de cuidado. Parar um pouco para pensar no que estamos fazendo, no nosso processo de trabalho, no que temos para fazer, é um ato de cuidado também. Dizer sim é colocar esse ponto de espera nessa máquina burocrática do tempo e dizer, “peraí”, deixa eu parar um pouco, está tudo acelerado, vamos desacelerar um pouco, depois continuo, depois avanço. Mas é necessária uma parada. Acho que isso, não sei se respondi, Carlos.

Carlos Severo: Excelente, Elisandro. Vou colocar mais uma questão para aproveitar, já que fiquei muito afetado. Acho que a palavra está muito central na tua produção, correto? Tanto a narrativa quanto a palavra são centrais na tua fala, nesse esforço rigoroso com o pensamento, isso também é importante sublinhar. Tu nos traz um esforço muito bonito com o pensamento colocando luz à palavra, especialmente a partir da narrativa. Com relação ao filme, que comentou, “Dias Perfeitos”, se apresenta a inexistência da palavra. Embora o Wim Wenders produza essa narrativa, o personagem que está no filme, pouco ou quase nunca utiliza a palavra, ao menos essa palavra falada do qual estamos acostumados, embora ele seja muito afetado pelas artes. Fiquei pensando para o campo da saúde e sobre a perspectiva das narrativas, se há possibilidade de narrativa sem palavra, se há como pensar a narrativa sem a palavra, porque acho que tem outras forças no campo da saúde, no serviço, ou propriamente na educação, que não apenas a palavra, mas tem outras forças que estão interseccionadas nesse campo e que também contribuem tanto para

o cuidado quanto para a produção do conhecimento. Essa é minha questão para ti, se há possibilidade de narrativa sem palavra.

E: Essa questão é muito linda. Dá para a gente escrever muito sobre essa questão. Já fica guardada essa ideia, porque é muito boa para pensar nessa possibilidade de trabalho sem a palavra, tanto o oral quanto a escrita. Fiquei pensando em duas coisas que tu nos provoca. Uma delas tem a ver com o que estava falando antes, que é do tempo. Porque a parada também nos protege de pensar em outros gestos. De olhar para o que é essa palavra. Daí ficaria pensando o que é a palavra, não é? No atendimento, tenho um trabalho muito lindo que é o trabalho com testemunhos dos sobreviventes dos campos de concentração, principalmente de Auschwitz, que tem uma artista que vai gravar, convidada para gravar os testemunhos desses sobreviventes, acho que em comemoração aos 60 anos da Shoah. Comemoração, não é? E essa artista faz um documentário com esses sobreviventes falando, mas esse não é o trabalho artístico dela. O trabalho artístico dela é pegar todos os momentos de silêncio que tem entre uma palavra e outra. É um trabalho lindo, porque o que ela coloca ali? Ela coloca o silêncio, coloca a não-palavra. Mas tem um gesto ali, e daí essa é a segunda questão que queria dizer da inexistência da palavra. Não pode não ter a palavra dita ou escrita, mas tem um gesto que é uma palavra. Tem um gesto ali que provoca a palavra. Esse, o “Dias Perfeitos”, até estava esses dias comentando com um amigo ali de Portugal, o Tiago Almeida, que disse que viu quatro vezes esse filme e fiquei instigado com ele, me provocou muito. Disse: vamos escrever também sobre isso? Mas esse é um filme que faz um deslocamento total. Porque a palavra está em outras coisas, em outros gestos, em outros movimentos, no silêncio. Acho que diria isso, a palavra está no silêncio, porque é muito bonito o que o Wim Wenders faz, o que esse personagem também faz, esse ator faz. Porque é um silêncio, é um cotidiano. Para quem não viu, fica essa dica de filme e pensar sobre ele. É um filme que coloca a vida cotidiana em cena. É como se saíssemos a filmar a vida

cotidiana de qualquer um de nós. Só que é esse movimento de, tem essas duas questões que falei, acho que tem uma parada, porque ele é um cara que para bastante durante o processo do trabalho dele, ele para em alguns momentos. E essa parada também tem essa questão de pensar de outra forma de trazer a palavra de outra forma, que para ele é muito pelo olhar. Então, aquilo que vemos do que ele produz enquanto imagem. A palavra dele está nesses gestos, na palavra dele e também na música. Esse filme também me instiga, mas essa questão que tu traz é muito boa. Como é que a gente pensa isso no trabalho cotidiano? Vou atender um usuário, como é que não vou conversar com ele? Acho que tem momentos que de fato a gente não conversa. No sentido de não se colocar em encontro. De fato, a gente não conversa, não tem palavra em jogo. Esses momentos são inexistentes e não é o que a gente quer, mas nesses momentos em que tem um encontro também, às vezes a palavra não é necessária. Fiquei me rememorando de coisas aqui. Às vezes quando a gente encontra um usuário de verdade a palavra ela deixa de ser necessária. Qualquer gesto é transformado em palavra. Acho que é muito boa essa questão assim que tu fala, que dá para pensar na palavra enquanto o gesto.

R: Excelente, Elisandro. Excelente, Carlos. Mais alguma questão que tu queira colocar antes de encerrar?

C: Não, só reiterar o agradecimento, a beleza desse encontro e que ele possa ecoar ainda mais. Muito obrigado novamente, Elisandro. É um presente que a residência da UFSC, Saúde da Família está recebendo. Agradecer a Rede Unida, agradecer ao meu amigo Roger por estar articulando e costurando essa proposta.

R: Muito obrigado. Elisandro, mais alguma palavrinha para finalizar?

E: Não, acho que é só também agradecer a vocês. Agradecer a ti, Roger, pelo convite. Agradecer ao Carlos também pelo encontro potente e bonito que

já foi realizado, na verdade, pelo nosso amigo Márcio Fransen. Acho que tem essas conexões que são importantes. Quero agradecer muito a Rede Unida. E agradecer principalmente aos residentes. Quando vim trabalhar no GHC, eu fiz a residência, daí saí da residência e fui trabalhar no município de Sapucaia, na educação. Eu vim para o GHC e a primeira coisa que disse: quero trabalhar com a residência porque isso ainda me motiva a pensar.

R: Quero deixar também o agradecimento aos residentes e também agradecer à Rede Unida, Carlos, grande amigo, e Elisandro, sem palavras para agradecer. Que a gente continue trabalhando e pensando juntos, acho que esse momento é só o iniciar de coisas que vamos fazer coletivamente. Então, encerro essa atividade de hoje e agradeço a todas e todos. Muito obrigado.

Aprender no cotidiano do trabalho em saúde²³

Alcindo Antônio Ferla
Suliane Motta do Nascimento
Carlos Alberto Severo Garcia Jr.
Marta Inez Machado Verdi

PARA INICIAR O DIÁLOGO

“Diálogos em Saúde Coletiva” se construiu como uma parceria entre a Escola de Saúde Coletiva do Campus Araranguá e o Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva (NUPEBISC) da UFSC com a Rede Unida que na sua segunda edição traz Alcindo Antonio Ferla, coordenador geral da Associação Rede Unida para dialogar. Importante ressaltar seu protagonismo na coordenação da Rede Unida, entidade internacional dedicada a debater e induzir modelos de educação profissional interdisciplinares e interprofissionais, fomentando tessituras entre educação, saúde, arte e cultura, e sociedade na formação de trabalhadores da saúde críticos e reflexivos, atentos à leitura do contexto social, identificando problemas, desafios e possíveis medidas estratégicas de enfrentamento no cotidiano de sua prática profissional.

Aprender no cotidiano do trabalho em saúde se tornou um potente fio condutor desse diálogo com Alcindo, professor da UFRGS e ativista do Sistema Único de Saúde (SUS) de longa data, não obstante um protagonista em permanente e efervescente atualização entrelaçando saúde, educação e o mundo do trabalho. Diz Alcindo que a função da aprendizagem é nos transformar e

²³ Disponível em: https://www.youtube.com/live/B7MpFEDOH_w?si=IYbz_iAYm7BgpI5t

nos fortalecer para transformar o mundo, porque esse é exatamente o desafio da promoção de saúde que pretende ser traduzida em produção da saúde. Com essa motivação, a sessão foi aberta por Suliane Nascimento, médica de família, doutoranda em saúde coletiva da UFSC que compartilhou a mediação da atividade com Carlos Alberto Severo Garcia Junior, professor da UFSC e da Escola de Saúde Coletiva da UFSC, campus Araranguá.

PARA AQUECER A RODA

Alcindo Ferla: Primeiro, registro que eu estou superfeliz em ter sido convidado para participar dessa iniciativa do *Diálogos em Saúde Coletiva*, que acredito ser bem importante nesse momento. O ano de 2024 é o ano em que nós estamos realizando a quarta Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Portanto, essas temáticas que colocam a saúde coletiva como campo de saberes e práticas, transversal e imprescindível para fazer conexões entre os nossos núcleos profissionais, e esses trezentos e poucos anos de história do paradigma vigente da ciência, que nos alerta que, em algum momento, entrou em sintonia com essa crise civilizatória que a gente está vivendo. Ações como esta do *Diálogos em Saúde Coletiva* se mostram importantes, não só como iniciativa de resistência, mas de atualização desse paradigma. Ora, os paradigmas civilizatórios, como os da ciência, vão mudando ao longo do tempo, e é preciso um esforço das sociedades para que se atualizem no âmbito de um espaço civilizatório que não inclua, como tem incluído algumas iniciativas, o extermínio, a hierarquização das vidas, o sufocamento das vidas com a negação da ciência. Nesse sentido, é importante que façamos debates deste gênero. Sabemos que, muitas vezes, pode ser mais fácil ler uma mensagem do grupo de WhatsApp da igreja, dizendo que tem chip japonês ou chinês na vacina, que vira crocodilo, jacaré, ou sabe-se lá que outras coisas mais. Essas mensagens curtas, que exploram o sofrimento das

pessoas, tendem a responder uma pragmática da existência, que é muito fácil de colar quando se tem uma produção massiva de sofrimento como estratégia política de um governo, ou de um conjunto de governos que atravessa e que globaliza. Um dia desses, assisti uma série na televisão cuja história tratava de um condomínio, na área nobre do Rio de Janeiro, no qual a estratégia para contratar seguranças era criar a insegurança nas pessoas. Deste modo, se instituía um medo operando de tal forma que as pessoas se deixavam extorquir com muita facilidade, porque o medo da morte, o medo do adoecimento, o medo da violência se tornava maior do que o bom senso. Isso tem acontecido em um volume bem expressivo, em uma dimensão bem expressiva no cotidiano da nossa vida. Precisamos superar essas estratégias e criarmos laços de solidariedade, ao invés de criar esses laços de violência, esses laços fascistas. Então, não é só a importância de se conversar sobre temas da saúde coletiva, que são importantes e também muito relevantes. Essa iniciativa tem um componente de esperançamento, lá no melhor do Paulo Freire, quer dizer, ir construindo alternativas que nos deem, ou que alimentem essa dimensão ontológica da existência humana, que é acreditar que se pode mudar, que se pode aprender, que se pode transformar. E também sair desse momento de crise, amalgamando soluções que protejam a sociedade, que protejam as diferentes pessoas que compõem a sociedade. E talvez essa seja a primeira questão do impostergável do nosso título, que é o desafio do nosso tempo, e aos profissionais, aos trabalhadores da saúde, esse desafio é ainda mais agudo. É reconhecer que somos diversos, que tem uma enorridade de diferenças que nos atravessam, e acho que eu era mais concessivo há alguns anos, dizendo que tínhamos que abraçar todas as diferenças. Assim, fui lendo mais coisas sobre o fascismo, e é paradoxal abraçarmos quem não quer abraçar a gente, quem quer exterminar a gente. Então eu já tenho uma certa tranquilidade de dizer que eu quero abraçar todo mundo, exceto as pessoas que querem asfixiar, que querem matar, que querem exterminar pessoas e grupos. Mas essa diferença é bem importante, porque é um espaço de fortalecimento da sociedade. O

segundo ponto que me ocorre de conversar aqui, é sobre a complexidade do cuidado em saúde. Já era complexo quando dizíamos que as profissões da saúde deveriam ser excepcionalmente boas no tratamento e na identificação das doenças. Daí avançamos um pouco na compreensão, sobretudo dos determinantes sociais da doença, ou seja, aquilo que não está no corpo e numa existência individual, mas que atravessa as existências. Falamos, por exemplo, de vulnerabilidades, refletindo que ninguém escolhe estar numa condição de vulnerabilidade. É a sociedade que impõe essa condição, bem como as políticas públicas que não têm a capacidade de retirar as pessoas da condição de vulnerabilidade. Esse deslocamento foi importante para dizer o que é a produção da saúde. Aliás, esse movimento bem importante está lá na Constituição, e eu espero que aqui não tenha ninguém que precise argumentar a importância da Constituição na organização de um país, na organização de uma sociedade, na organização das relações com outros países. Não basta ter a capacidade de tratar das doenças, é preciso que tenhamos a capacidade de prevenir as doenças, ou seja, no que for evitável, é bom que se consiga interferir nos percursos. Ou no percurso existencial que pode dar numa dimensão de doença, mas tendo o cuidado de não culpabilizar as pessoas pela condição do adoecimento, como se faz, por exemplo, no combate à dengue. Existe uma “fissura” (obstinação) de procura pela larva do mosquito, como se o mosquito viesse diretamente da transcendência e se reproduzisse numa tampinha de refrigerante esquecida no pátio da casa de alguém. Quer dizer, passamos uma vida inteira dizendo que cada um por si e os deuses que tenham energia para dar conta de todos, e depois, de uma hora para outra, se lembra que a produção de saúde não acontece pela escolha de cada indivíduo. Mas e o tabagismo? Os hábitos alimentares? Eu não conheço ninguém que adquiriu o hábito de fumar por escolha individual, sem a interferência da novela das oito, sem a propaganda dos cigarros, que foi permitida num determinado tempo. Isso fez parte de um paradigma civilizatório. As pessoas mais felizes, mais ricas, e na cena final mais emocionante do filme fumavam cigarros “Marlboro”. Esse processo vai

construindo um imaginário, e vai construindo modos de vida também. Então não dá para dizer de uma hora para outra: “pare de fumar porque você vai morrer de câncer de pulmão”. Primeiro, porque isso é uma verdade parcial. Segundo, porque se começa a fazer propaganda constituindo imaginários de outras formas. Por exemplo, criando imaginário que não é cada um por si e os deuses por todos, mas pode ser cada um por todos, segurar a mão das pessoas. Estou abordando esse ponto porque o salto da assistência às doenças para a produção de saúde foi gerando também a incorporação de várias questões importantes, sobretudo se estivermos nos territórios da atenção básica, da atenção primária, dos cuidados no território. Observação: eu já não me ocupo mais de ficar fazendo a diferenciação epistêmica dessas coisas, porque o Previne Brasil nos mostrou o quanto que o mais importante é o equívoco na compreensão de um gestor para induzir um viés enorme nas políticas públicas. E ao invés de cuidar de gente, ficarmos fazendo cadastramento de pessoas compulsivamente, porque caso contrário vai perder financiamento. Como é que esse gerencialismo absurdo vai servindo para gerar superávit primário nos orçamentos, que é o principal objetivo, no meu entendimento, que teve o Previne Brasil, enquanto sua principal função foi esculhambar o atendimento nos territórios, sobretudo na pandemia. Entretanto, a pandemia também vai mostrando que nem a fronteira dos países permanecem rígidas, e vejam que se tem a fronteira dos países como algo importante. A indústria da guerra se ocupa bastante disso, de borrar seletivamente as fronteiras, produzir conflitos e depois vender armas e a vida das pessoas passa a ter menos importância. Mas então esse paradigma de não apenas a assistência às doenças, mas também a atenção à saúde, que está muito bem descrito também na Constituição como resultado do nosso processo de reforma sanitária, dessa discussão bonita que a sociedade brasileira, no final dos anos 80, quando se esgotava uma ditadura militar, e bom que não ritualizamos essa transição de forma suficiente para não ficar sensível a uma outra ditadura depois. Esse debate que a sociedade teve depois de um ciclo de crise, e me parece que os diálogos pretendem contribuir

com isso, que se supere essa crise civilizatória, essa crise ética, essa crise sanitária, essa crise de valores. Importante também o debate da vida como um valor, porque fomos aprendendo ao longo dos últimos anos a hierarquizar as pessoas. Os que podiam dizer, não faça o que eu faço, faça o que eu digo, ou seja, não tome vacinas, mas eu já tomei a minha, porque isso também servia para hierarquizar, para expor e para retirar certas vidas. Talvez esse sintoma da crise que se espalha pelo mundo inteiro, com a ideia da supremacia, que não é exatamente uma invenção do nosso século, ela vem de longa data, arrogância de determinadas pessoas de acharem que conseguem viver sozinhas. Eu diria que essa hierarquização foi muito fortalecida justamente pela crise do capitalismo, porque já não é mais uma população consumidora de coisas, que faz a economia andar, porque a economia está concentrada não mais no setor produtivo, mas no setor bancário, no setor de investimentos, no setor das rentabilidades absurdas, e, portanto, já não depende mais da nossa capacidade de consumir. Portanto, viramos um problema, porque vai reivindicando políticas públicas, vai reivindicando crise civilizatória, e para certas pessoas ter um Porsche significa autorização para andar em alta velocidade, para assassinar as outras pessoas, e essa autorização também não é de uma pessoa específica. A polícia vai lá e não faz a dosagem de álcool, não cumpre seu dever, porque, afinal de contas, a vida que foi extirpada, é uma vida que no imaginário desses segmentos vale menos. E é paradoxal, porque o policial que decidiu não fazer o exame do bafômetro é um policial que muito provavelmente estaria no carro que foi atropelado e não no Porsche. É importante registrar que falo isso porque, para quem é trabalhador da área da saúde, entrar nesse paradigma da prevenção precisa de muita atenção. Depois que eu li o livro *O Dilema Preventivista do Arouca*, um livro clássico da Saúde Coletiva, eu entendi que o dilema é justamente essa facilidade que temos de deixar a concepção biomédica tomar conta do nosso pensamento. Assim, deixamos de olhar as causas da violência e as circunscrevemos, o que resulta em se dizer para a pessoa que foi vítima de violência de que ela precisa se cuidar mais, que precisa se preservar

mais. Com isso se nega toda a contribuição, que até a epidemiologia crítica dos anos 60 dizia que, provavelmente, foi de onde apareceu essa expressão de que toda bala perdida encontra, predominantemente, um corpo negro, um corpo periférico, um corpo de quem já está colocado nessa condição de vulnerabilidade. Em que pese a ironia, não ter a menor qualidade ética e existencial, fala de uma realidade, ou seja, esses corpos que primeiro são hierarquizados, são desvalorizados como expressões de existência, depois passam a ser também desses joguinhos. Não obstante os exemplos referidos sejam exemplos complicados e até indecentes, é importante falar do nosso dilema da prevenção e da nossa função ética da prevenção, porque eu acho que no nosso tempo não dá mais para ficar só no âmbito do que a epidemiologia ou do que as ciências disciplinares, que nos ajudaram tanto aí nesses 300 anos, mas não dá mais para ficarmos fazendo esse exercício. Precisamos fazer o exercício do pensamento interdisciplinar com muita urgência, precisamos aprender a fazer isso, e com aprendizagem eu estou falando um pouco o que o Paulo Freire nos ensinou: que a gente não aprende para ficar erudito, para ficar sabido e para botar diploma na sala de estar, ou no consultório, ou sei lá o quê. A função da aprendizagem é nos transformar e nos fortalecer para transformar o mundo, porque esse é exatamente o desafio da promoção de saúde que pretende ser traduzida em produção da saúde. Vou falar um pouco sobre isso. Muitas vezes a promoção da saúde vira uma teoria ética. Acho que a teoria marxista nos ajuda a avançar um pouco mais do que só a epidemiologia crítica, quando diz que uma condição existencial, que vai sendo construída ao longo do tempo, e que produz doença, produz adoecimento, não se transforma só pela boa intenção das pessoas. Transforma-se pelo trabalho objetivo. Então, prefiro dizer, a produção de saúde. Porque isso explicita que não há produção de saúde se não tiver um trabalho associado para mudar as condições, para transformar. Encontramos na teoria sanitária o que nas teorias pedagógicas, nas teorias freireanas, que eram mais do que teorias pedagógicas, talvez seja melhor falar de teorias da educação, que o letramento não resolve o problema

de ninguém. Mas a aprendizagem é significativa sim. E aí, aquela imagem generosa do Paulo Freire dizendo que melhor aprender numa sala de aula bem equipada, com ar condicionado, com todas as condições, com um professor contratado de forma estável, que tenha direitos assegurados, que possa dizer para o sistema que o sistema está emburrhecendo as pessoas e produzir mudanças sem ser demitido, sem ser cancelado. Então, que se pode aprender, sobretudo esse aprender que não é o domínio da letra, mas é o domínio do conhecimento que permite, então, desenhar percursos mais solidários. A aprendizagem na saúde, pensando nesse paradigma de uma saúde mais ampliada, mais generosa, precisa nos colocar diante do desafio de cuidar da pessoa, do grupo que procura o nosso atendimento, mas também de transformar as condições em que essa pessoa vive, porque senão será o próprio dilema sanitarista do nosso querido Arouca. Na verdade, vamos fazendo uma tautologia em que antecipamos o que já se sabe sobre aquela doença, portanto, é um pré-diagnóstico. E, bom, aí segue-se a mesma lógica. Eu digo que essa lógica do trabalho de saúde está muito sequestrada, já foi tomada, foi sequestrada por um modelo de pensamento fascista. E é terrível falar sobre isso, porque eu escolhi a medicina, porque eu nasci aos cuidados da minha avó materna, parteira, e fui o primeiro neto. Então, eu não vou nem gastar tempo aqui com vocês descrevendo essa memória afetiva, o que é uma avó que esperou muito, que recebe. Então, esse nascimento envolto em cuidado é uma coisa que estrutura a minha existência. É evidente que sim. Com isso eu assumo também que um nascimento atabalhoados, um nascimento num ambiente frio e tecnológico, de um hospital com obstetra, que tem certeza absoluta de que, com a máxima de que mulheres e histeria fazem uma associação boa, o que mostra que não leu a teoria freudiana que desenvolve essa explicação, só acontece porque a dor e o medo daquele momento não estão com o profissional de saúde, estão com a mulher, que, aliás, entende mais do seu corpo, do que qualquer obstetra. Então, vamos criando essa coisa gélida no espaço do atendimento. Vamos fazendo da ciência e da prática de cuidado

uma espécie de dogma medieval. Reverenciar o profissional de saúde, que a essas alturas já virou um semideus, passa a ser a obrigação de quem está sob cuidado. Não tem explicação. Depois a gente se escandaliza quando a pessoa acredita mais no grupo de WhatsApp da igreja do que na recomendação. Aqui tem um problema que precisamos refletir. Quando um profissional prescreve cloroquina para, supostamente, tratar covid, à revelia de toda a evidência da ciência, esse movimento não compromete só a esse profissional e a esse usuário. Esse componente, vai criando uma imagem que sequestra a todos nós, mesmo os de nós que queremos cuidar bem das pessoas, mesmo os de nós que nos dedicamos ao estudo das evidências da ciência, e a esse desafio que também é impostergável de aprender com as evidências do cotidiano. Se o cotidiano é uma comunidade que tem saberes tradicionais sobre a produção da saúde, esses saberes tradicionais não têm 350 anos. Eles têm 10 mil anos, a seleção natural já retirou aqueles que não tinham eficácia para enfrentar certos dilemas. Podemos não entender qual é a lógica do conhecimento tradicional e do conhecimento ancestral. Entretanto, não é possível que a arrogância epistêmica nos impeça de ouvir e suspeitar que aí tem alguma coisa, cuja crise de interpretação é nossa, não é das pessoas. Vejamos o que aconteceu com as parteiras tradicionais na Amazônia, sobretudo nos distritos sanitários indígenas, durante a pandemia. A regra de parar de circular fez com que os profissionais de saúde de nível superior, médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, não fossem mais para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), para as comunidades indígenas, porque havia diminuído a circulação, era o distanciamento geográfico, que equivocadamente chamamos de distanciamento social. Socialmente precisamos estar muito próximos, mesmo na distância física. Nesse momento, alguém lembrou que a hipertensão e a diabetes talvez descompensassem e aí quando voltar, se resolve. Porém, as gestações continuaram existindo e as parteiras tradicionais passaram a tomar conta das gestantes, porque caso não tenha ficado muito evidente a minha ironia, ao ficar mais em casa, estar mais próximo, as gestações não diminuíram,

elas aumentaram. A violência doméstica dos maridos agredindo as mulheres também chama atenção, mas eu não quero falar disso, agora estou falando dos partos tradicionais. Aumentou em 70% o cuidado das parteiras tradicionais. E sabem o que aconteceu com a mortalidade infantil? Não explodiu, seguiu descendo evidenciando um ótimo resultado. Isto porque as mulheres sabem muito do seu corpo, mas nós achamos que é a ginecologia e a obstetrícia que sabe do corpo das mulheres. Sabem muito e é muito legal que existam obstetras e ginecologistas, médicos, médicas, enfermeiros e enfermeiras sendo formados. Entretanto, o que não dá para continuar acontecendo é a arrogância de saber, de achar que a ciência e a prática aprendida no hospital substituem a ciência e a prática, o conhecimento, porque isso também faz parte de objetualizar o corpo da mulher. Essa mesma objectualização que depois dá direito às pessoas de bater, de esquartejar, de matar, porque, afinal de contas, elas não são uma existência com autonomia, parece que elas precisam de um marido para existir. Nesse bojo, vem todo o preconceito sexual e de gênero, porque, se a gente é menininha e não gosta só de menininha, as organizações de gênero e de amorosidade são múltiplas e se tivermos uma formação religiosa, moral ou uma deformidade cultural, que impede de saber isso, uau, ou deixamos de ser profissional de saúde ou vamos na equipe e negocia, dizendo o seguinte: “olha, eu sou preconceituoso mesmo, tenho uma formação moral, então me ajuda a fazer a gestão do cuidado dessa pessoa, porque eu sei que não farei bem”. E acho que aí está um outro desafio impostergável: o de aprender o trabalho interprofissional. Que é reconhecer o centro, o núcleo de saberes e práticas de cada profissão, mas reconhecer que entre uma profissão e outra não temos uma delgada membrana. Temos, como diria Guimarães Rosa, a terceira margem, para quem não leu o Grande Sertão, é o que tem entre uma margem e outra. Portanto, todo leito do rio. E esse é o desafio de aprendermos essas alianças. Daqui a pouquinho alguma entidade corporativa, das nossas profissões, vai aparecer aqui correndo e dizendo que eu estou me excedendo, porque tem as leis do exercício profissional, enfim. É um artefato que foi criado,

porque ninguém está discutindo que um vigilante da unidade de saúde fará a cirurgia de transplante múltiplo de órgãos. Essa é visivelmente uma competência médica, que não está em questão. Agora, por que essas corporações são tão frágeis a ponto de achar que tem uma incisãozinha para resolver um problema? É preciso que haja um especialista reconhecido e, se não houver, a pessoa que morra, entendeu? A pessoa que morra, porque é isso que está dito, que está por trás dessa ideia. Eu gosto de contar histórias, agora eu já aprendi a fazer um parêntese para dizer que vou contar uma história entre uma ideia e outra. Quando eu estudei o Mais Médicos lá na Amazônia, a equipe de pesquisa toda ficava 10, 15 dias nas aldeias, nas unidades especiais, e trabalhando em equipe 21 dias, 24 horas, como na unidade fluvial. Tem profissional de saúde que trabalha nesses lugares que fica mais tempo em contato com o colega da equipe do que com o seu companheiro, com a sua companheira, com seus filhos e filhas. Ainda bem que a internet permite ligações regulares para tirar saudades. E aí, no meio da madrugada, alguém bate na porta desesperadamente e acorda todo mundo. Diz que no porto tem uma emergência. Havia um médico cubano, uma pessoa enorme, com uma experiência muito grande, porque tinha estado na Venezuela, tinha estado na África, então tinha uma experiência clínica excepcional. A formação cubana é bem biomédica, mais biomédica e mais competente tecnicamente do que a nossa. Desculpa eu estar dizendo isso e algumas pessoas ficarem magoadas, porque em Cuba a saúde não é só uma questão sanitária, é uma questão de segurança pública. Eles são fissurados por sintomas, porque pode ser uma guerra bacteriológica chegando aí por Varadero ou pelas melhores praias. Então, há um contexto que não precisaríamos ter, poderíamos ser melhores tecnologicamente e humanitariamente também. Mas, enfim, o sujeito (o médico cubano) rapidamente estava desperto, diferente de mim, que estava acostumado a dormir mais tranquilamente durante as noites, então talvez a porta viesse abaixo, se dependesse só de eu acordar, mas eu não estava lá na função de médico, eu estava lá na função de pesquisador. E quando chegamos no porto,

a cena foi terrível, porque tinha uma menina indígena de sei lá, seis, sete anos, com um tronco de árvore empalado no abdômen, na barriga dela. Ela estava desfalecida, imagino que pela dor, pelo desespero, fazia seis horas que o acidente tinha acontecido. Ela estava com a mãe lavando roupa na beira do rio e começou a brincar na árvore. Ela subia na árvore e saltava. O galho foi molhando, ela escorregou e um galho quebrado entalou no abdômen. A mãe estava servindo de atadura. Parece que tem uma coisa que acontece com as mães, ou com algumas mães, ou com a capacidade de maternagem, que o instinto resolve o que precisa, de muitos anos, de anatomia, fisiologia, para aprender. Mas a mãe estava em exaustão física também. Enquanto eu ficava pensando como é que chama o SAMU, que foi a reação que me ocorreu de ter, mas não tinha SAMU, porque estávamos no meio da floresta amazônica, uma dobradinha entre esse médico super experiente e o enfermeiro, atenção, o enfermeiro era super jovem, recém-formado, e que escolheu estar nessas equipes e tinha uma grande capacidade de aprender, e o olhar entre ele e o médico produziam faísca muitas vezes. Foi-se criando um trabalho articulado. Eles imobilizaram a criança numa maca, a mãe pôde ficar um pouco mais tranquila e chegou no hospital. Quando chegou no hospital, Santo Antônio do Içá, um hospitalzinho desse tamanho, que tem quatro colegas médicos, e cadê o especialista? Tinha um de plantão, cirurgião abdominal, também super jovem, não tinha anestesiologista, e aí o que faz? Deixa morrer porque não tem? Não, vai organizando. No dia seguinte, eu cheguei, porque eu estava pesquisando Mais Médicos, os percursos assistenciais, a integralidade, a qualidade do cuidado, me interessam muito. Cheguei, já estava sendo esperado, porque eu já tinha sido anunciado como o cara que fazia perguntas. Naquela cena do acidente, me pareceu que era melhor eu me ocupar da mãe do que da criança, porque eu sabia menos o que fazer com a criança do que com a mãe, fiquei ali tranquilizando. A mãe já tinha anunciado que também tinha um colega do médico cubano que era um cara superlegal, porque evidentemente ele havia se transformado no herói da mãe. Perguntei, então, para ele como

tinha sido e ele respondeu que aquela menina tinha a idade de suas duas filhas, que estavam em casa com a mãe. Ele disse que havia ligado para casa, para saber se estava tudo bem, e quando sua esposa disse que elas estavam dormindo, que estavam tranquilas, que estavam bem. Então, ele respirou fundo e anestesiou. Foi dando tudo certo, e quando ele fez a incisão na linha média, o tronco saltou por alguma proteção dos seres das florestas e das águas, só pode ser por isso, na verdade, a projeção do tronco havia dissecado o músculo, não entrando no abdômen. Cinco ou seis dias depois a menina estaria saltando. Mas por que esse exemplo? Sim, ele é super escabroso, creio que para qualquer um de nós. Mesmo para esses profissionais. Mas eles mostraram que tiveram uma dificuldade muito grande. E vai dizendo que quando os constituintes escreveram na Constituição que o trabalho em saúde era de relevância pública (e é a única área de saberes e práticas que têm esse estatuto na Constituição), e que ao SUS deveria caber o ordenamento da formação das profissões de saúde, era porque não há especialista que tenha conseguido imaginar uma cena dessas como corriqueira. Ela não é corriqueira, porque aconteceu uma vez na vida, mas aconteceu. Aconteceu lá no meio da Amazônia. Aconteceu num lugar que é muito distante. Aconteceu com uma equipe que tinha aprendido, essa coisa do trabalho interprofissional. A abraçar o outro na sua dor. Em geral, aprendemos o contrário. Aprendemos a dizer que o enfermeiro está querendo invadir. Infelizmente não era um médico formado no Brasil, que eu trouxe no meu exemplo, não era esse que estava disponível naquele trabalho, era um profissional do Mais Médicos, ou seja, nenhum médico brasileiro se inscreveu para aquele lugar, e por isso foram os médicos intercambistas. Mas não é sobre a formação humanitária que me interessa falar agora, nesse exato momento. É uma formação técnica muito bem-feita, mas que não perde essas outras dimensões que estão no técnico. Somos muito mais eficazes e muito mais eficientes quando trabalhamos em equipe, porque o lapso de conhecimento de um pode estar sendo lembrado pelo outro. O agente comunitário de saúde pode ter ouvido falar de um certo recurso da técnica que a gente que estudou

muito está esquecendo, e o que ele vai fazer não é nos substituir, mas lembrar que também tem esse aspecto. Estou lembrando de Marina Peduzzi, que, em sua tese de doutorado, foi estudar trabalho em equipe no hospital e concluiu que o mais frequente é a equipe bando, aquilo que todo mundo animal já aprendeu a fazer. Nos defendemos melhor em bando, mas cuidamos melhor em equipe, e aí a comunicação precisa ser intensiva, desenvolver essa autonomia. Eu não vou contar para vocês todas as piadinhas que eu aprendi sobre enfermeiros, sobretudo enfermeiras, na minha formação, como um ritual assim de nos diferenciarmos. Vou pedir para que cada um de vocês recupere na sua própria memória, porque é certo que não precisaremos aqui dos meus exemplos. Cada um de nós foi aprendendo mais esse ritual de reconhecer a diferença do outro. Mas não para nos conectarmos com ela, não para produzir alteridade, mas para fazer isso, a violência, porque quando o corpo da enfermeira no plantão se torna objeto de escárnio e comentário machista, vão se construindo os processos de subjetivação dessa forma. E nós precisamos fazer o contrário, não só na violência de gênero, mas também na potencialização do trabalho em equipe. Então, por último, me ocorre falar deste impostergável é que o relatório Flexner, quando disse, em 1910, que a formação precisava ser no hospital, criticamos muito, mas a crítica descontextualizada da história, os sistemas de saúde nos países de 1910 tinham como base o hospital, o hospital médico, ainda não tão tecnológico. Então o que Flexner disse em 1910 é que não dá para formar profissionais de saúde fora do ambiente onde eles exercerão suas práticas. Ou seja, é o lugar que precisamos enxergar. Então, a quitanda do cachorro-quente não pode ser o lugar de formar médicos. É bem legal fazermos o lanche na hora do intervalo. Há várias relevâncias, porém não pode haver escola de medicina de fundo de quintal, escola de enfermagem, escola de psicologia, enfim, precisa estar dentro do paradigma social histórico. Anos depois, em 2010, quase todas as revistas científicas do mundo fizeram uma avaliação e constataram o óbvio: o nosso sistema de saúde é muito mais diversificado. Há muitas redes de atenção. Não

há o hospital como centro. Vou falar do cuidado pré-natal, parto e puerpério, por exemplo, que só deveria ter o hospital como centro nas gestações de maior risco, onde, objetivamente, tem um risco à vida das mulheres e dos bebês que nascem. Nesse caso, a formação continua sendo centrada no hospital. De alguma forma, o hospital é o lugar, seguramente, da maior densidade tecnológica, a gente consegue sustentar a vida biológica de um corpo por semanas, por meses, por anos, com o suporte tecnológico, então é o lugar de maior densidade tecnológica, que equivocadamente a chamamos de maior complexidade. A maior complexidade não é essa, onde o saber disciplinar já avançou bastante. Excelente que tenha avançado! Uma pandemia, que ninguém estava preparado para ela, produziu vacina num período menor de um ano, então é conhecimento disciplinar, é desenvolvimento tecnológico, é um monte de gente que faz pesquisa de bancada e que é bem relevante. O que é importante, é impostergável, é essa ideia da mudança que está muito forte nas nossas diretrizes curriculares desde os anos 2000 e que ainda não avançamos mais do que milímetros, que diz o seguinte: complexa é a cena em que os condicionantes e determinantes da saúde se embaralham e não há outra forma de compreendê-los para saber como organizar o cuidado, sem ser por meio da inteligência freiriana, de conseguir destacar o que está acontecendo, de ter uma boa rede de produção de inteligência, porque esta é mais forte quando produzimos rizomas para entender qual é a melhor intervenção a ser feita naquele momento. Muito frequentemente, a melhor intervenção não centraliza o protagonismo nos profissionais de saúde, e eu não sei como é que nós vamos ensinar os nossos estudantes, como é que a gente vai aprender a abrir mão dessa arrogância que exige que haja o protagonismo central em toda a intervenção que fazemos. É da nossa herança de semideus. Mas é muito ruim profissional de saúde ser concebido como semideus, e eu aprendi cedinho isso. Maria Luiza Jaeger, que foi primeira Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde, quando era Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre, e eu, um estudante de medicina sonhador, atravessava a rua da universidade para a

secretaria, onde eu trabalhava. Quando ela me via muito deprimido, ela tinha uma intervenção terapêutica, que era o seguinte: “Alcindo, eu não sei o que estão te ensinando lá, do outro lado da rua, mas aqui eu vou te lembrar ainda outra vez que um bom profissional de saúde é gente. É gente, não é semideus. Não é um algoritmo de computador. Não é. É gente que gosta de gente, que cuida de gente porque gosta de gente e que precisa ser cuidado como gente.” O que me parece ser mais eficaz para essa transformação cultural é fazermos o que os 100 anos do Relatório Flexner nos apontaram: tem que ter uma aliança entre a educação e a saúde. As instituições de ensino precisam ser consideradas parte do sistema de saúde, como as escolas de saúde pública, como as escolas técnicas. O paradoxo é que, muitas vezes, as escolas de saúde pública, as escolas técnicas, esses serviços de formação e de pesquisa, que não estão sob o estatuto das universidades, têm como sonho de consumo ser uma universidade. E infelizmente, as universidades vão cada vez mais se tornando o polo conservador da sociedade e, portanto, a inovação que acontece nos processos de trabalho, pelo menos acontecem longe. Ainda bem que tem meia dúzia de nós que estamos nas instituições e que continuam insistindo, como por exemplo esse projeto de extensão Diálogos em Saúde Coletiva que é bem bom. Mas aí tem um colega que faz um projeto de extensão exótico que só serve para constituir os valores instituídos e perdemos essa chance da transição epistêmica e civilizatória necessária. Então, definitivamente, eu acho que a melhor aprendizagem para sairmos desse paradigma e ajudar a construir um outro que não seja a barbárie é aprendermos no território. Eu acho que cada ponto de atenção à saúde fora do hospital é muito mais relevante para o ensino desde que ele não seja tomado por práticas hospitalares. Descobrimos, há quase 100 anos atrás, que o manicômio era um péssimo lugar para se tratar da saúde mental, mas aí com muita frequência os CAPS são pequenos “manicômiozinhos”. Não conseguimos organizar processos de trabalho e o processo de trabalho aqui precisa incluir, e essa é a última ideia que eu vou trazer aqui para esse momento prévio, até porque eu já falei demais. Acho que a gente precisa

constituir a ideia de que um bom profissional de saúde é um aprendente de tempo integral, é um pesquisador de tempo integral, é alguém que olha aquela cena e descobre o que aquela cena tem de incompatível com o conhecimento científico e biomédico que a gente já tem, porque isso é uma postura científica, não é uma postura negacionista e talvez nos ajude a fazer a transição paradigmática. O Thomas Kuhn, que não era um comunista, era um positivista, disse: olha, a estrutura das revoluções científicas se comporta mais ou menos como uma curva de normalidade, tem um período em que o paradigma consegue ter pujança, consegue resolver a maior parte dos problemas, e tem um período do declínio no qual a principal missão é construir pontes para o próximo paradigma civilizatório, para o próximo paradigma epistêmico. Aí talvez as pesquisas qualitativas, a sistematização de conhecimento no cotidiano e a educação permanente de verdade tenham papel fundamental. A educação permanente de verdade, não a recognição, mas sim aquela reunião de equipe que não é recheada de avisos, para isso o quadro de avisos é excelente, não precisa ficar alguém blá, blá, blá, prescrevendo. Os secretários e secretárias de saúde precisam aprender que a política de educação permanente não é só essa postura científica, responsável e ética diante de um cenário de complexidade que é gerar fluxo de atendimento, de produção de conhecimento também, mas o cuidado ao trabalhador. Porque dizer que aquela reunião está preservada para discutir porque funcionou, porque que não funcionou, significa dizer para o trabalhador que ele não precisa ser semideus, o que interessa é a condição humana e se ele errar, porque não conseguiu aplicar o melhor conhecimento, porque não tinha a melhor técnica, eventualmente isso é parte intrínseca do trabalho em saúde. O que ele não pode é errar objectualizando, vulnerabilizando, violentando o corpo dos outros e não sou eu que estou acusando alguém de violentar, são as manchetes dos jornais de todos os dias que dizem que o anestesista violentou, que o obstetra violentou o corpo da mulher, é disso que eu estou falando. Penso que essa ideia do aprender no cotidiano do trabalho, que é uma condição muito humana, também é a política

de educação permanente que não está dita, pelo contrário, o que o Ricardo Ceccim escreveu, a Laura Feuerwerker escreveu, eu escrevi, é de que também é uma política pedagógica, também é esse dispositivo que diz que produzir conhecimento no cotidiano é necessário, é impostergável e é fundamental para a integralidade do cuidado, senão vamos colonizando o corpo do outro o tempo inteiro. Quando estudamos as culturas tradicionais, percebemos que a arrogância é nossa, a crise de interpretação, como dizia Victor Vincent Valla a crise de interpretação é nossa. Eu não estou falando de mais trabalho, eu não estou falando de mais sobrecarga, eu estou falando do cuidado humano que nós, que escolhemos as profissões da saúde e os trabalhos em saúde por conta de gostar das pessoas, merecemos. Essa questão nos coloca numa tensão grande com a lógica taylorista do trabalho em saúde dividido em especialidades e subespecialidades. Nessa teoria, as críticas já são de longa data, que isso aliena o trabalhador, tira do trabalhador a noção da importância que ele tem. Ora, essa é a principal explicação que a maior parte das correntes da psicopatologia do trabalho vai dizer que é a fonte da nossa frustração. De todo trabalhador, o que é nosso, muito particular, é de que graças a essa alienação, a esse sofrimento mental que a alienação produz, a gente deprime mais, a gente usa mais substância psicoativa, a gente comete mais suicídio, eu acho que está absolutamente na hora conseguirmos romper esse ciclo. Mas romper esse ciclo significa não a gente se tecnologizar ainda mais, porque esse é um processo que vai acontecendo naturalmente, o furo na bolha que a precisamos produzir é o contrário. É fazermos vínculo com o território, de aprender com as pessoas, de quando se veem as condições de saúde, descobrimos também quais são as potencialidades daquele lugar, mesmo que a gente não entenda. Quando alguém me disse que na cultura indígena as mulheres em período menstrual não acompanham o grupo, para pesca, para caça, para saídas, eu ficava dizendo está vendo como esse negócio de machismo acontece em todo lugar? Até o dia que me ocorreu que nos rios amazônicos tem piranha. O saber tradicional, se eu não sei, portanto, está na hora de eu aprender. A cena do pronto-socorro, eu

já li bastante, já é muito objeto de conhecimento, então, ali é o meu preconceito estrutural que eu preciso colocar em xeque. Eu acho que esse debate é impostergável, porque ele é civilizatório, mas porque ele está na alma, na essência, e eu tenho um problema de usar a palavra essencial, mas, neste caso, eu a uso sem muita dificuldade, do trabalho de cuidar, do trabalho de produzir saúde, que também é o trabalho de interferência, de interferir na cultura, de interferir nos modos de organização da vida que a gente tem vivido, e que eles, no meu entendimento, estão perfurados da crise civilizatória que a gente vive. Nessa crise civilizatória, a barbárie é o que nos apresenta, e eu espero que não sejam os profissionais de saúde a alimentar a barbárie, pelo contrário, porque, se for isso, desculpa, escolheu a profissão errada e vender berinjelas não é demérito para ninguém, mas uma berinjela estragada vai produzir petróleo. O cuidado estragado vai produzir a morte e o sofrimento. E, bom, não é para isso que eu escolhi medicina, que eu escolhi a docência, que eu escolhi a saúde coletiva, pelo menos. Agradeço ao grupo que está fomentando essa conversa, e me coloco a disposição para a gente seguir no diálogo.

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.: Você nos presenteou com uma exposição belíssima. Eu diria até que ela pode servir para instigar aqueles que têm interesse no 16º Congresso da Rede Unida, que vai tratar das mil e uma saúdes no território. Penso que você trouxe muitos elementos que serão tratados neste evento que vai acontecer em Santa Maria. E você conseguiu abrir muitas possibilidades de perguntas. Quem quiser partilhar suas perguntas no chat, serão bem-vindas, além de comentários, é claro. A ideia é que eu e Suliane, como mediadores, aqueçamos essa conversa com algumas perguntas iniciais.

Suliane Nascimento: Professor Alcindo, me senti bastante provocada pelas muitas reflexões que me fizeram os olhos brilharem. Então, trago uma pergunta da minha prática mesmo, sobre aprender com o cotidiano das comunidades, de estar presente no território vivo, de aprender com a

diversidade do território. Minha pergunta se refere, principalmente, em relação aos profissionais em formação, que sabemos que na prática das Unidades Básicas de Saúde, muitas vezes, acabam sendo engolidos pela demanda e entrando na lógica produtivista das equipes, perdendo muito dessa beleza que é tão importante, principalmente para quem está em formação. E aí você apontou a questão do Previne Brasil, que reforça muito esse movimento. Eu fiquei pensando de que forma podemos discutir estratégias de sensibilizar os gestores das equipes para que haja um resgate desse lugar, pois na prática, na maioria das vezes, isso se perde muito, e por mais que os preceptores, os professores tentem lutar contra a maré, é muito difícil o profissional não ser levado por essa onda produtivista.

A: Penso que a lógica produtivista, a pressão do consumo de procedimentos, a pressão para criar essa cultura, porque tem uma fala do professor Merhy que me mobiliza muito. Aliás, eu diria que o professor Merhy e o professor Amadeu são as duas referências que precisamos retomar na editora da Rede Unida. Nós fizemos uma coletânea de textos em espanhol agora para as nossas cooperações da Rede Unida com os países centro-americanos, de língua espanhola, recuperando produções que são belíssimas e muito atuais para entender a crise. Faz tempo que eles vêm alertando do desgaste que é produzido, inclusive, pelas instituições da ciência, pelas instituições de gestão das políticas. A professora Madel Luz criou a categoria Instituições Médicas para falar disso, desse ventriloquismo biomédico que acaba aparecendo nos gestores. Então, quando se fala da crise de alienação, eu não vou idealizar nem gestores, nem trabalhadores. Não me interessa falar dos que têm estruturalmente uma lógica fascista, me interessa essa conversa com quem, de fato, no meu entendimento, escolheu de modo adequado as profissões da saúde. Mas o gestor, quando se deixa tomar por essa ideia biomédica de que é o número de comprimidos que está em questão e o número de procedimentos, e esse embate entre o custo, de um lado, e a possibilidade de oferta, eu me

dou conta de que um sintoma dessa crise é justamente a nossa dependência do consumo de consultas especializadas, de condições, de medicamentos, e quando compartilhamos isso com as expressões da cultura, da população, é muito diferente. Vou fazer um parêntese, vou contar uma história, porque talvez ela ilustre melhor o que eu queira dizer. A Rede Unida tem uma cooperação grande com a região da Emília Romagna, na Itália, com o governo regional, com os governos municipais e com as principais universidades, para fazer intercâmbio. Nós nos alimentamos das ideias da Medicina Social italiana, eles avançaram mais no estado de bem-estar, nós ficamos mais reféns, mas agora a crise econômica e a crise ética que afetam o mundo, também tem o governo italiano como uma boa expressão. Porque são sempre governos de uma expressão de pensamento que não é generosa, não é democrática. Quando os imigrantes africanos fazem o percurso de volta daquele que os exploradores fizeram, porque é essa a questão, os europeus atravessaram o oceano para fazer uma ocupação extrativista da África e, portanto, a condição existencial das pessoas na África hoje é consequência desse movimento. Quando os africanos fazem um movimento contrário, não falta a autoridade do governo italiano para apreender as pessoas no meio da travessia oceânica, que precisa naufragar os navios e depois mostrar para o mundo os primeiros corpos boiando, porque essa coisa fascista também se expressa desse jeito. Mas, enfim, eu sou uma das pessoas que escreve sobre essa ideia da vivência como dispositivo de aprendizagem, por isso que eu defendo o Ver-SUS, os estágios de vivência. Tomara que agora a professora Isabela Matos Pinto, secretária da Gestão da Educação e do Trabalho do Ministério da Saúde, esteja nos ouvindo, porque aí ela vai pedir, quem sabe, para dar uma notícia em primeira mão, um spoiler, quiçá, a volta do Ver-SUS. Retornando à história da viagem à Itália, fomos objetivamente convidados a visitar uma associação que trabalha com pessoas em sofrimento psíquico, essa associação de voluntários, nem vou explicar aqui, que não tem nada a ver com o nosso ideário de esquerda, que diz que isso é desresponsabilidade. Lá não é, essas associações cobram da política de saúde,

da política de assistência, o que o estado de bem-estar lá atrás prometia. Mas tem coisas que política nenhuma faz. Então, estávamos nós nessa associação. A história dessa associação, que se chama Associazione Insieme Onlus é muito linda. A coordenadora, o seu marido, é uma história muito linda. Então fui convidado para passar um dia nesse lugar.

Começamos numa conversa e sabe aquela posição do deprimido, que fica parecendo esquizofrenia, porque chega num determinado momento que desconecta. Diferente da esquizofrenia, a depressão sentimos no corpo da gente. Ficamos nos sentindo meio apertados com alguma frequência, com ideias violentas, inclusive. Mas é por isso que estudamos isso para ser profissional de saúde, para não fazer. Mas eu chego nesse lugar e tem dois jovens que estão quase na posição fetal, sentados no degrau da escada, lá no fundo do prédio, quase escondidos. Como sou uma pessoa muito curiosa, eu preciso ficar observando. E eu posso fazer dez coisas ao mesmo tempo, mas uma delas será observar e ver aqueles meninos.

E fiquei pensando, mas como que eu chego num lugar desses, estou vendo pessoas, dois meninos nessa condição, e estou aqui conversando sobre as políticas de saúde, sobre a história da instituição. De verdade, me atrai muito, sobretudo, porque a coordenadora é uma mulher de noventa e poucos anos, absolutamente lúcida, administra um marido com deficiência, tem síndrome neurológica da idade que o desconectam da vida. Tem noventa pessoas sob cuidados, tem um filho portador de deficiência, que aos quarenta anos é superdependente. Eu entendo perfeitamente porque eu saí de lá apaixonado por essa mulher.

Aí ela chega, o filho está todo atrapalhado, querendo a atenção dela, ela vai e faz um afago, dizendo como você está ciumento hoje. Ela faz uma interrupção e diz, mas você já ofereceu café para as nossas visitas? E esse menino se transforma, vai para aquele lugar que transformou num pequeno lugar, num pequeno bar, com umas cafeteiras antigas, uns aparelhos

luminosos de som, parecendo um bar brega desses retrôs. E passa duas horas oferecendo café para todo mundo, pega um por um, serve de um jeito super estereotipado, decorado. Pergunta se quer açúcar, se está suficiente o açúcar, se foi bom o café, porque ele precisa de feedback, claro. Isso tudo eu tinha observado, agora por que todo mundo parece que não está vendo que tem dois meninos jogados no canto? Eu não conseguia pensar, mas estava super desconfortável, essa mulher é tão cuidadosa que ela foi mudando de cadeira até sentar do meu lado, e quando eu vejo o braço dela está me abraçando, e ela segue falando normalmente.

Quando eu olho de novo para os meninos, já era próximo do almoço, eles haviam sumido, evaporaram os meninos. Eu olho para o forno de pizza, e os dois estão trajados de pizzaiolos absolutamente sociáveis, fazendo peripécias, e por motivos óbvios, o chefe dos dois estabelece contato comigo, porque era a pessoa com a circunferência abdominal mais protuberante, e ele decide que eu serei o objeto da diversão dele. Então, cada pizza que ele faz, ele vai e negocia comigo. Os dois estão servindo-a para 60 pessoas, porque a mesa foi agregando muitas outras pessoas, e eles estão coordenando com uma desenvoltura impressionante. Quando eu não aguento mais, ele então negocia comigo de que ele não vai trazer uma fatia do tamanho normal, ele vai cortar pela metade, porque caso eu não saiba, um bom pizzaiolo deixa as melhores pizzas para o final. Ah, tá bom.

Depois disso, fizemos um grupinho de conversa, e o médico psiquiatra do serviço de saúde mental, participou da conversa, participou do almoço. Naturalmente conversamos mais, então eu pergunto: este é um lugar de formação de profissionais de saúde? E a tal senhora rapidamente diz: não, aqui a gente não faz nada que o serviço de saúde deva fazer. Quando o serviço de saúde não faz, brigamos com eles, mas aqui não fazemos, porque nós não estamos aqui para substituir. E o médico reforça. Então ela diz que tem estagiários de ensino técnico da área administrativa. Eu enfatizo que não estou falando de vir aqui para fazer assistência, mas estou

falando de vir aqui para aprender o que acontece, o que se pode fazer no apoio à pessoa com sofrimento psíquico, e em alguns quadros gravíssimos. Percebi que só quando começou o ritual da pizza é que aqueles meninos se transformaram, pois antes eles estavam lá meio acuados, tinham problema de idioma, tinham problemas.

Para o colega psiquiatra, eu pergunto: quando tu prescreves medicamento para um usuário do serviço de saúde mental e tu não tens noção do contexto dele, eu imagino que use o conhecimento técnico, as orientações, as evidências da ciência. Se nós estivéssemos falando de alguém que é usuário desse serviço, tu prescreverias a mesma quantidade de medicamentos? Ele olhou para mim e entendeu essa coisa do aprender no cotidiano e disse, prescreveria muito menos substâncias psicoativas, porque aqui as pessoas têm cuidado, elas têm proteção. E aí eu me lembrei de toda a discussão da gestão autônoma de medicamentos (método GAM), eu fiquei me lembrando de todo o paradigma da redução de danos, que continuamos não ensinando, não aprendendo e não sabendo usar. Estou usando esse exemplo que talvez a inteligência freiriana para administrar uma cena que é complexa, não o bloco cirúrgico do hospital, quando um portador de diabetes chega com um membro com gangrena precisando ser amputado, porque lá a cirurgia resolve quase todo o problema. Eu estou pensando aqui no território, quando temos histórias de vida muito diversas e podemos ajudar num processo civilizatório maior. Mas é isso. Esse exemplo, eu acho que ele é forte o suficiente para dizer que doença mental é essa coisa que não sabemos o que fazer, que fica querendo que o psiquiatra resolva, que um manicômio resolva, que o CAPS resolva, que não tem nada a ver conosco, a crise é essa. Quando eu pergunto para o psiquiatra, ele diz, se tem um grupo, ora, ele precisa do apoio do serviço de saúde para seguir podendo cuidar, para eventualmente administrar a crise, para fazer uma porção de coisas, abre um leque maior.

Por que eu estou contando essa história? Porque veja como a lógica produtivista tem uma armadilha, porque vamos criando dependência, e essa

dependência, além de nos tomar autonomia de cuidar, ela também nos aliena, não conseguimos pensar por fora. Então muitas vezes a gestão do trabalho, por isso que eu digo que um secretário inteligente assume a educação permanente como estratégia de cuidado do trabalhador. Mas também como estratégia de aumentar a eficácia e a eficiência de um sistema, porque certamente aumenta o cuidado e certamente diminui o consumo. Talvez no começo não, porque vivemos naturalizando também a dificuldade de acesso, mas eu acho que há um paradoxo, essa pergunta é generosa o suficiente porque ela me permite dizer isso: eu acho que tem um paradoxo nessa produtividade que é atender, que é mais ou menos o que no senso popular é a expressão secar o gelo. Porque a gente vai secando, secando, secando e não resolve nunca quando o gelo some, quando a pessoa morre, é só aí que termina. Então penso que tem uma alienação também no pensamento e no trabalho do gestor que não percebe essas coisas. Além disso, acho que tem gestor que é fascista, tem profissional de saúde que é fascista, mas não é para esses que eu estou querendo conversar, é para os outros que se atrapalham também na hora. Eu aproveitaria as conferências municipais, as conferências da etapa estadual e da etapa nacional da Conferência de Gestão da Educação e do Trabalho para gritar educação permanente, educação permanente, para reivindicar horário preservado, para a conversa entre os trabalhadores, não é para ir para o shopping, não é para resolver o problema da escola dos filhos que são importantes, mas elas precisam de outras saídas. Esse é o lugar talvez mais relevante, a etapa mais relevante do processo de trabalho que é jogarmos fora a corrente que produz alienação e ficar pensando como é que o nosso trabalho pode ser mais criativo? Como é que podemos nos realizar mais no trabalho? Caso contrário, sobra apenas reclamar do salário, da sobrecarga de trabalho, e quando eu vejo essa reclamação dos vínculos, revela muito mais um lugar de fala da gente, porque as profissões que mais têm vínculos paralelos de trabalho são as que recebem mais, as que têm maior salário, as que têm pleno emprego. Se somar a carga horária, dá bilhões de horas,

mas também porque o salário precisa ser o topo. E então vem aquela crise da classe médica, que a professora Maria da Conceição Tavares tão bem explicitou, de que não tem uma identidade com relação ao território, com relação ao cuidado, tem a identidade de enxergar de binóculo o próximo grupo econômico da sociedade e se encontra com ele no aeroporto da crise. Ora, mas não é muito mais legal quando temos pessoas que cuidamos e que estão bem? Que encontram conosco? Que vão para o Caribe conosco? Então, parece que está faltando terapia ou que a orientação terapêutica está errada, mas talvez isso seja a falta do pedagógico no processo de trabalho. Precisa incluir a aprendizagem, a inteligência para melhorar a saúde das pessoas, mas também para nos colocar em contato com o trabalho vivo, nos colocar em contato com um trabalho menos alienado.

C: Alcindo, você sempre nos desloca, assim, é muito gostoso poder te ouvir e eu estou falando no meu nome e em nome de algumas pessoas que estão conosco no chat também te parabenizando e elogiando essa tua capacidade de nos deslocar. Eu diria até que nos inspira com uma possibilidade de tentar outras ideias que às vezes estão ajustadas num lugar, mas você desajusta e nos faz revelar outras reflexões. Eu também gostaria de fazer uma pergunta, para ver se você nos ajuda também a desvelar uma questão relativa às equipes. Fiquei pensando enquanto você falava sobre a questão das escolhas do trabalho, as escolhas que se quer e se pode fazer sobre o olhar do território, que é isso que você destaca e valoriza, e o quanto as equipes olham para o que já foi escolhido sobre os processos de trabalho. Porque temos um desenho, um arranjo que foi se constituindo ao longo do processo da construção da Estratégia Saúde da Família, da Atenção Primária à Saúde, enfim, do modelo brasileiro, em que fomos criando alguns parâmetros, normativas, normas, olhares e rigores sobre algumas práticas. E que, os modelos de gestão também vão direcionando esse olhar. Como é que você olha para essa questão das escolhas das equipes sobre aquilo que é de interesse dela e aquilo que é de interesse do território?

A: Primeiro sobre a questão da escolha. Não tem jeito, naturalizamos a nossa experiência, do mesmo jeito que Joel Birman e o povo da crítica da biomedicina fazem com relação à ciência. Naturaliza o hemograma e o hemograma passa a ser naturalmente mais capaz de traduzir a situação de saúde do que toda a fala que o usuário traz. Então, tem um disciplinamento do pensamento e aí a disciplina, que é a ironia, só para não deixar ela muito abstrata, é a disciplina do Foucault. Ao mesmo tempo em que há um certo recorte do conhecimento, tem uma prática disciplinar que vai dizer isto é melhor do que todas as outras coisas. Essa é a verdade e as demais coisas não serão consideradas verdadeiras. E essa lógica produz um efeito muito grande no nosso pensamento ocidental moderno, porque vamos disciplinando o pensamento. Então vamos nos constituindo como sujeito, inclusive como sujeito desejante. E é aí que eu quero pontuar, me parece, esse o problema das equipes que naturalizam a sua experiência, a experiência que elas constituem, inclusive como disciplina sobre o território. E aí tem um problema, o território vivo, esse conceito que vem de Milton Santos, da geografia social dos anos 70, que a gente despreza, talvez porque ele seja um geógrafo negro, baiano, então as pessoas leem no resto do mundo mais do que a gente. Mas ele também dizia, tem um problema, vale para a geografia, vale para a clínica, tem um problema na representação tecnogeográfica que fazemos sobre o território. Eu digo também sobre a saúde das pessoas, também sobre a produção de saúde no território, que naturalizamos o que é a representação de território, mas ele nos alerta, não. Primeiro porque quando a gente usa o indicador, o indicador é da série histórica, então é do passado. A expectativa média de vida do brasileiro antes da pandemia era crescente e estava por volta dos 74, 76 anos. A pandemia diminuiu dois anos per capita. Fez um estrago absurdo, interrompeu. Então, veja, a representação que conseguimos fazer sobre o território, normalmente é defasada. Ah, inútil, joga fora. Não. A inteligência está justamente aí, em pedir para esse indicador o que ele mostra. Tinha o pai de um colega que, quando

estudávamos para fazer as provas de epidemiologia no curso de graduação, ele tinha um déficit de sono, então ele era nosso parceiro das madrugadas para estudar. Ele não tinha nenhum interesse na epidemiologia, ele tinha interesse em conviver conosco. Então, oferecia café, fazia essas coisas. Um dia, numa aula dessas em que estávamos estudando, debatendo o que era que podia cair na prova, o que é que podíamos registrar para ler depois e levar para a vida, ele disse: entendi, esse negócio de estatística é assim, (primeira parte do comentário eu não vou fazer, porque é machista demais para eu reproduzir aqui), mostra tudo, mas esconde o fundamental. Ele estava falando do biquíni. Então, a analogia era essa. Não me interessa o primeiro pedaço, interessa o segundo. Mas a representação de alguma coisa, e nós estamos habituados a pensar como representação nessa ciência ocidental moderna, na biomedicina, que tem esse problema. Mostra tudo, mas esconde o fundamental. Quer dizer, descreve, faz um conjunto de conexões que são disciplinares no sentido de ser a coisa, que é resultado desse mergulho, mas cada vez mais se afasta mais da ideia de uma saúde como o bem viver, por exemplo, que é o saber tradicional das populações indígenas brasileiras. Que não dá para pensar na saúde das pessoas se não pensarmos no ambiente também, porque não há dissociação entre a pessoa e o ambiente. Então, veja como tem coisas dos saberes tradicionais que nos ajudam a suplementar o problema e os artefatos que esse combo da ciência moderna foi fazendo, inclusive o nosso raciocínio clínico. Então, o que se estabelece como prioridade ou a própria experiência precisa ter esse movimento do estranhamento. Eu adoro ficar pensando nas coisas, porque quando eu estou olhando uma cena, hoje eu estou aqui em Passo Fundo, mas me colocaram certas cenas para fazer o apoio ao trabalho das equipes, e o meu pensamento já habituou. Falseia-se com a experiência que eu tenho da Nicarágua, da Guatemala, quando busca alguma experiência aparentemente similar, mas diferente no desfecho, a naturalização da experiência vai se quebrando. Então, de novo a ideia da educação permanente, como essa reflexão densa

que inclui ter contato com realidades diferentes, mas sobretudo ter equipes com diferente formação, com diferente inserção. Ouvir criticamente o agente comunitário, porque o agente comunitário é parte da comunidade, para o bem e para o mal, para a naturalização dos conflitos que tem. Então, eu acho que essa é uma das questões importantes, as equipes desnaturalizarem a experiência, portanto, o que aparentemente está constituído como desejo, algumas vezes é uma mera vontade. Por exemplo, acelerar o atendimento, para então sobrar tempo do cafezinho. O Merhy já dizia que isso é o trabalho vivo. Ele nunca disse que o trabalho vivo é o que resulta em mais integralidade do cuidado, ele disse que o trabalho vivo se enxerga na dimensão micropolítica como movimentos que se faz. Agora talvez esse conforto do que planeja a equipe, do que ela acha que consegue fazer, fique mais confortável ainda quando quebra a zona de conforto e quando começa a fazer parcerias. Ontem tive uma aula na psicologia da PUC com a professora Fátima Fischer e os estudantes resolveram que lhes interessava saber sobre o cuidado em saúde na região amazônica. Escolheram falar sobre isso. Trouxeram, então, os residentes que tinham ido fazer o estágio optativo da residência e me ocorreu de chamar a secretária de saúde de Manicoré, que é uma enfermeira que, como eu disse, pensou as unidades fluviais, e chamar a Yuri, minha orientanda querida lá da Colômbia, de São Gabriel da Cachoeira, para falar sobre o que ela precisou inventar porque ela queria estudar vigilância comunitária e o Scielo só dava para ela conhecimento biomédico. Aí precisou inventar um jeito de reconhecer que o saber tradicional era oral, então tinha que conversar. Mas o Comitê de Ética em Pesquisa dizia o seguinte: não, se for conversar já é o sujeito da pesquisa, o participante da pesquisa tem que ter todo o cuidado ético. Íamos igual fazer um termo de consentimento e colocá-los, mas o nosso problema era político, era que o comitê de ética reconhecesse que a fala daquelas pessoas não era o trabalho empírico, era a preparação do campo. E foi fundamental, porque quando fomos ao campo, se tivéssemos ido só com a lógica biomédica, teríamos reproduzido o que estamos

habitados, mas há uma dicotomia, quer dizer, a interculturalidade é só o reconhecimento, não tem alteridade entre uma cultura e outra. E as pessoas não disseram o contrário. Para as doenças dos brancos que tem o medicamento, que tem a vacina, que não apareçam aqui as pessoas com sintomas de Covid que são de fora da aldeia, porque nós não queremos aqui. Então fiquem fazendo quarentena no porto ou poderiam ter lido a informação de que não era permitido o acesso na aldeia. Percebe-se uma porção de coisas. Observa-se o calendário, um calendário que vai explicando, não pelas estações do ano ou pelos meses cronológicos de 30 dias, mas pelos eventos da natureza. Foi-se antecipando o uso de coisas que usa mais no inverno e depois entendemos que tinha um pouco essa coisa da transmissão das doenças respiratórias, que de verdade era isso mesmo que era o nosso problema, então percebe-se que não é sincretismo, mas talvez a melhor expressão que me ocorre agora é isso, eles vão criando um certo jogo de quebra-cabeças, onde há pecinhas da cultura tradicional, dos saberes tradicionais, mas tem coisas dessa aprendizagem. Quando se olha para os profissionais de saúde, as pecinhas dos saberes tradicionais são substituídas por encaixe ou por sobreposição, isso é do saber tradicional. Mas isto é exótico. Não tem a capacidade de mudar ou fazer, então talvez sem querer minimizar as escolhas das equipes, da experiência da equipe, talvez a maior ação de educação permanente que precise acontecer é esse deslocamento. Quiçá ao invés de participar dos infinitos cursos que toda semana tem para os membros da equipe para aprender o novo protocolo de não sei das quantas, conseguíssemos ter esses profissionais de saúde saindo do seu cotidiano e fazendo uma vivência em outro lugar por uma semana, por um mês. O outro lugar pode ser um ponto de especialização, por exemplo, da rede de atenção que está fazendo, faz horas que a gente diz rede de atenção, não pode ser aquele conceito do eu gênio, de rede de serviços, enfim, não pode ser a dimensão estrutural prioritária no pensamento. Precisa ter mais essa coisa dizendo qual é a relação entre os profissionais, porque se o sujeito

vai, ele aprende a olhar o seu serviço também pela perspectiva que o serviço especializado tem. Que aquele troço não tem resolutividade, enfim, eu acho que está na ordem da gestão do trabalho também. Se o secretário for inteligente ele mesmo vai propor isso. Agora, se não for, as equipes podem aproveitar as Mostras que existem, por exemplo, para fazer esse deslocamento, as leituras, um certo contato autônomo, que não é legal que isso seja naturalmente dos trabalhadores porque a pressão da demanda é muito grande. Entretanto, eu lembro que a reforma sanitária que produziu esse SUS generoso, que faz muita diferença, foi feita numa aliança entre trabalhadores e usuários, porque os gestores foram centrais. Então será que não é o momento de reativar essas negociações e dizer o seguinte: protejam-nos enquanto estivermos revisando as nossas rotinas. Colaborem conosco quando estivermos num conselho local, discutindo a sobrecarga de trabalho, para que resolvamos não só as coisas representacionais, mas também resolvamos as coisas no espaço da micropolítica. Primeiro temos mais governabilidade para lidar com a frustração do trabalho. Faz tempo que ele nos disse, o gestor faz gestão com aquele G maiúsculo, mas com os movimentos do campo, da floresta e das águas, quando havia uma teoria muito grande sobre gestão, a representante do movimento de mulheres trabalhadoras disse que gestão precisa ser um grande gesto generoso de acolhimento. Então, talvez deva devolver a gestão com G maiúsculo dizendo que não é de acolhimento, mas aproveitarmos melhor o espaço da microgestão, o espaço dessas negociações, dessas alianças, porque eu acho que não é só político. Isso ajuda a pensar numa clínica mais generosa e isso talvez seja um problema que vem lá da graduação, porque continuamos sendo predominantemente transmissores de conhecimento. Continuamos acreditando que o sujeito que domina mais o conhecimento médico, de enfermagem, de psicologia, é digno de receber um certificado no final dizendo que seria muito pior do que se nós tivéssemos certificação corporativa desses saberes. Então é muito melhor que a gente mude antes de que volte a

ideia de um exame de ordem, porque o exame de ordem é a própria culpabilização do sujeito. Somos tolerantes com uma formação que não é boa e as evidências estão mostrando que o pior não é a formação, mas a lógica corporativa que essas entidades têm reproduzido. Aquela resolução catastrófica sobre o abortamento legal, cuja única finalidade é criminalizar ainda mais o corpo das mulheres, o que me espanta é que as mulheres médicas que estiveram na produção desta resolução estão achando que elas sempre vão ser atendidas de um jeito especial, e não estão, estão percebendo identidade de gênero acontecendo. Então o que eu quero reiterar, outra vez, é a questão de apostarmos mais em cada serviço e que cada ponto de atenção possa nos ensinar mais aos trabalhadores que já estão e aos estudantes, as residências multiprofissionais. Eu sou uma pessoa que apoia as residências em geral, mas acho que a residência médica está tão tomada pela lógica corporativa que quando se diz que o SUS vai normatizar, o que já está previsto na Constituição, que normalize. Os sujeitos reclamam e eles não reclamam porque faltou conversa. As entidades médicas reclamam porque a hegemonia das entidades médicas foi substituída por uma participação mais expressiva de gestores do Sistema Único de Saúde que não está dito que não serão médicos. Então temos um problema na crítica que é feita. Ninguém está dizendo que a Comissão Nacional de Residência Médica vai ser preenchida por agentes comunitários de saúde. Embora eu ache que não é ilegítimo que alguém participe para dizer todos os problemas que acontecem na falta de trabalho em equipe, mas aí como o lugar de fala não é o lugar de fala corporativo, aparece essa questão. Não tinha me dado conta de que as universidades brasileiras seguem tão retamente o caminho das universidades europeias, quando eu falo na Itália, sobre parceria com as universidades, as pessoas do serviço rapidamente dizem não. As universidades têm uma coluna vertebral absolutamente ossificada, não se curvam mais ao sistema de saúde. Acredito que muitas das nossas universidades, as maiores talvez sejam as onde isso mais acontece. Arrogantemente, se consideravam um lugar

superior ao lugar da sociedade que as sustenta, então os colegas têm ojeriza de ir para o território. Para os pontos de atenção no território, porque tem violência, porque tem caos. Mas os nossos grandes hospitais universitários têm violência de gênero todo dia. Tem violência de toda ordem, têm evidências de disfunção nos processos de trabalho, mas isso é naturalizado. Então eu acho que há uma deficiência e a Rede Unida tem sido a resistência para isso. A mudança em relação ao pensamento flexneriano, porque deslocou a mudança no sentido da interprofissionalidade, do trabalho em equipe, mas também dessas alianças no território com os saberes que precisam acontecer. Se as instituições não mudam por bom senso, precisamos criar processos participativos no cotidiano para fazer que mudem. Se eu estivesse hoje em serviços no território, duplicaria o número de vagas para residência, para graduação, mesmo que isso desse um trabalho a mais, mas também duplicaria a quantidade de pessoas que vão ter o seu coração e a sua mente mobilizados pelo SUS. Pelo trabalho de cuidar, pela arrogância dos nossos pares, que se tornam modelos para esses jovens, e eu estou falando de jovens de todas as idades. Então eu acho que para ganhar essa guerra civilizatória, precisamos ser mais ambiciosos. Que bom que estamos falando isso no ano da Conferência de Gestão da Educação e do Trabalho. Mas lembraste bem, no ano do Congresso Internacional da Rede Unida, que terá um monte de gente de outros países. Na hora da inscrição de trabalhos, gostamos mais de relato de experiência, o que a epidemiologia clínica diz que não tem poder de evidência, dizemos que tem poder de evidência porque é onde vemos se funciona ou não, porque o olhar panorâmico, a meta aproximação sempre é mais sensível ao nosso argumento. Porque cria-se uma tendência e o ponto diverge da tendência. Tiramos, porque ele não é representativo, mas de verdade, se tirasse todos os pontos que não estão na média, teríamos outra média, porque ela vai se organizando. Então tem uma certa autologia nesse pensamento representacional. Acho que precisamos mudar, precisamos ter mais gente empolgada como nós aqui, lá no serviço,

para dizer, olha, o serviço pode mais. Há uns dias atrás, eu estive em Campo Grande, não vou citar o nome do profissional, mas é um médico que, como ele não tinha feito especialização em medicina de família e comunidade, foi meio que hierarquizado pelos colegas. Ele foi contar a experiência dele, nessa condição, quase pedindo perdão por estar falando sobre isso, tendo só a graduação. E aí esquece toda a conversa que a gente faz sobre a terminalidade da educação, mas quando o sujeito é alvo. Ele chegou numa Unidade que as pessoas escolheram, porque era uma Unidade que não tinha muito problema, ali na periferia, entre o centro, quase ninguém em situação de risco, e ele começa a atender as pessoas e vai tentando saber o que era ou não risco, porque ele vai percebendo que tem uma população envelhecida muito grande. Que é uma população que não está enraizada naquele lugar, migrou para aquele lugar, então o neto está enraizado, mas ela não. Está com hipertensão descompensada, com diabetes descompensada, em vulnerabilidade, porque a renda do lar não é a renda do idoso, e, bom, não é a mesma coisa, porque aí parece que a equação de poder vira, porque vai gastar dinheiro nisso. Enfim, tem toda uma questão de negação da sexualidade, porque continuamos respondendo que é isso. O vovô não se dando conta do que é isso, pergunta. Ele se ocupou de entender o que é o algoritmo que classificava o que aquela população estava fazendo. Que só podia ser o algoritmo. E ele descobriu que sim, que o algoritmo não representa uma população de periferia, ou representa a população metropolitana em grande aglomerado, porque, bom, se o serviço não está disponível no seu território, uma parada de ônibus além, mas aí naturaliza-se também de que quem disse que todo mundo tem dinheiro para o ônibus, porque é diferente, então ele percebeu onde é que estavam as travas do algoritmo. Propôs, então, como um trabalho de observação de um médico recém-formado, que nem tinha especialização em família e comunidade, ele apresenta a insuficiência do algoritmo. Daí eu fico olhando para os colegas que estão aí, perguntando quem é que vai dar um título honoris para ele, porque ele simplesmente

pegou o calcanhar de Aquiles e explicitou que estamos substituindo o cuidado. Mas olha o que teve de trabalho vivo e o que teve de compromisso com o cuidado, uau! Acho que a nossa guerra de verdade é de mobilizar corações e mentes para voltarmos a achar o que é humano, que é essencialmente humano, cuidar das pessoas, gostar das pessoas e perceber que certos mitos que fomos construindo são um terror. A arma não protege, a arma produz lesão que vai para o pronto-socorro e um profissional de saúde não pode cair nessa esparrela. Vacina não vira jacaré, imuniza, e qualquer profissional de saúde é perfeitamente capaz de tratar o para efeito da vacina. Qualquer procedimento, mesmo que muito simples, tem consequências. O hemograma que a solicitamos como se fosse terapêutico é muito simples, custa muito pouco. Porém, a agulha que perfurou a primeira proteção do corpo pode não estar exatamente protegida. Essa agulha pode não ser descartada adequadamente e os acidentes são isso. Então a quantidade de coisas que podem acontecer porque achamos que a tecnologia densa resolvia os nossos problemas é um problema. O parto cesáreo não é uma solução, é um problema. Mesmo sendo feito no bloco cirúrgico, mesmo sendo feito com toda aquela parafernálha, eu acho que temos que desaprender. Eu estou apaixonado pela Amazônia. É um dos apaixonamentos. Achei que eu estivesse ficando velho. Agora descobri que eu tenho que viver mais 100 anos porque eu tenho muito o que desaprender e muito o que aprender. Certamente, vou precisar do dobro do tempo que eu tive até aqui para aprender essas coisas, então esse deslocamento, essa aprendizagem vai dando tesão e eu acho que a gente tem capacidade de interferir na produção do desejo. Mostrar que a vontadezinha tem uma armadilha e a armadilha é a que toda zona de conforto produz. Precisamos saber quebrar a zona de conforto, só quem não entende nada disso é que acha que é confortável estar na zona de conforto. Não, é alienante, é um sofrimento, nos sentimos vulneráveis. Precisamos conversar sobre isso e talvez essa seja a questão impostaável. Não pode mais ser só a experiência de cada um, precisamos estabelecer rizomas, enfim.

C: Acho que a tua habilidade, que não é todo mundo que tem, que consegue desenvolver bem, as tuas histórias nos levam para os lugares, então fomos contigo para a Amazônia. Fomos contigo para tantos outros percursos que você fez, porque acho que essa capacidade de conseguir nos colocar no território ainda que imaginário, virtual, faz com que ampliemos a nossa capacidade de entender e refletir sobre essa realidade. Todos os dispositivos que você valorizou e que nós valorizamos, como o Ver-SUS, a residência, a educação permanente, são bandeiras de muitos que estão aqui te vendo e ainda verão, e que acho que nos coloca em conexão, é uma produção do comum a partir desses dispositivos, então tu dás um brilho especial, nos convoca. Eu acho que é uma convocação a pensar nessas resistências nos territórios, porque somos trabalhadores implicados. Alguns são professores, alguns são estudantes, mas trocamos de papel em muitas circunstâncias. Há uma série de comentários aqui generosos, das pessoas que nos acompanham.

S: Gostaria de agradecer e dizer que foi maravilhoso todo o percurso das narrativas, como o Carlos disse muito bem, nos fizeram viajar junto contigo e costurar todas as teorias e todas as reflexões que você provocou, então só te agradecer também pela generosidade, muito obrigada.

C: Obrigado a todos. Antes de passar ao professor Alcindo para as palavras finais, vou ler uma poesia da Angélica de Freitas em Canções de Atormentado, que é uma publicação de 2020 dessa poetisa gaúcha de Pelotas, que eu recomendo fortemente para quem gosta de poesia. Ela tem uma poesia pequena que se chama Abelhas, e diz o seguinte: *se esse país nos trata mal, é porque não adianta, nunca se viu uma abelha aposentada, mesmo a rainha é mutilada, levada para longe pelas operárias.* Angélica Freitas. Professor Alcindo, passo a palavra para você encerrar esse nosso encontro.

A: Gostaria de agradecer o convite e dizer que talvez um pedaço dessa ideia da educação permanente e das rodas de conversa seja inspirado mesmo que sincronicamente e não por decorrência de leituras, como Krenak, que diz que um pedaço da crise que nós estamos vivendo é a incapacidade de termos a dimensão do contexto e que um bom jeito, para adiarmos o fim do mundo, é contar histórias e mais outra história, e mais outra história. Acho que isso é legal, entendermos que o território não é a separação entre o ambiente natural e as pessoas. O território é um lugar onde se produzem e, portanto, devem ser contadas histórias e histórias e histórias. Talvez esse seja o principal desafio da vivência.

30 anos da Saúde da Família no Brasil: de onde viemos e para onde vamos²⁴

Suliane Motta do Nascimento
Ricardo Donato Rodrigues
Maria Inez Padula Anderson

Suliane Motta do Nascimento: Neste episódio do “Diálogos em Saúde Coletiva” é com um enorme prazer que recebemos os professores Ricardo Donato Rodrigues e Maria Inez Padula Anderson, que são professores do Departamento de Medicina Integral Familiar e Comunitária da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a UERJ. Ambos são mestres e doutores em Saúde Coletiva, responsáveis pela formação de centenas de médicos de família e comunidade. O tema deste episódio será: “30 anos da Saúde da Família no Brasil, de onde viemos e para onde vamos”. A ideia é que façamos um percurso histórico sobre a Saúde da Família no Brasil começando com o professor Donato, por toda a sua história. O professor Ricardo Donato Rodrigues é considerado um dos pioneiros da medicina de família e comunidade no Brasil. Quando em 1976, antes da Conferência de Alma Ata, antes da criação do SUS, foi idealizador da residência de medicina de família e comunidade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), atualmente chamada assim, mas anteriormente chamada de medicina integral, medicina geral e comunitária, juntamente com outras duas residências, como a residência de Muriel, no Rio Grande do Sul, e de Vitória de Santo Antão, em Pernambuco. E dentro desse contexto, professor, gostaria que você contasse um pouquinho para a gente como é que funcionavam os sistemas de saúde nessa época e como é que se chegou até o modelo atual de saúde da família.

24 Disponível em: <https://www.youtube.com/live/BNFqJOUehU4?si=17cLjXiKCaoLpN7a>

Ricardo Donato Rodrigues: Você está pedindo para a gente ver um pouquinho dessa história lá para trás. São 30 anos de Saúde da Família, que é um modelo de atenção primária, e sem similares no mundo todo. Foi um modelo, uma versão de Atenção Primária, instituída no Brasil e que tem sido muito bem considerada e avaliada internacionalmente, pelos estudos, pelas evidências e pelas entidades, pelas organizações internacionais da área. É realmente um modelo robusto, de Atenção Primária, criado antes de Alma Ata, dois anos antes (os programas de residência, há 48 anos atrás). Saúde da família há 30 anos, o nosso modelo, não foi criado no susto. Não foi alguém que sacou e começou o programa Saúde da Família. Criado em 1994 e logo depois, em 1997, rebatizado como Estratégia, transformada em Estratégia Saúde da Família, que é o que se mantém até hoje. Não foi uma intuição, não foi alguma coisa que surgiu do nada. Tem uma história, obviamente. Então, vamos tentar resgatar um pouquinho dessa história da saúde no Brasil, para chegarmos até os dias de hoje. Não vamos começar há 500 anos atrás. Vamos começar com os programas de 1976 da residência, que já está de muito bom tamanho, eu vou tentar ser o mais sintético possível. Nesse resgate, teve o programa da UERJ, do qual eu participei com outros colegas da criação, logo depois, a professora Inez, mais jovem, entrou, muito jovem, também entrou no programa. E, ao mesmo tempo, um programa em Pernambuco, em Vitória de Santo Antão pela Faculdade de Medicina da Federal de Pernambuco, que é na região metropolitana, numa atividade comunitária que lá existia. Foi o professor Guilherme Abate, que já não está conosco, já nos deixou, que levava os alunos da faculdade. E outro, em Murialdo, Porto Alegre, com o professor Busnello, um psiquiatra, que se dedicou também a isso, em uma unidade de saúde comunitária em Porto Alegre. E nós começamos lá no Rio de Janeiro. Imagina, não tinha telefone celular, não tinha internet. Esses programas não foram criados por uma política, não foi uma política nacional para criar programas de residência nessa área. Então, criamos, não ao mesmo tempo, porque nós fomos mobilizados, cada um no seu grupo. O grupo do Rio de

Janeiro, do Rio Grande do Sul e de Pernambuco, fomos mobilizados pela situação da saúde no país. Que situação seria essa? Se pararmos para pensar em 1976, o Brasil vivia um período de desenvolvimento industrial. O Brasil, até essa época, anos 70, era um país que não tinha um desenvolvimento industrial importante. Esse período da ditadura, de 1968 a 1972, ficou conhecido na história do país como milagre econômico brasileiro, exatamente porque houve um desenvolvimento nesse sentido. Importávamos tudo. Todos esses recursos que usamos em casa, geladeira, televisão, era tudo importado. Não tínhamos produção nacional. Esse período em que se instituiu uma política de desenvolvimento econômico, que levou a uma substituição desses processos de importação pela produção nacional, obviamente modificou muito o cenário. Principalmente dos grandes polos industriais, dos grandes polos de desenvolvimento, com migração de população rural para população urbana, uma mudança do cenário demográfico. E, obviamente, que nessa nova conjuntura, as doenças eram um problema, porque tinha que repor mão de obra, tinha que manter a mão de obra trabalhando e repor imediatamente no trabalho para não prejudicar o processo de desenvolvimento industrial. Quer dizer, nessa perspectiva do funcionamento da economia, se faziam necessárias ações no campo da saúde no curto prazo. E esse curto prazo era enfrentar doenças. Entramos, então, no modelo de atendimento baseado no modelo hospitalar de combate às doenças. Essa era a grande questão desse momento. Criamos um modelo assistencial com essa perspectiva em plano secundário. E acontece que esse modelo assistencial, esse modelo de combate às doenças, ele não atende a multidimensionalidade da saúde. A saúde não é só uma questão da doença enquanto fenômeno corporal, físico, patológico. A saúde é favorecida por uma série de condições e essas condições ficavam de fora dessa abordagem. O foco era na doença. E para esse foco na doença, formavam-se especialistas focais. Doenças cardiológicas, gastroenterológicas, enfim, uma multiplicidade de especialidades biotecnológicas, que não davam conta das outras questões da saúde. E à medida que a pessoa fosse atendida, digamos, por um cardiologista,

por alguma razão, o cardiologista ia seguramente pedir vários exames para avaliar as condições cardiológicas. Mas também o cardiologista iria saber que eu podia ter problemas em outros setores do organismo? Então, ele disparava exames. Havia uma estrutura para atender, e para realizar essas avaliações, inclusive para pareceres de outros especialistas sobre o caso. Era um modelo centrado no combate da doença enquanto fenômeno fisiopatológico, enquanto problema orgânico, por especialistas focais que não davam conta das condições que condicionavam a situação de saúde dos indivíduos. Era um modelo que utilizava muito tecnologias duras, tecnologias industrialmente produzidas, nesse processo de intervenção. Deixava de fora muita coisa e acabava investindo muito intensamente nessas práticas invasivas e não invasivas de diagnóstico. Os pequenos exames custavam muito caro também. Os exames mais comuns, mais fáceis, de laboratório de bioquímica eram exames feitos com muita intensidade também e apesar de cada um ter um custo pequeno, a soma era muito grande. Era uma medicina que era muito cara e que desperdiçava muito recurso, porque fazia muita coisa desnecessária. Fazia um uso intensivo de tecnologias duras e, muitas vezes desnecessariamente, de modo que isso acabou gerando uma série de problemas. O primeiro deles era o custo, mas o outro era ter acesso a uma tecnologia, e esse acesso, à medida que você super utilizava-a, não tinha as medidas de promoção e de proteção à saúde, de prevenção às doenças, devidamente desenvolvidas. Havia uma grande demanda em cima da medicina hospitalar desse modelo. E isso gerava muita dificuldade, porque não havia estrutura suficiente para atender essa demanda crescente, com um custo muito elevado. Além do fato de que esses recursos eram mal distribuídos. Não eram distribuídos de acordo com a densidade demográfica, privilegiavam determinadas áreas das cidades, determinadas cidades em detrimento de outras. Criando uma situação de iniquidade em saúde muito grande. Ou seja, havia um sistema que era ineficiente, que era iníquo, que era muito caro e gerava muitos problemas do ponto de vista da saúde. Havia um certo caldo sanitário. Foi esse caldo, essa cultura, que

mobilizou alguns grupos para criar os programas de residência com uma perspectiva de intervenção diferente. Diferenciada, não exatamente dessa maneira, procurando olhar um pouco mais amplo para a multidimensionalidade da saúde. Preocupados com isso, foi assim que foram criados esses programas. Mas não aconteceram só a criação desses programas. Essa insatisfação, essa preocupação com o cenário da saúde, mobilizou profissionais de saúde de diferentes áreas, especialmente da Saúde Coletiva. E aí surgiu o movimento de reforma sanitária no país. A residência surge nesse cenário de movimento de reforma sanitária no país, em que se discutiam exatamente essas coisas: que o sistema era insuficiente; que a rede era insuficiente e inadequada para atender a essa demanda e não atendia a saúde na sua perspectiva mais global. Que havia situações em que se usavam muitas tecnologias com desperdício muito grande, e muitas vezes estavam fazendo isso sem necessidade nenhuma, só para cercar doença. Não está na minha especificidade para estar na do outro, então eu metralho, eu faço um uso muito intensivo disso. Então o movimento sanitário tinha essa perspectiva. E o sistema era muito fragmentado. Naquela época, havia um Ministério da Saúde que se ocupava da saúde pública, exatamente naquela área com menos recursos. E as Secretarias de Saúde, Estado e Municipais, também com poucos recursos. O grande centro de atendimento clínico da população era a Previdência Social, porque tinha recursos dos trabalhadores, dos empregadores e também do governo. Era um financiamento tripartite. Era um orçamento muito maior do que o do Ministério, mas insuficiente para dar conta dessa demanda e dessa perspectiva, desse modelo. Então o que se fazia? Se comprava serviços no setor público através de contratos. Havia um sanitarista, Carlos Gentile de Mello, que criticava esse modelo de contrato. Comprava-se serviços no setor privado. No setor privado, exatamente! E aí era um contrato de compra no setor privado, de serviços, com contratos que eram estimuladores de superfaturamento. Então o Gentile de Mello dizia que era um sistema de apoio à corrupção. Era esse o quadro. Então o movimento sanitário tinha essa perspectiva. Primeiro reunir

os serviços públicos de saúde, pegando a Previdência, pegando os estados, municípios e unidades universitárias de saúde que quisessem aderir (naquela época era por adesão) a uma nova estrutura que era o Sistema Único de Saúde, que era o SUS. Quer dizer, o SUS, foi proposto na Oitava Conferência, e as prioridades, no curto prazo, eram reunir essa rede no Sistema Único e privilegiar as ações, aquelas que eram desprivilegiadas inteiramente do ponto de vista do financiamento, que eram as ações de prevenção, as ações de saúde pública, de promoção e de proteção à saúde. E a mudança do modelo de assistência. Óbvio que foi muito mais viável reunir e instituir o SUS como marco da reforma sanitária brasileira e um estímulo maior à medicina preventiva, como era chamado na época inclusive em relação às Residências. As residências de medicina geral comunitária ficavam um pouco nesse limbo, porque a prioridade eram outras por conta dessa história. Esse era o quadro. Dessa forma, caminhamos um pouco no sentido de um momento de tentativa de mudanças. Institui-se o SUS, conseguindo dar conta de uma série de problemas. E foi muito importante. O SUS melhorou o acesso, com os seus princípios da universalidade que foram traçados lá na Oitava Conferência e foram referendados na Constituição de 1988. Quer dizer, no capítulo de saúde, então, se colocou o SUS com os seus princípios da universalidade, da equidade, da participação social, em que não eram os técnicos que definiam, eram os gestores que definiam. E a descentralização, de tal modo que houvesse as três esferas de governo atuando simultaneamente. Naquela época, eu lembro que tinha uma discussão assim. Dessa junção, havia uma vantagem, além da vantagem técnica, havia uma vantagem também de reunir os recursos. De tal maneira que recursos do antigo Ministério da Saúde, que eram dedicados à prevenção, podiam ser aplicados na área assistencial, de clínica e vice-versa. Quer dizer, facilitava-se um pouco essa questão do financiamento, apesar da totalidade dos recursos serem insuficientes. Continuava insuficiente, o SUS, não tinha os recursos necessários no momento da sua criação. Esses recursos eram insuficientes para o seu tamanho, para a sua proposta. De qualquer

forma, então, surge o SUS. Agora, a mudança do modelo vira uma questão de mais longo prazo, porque era necessária uma formulação mais clara. Há fatores que facilitam a saúde. Há outros que prejudicam a saúde. Tem os fatores biológicos e a estrutura biológica das pessoas atuando ao mesmo tempo. Como é que se trabalha essas questões? Você vai trabalhar em caixinhas? Cada hora olha-se para um canto? Como é que aprofunda? O que é favorável à saúde? Isso, aquilo. Quer dizer, a atividade física, os bons hábitos, a tranquilidade, não estar estressado. Isso é muito favorável à saúde. Se estiver com bom humor, é muito favorável à saúde. Mas também há os fatores desfavoráveis à saúde. Então, como é que se trabalha com isso? Como é que se formula um modelo e aplica-se esse modelo do ponto de vista da atenção? E cria-se, portanto, um modelo assistencial com uma hegemonia dessa nova prática? Não a hegemonia do modelo biomédico. Não é que se tenha que acabar com ele. Mas ele não pode ser hegemônico, porque serve. O biotecnológico é fundamental. Não pode desaparecer. Se eu infarto, eu quero saber o que entupiu, qual a artéria, como é que intervém. Esse tratamento especializado é necessário, mas dentro de um outro contexto, de uma outra perspectiva. E essa nova forma é uma forma que demanda formulação, desenvolvimento, entendimento, compreensão de um ponto de vista científico. Eu não posso fazer isso de um ponto de vista não profissional. Não é uma questão que se possa dar. Ah tá, isso faz bem à saúde, isso faz mal. E aí? O que eu faço com isso? Isso numa perspectiva de conceituação do que a gente chama de lógica, de paradigma. Paradigma científico. Orientação científica para usar esse modelo. Um novo modelo. Então, a criação desse novo modelo é um processo. Um processo que não se esgotou. A Reforma Sanitária. Ela não se conclui do ponto de vista da Reforma Sanitária. O movimento sim. O movimento sanitário chegou a um termo com a implantação do SUS, mas isso não esgota a Reforma Sanitária, que precisa ter continuidade. E vem tendo com o desenvolvimento dessa nova concepção. Uma vez já com o que se tem formulado, pode-se atuar e isso dá resultado. Agora, da teoria à prática, há uma distância. Não é fácil ter um

modelo e aplicar, se apropriar e aplicar esse modelo, inclusive, não só pela dificuldade, digamos, dessa relação teórico-prática, quer dizer, como é que eu transformo isso em prático? Que ferramentas deve-se utilizar?

S: Professor, é fantástico esse ponto de vista de que talvez a reforma sanitária ainda continue e que é preciso sempre olhar para o que está acontecendo. Talvez possamos pegarmos o gancho para que a professora Inez nos explique como estamos no contexto atual. É um paralelo muito interessante, mas pode complementar sua fala.

R: Além da dificuldade do ponto de vista dessa ligação teórico-prática, tem outra, que é da conjuntura. Em que circunstâncias? Qual é o cenário? Onde é que eu estou? Como é que eu estou? Que demanda é essa que eu estou atendendo? Como é que isso está sendo organizado? Como é que a gestão está percebendo isso? Ele quer um produtivismo que se fique sentado no consultório para atender 5, 6 mil pessoas, oferecer cobertura para 5, 6, 7 mil pessoas de um território? E a territorialização, quer dizer, a equipe, o trabalho, o trabalho instituído com a saúde da família que é em equipe? Quer dizer, você tem uma equipe e tem um território em relação ao qual você tem a responsabilidade. Se esse território de cada equipe é imenso, como é que se aplica um novo modelo que já tem uma dificuldade teórica, e é preciso criar instrumentos para atuar com ele? Então, a realidade, as condições de atendimento, etc, também interfere nessa mudança que tem que ser e que vem sendo travada com altos e baixos, com idas e vindas, dependendo muito da gestão, dependendo muito das circunstâncias. Então, em princípio, eu levantaria esses pontos e deixaria para vocês agora quebrarem a cabeça: como é que a gente resolve essas encrenças?

S: Fantástico, professor! Então, eu acho que agora podemos passar para a primeira mulher presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, que foi presidente também da CIMF e a primeira mulher

recentemente professora titular de Medicina de Família e Comunidade de uma universidade pública brasileira. Então, como o professor Donato muito bem nos trouxe as histórias, chegamos nesse momento atual. Como a gente pode discutir a Estratégia de Saúde da Família em relação às iniciativas governamentais? Em relação à qualificação, desenvolvimento, qual é o contexto atual? Como você avaliaria atualmente a Estratégia de Saúde da Família, professora?

Maria Inez Padula Anderson: Como Ricardo falou muito bem, quando se faz esse panorama histórico dá para dar uma dimensão do tamanho da complexidade da questão. Pois se os sistemas de saúde foram consolidados mais ou menos no final do século retrulado, início do século passado, eles foram consolidados em cima de uma lógica biomédica, da biomedicina, da biotecnologia. Não se falava de Atenção Primária. Não era um problema do Brasil não ter Atenção Primária. Então, quando Ricardo traz essa história do Brasil, do processo de industrialização mais tardio, ele está trazendo a gente para um prazo perto de 1978, não é?

Até antes de 78, quando o movimento da Reforma Sanitária começou e ele criou o programa de residência da UERJ, junto com esses dois outros programas, a Atenção Primária não era uma parte do sistema que era desenvolvido, tanto que teve a conferência de Alma Ata em 1978. Então, do ponto de vista do tempo mundial, de 1978 até agora, é relativamente muito pouco tempo. O SUS foi criado só em 1988, então são 10 anos em que se acordou para a necessidade da integração de um sistema todo fragmentado. A reforma sanitária foi eficaz nesse sentido, mas ainda não havia um modelo de Atenção Primária a ser seguido. Era um vazio. Lembrando que os postinhos de saúde, que é o nome que até hoje se usa, eram muito segmentados, seguia muito as preleções do Banco Mundial, de cobertura de puericultura, de gestante, vacina, etc. Então, não tinha uma efetividade de acesso às necessidades de saúde que Ricardo apontou. Do dia a dia da vida das pessoas. Deixava de fora muitos problemas e muitas questões. Quando a estratégia de saúde da família foi criada em 1994, de 1988 para 1994 foram seis anos. Seis anos depois,

ela foi criada no bojo dessas reflexões e teve a contribuição de vários profissionais. Professor Carlos Grossmann, por exemplo, do Sul, enfim, outras pessoas que puderam ir à Brasília na época, do governo para problematizar esse modelo, não mais o modelo na perspectiva pontual, mas o modelo na perspectiva de uma equipe, de uma conformação territorial, tendo por base ações de promoção de saúde, prevenção de adoecimento, assistência e reabilitação. A figura do agente comunitário de saúde, aproveitando a iniciativa do Valente Sobral, do Odorico Monteiro. Porém, não tinham profissionais em quantidade suficiente para assumir esse processo. Então, de 1994 a 1998, o crescimento da Saúde da Família foi pequeno, mas a partir de 1998 em diante, foi estrondoso. Refiro-me de 1994, quando foi criado o programa Saúde da Família, para 1998, em que surge a Estratégia de Saúde da Família com o modelo preferencial brasileiro. Houve um crescimento estrondoso da Atenção Primária em 1998. Para o bem e para o mal, porque foi crescendo do jeito que se pôde. Mas já trazendo resultados muito importantes em relação à mortalidade materno-infantil. Foi o primeiro grande mote da Estratégia de Saúde da Família. Mostrando efeitos mesmo em famílias muito empobrecidas economicamente. E se tornou então política de governo. Continuou existindo apesar das diferenças de governo federal, sem dúvida nenhuma. Na primeira gestão do presidente Lula, ganha um corpo. Um corpo que eu digo assim estruturante para o seu desenvolvimento. Tivemos as primeiras iniciativas, ainda anteriormente ao governo Lula, se não me engano, que foi a questão dos polos de capacitação em Saúde da Família. Cria-se, então, um modelo escrito, que direciona que o médico deve fazer isso, o enfermeiro deve fazer aquilo, agente comunitário deve fazer aquilo, técnico de enfermagem deve fazer isso, em que cada um sabe que tem que fazer. Cria-se uma atividade intersetorial juntando universidades. Com governos federal e governos estaduais, no sentido de elaborar um curso. Nós, da UERJ, tivemos a oportunidade de colaborar para o primeiro curso de capacitação em Saúde da Família em que foi criado um curso de duas semanas com intervalo de 15 dias, mais ou menos.

Essa foi a primeira iniciativa que eu acho que resultou bem, embora muitos desses polos, envolvendo universidades públicas, não tenham levado a mudança para dentro da formação médica, ficando um pouco à parte da formação. Foram sendo criadas estruturas paralelas e esse talvez, para mim, tenha sido o principal problema. A iniciativa era muito positiva, pertinente, adequada, porque envolvia as esferas de governo envolvidas mais importantes para isso, mas na perspectiva de que esses polos também pudessem ajudar na mudança curricular. Porque a mudança curricular ainda não havia sido feita. Ainda era um modelo muito, ainda é, mas era muito mais hospitalocêntrico. Então, o polo foi a primeira tentativa, mas aí já mais tarde no governo Lula se começa a ter iniciativas mais robustas para qualificar a Estratégia de Saúde da Família. Em várias dimensões, seja na dimensão da estrutura física, das unidades, surge o Qualifica SUS, que foi um grande investimento. Eu não estou falando em ordem cronológica, mas houve também o Pró saúde que pretendia levar mudanças curriculares, aproximando os estudantes de medicina da Atenção Primária em Saúde e do próprio SUS também. A gente tem o Telessaúde que surgiu no Brasil inteiro. Um país de dimensão continental, para levar capilaridade às equipes. Necessitávamos de apoio para essas pessoas. Então, o Telessaúde foi um edital para o qual concorreram várias universidades públicas que permitiu fazer uma segunda opinião formativa, fazendo coisas que eram impensáveis. Com toda a dificuldade do país ainda com a rede de acesso à internet inclusive fragilizada. Depois começou o Pró-residência médica, a residência, a formação em Medicina de Família e Comunidade, anteriormente chamada de Geral e Comunitária entendendo-se ser essa a especialidade preferencial. A residência sofreu muitos altos e baixos, porque imagina, sem modelo assistencial, onde é que as pessoas iam trabalhar? E, também, para abrir vagas enfrentava uma competitividade muito grande com os programas das subespecialidades. Na UERJ, por exemplo, até conseguimos ampliar. Mas, só conseguimos ter mais robustez a partir do Pró-residência, em que o Ministério da Saúde passou a financiar bolsas de residência para

determinadas áreas específicas. Uma outra iniciativa foi a Universidade Aberta do SUS, para além do Telessaúde, em que o primeiro foco foi a Atenção Primária à Saúde. Porque, por exemplo, quando se está num hospital universitário, está com tudo ali pertinho de você. Mas quando se está numa unidade de saúde da família, longe, no meio do nada, às vezes se está sozinho. A maioria das equipes das universidades de saúde do Brasil, principalmente nas cidades fora das capitais, são compostas por uma equipe do UNASUS. A Universidade Aberta do SUS foi então um grande investimento, muito bom no sentido de qualificar a Atenção Primária. Então, o primeiro movimento foi de criar um modelo de Atenção Primária robusto, o segundo foi de qualificar esse modelo e aí começa-se a ter também incentivos governamentais para os municípios que desenvolverem o programa de residência. Nesse bojo, também veio o mestrado profissional em Atenção Primária e Saúde, Prof. Saúde em Saúde da Família, mostrando, mais uma vez, a importância da Saúde da Família como modelo. A capacitação de preceptores veio a seguir, bem como as próprias políticas nacionais de Atenção Básica, sendo a primeira delas, em 2006, sendo muito importante, aquilo que era fragmentado na base do sistema era fragmentado a nível do Ministério também. Então, a primeira Política Nacional da Atenção Básica, em 2006, reuniu várias iniciativas que eram muito fragmentadas em termos do que fazer. Eram programas, uma linha programática vertical, que ainda se encontra, mas muito menos frequentemente. Começa-se a ter avanços nas políticas de indução e uma delas, sem dúvida, foi a PNAB de 2006, depois a PNAB de 2011, que institui com mais clareza os núcleos de apoio à saúde da família, com aumento da resolutividade colocando a equipe de saúde da família em acordo com o perfil epidemiológico, de morbimortalidade da população territorializada, profissionais que podem fazer intercâmbios, que podem fazer consultas conjuntas, que podem fazer assessoria, matriciamento, junto às equipes de saúde da família. Nesse bojo também houve um crescimento da residência em medicina de família e comunidade, quantitativamente, embora a gente continue com uma taxa de

ocupação aquém do que gostaríamos. Temos em torno de 40% das vagas. Houve um movimento muito grande de crescimento, mas ainda inferior ao que se necessita. Neste ponto, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família teve um papel importante, quando começa a promover prova de título de especialistas, sabendo que a residência é um processo mais moroso, mais lento, em menor projeção quantitativa, então a sociedade começa a trabalhar e a primeira prova foi exatamente há 20 anos atrás, em 2004, aqui no Congresso do Hotel Glória no Rio de Janeiro. Eu era presidente da sociedade nessa época. Fizemos a primeira prova de título e agora estamos, se não me engano, na 35^a versão da prova de título. Então, hoje, temos um quantitativo de cerca de 12 mil médicos de família e comunidade, com uma necessidade de 70 mil. Então o desafio continua colocado. Um outro movimento que teve consonância com esse processo de qualificação profissional e ao mesmo tempo provimento. O Brasil sofre com problemas de provimento, como qualquer outro país, inclusive Inglaterra e Canadá, mas nós temos um fator agravante que são as condições de trabalho nestes pequenos lugares. Então, foi criado no governo Lula o Programa Mais Médicos em 2013, que antes era um Programa de provimento e depois se tornou a Lei do Mais Médicos, que incluiu outros aspectos para a Atenção Primária, alguns deles até já foram cancelados, do ponto de vista de sua lógica, e eu pessoalmente concordei, mas foi um grande movimento que amplia um pouco a pretensão de minimamente qualificar esses profissionais que estão trabalhando na Estratégia de Saúde da Família. E aí vem o governo Temer que cria o Médicos pelo Brasil e eu acho que o que temos hoje é um cenário em que a ESF tem demonstrado resultados estrondosos, reconhecimento internacional. As internações por condições sensíveis à APS que foram reduzidas de uma forma muito pujante com a Estratégia de Saúde da Família. Como por exemplo, as internações por insuficiência cardíaca congestiva, que habitualmente demoram mais a serem reduzidas, porque insuficiência cardíaca congestiva é uma condição crônica, habitualmente progressiva, as taxas de mortalidade por acidente vascular cerebral, as doenças respiratórias, especialmente dos jovens. Estou

falando aqui o que eu estou conseguindo lembrar. Então, a Estratégia de Saúde da Família, atualmente, está sob a vigência ainda de aumentar a qualificação e a quantidade de profissionais médicos. Agora estamos então nessa fase de retomada, porque durante o governo Bolsonaro, andamos muito para trás em termos de saúde, de um modo geral. Inclusive, na mudança de governo dele, foi criado o programa Saúde na Hora, que é complexo do ponto de vista da sua lógica, porque não aumenta a quantidade de pessoas trabalhando na equipe, só prolonga o horário. Então, criam-se buracos em alguns momentos. Por isso, temos que pensar no modelo de gestão na saúde. Na atenção primária, ele é muito complexo, muito sofisticado, talvez ainda não tenhamos conseguido ter um modelo de gestão adequado, porque o modelo de saúde da família é exitoso. Em relação aos profissionais, de certa forma estamos caminhando, já em relação à gestão da saúde no Brasil, de um modo geral, ainda deixa muito a desejar, principalmente se pensarmos que temos 5.670 municípios, dos quais 90% têm menos de 50 mil habitantes. São municípios muito pequenos, em que por vezes a qualificação técnica de quem assume a pasta da saúde, a pasta da atenção primária, a própria prefeitura, às vezes, não consegue atender as necessidades técnicas que são importantes. Nessa área, há ainda uma visão muito gerencialista, muito produtivista, muito de consultório, muito ainda voltada para práticas de atender demandas e não a necessidade de saúde. Mas é um processo em evolução. Estamos vendo que a Estratégia de Saúde da Família agora, nessa terceira fase de governo, do presidente Lula, o que tem sido falado e verbalizado é de estar sendo priorizada. Teve um modelo de financiamento da Estratégia que foi previsto no Brasil, na minha modesta opinião, muito limitado para aquilo que se precisa. Então, agora, há reflexões acerca do modelo de financiamento, porque o município sozinho não consegue financiar a Estratégia de Saúde da Família.

R: A gestão da saúde, da escola, dessas áreas, as redes sociais, elas não podem ser pensadas como gestão de outras áreas de produção. A produção da educação envolve o aluno. A produção da saúde não envolve só o gestor, a

gerência, a administração, porque tem os profissionais que têm autonomia relativa e interferem no processo e tem as pessoas. As pessoas, as comunidades, eu não posso recomendar e as pessoas fazerem. Tem que haver um diálogo desses atores neste processo de gestão e daí o modelo SUS com os conselhos, o Conselho Nacional de Saúde, os conselhos de Estado e os conselhos municipais de saúde é muito importante. O diálogo é muito importante na gestão. Se centralizamos a gestão nos técnicos, no espaço técnico, espaço gerencial exclusivamente, corremos o risco de entrar na lógica do produtivismo. “Bota lá para atender a demanda”. E acaba sendo porque isso é que dá resultado, não é? Quer dizer, é um entendimento de quem não tem noção do que é gestão em saúde. É diferente, não é igual a gestão de outras áreas de produção. Então, essa é uma questão muito importante. E aí, esse gerencialismo tem a ver, entre outros fatores, com essa percepção, esse entendimento do que é a gestão em saúde.

M: Sabe por que eu estava lembrando disso? A gente falou de Alma Ata em 1978, mas Alma Ata, quando fala da Atenção Primária em Saúde, ela fala em regras gerais, ela não fala muito do *modus operandi*. Eu acho que até o Dawson, lá na Inglaterra, em 1920, era mais específico em relação a algumas questões do que a Alma Ata, mas a Alma Ata era muito, era um movimento mundial. Então, era assim: “façam atenção primária em saúde”. Mas aí, somente em 1992, Bárbara Starfield, estudando vários países do mundo, identifica atributos que a atenção primária para ser qualificada deveria ter. Atributos que eu acho muito importantes, foram baseados em estudos, que ajudam a referenciar e a organizar de uma forma mais orgânica o trabalho na Atenção Primária à Saúde. É claro que ela não fala de paradigma, nós falamos em paradigma, porque o paradigma da integralidade complexa, se adequa de uma forma mais eficaz ao que a gente precisa na Atenção Primária. Mas ela não fala, e também não é muita novidade, porque não é muita gente que fala. Enfim, acho que se pensarmos em 94, 98, 94, 30 anos do Programa Saúde da Família, para a gente parece muito tempo, mas no Brasil é uma fagulhinha, é um pedacinho

de tempo, e eu fico muito intrigada, porque tem muita gente que fala assim: “já era para ter dado certo”, como se não tivesse dado certo. Como se não estivesse dando certo. É claro que tem que melhorar, obviamente.

S: Fantástico, todo esse percurso! Precisamos encerrar daqui a pouco e eu queria fazer uma pergunta para os dois, para Ricardo e para Inez: Quais são as perspectivas, qual é o futuro que a gente pode projetar daqui para frente?

R: Acho que as perspectivas são essas. Eu acho que a gente tem que fortalecer. Ou reestruturar a questão da gestão, isso é fundamental. A educação permanente. E valorizar. Ter uma questão da valorização da estratégia de saúde da família, como o Inez estava mostrando, os resultados são potentes, tem evidências em relação à equidade. Equidade, inclusive, equidade racial, equidade de gênero. Temos resultados, a diminuição, por exemplo, da mortalidade infantil. Quando olhamos para a redução da mortalidade das diferentes etnias, vemos a redução em pessoas da população negra, a mortalidade infantil, reduziu muito mais do que das outras. 15% mais, eu não sei os números de cabeça. Tem um artigo já antigo, que está no Tratado de Medicina de Família, no capítulo que a Clauíra subscreve com mais outras pessoas, tem exatamente esse aspecto da redução das iniquidades em saúde pela estratégia de saúde da família, ainda com problemas no sentido de avançar o modelo. Então, acho que as perspectivas são essas. Eu acho que uma questão fundamental é que os problemas que a gente está levantando essa questão das perspectivas, dependem muito também de um movimento coletivo, inclusive quanto profissionais da saúde, da estratégia de saúde da família. Eu acho que muitas vezes a gente fica tão aflito com essas questões, ficamos pensando: “como é que a gente vai resolver isso dentro da unidade, dentro do nosso território?”. E é muito importante que a gente trabalhe nesse sentido. É muito importante também que a gente colete essas questões no nível local, no nível estadual, no nível nacional. Eu

acho que essa questão da coletivização das questões que temos para resolver, inclusive através da própria sociedade de medicina de família e comunidade, e das redes, da Rede Unida. Eu acho que isso é um caminho importante que a gente deve trilhar e ter presente. Da nossa participação coletiva no processo de desenvolvimento da estratégia de saúde da família.

S: Com certeza, para continuar fazendo a reforma sanitária sempre.

M: Pois é, mal começamos a sair de um modelo da reforma sanitária em nível mundial de atenção primária, agora enfrentamos outros, que é da tecnificação, do ato médico, a privatização da saúde... Ou seja, não faltam desafios. Mas eu estava lembrando mais recentemente aqui no Rio, foi realizado um estudo em que crianças e adolescentes que são oriundos ou estão no território das equipes de saúde da família aumentam o tempo de permanência na escola. Olha que legal! Então, assim, a gente pensa que a pessoa adoece a troco de nada, a pessoa adoece inclusive por falta de acesso à educação. Porque a educação amplia. Assim, o grande desafio é que devemos valorizar a estratégia de saúde da família. Eu não conheço muitos países, mas eu conheço alguns. E, sinceramente, do que eu conheço, não há modelo igual da estratégia de saúde da família. Não há. Inclusive, muitos países copiam o Brasil. Estão fazendo cópias ainda, ajustando. Em Astana, eu não fui à conferência de Astana, que foi comemorativa dos 30 anos de Alma-Ata, mas o Brasil foi citado como exemplo. A estratégia de saúde da família foi citada como exemplo. Então, às vezes a gente tem complexo de vira lata, né? Achamos que o que a gente faz aqui é pior. Por tudo que a gente já passou. Então, devemos aprender que somos capazes. Acho que tem que continuar investindo na formação, na qualificação. O Mais Médicos tem um problema de ser bolsa só. A questão é como é que eu vou me aproximar de ser um médico de família e comunidade? Estou falando do médico de família e comunidade, mas estou falando da enfermeira, de todos os profissionais. Como é que eu vou me aproximar de um programa que está

pedindo para eu ter vínculo se não me dão vínculo? Não me dão vínculo estável? Então, a questão agora, para mim, o grande desafio agora é a questão de um plano de cargos e carreiras. Principalmente para os profissionais de atenção primária, porque os outros do nível secundário e terciário é mais fácil para o governo estadual trabalhar, mas a atenção primária em saúde, num país como o nosso, precisa do apoio direto do governo federal e é possível fazer. Basta ver o exemplo aí da carreira de Direito. Dos juízes. Que conseguimos pela mesma lógica. Não podemos ter falta de juiz, mas também não pode ter falta da estratégia de saúde da família. Então, como é que se apoia um município que tem 10 mil habitantes, 7 mil habitantes, 20 mil habitantes, a conseguir reter um bom médico, um bom profissional? Há ainda o desafio da quantidade, da qualificação da formação, mas agora, para mim, um dos maiores desafios é a qualificação da fixação profissional em melhores condições de trabalho.

R: E o fortalecimento da estratégia de saúde da família. Na atualidade, eu acho fundamental, inclusive na perspectiva planetária e da saúde planetária.

S: Que lindeza! Eu fico muito emocionada e muito grata, passa um filme na cabeça. Agradeço imensamente a disponibilidade de vocês, com certeza ficará um registro lindo.

Desafios emergentes e problemas persistentes sobre aborto legal²⁵

Mirelle Finkler
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer
Olímpio Barbosa de Moraes Filho

Mirelle Finkler: O aborto continua sendo um evento comum na vida das mulheres e um problema de saúde pública em grande escala. A última pesquisa nacional do aborto levantou dados que nos permitem estimar que uma em cada sete mulheres, aos 40 anos, já realizou um aborto. Embora a maioria delas muito jovens, ainda adolescentes, antes dos 19 anos de idade, o perfil geral das mulheres que fizeram aborto mostra que é o da mulher comum. Elas têm filhos, professam religiões, estão em todas as faixas etárias, níveis educacionais, classes sociais, grupos raciais e étnicos, e em todas as regiões geográficas. Isso porque, queiram ou não, a decisão sobre abortar, sempre foi e sempre será de foro íntimo. Transferi-la a terceiros em nome da lei ou da fé é alienar nossos corpos, esse território da existência constantemente desumanizado pela violência de uma sociedade patriarcal. Nessa sociedade patriarcal, o aborto é tipificado como crime contra a vida pelo Código Penal de quase um século atrás. As três exceções punitivas têm em comum a concepção moral da mulher, como vítima, seja da violência patriarcal, nos casos de estupro, seja do acaso da natureza, nos casos de risco à vida da gestante ou de anencefalia. Em qualquer caso, não é a autonomia das mulheres o que se protege, mas tão somente a sua situação de vítimas. Tanto é que, no serviço de aborto legal, a verdade do estupro não se resume à narrativa íntima e com presunção de veracidade, mas

²⁵ Disponível em: <https://www.youtube.com/live/uZLBI4Eu8F4?si=jUKe41rBDJ7-wV-X>

é uma construção moral e discursiva, produzida pela submissão da mulher aos regimes periciais dos serviços, como nos informa a professora e pesquisadora Débora Diniz e colaboradores em um artigo de 2014, publicado na Revista Bioética. A mulher precisa passar pelos testes de verificação das equipes de saúde e apresentar traços subjetivos que a caracterizem como vítima para que tenham o seu direito de acesso ao aborto legitimado. Nunca é demais lembrar: um estupro a cada seis minutos; 84 mil denúncias apenas no ano passado; 76% deles caracterizados como estupro de vulnerável, ou seja, com vítimas menores de 14 anos ou incapazes de consentir por qualquer motivo, como deficiência ou enfermidade. São 26 crianças de 10 a 14 anos submetidas à tortura de uma gestação na infância, tornando-se mães todos os dias. Os dados também mostram que a criminalização do aborto não reduz sua ocorrência. Seu único efeito é de o agravar e perpetuar a desigualdade e a injustiça social, pois obriga as mulheres mais vulnerabilizadas, mais pobres, jovens, negras e indígenas a recorrer a abortos em condições inseguras, submetendo-as ao medo, ao aumento do risco de morte materna e de serem presas. O aborto está entre as principais causas de mortalidade materna. É um caso de mistanásia, da morte por negligência do Estado, ou, como definiu o bioeticista Giovanni Berlinguer, de cacotanásia, que são as mortes previsíveis e evitáveis. A falha na tentativa de aborto realizada em condições inseguras aumenta o risco de morte em 140 vezes. A cada 28 internações em decorrência da falha da tentativa de aborto, uma mulher morre. Foram 432 mulheres mortas entre 2012 e 2022. Em condições seguras e legais, quase todas essas meninas e mulheres poderiam estar vivas. O Brasil está entre os 25% das nações do mundo com legislações mais restritivas em relação à interrupção da gravidez. Essa é a nossa realidade. “E Se Fosse Você?” Todo mundo ama alguém que já fez um aborto. Pode ter sido com sua mãe, tia ou avó. Pode estar sendo com sua irmã ou amiga. Poderá acontecer com sua filha ou neta. Uma realidade que não pode ser silenciada, porque é gritante. Uma realidade que não pode ser oculta, porque é devastadora. Uma realidade que não pode ser invisibilizada, porque é intolerável. Uma

realidade que não pode ser negligenciada, porque é desumanizadora. Uma realidade que não pode “suportar mais um pouquinho”; não pode suportar nada mais, porque é cruel. Uma realidade que não pode ser aceita, porque é injusta. Uma realidade que demanda mobilização social: “Nenhuma a menos”; “Nem presa, nem morta”; “Criança não é mãe. Estuprador não é pai.” Uma realidade que demanda uma política integrada de justiça social e reprodutiva. Desde a educação sexual abrangente até a desriminalização do aborto. Nas palavras da então Ministra do Supremo Tribunal Federal (STF), Rosa Weber, “nós mulheres não tivemos como expressar nossa voz na arena democrática. Fomos silenciadas. Não tivemos como participar ativamente da deliberação sobre questão que nos é particular, que diz respeito ao fato comum da vida reprodutiva da mulher”. “E Se Fosse Você?” é o nome da exposição artístico-bioética realizada pelo NUPEBISC, o Núcleo de Pesquisas em Extensão em Bioética e Saúde Coletiva, do qual participo, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. As obras (apresentadas visualmente durante a leitura do parágrafo acima) são do jornalista publicitário e artista plástico Nelson Baibich e podem ser vistas no perfil de Instagram @nupebisc. Eu sou Mirelle Finkler, professora e pesquisadora da UFSC e membro da atual Diretoria da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). E este é mais um episódio do Diálogos em Saúde Coletiva, um projeto de extensão da Escola de Saúde Coletiva em parceria com o NUPEBISC e com a Rede UNIDA. Para tratar do tema de hoje, temos a honra e a satisfação de contarmos com dois profissionais de grande destaque no cenário nacional, que se empenham cotidianamente na defesa dos Direitos Humanos e, mais particularmente, que advogam a proteção e o cuidado com a dignidade, a vida e a saúde de meninas e mulheres. Duas pessoas premiadas, reconhecidas, corajosas e inspiradoras, com as quais temos muito a aprender e que, desde já, agradecemos por terem aceitado o nosso convite de imediato, mesmo com agendas tão apertadas. Elda Coelho de Azevedo Bussinguer é graduada em Enfermagem e em Direito. Mestre em Direitos e Garantias Fundamentais,

Doutora em Bioética, livre docente pela Universidade do Rio de Janeiro, com pós-doutorado em Saúde Coletiva. É professora aposentada da Universidade Federal do Espírito Santo e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Direito da FDV, Faculdade de Direito de Vitória. Entre muitas outras funções, é também a nossa presidente em segundo mandato na Sociedade Brasileira de Bioética. Olímpio Barbosa de Moraes Filho é graduado em Medicina, Mestre Doutor em Tocoginecologia. É professor adjunto de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade de Pernambuco e diretor médico do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM). Em uma larga trajetória de atuação em entidades médicas como a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, onde foi presidente da Comissão de Abortamento, Parto e Puerpério, destaco sua atuação na Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Conselho Federal de Medicina (CFM), no Comitê de Morte Materna do Estado de Pernambuco, onde foi também coordenador da Saúde da Mulher, da Secretaria Estadual de Saúde e, ainda, sua atuação como membro do Comitê sobre Aspectos Éticos em Reprodução Humana na Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). Professor Olímpio e Professora Elda, sejam muito bem-vindos. Eu gostaria de iniciar esse debate sobre os desafios emergentes e os problemas persistentes sobre o aborto legal no Brasil perguntando a você, Professor Olímpio, quais seriam esses problemas persistentes sobre a sua perspectiva de profissional de saúde, especialista na área e gestor de serviços de saúde à mulher. E, na sequência, gostaria de ouvir a Professora Elda sobre a sua percepção sobre os desafios emergentes relacionados ao aborto, especialmente como bioeticista e profissional do Direito.

Olímpio Barbosa de Moraes Filho: Boa tarde, Elda, Mirelle. Obrigado pelo convite. E parabéns pela sua introdução, pelos esclarecimentos da importância do tema, muito impactante o que você mostrou, muito bom mesmo. Fazia tempo que eu não via uma coordenação tão enxuta e tão forte

assim, passando toda a ideia do problema. Bom, o aborto em medicina... é difícil na sociedade esse tema, porque mexe com outros valores além da ciência. Na medicina, quando você vai tratar uma doença, não tem esse questionamento filosófico, ético, religioso e moral que tem o aborto. É sempre a questão “são duas vidas” e aí, o que nos cabe como médicos, e nosso juramento de sempre ser a favor da vida? Mas isso não pode ser cartesiano, porque no aborto, você tem de agir de acordo com os postulados da medicina, dos princípios bioéticos e da ciência. Então, a gente que é médico, vai fazer o possível para, de forma racional, baseado na evidência, dar o melhor para a sociedade, nesse caso, para o seu paciente, causando o menor dano possível. É a redução de danos. Então, na situação do aborto, quando inseguro ou provocado, é sempre resultante de uma gravidez indesejada... Todos nós queríamos viver num mundo em que não houvesse mazelas, não houvesse problemas, e que todas as mulheres engravidassem desejando a gravidez, que não houvesse violência contra a mulher, que não houvesse estupro, que não houvesse malformações graves ou que não houvesse doenças que colocassem em risco a vida da gestante. Tem duas maneiras de enfrentar esse problema: ou através de crenças e preconceitos ou à luz da ciência. E, à luz da ciência, o aborto é um problema de saúde pública e não é criminalizando a mulher que minoramos este problema. É isso que a Organização Mundial de Saúde (OMS) referenda e que a FIGO, que tem filiais - que são as federadas dos 188 países - também recomendam. Então, não é questão de dizer assim “não, eu sou a favor ou eu quero que abortem”. Não é isso. A gente quer ajudar a mulher a que não aborte e fazer o melhor possível para a sua saúde e para diminuir o número de abortos. E para conseguir esse objetivo de forma mais ampla, isso passa pela descriminalização do aborto. Mas esse tema, na saúde e no jurídico, é talvez o que mais sofra influência de crenças, preconceitos, valores morais e religiosos. Então, prejudica o avanço. É muito mais fácil fazer ações de saúde para diminuir, por exemplo, a diabetes na gravidez, para diminuir as complicações e morte por síndromes hipertensivas na gravidez, do que o assunto aborto. Então, como você falou, se a gente

tratasse pela razão, pelo que recomenda a ciência, a gente estaria salvando a vida de meninas e mulheres jovens que morrem de uma causa completamente evitável que são as complicações do aborto inseguro. E a gente sabe o que tem de fazer, mas não fazemos. E isso angustia, porque essas meninas e mulheres mortas, poderiam ser salvas. E por questão de crença, de ignorância, é que esse assunto não é tratado à luz da ciência, com razoabilidade. Eu não estou dizendo aqui que o aborto não é pecado de acordo com fé cristã, mas não é transformando a mulher em criminosa, e puni-la com prisão, perda da sua saúde e algumas vezes da própria vida que diminuiremos o problema. Se o próprio Cristo, quando esteve à frente de uma mulher que tinha praticado o pecado do adultério, ele intercedeu e evitou que ela fosse condenada ao apedrejamento, quem somos nós para condenar a mulher, muitas vezes, à morte. Por isso e por tantos outros exemplos, Cristo foi um revolucionário. Ele foi um grande humanista e tratou as mulheres com dignidade e amor. E como um grande feminista que foi, ele estaria do nosso lado. Deus nos deu inteligência e livre arbítrio para usar o conhecimento científico para diminuir o sofrimento humano. E as mulheres são seres humanos. Mas é triste ver esse assunto ser tratado com tanto ódio contra as mulheres e tão longe da luz da ciência, através de um viés negacionista sem comparativos com outros problemas de saúde pública. Vamos falar mais sobre isso. Eu vou dizendo logo que eu não sou pessimista. Eu sempre sou otimista. Eu já tenho 63 anos, sou cisgênero, aqui no Brasil eu sou considerado branco e sou o pai de três filhos, todos já adultos. Casado há 35 anos. Criado numa família católica e educado em escola católica. Mas entendo as diferenças do papel da religião e da ciência. Então acho que isso é suficiente para introduzir a gente numa boa conversa.

Elda Coelho de Azevedo Bussinguer: Inicialmente, eu queria dizer que é muito bom estar com pessoas com as quais nós compartilhamos valores, compartilhamos crenças e compartilhamos a ciência. Acho que, independentemente da fé, nós compartilhamos valores, perspectiva ética acerca

do tema que nós vamos e estamos debatendo nesse momento. Então, estar com a Mirelle, estar com o Olímpio, significa que nós estamos caminhando, a partir de uma mesma perspectiva. Não a partir de uma mesma caixinha, mas a partir de uma mesma perspectiva teórica, de uma perspectiva metodológica. Acho que é importante dizer isso. Eu sou uma mulher, um pouquinho mais de meia idade, tenho 66 anos, também sou uma mulher de pele branca, cabelos pretos curtos e estou trajando uma camisa preta com uma faixa verde falando acerca da minha esperança com relação a esse tema, com relação à minha esperança de que haverá um dia em que a igualdade não será formal, mas será substancial. Em que o Direito deixe de ser positivado para que o direito seja substantivado. Então, eu começo, sou cisgênera, também, como disse, sou casada com o mesmo homem há quarenta e tantos anos, tenho uma filha e dois netos. E me solidarizo com todas as mulheres que vivem o medo como condição inerente ao seu gênero. Mulheres que vivem o medo como condição de existência. Mulheres que têm medo do estupro, mulheres que têm medo da violência, mulheres que têm medo de serem taxadas de bruxas, mulheres que têm medo de serem criminalizadas, violentadas cotidianamente pelas múltiplas violências que nos atacam. E a criminalização do aborto é uma violência contra as mulheres. Este é um problema que as mulheres enfrentam e é um problema que sensibiliza pouquíssimos homens. E é preciso que se diga isso. E eu queria começar dizendo que nós estamos aqui num debate de ciência, ainda que a fé seja um elemento que orbita a ciência com relação ao aborto o tempo todo. Mas nós vivemos aqui a questão da ciência pós-moderna. Nós estamos aqui discutindo, tendo como base a ciência moderna, mas compreendendo que a ciência pós-moderna é uma ciência que traz o caráter da subjetividade e da humanização da ciência. É isso que nós fazemos hoje. A pergunta que nos foi feita, sobre quais são esses problemas persistentes que envolvem, que orbitam o aborto e quais são os problemas emergentes que orbitam o aborto. Eu diria que o problema persistente é o patriarcado. E o problema emergente é a ascensão da extrema direita e a possibilidade concreta que a teocracia vá

se implantando, na medida em que a democracia é sistematicamente atacada e nós não partimos para a sua defesa. O problema do aborto é um problema que nós precisamos enfrentar na perspectiva ético-jurídica e religiosa. Não há como pensar este problema sob uma perspectiva jurídica, porque no campo jurídico nós alcançamos o que deveríamos alcançar. Nesse sentido, do ponto de vista formal, nós temos positivado no nosso ordenamento jurídico o direito à vida, o direito à saúde e o direito das mulheres a terem acesso a um avanço nos casos, nas hipóteses legais. Ainda há a avançar. E creio que essa luta as mulheres incitarão. Porque ainda que o conservadorismo seja forte e venha se fortalecendo no mundo, a hipocrisia que está no entorno desta condição vem sendo desvelada, vem sendo tirado o véu desta situação, haja visto, por exemplo, a situação que vemos hoje das inúmeras condições de violência contra as mulheres, violência sexual contra as mulheres praticada pelos homens públicos que defendem a criminalização do aborto. Então, eu vejo como um problema emergente o problema da ascensão da extrema-direita, que convida homens religiosos e não religiosos, políticos, que a partir de Constantino, entenderam que era preciso construir um império político religioso e que esse império político religioso está posto aí como um projeto, como uma imagem-objetivo da maioria dos nossos políticos. Ainda que a base deles seja a base dos interesses econômicos, eles trabalham o interesse econômico a partir do controle dos corpos das mulheres. Essa é a minha perspectiva. É claro que eu poderia levantar aqui, tirar da cartola ou tirar dos dados n problemas emergentes que orbitam essa questão. Mas acho que este é um problema que nós precisamos enfrentar. A academia precisa olhar com o olhar da ciência, para o mundo e os movimentos sociológicos de ascensão religiosa a partir da extrema-direita.

M: Obrigada, Elda. Os estudos têm nos mostrado que é isso, que o problema persistente é o patriarcado e que o problema emergente é a ascensão da extrema-direita e que tudo isso se inter-relaciona. O Professor

Olímpio nos dando esse depoimento de como é difícil trabalhar no real da vida, no concreto frente a tudo isso, me faz pensar um pouco na fala daquela filósofa bioeticista Adela Cortina, que diz que numa sociedade que é plural, moralmente plural, a única ética possível é uma ética civil, na qual se defendam valores compartilhados em comum. Não podemos tomar éticas religiosas como condutoras da vida comum, da vida civil. Então acho que esse problema, essa mistura de política com religião, é um problema persistente e parece que também é um problema emergente. Bem, eu trouxe aqui alguns dados coletados na pesquisa da Tese de Doutorado da Marina Jacobs, que foi realizada aqui no nosso Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em que ela constatou que dos 290 estabelecimentos com oferta de aborto previsto em lei em 2019 se distribuem apenas 3,6% dos municípios brasileiros. São municípios com IDH alto ou muito alto e com mais de 100 mil habitantes, majoritariamente na região Sudeste. Com essa má distribuição de serviços, calcula-se que cerca quase 60% das mulheres idade fértil vivem em municípios em que o aborto previsto em lei não é ofertado. Além do difícil acesso aos serviços, há também difícil acesso à informação sobre eles. Apenas duas das 27 unidades federativas disponibilizavam nos sites dos seus órgãos de saúde a lista dos estabelecimentos com oferta de aborto previsto em lei. Das 26 capitais de estado, apenas seis ofereciam a informação. Assim, supondo que a necessidade de aborto previsto em lei fosse a mesma em todos os municípios, aproximadamente quatro a cada cinco mulheres que precisam de um aborto previsto em lei e vivem em municípios que não o ofertam, deixam de acessar o serviço. Ou seja, só uma de cada cinco consegue acesso a esse direito. Em 2019, estimou-se que 1.570 interrupções de gestação podem ter deixado de ser realizadas em municípios que não ofertavam procedimento, o equivalente a 46% da necessidade total do país, não sendo atendida por escassez de oferta. Professora Elda, como podemos compreender essa escassez da informação e da própria oferta do Serviço de Interrupção Legal da Gravidez? Com que tipo de entrave estamos lidando? Que ações devem ser tomadas no âmbito

das políticas públicas para alteração deste cenário? E Professor Olímpio, para além das dificuldades de localizar e acessar os serviços de aborto legal, que outras dificuldades estas meninas e mulheres podem encontrar quando estão sendo atendidas pela equipe multiprofissional dos serviços de referência para interrupção de gravidez nos casos previstos em lei ou em outros estabelecimentos com oferta da interrupção legal da gravidez?

E: Acho que quanto à primeira questão, a política pública ela depende dos atores de políticas públicas. Quem são aqueles que nós chamamos de atores de políticas públicas? São aqueles que a formulam e a executam. A política pública, tanto a sua formulação, quanto a sua execução, quanto o julgamento de sua execução estão em mãos de homens e sempre estiveram. O Legislativo é masculino, o Executivo é masculino e o Judiciário é masculino. Ora, na realidade o poder é masculino e o poder religioso é masculino. Então assim, quem é que manda na política pública? São os homens que mandam na política pública e enquanto os homens mandarem na política pública, nós teremos número insuficiente de serviços de abortamento legal. Enquanto nós tivermos os homens comandando o Executivo, nós teremos isso acontecendo. Enquanto nós tivermos mulheres solitárias no cargo de ministras da saúde, nós teremos mulheres tendo que recuar de uma ação potente de enfrentamento ao aborto, porque o centrão ou os homens que comandam a política fazem com que elas tenham que recuar em nome da governabilidade. Então, acho que a governabilidade é um problema da questão da insuficiência. Nós estamos perguntando sobre a informação. Mas a informação é comandada por quem detém o poder. Quem detém o poder define a informação. Então, os donos da informação também são homens comprometidos com uma dependência econômica, social e de valores, baseados numa sociedade, como a do Brasil, religiosa. Porque a Igreja Católica, com raras exceções, comandou a política. Eu falo isso com muito pudor. Essa semana ganhei um prêmio com o nome de Prêmio de Direitos Humanos, de Dom Luiz, que era um bispo importante

na defesa das mulheres, na defesa do meio ambiente, absolutamente contrário ao que eu estou dizendo. Então, não há incoerência na minha fala. Há o seguinte, majoritariamente, a Igreja Católica é uma igreja de matriz patriarcal. O cristianismo em si não é patriarcal. Tanto que eu não vejo incompatibilidade entre a fé cristã estabelecida no texto bíblico e o aborto. Não vejo. Para mim, não há incompatibilidade. Não há na perspectiva bíblica até que a igreja se instala como instituição. Enquanto ela é algo livre, as mulheres são juízas, comandam os processos de trabalho... Na medida em que isso se institucionaliza - o patriarcado se institucionaliza dentro da instituição religiosa - as mulheres são afastadas. Então, voltando, enquanto os donos do poder da informação, do poder político, do poder religioso e do poder judicial forem homens, nós teremos insuficiência de serviços que possam cuidar das mulheres. Por quê? Porque a tônica do patriarcado é o controle dos corpos das mulheres. Como você controla os corpos das mulheres? A sexualidade das mulheres é controlada, mas a sexualidade dos homens não é controlada. O aborto no sentido hermenêutico, distorcido e hipócrita, é uma hermenêutica toda talhada para colocar as mulheres no “seu lugar”, ou seja, não no lugar delas, mas no lugar que os homens desejam que elas estejam: controladas, submissas, silenciadas, a serviço do prazer masculino e a serviço econômico.

O: Bom, estou impactado pela fala da Elda. Vou passar para a área de saúde... No estado de São Paulo tem municípios com mais tomógrafos - tomógrafos que podem ultrapassar R\$ 1 milhão - do que municípios com serviço de abortamento previsto em lei que em todo o Brasil, que não custa nada, não necessita de insumos ou equipamento médicos caros. O aborto previsto em lei poderia ser feito em qualquer município, desde que tenha medicação e que tenha médico sensibilizado com a causa. Infelizmente, como já foi dito, a tese de doutorado da Marina Jacobs mostra que apenas 3,6% dos municípios brasileiros oferece abortamento previsto em lei. Então, de cada cinco mulheres estupradas, grávidas, que precisam do serviço, quatro

moram em algum município que não tem este tipo de serviço. E muitas vezes precisam viajar, centenas ou milhares de quilômetros. Há outras barreiras que são colocadas, além da distância a ser percorrida. Uma delas é o acesso à informação, porque para ter acesso a um direito, qualquer direito, incluindo o direito à saúde, precisa de informação. E as pessoas mais vulneráveis não têm acesso a essa informação. Elas não sabem muitas vezes o que é um estupro ou não sabem os seus direitos. Se essa informação é negada, como ela vai reivindicar o que não sabe? Outra barreira, surge quando ela solicita o direito ao aborto previsto em lei, aí passa a ser negada a informação sobre onde conseguir essa assistência, como chegar até esse local, como ter acesso a transporte para viajar, muitas vezes grandes distâncias. Algumas vezes, nos casos de crianças e adolescentes, estas barreiras acontecem no próprio Conselho Tutelar, que muitas vezes estão instrumentalizados para desrespeitar o próprio Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) e o substituindo por ações com vieses religiosos e contra os direitos reprodutivos. A principal causa de morte de meninas e adolescentes no Brasil não é câncer, não é cardiopatia, não é diabetes. São os diversos tipos de violências a que elas estão expostas, principalmente sexual. Crianças que não têm onde pedir socorro, não têm para onde ir. Como já foi dito brilhantemente na introdução da nossa conversa pela Professora Mirelle Finkler, estamos falando de misanásia, ou seja, centenas de mortes que poderiam ter sido evitadas, mortes essas resultantes da maldade humana. O interessante é que essas ideologias políticas de maldade contra as mulheres, estão presentes na gestão da saúde de estados e municípios. Estão mais presentes, hoje em dia, em outras regiões do Brasil do que no Nordeste. Isso ficou bastante evidente no combate à pandemia de covid-19, em que relativamente, o Nordeste apresentou melhores resultados, principalmente em relação à morte materna, do que outras regiões do Brasil.

M: São análises muito lúcidas as que vocês trazem. Pegando um gancho, Professor Olímpio, na questão do Sul e do Nordeste, passo para uma outra

questão que é a do Conselho Federal de Medicina que foi uma nova gestão eleita bem recentemente após uma eleição aí que foi marcada por polarização e que teve um resultado favorável ao conservadorismo e ao negacionismo. Mas em Pernambuco e na Paraíba houve uma diferença importante nesse resultado. Então realmente o Nordeste sempre causando admiração desde a pandemia, enfim por muitas outras razões também. Há realmente alguma coisa muito diferente acontecendo aqui no Sul. A gente tem identificado de perto quais são os motivos dessas questões nos últimos anos. As células nazistas aumentaram 300% em Santa Catarina... São questões coerentes que caminham juntas, a gente está vendo isso acontecer e é bastante assustador. Bem, em relação a questão do CFM, que eu queria trazer para o debate, meses antes dessa eleição, o Conselho emitiu uma norma tentando dificultar ainda mais o acesso ao aborto legal, proibindo médicos de realizarem a assistolia fetal, procedimento esse que evita o nascimento de um feto com sinais de vida, em caso de aborto com mais de 22 semanas de gestação, e que é o recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Como é ser médico, Professor Olímpio, e gestor de um serviço de abortamento legal nesse contexto? E o que podemos esperar dessa próxima gestão do Conselho em termos de impacto na questão do aborto? E aproveitando, Professora Elda, a Resolução do Conselho impedindo a assistolia fetal parece ter sido o prenúncio do Projeto de Lei nº 1.904 de 2024 que quer equiparar o aborto acima de 22 semanas ao homicídio em uma provável manobra legislativa e de disputa de forças em ano eleitoral. Além disso, tivemos notícias de que o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) perseguiu médicos que estavam cumprindo a lei, realizando aborto legal acima de 22 semanas. Bom, como podemos entender essas articulações entre corporação médica e legislativo? Na verdade, para além disso, há outras articulações, mas especificamente essas duas que nos últimos meses, junho e julho (2024), a gente viu aí pegando fogo no nosso cenário nacional. O que isso significa para a garantia do acesso ao aborto legal no Brasil? E ainda sobre o CFM, parece que ele tem, nós que estudamos bioética, parece que eles têm

justificado muito da sua atuação, mais notadamente a partir da pandemia, com o princípio da autonomia, mas é sempre sobre autonomia médica que o CFM se refere, nunca autonomia da mulher ou da pessoa sob cuidado. Essa autonomia médica que pode ir contra todos os princípios bioéticos não deveria ter um limite, professora?

O: O nosso Código de Ética é muito claro quando afirma que compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente e da sociedade. E que o trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de finalidade política ou religiosa. Infelizmente o que temos assistido há alguns anos é um CFM que faz exatamente o contrário quando se coloca contra o progresso científico e quando trabalha num projeto político partidário e religioso na defesa do negacionismo da extrema-direita. Foi isso que vimos, como tantas outras vezes, quando fizeram uma resolução do Conselho impedindo a assistolia fetal e depois apoaram a PL 1.904 de 2024 que queria equiparar o aborto acima de 22 semanas ao homicídio. O CFM é uma autarquia do Estado Brasileiro que deveria trabalhar para proteger a medicina e a sociedade. Na questão do aborto, eles colocam a vida e a saúde das mulheres em risco. É evidente como eles tratam o assunto, negando as evidências científicas referendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela FIGO e FEBRASGO. Esta já tinha se colocado contra este PL. Em seguida, a FIGO fez uma nota de repúdio afirmando que o CFM tinha sido antiético ao dar apoio ao PL 1.904 de 2024. Este negacionismo do CFM, não se restringe aos direitos reprodutivos, mas também foi presente quando ocorreu seu alinhamento político-partidário com o governo federal na defesa de medicações ineficazes na prevenção e tratamento da covid-19. Nos EUA, dois médicos perderam seu direito de exercer a medicina por divulgarem *fake news* e pela prescrição de medicamentos ineficazes contra covid-19. Aqui no Brasil, ao contrário, esses médicos são protegidos e muitas vezes se tornaram conselheiros do próprio CFM. Em resposta à pergunta

como é ser médico, professor e diretor médico de um serviço de abortamento legal nesse contexto, respondo que já foi pior quando, no governo passado, o Ministério da Saúde e o do Direitos Humanos eram bastante ativos contra os direitos reprodutivos. Com todas as dificuldades, os números do Ministério da Saúde mostram que, em 2018, foram realizados 1570 abortos previstos em lei e, em 2023, este número subiu para 2687, um aumento de 71%. No entanto, este número ainda é muito abaixo. Quando cruzamos os números divulgados pelo Ministérios da Saúde e pelo Anuário de Segurança Pública, concluímos que apenas 6 a 8% das mulheres que engravidam devido à violência sexual conseguem ter acesso ao aborto previsto em lei.

E: Professor Olímpio, eu queria dizer ao senhor que ouvir o senhor é alimentar o espírito, alimentar a esperança. Porque há um sentimento tão grande de que o Conselho Federal de Medicina está adoecido e ele está... Desculpa, ia usar uma expressão forte, mas prefiro não usar. Está profundamente adoecido como instituição. Porque é uma das instituições mais importantes para o Estado Democrático de Direito, uma das instituições mais importantes para a questão da ciência e hoje é uma instituição que rompeu com os pressupostos metodológicos da ciência moderna. Rompeu com Hipócrates, rompeu com a ciência experimental, rompeu com Descartes, com Newton, com Galileu, com todos os grandes teóricos da ciência moderna, com Bacon, com todos os médicos que construíram esse belo desenvolvimento da ciência que nós tivemos, das ciências naturais, que nós tivemos e que precisamos valorizar e, ao mesmo tempo, não romperam com isso para assumir uma ciência mais humanizada, pós-moderna como eu falei no início. Assumiram um lugar de não ciência. Não é só negar a ciência, é desconstruir a ciência. O senhor citou a enquete que foi feita pelo Conselho Federal de Medicina sobre a vacina. Nós que somos... eu sou professora de metodologia. Eu trabalho com a questão metodológica, tanto qualitativa quanto quantitativa. Então imaginar que o Conselho Federal de Medicina imaginou, pudesse imaginar construir uma

pesquisa que fosse validada do ponto de vista de chegar a uma universalidade, a uma verdade universal... Ele negou todos os possíveis caminhos metodológicos e técnicos que a ciência nos ofertou. Então acho que o Conselho Federal de Medicina está vivendo um drama, ou pelo menos nós, sociedade, olhamos para o Conselho Federal de Medicina como nós estávamos lá na Revolução Francesa, olhando para o império francês. Agora eu queria pegar duas questões que foram trazidas aqui: a primeira é que o Conselho Federal de Medicina, quando ele valida um projeto político anticiência, negacionista, ele não está validando um projeto político anticiência, ele está validando e fazendo uma opção por um mercado. O que na realidade o Conselho Federal de Medicina fez é abrir mão de uma medicina possível de comprometer-se com a saúde, com a saúde coletiva, com a saúde individual, para comprometer-se com um projeto político de expropriação do Estado a partir de todas as suas nuances, de todas as suas condições. E nesse sentido, o senhor traz a questão, eu achei ótimo o exemplo da tomografia. Nós temos centenas de tomógrafos espalhados por São Paulo, pelo Brasil inteiro, mas nós não validamos cuidados que são baixos do ponto de vista de tecnologias simplificadas. Uma medicina barata e uma medicina não custosa, barata e uma medicina rápida, de resolução muito rápida, mas nós queremos neste processo de medicalização de tecnificação da Medicina, nós transformamos a Medicina em uma saúde que não é um direito, mas uma saúde que é mercadoria. Acho que o Conselho Federal de Medicina fez uma opção por uma saúde anticonstitucional, anti o que nós aprovamos na constituinte. Saúde é uma mercadoria para o Conselho Federal de Medicina. Tem muitos tomógrafos porque os pais que pagaram 7, 8, 9, 10 mil reais durante seis anos para que seus filhos fizessem cursos de medicina 12 mil reais em instituições privadas pudessem agora ver o resultado. Eles jamais aceitarão que seus filhos estejam vinculados a qualquer serviço de atenção à saúde coletiva. É incompatível pensar que esse pai que pagou 12 mil durante seis anos para que seu filho fizesse um curso de Medicina, investisse nisso, esse menino agora fosse autorizado familiarmente para que ele pudesse ir fazer

atenção às pessoas nos cuidados da Atenção Primária à Saúde. O Conselho Federal fez opção por uma saúde que é mercadoria e não por uma saúde que é direito. E a outra questão que eu queria dizer é que do ponto de vista da opção que o Conselho Federal de Medicina fez com o PL, com toda a sua validação pela hidroxicloroquina e ivermectina, mas especialmente do ponto de vista de todas as suas estratégias antiaborto, que para a sociedade em geral estão ligadas a valores religiosos e espirituais, equivocadamente, mas o Conselho Federal de Medicina não se equivocou. Ele não fez uma opção religiosa, nem uma opção conservadora. Ele fez uma opção preferencial pela riqueza. Então criminalizar o aborto é criminalizar a pobreza, porque são mulheres pobres, são mulheres altamente vulneráveis e vulnerabilizadas que são... E a bioética trabalha com essa questão fundamentalmente, enfrenta esse problema e a bioética enfrenta uma questão da autonomia: o paternalismo médico defende uma juridicidade da autonomia médica que não existe para o Direito. Nem este direito capturado pelo poder masculino. Não, o Direito não valida a autonomia absoluta. Não há direito absoluto no Brasil. Nenhum direito é absoluto. Nem a vida é um direito absoluto. Então do ponto de vista da hermenêutica jurídica, não há que se falar em autonomia absoluta de nenhum profissional. E a bioética enfrenta o problema do paternalismo médico, mas um paternalismo sem o amor paternal que deveria ser trabalhado. Então o Conselho Federal de Medicina está adoecido e nossa sociedade está adoecida, na medida em que depende de profissionais adoecidos, capturados pelo mercado para ter saúde como um direito, um direito de cidadania.

O: Eu me esqueci de falar que no próprio Código de Ética Médica aprovado em 2019, reforçando os pontos levantados pela professora Elda, onde diz que a objeção de consciência é um direito médico, mas que ele não é absoluto. Esse direito à objeção de consciência é proibido quando não há outro médico; quando aquela objeção pode causar um dano ao paciente; e quando há risco de morte. Outra questão, é que no Brasil, infelizmente, o aborto previsto em lei

não é só negado nos casos violência sexual. O aborto é também negado quando há risco de morte. Em torno de 30% das mortes maternas que morrem no Brasil são por motivo de complicações de doenças pré-existentes. São mulheres cardiopatas, por exemplo, que têm um risco aumentado dezenas ou centenas de vezes maior de morte materna, e muitas vezes a interrupção da gravidez só é realizada quando a gestante já se encontra em situações de irreversibilidade do quadro. Não deveria ser assim! No início da gravidez, quando já se tem ciência de uma morbidade materna grave, e que esta morbidade com avançar da gravidez colocará a vida da gestante em risco, o aborto já deveria ser oferecido. Dessa maneira, muitas vidas maternas seriam salvas. Recentemente, num trabalho belíssimo da Comissão de Residência Médica, a FEBRASGO elaborou as EPAs (Entrustable Professional Activities) que são diretrizes de competências que médicos são obrigados a aprender realizar de forma segura para obter o título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia. São 21 EPAs, que vão desde a ginecologia infanto-puberal até o climatério, passando pelo pré-natal, parto e puerpério, passando por todas doenças e intercorrências da vida reprodutiva feminina. E a 21^a EPA trata da assistência à vítima de violência e ao aborto previsto em lei. Ele tem que treinar e aprender todas as EPAs para obter o título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia.

M: Perfeito, Professor Olímpio. Com essa questão da formação eu aproveito para te perguntar como os cursos de Medicina tem desenvolvido a temática do aborto na formação dos estudantes de graduação na residência? Se para além do aprendizado técnico está presente essa abordagem ética, bioética, uma abordagem de gênero, de direitos sexuais reprodutivos? Que desafios que se encontram nesse âmbito da formação e da educação permanente?

O: Na Universidade de Pernambuco (UPE), temos um exemplo que deveria ser replicado em outros cursos de Medicina. Trata-se do eixo humanístico, resultado de uma reforma curricular que aconteceu há pouco

mais de duas décadas. Este eixo humanístico permeia todo o curso de Medicina, trazendo para o curso os temas de saúde, mas com viés de um olhar social e humanístico. Através desse eixo humanístico, os alunos do sexto período do curso de Medicina participam de reflexões e discussões sobre aspectos dos direitos civis, sociais, sexuais e reprodutivos das pessoas usuárias do sistema de saúde. Junto a isso, busca-se a discussão e o reconhecimento do contexto de violências e desigualdades infligidas às parcelas da população e o prejuízo que isso impõe à saúde. Além do papel do sistema de saúde no acolhimento, cuidado e acompanhamento desses indivíduos. Espera-se que o módulo, como parte do eixo humanístico, desenvolva nos alunos atitudes que os ajudarão a fundamentar sua prática médica e sua abordagem no atendimento de tantas pessoas com suas especificidades de uma forma acolhedora, reflexiva e proativa, demonstrando que o ato médico deva ser aplicado de acordo com os postulados da Medicina e seus princípios bioéticos; e não de acordo com crenças religiosas ou negacionistas. Sem dúvida que se essa prática fosse replicada em outras faculdades de Medicina, seria uma ação importante para uma melhor formação de um médico ético e humanista. Em relação a nossa especialidade, vejo a FEBRASGO desempenhando um importante papel na defesa do Direitos Reprodutivos através da sua Comissão Nacional Especializada de Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei. Sempre atenta, dando suporte técnico aos serviços de abortos previsto em lei no Brasil, publicações de artigos e posicionamentos, e sempre levando o tema para os nossos eventos científicos. Também não podemos esquecer do trabalho exercido pela nossa Comissão de Residência Médica que coloca como obrigatório na formação da nossa especialidade, a assistência à mulher vítima de violência e aborto previsto em lei.

E: Achei ótimo professor, gostei muito. Só lembrando que crença é dogma e ciência é episteme. É diferente. A ciência não aceita dogmas. O Direito, às vezes a gente fala dogmática jurídica... Tenho muita pena, porque a ciência

do direito ela pode buscar a norma geral e abstrata, mas uma norma que seja fundamentada numa episteme jurídica, então acho que nós temos que pensar essa diferença. Por isso gostei muito da sua fala: crença é dogma, dogma é uma verdade que não tem como refutar, que não é dialógica. A ciência é dialógica. A ciência é temporária. Ela pode ser construída todos os dias, avançar todos os dias. Muito legal.

M: Isso mesmo, a gente vai trabalhar no âmbito da ciência, da formação de profissionais de saúde, com a doxa - o saber que vem das opiniões - mas não com os dogmas, não com essa base de um conhecimento de uma crença que é inquestionável, isso não cabe no nosso espaço. Professora Elda, vou te encaminhar então a última pergunta: no ano passado, a então Ministra do Supremo Tribunal Federal, Rosa Weber, em seu voto histórico a favor da descriminalização do aborto nas primeiras 12 semanas gestacionais, mencionou o importante fato de que em diferentes países em que o aborto foi descriminalizado, observou-se com o passar dos anos uma redução do número de procedimentos realizados associado a um contexto de ampliação do uso de métodos contraceptivos. E defendeu a justiça social reprodutiva, fundada nos pilares de políticas públicas de saúde preventivas na gravidez indesejada, como o desenho institucional mais eficaz na proteção do feto e da vida da mulher comparativamente à criminalização. Nesse ano, a França se tornou o primeiro país do mundo a incluir o direito da mulher ao aborto na constituição. Na América Latina, vimos a Colômbia se juntar ao grupo de países que avançam na defesa social reprodutiva permitindo a interrupção da gravidez. Uruguai, Cuba, Guiana, México, Argentina. No Brasil, como em todas as outras partes, o aborto é um dos assuntos capazes de provocar profundas divisões sociais. Daí essa manipulação como instrumento político do patriarcado que vocês já vieram comentando até aqui, que usa o aborto no jogo partidário eleitoral. A pauta inflamada do aborto legal nesses últimos meses nos alerta para o fato de que não podemos simplesmente considerar garantidos e permanentes os

direitos conquistados. Como nesse contexto, professora, a gente pode entender os movimentos e as ações empreendidas pelas sociedades, pelas associações da qual participa, mais particularmente da Sociedade Brasileira de Bioética? Eu acompanho do lado de dentro, mas eu acho que seria um momento importante de contar um pouquinho dos movimentos que têm se feito nesse sentido e que caminhos precisam ser trilhados. Quais são as dificuldades e potências? Qual é a situação no momento do PL 1.904, o que a gente tem pela frente?

E: Olha eu sempre gosto de dizer que direito positivado não é direito conquistado. Nós temos muitos direitos. A Constituição de 1988 que foi pródiga de direitos sociais, justiça social, mas infelizmente a efetivação desses direitos é um processo muito lento e a democracia vive um risco permanente. As legislações que avançam em Direitos Humanos, melhor dizendo em Direitos Humanos Fundamentais, são ainda mais frágeis. Então na minha compreensão, a manutenção desses direitos não virá do Legislativo, não virá do Executivo, não virá do Judiciário. Qualquer manutenção de direitos virá da sociedade e a Sociedade Brasileira de Bioética tem essa clara compreensão da sua responsabilidade histórica de trazer este debate. Bioética é fundamentalmente reflexão. Bioética é um convite a libertar-se das amarras, dos dogmas, por um processo dialógico que enfrenta todo e qualquer dilema. Então a bioética não é sectária. As religiões são sectárias. A bioética não pode ser uma bioética religiosa. Ela pode ter religiosos, mas a bioética precisa ser uma bioética laica, com profundo respeito às diferentes religiões. Então nesse sentido a Sociedade Brasileira de Bioética tem feito um enfrentamento importante com relação à questão do aborto. Nós temos tido manifestações escritas, manifestações por meio de vídeos, nós temos tido manifestações a partir de processos legislativos. Temos atuado como *Amicus Curiae*, temos entrado no enfrentamento, temos ido ao Supremo, temos feito todo um movimento ao Parlamento, para mostrar que não é possível transformar os desejos políticos, as disputas políticas, colocando e pegando um projeto que está lá escondidinho, validado pelo Conselho Federal

de Medicina, validado pelo centrão, validado por outros grupos políticos. Não há como dizer que transformar as mulheres em massa de manobra. Então eu diria que a Sociedade Brasileira de Bioética tem agido no sentido de compreender que só a sociedade atua no sentido de avançar a conquista de direitos, mas só a sociedade consegue de fato efetivar direitos. Quando as mulheres foram para as ruas dizendo não àquele PL, elas disseram “nós estamos aqui, nós estamos caladinhas, mas não avancem, não estiquem a corda, porque nós podemos fazer essa corda arrebentar politicamente”. Então eu acho que agora é hora das mulheres, vendo todo esse retrocesso do ponto de vista de uma política dominada pela igreja, dominada pelo sectarismo religioso, pelos interesses econômicos religiosos... E Nietzsche serve muito bem para essa compreensão, Marx serve muito bem... Nós podemos exercitar a fé, mas nós não podemos ser massa de manobra de religiosos. Eu sou religiosa, eu sou cristã, fundamentalmente raiz cristã, mas entendo que o cristianismo ele é libertador. O cristianismo não pode ser um cristianismo que encarcera. Então acho que o projeto não tem a ver com isso, mas me deu vontade agora de falar, vou falar: o cristianismo é libertário. O Cristo, para aqueles que são cristãos, é profundamente libertário. Ele enfrentou dizendo “não há mais homens ou mulheres escravas, ou patrões judeus ou gregos, homens e mulheres”. É o princípio da igualdade. Então nesse sentido, seja pelo cristianismo, seja por qualquer outra matriz religiosa, a luta deve ser a luta por igualdade. Qualquer religião que encarcere qualquer pessoa, que não seja libertadora de corações, espíritos e corpos, não é uma religião, não é uma crença que possa prosperar e que busque direitos sociais, justiça social.

M: Professora, antes você falou que era uma alegria e uma esperança ouvir o Professor Olímpio e é também a ouvir, viu? O esperançar de Paulo Freire. Eu concordo com você que é o movimento social, que são essas ondas, essas movimentações, que a gente está vendo acontecer e está tentando participar para dar mais força e para avançarmos nos direitos e nunca regredirmos, mas é isso, lembrando que eles nunca estão garantidos. Bom, para finalizar esse

debate, queria pedir que cada um de vocês deixasse alguma mensagem. Eu também queria deixar uma. Eu queria começar e passo a palavra para vocês, para vocês finalizarem. Evocando novamente a Professora Débora Diniz, uma questão que ela sempre discute e que me parece muito importante. Ela diz que o aborto não pede torcida menos ainda ringue de luta. Que não há isso de argumentos favoráveis ou contrários ao aborto. A decisão de fazer um aborto é ancorada em uma necessidade de saúde de mulheres que não podem ou não querem seguir adiante uma gestação. Então não se debate esse assunto com o contra ou a favor. A dilematização sobre o aborto de fato tem servido para se manter a inércia, para se manter o *status quo*, a situação do jeito que historicamente ela vem se mantendo. Precisamos refletir a quem interessa discutir o aborto dilematizando, porque ao pautá-lo desta maneira, o marco moral da pergunta sobre ser contra ou a favor do aborto acaba por distorcer um tema de saúde e direitos em uma questão de opinião, quando a opinião que nos cabe na verdade é se somos contra ou a favor do Estado negligenciar e fazer sofrer meninas e mulheres com a criminalização do aborto.

O: Bom, eu tenho esperança de que, cada vez mais, tenhamos mais mulheres como Elda ocupando cargos importantes. Esse ano é a primeira vez que o número de médicas é maior que o de médicos no Brasil. Hoje, 85% dos residentes de Ginecologia e Obstetrícia são mulheres. Na grande maioria, defensoras da ciência e da ética. Isso é importante para que consigamos diminuir as injustiças, sofrimento e até mortes das mulheres por causas evitáveis, como é o caso das complicações por aborto. Como sabemos, as mulheres e meninas que morrem na idade fértil por complicações de aborto, morrem não porque não sabemos salvá-las, mas porque não achamos importante salvá-las. É uma decisão política de justiça e humanidade.

M: Inclusive, Professor Olímpio, de que essa característica do cuidado que é tão atribuída ao gênero feminino, que a gente avance tanto ao ponto de

essa ser uma característica de ser humano. Acho que é para isso que a gente está trabalhando. Eu também tenho esperança de que a gente vai conseguir melhorar isso, mesmo que seja pouco a pouco.

E: Olha, que queria terminar a minha fala, marcando uma questão. Quando a Professora Mirelle me chamou para essa mesa ela me chamou, Professor Olímpio, numa dupla condição: como jurista e como Presidenta da Sociedade Brasileira de Bioética. Na realidade, como bioeticista. E eu queria dizer duas questões: primeiro, que criminalizar o aborto, como eu disse, é criminalizar a pobreza. Então antes de pensarmos sobre a criminalização do aborto ou, ao mesmo tempo, nós precisamos pensar por que criminalizarmos a pobreza? Por que criminalizamos tanto a pobreza? A desigualdade é uma questão interseccional. Nós precisamos pensar nisso e aí eu queria dizer, como jurista, primeiro como jurista: o que é o Direito; a quem serve o Direito; a quem tem servido o Direito; e a quem deve servir o Direito. O certo é que o Direito não tem servido à sociedade. O Direito tem servido a outros senhores que não a sociedade. Como bioeticista, eu queria dizer, Professor Olímpio, fazer-lhe um convite: a Sociedade Brasileira de Bioética reúne pessoas que pensam a partir de uma outra perspectiva, que são capazes de colocar tudo em suspensão, menos a dignidade, e estão dispostas a discutir tudo que é possível. Queria fazer um convite direto para que o senhor se associe a Sociedade Brasileira de Bioética, para que isso acontecesse a partir de hoje mesmo. Eu tenho certeza de que o senhor será um membro muito especial, porque o senhor significa a ética. O senhor significa as pessoas, a sociedade, a vida e a saúde.

O: Elda, pode mandar a ficha que eu faço minha associação agora.

E: Estou tão feliz, eu ganhei o dia aqui. Obrigada Professora Mirelle pelo convite que me fez. E agora nós vamos ampliar. Nós temos uma regional aí em Pernambuco e eu queria que o senhor estivesse aqui claro.

O: Também, estou muito feliz, pela oportunidade desta nossa conversa, onde apreendi muito sobre bioética e aborto. Claro que irei aprender ainda mais fazendo parte da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) que tem como finalidade reunir pessoas de diferentes formações científicas ou humanísticas interessadas em fomentar o progresso e a difusão da Bioética. Encerro minha participação, me colocando sempre à disposição para discutir este tema, tão importante para a saúde e vida das mulheres e de toda a sociedade.

M: Que maravilha! Para mim foi um prazer estar aqui dialogando com vocês. Terminamos com um saldo superpositivo com um novo associado, de honra, fazendo parte da SBB. E se além disso, esse diálogo aqui favoreceu a reflexão crítica, o repensar de alguma ideia anterior das pessoas que estão nos assistindo, aí valeu mais ainda, porque é pra isso que a bioética serve: pra gente colocar em suspensão, colocar em análise as nossas próprias convicções e entender que todos nós temos as nossas verdades e que se nós somarmos essas verdades, dialogarmos, aprendermos uns com os outros a gente vai conseguir compreender melhor o mundo e transformá-lo naquele sentido de que precisamos. Vamos torcer para que esse diálogo seja frutífero nesse sentido também. Muitíssimo obrigada, foi um prazer estar com vocês.

Participação social no SUS: desafios e perspectivas²⁶

Erick Cardoso da Rosa
Juliana Sampaio
Frederico Viana Machado

Erick Cardoso da Rosa: Boas-vindas a todos que estão nos assistindo. Eu sou Erick Cardoso da Rosa, membro do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, onde curso o mestrado em Saúde Coletiva, na linha de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Atuo como vice coordenador do Conselho Local de Saúde do bairro Pantanal, em Florianópolis e tenho experiência com atividades comunitárias e movimentos sociais. Hoje estou aqui com dois convidados muito especiais. Juliana Sampaio, da Universidade Federal da Paraíba, atua como professora titular do Departamento de Promoção da Saúde e lidera o grupo de pesquisa Apoia RAPS, abrangendo temas como atenção básica, gestão do cuidado e políticas públicas. O professor Frederico Viana Machado, é mestre e doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, conselheiro estadual de saúde, associado da Rede Unida e professor do bacharelado em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde desenvolve pesquisas sobre participação social, políticas públicas e as relações entre os movimentos sociais e o Estado. Esse diálogo vai ter como tema a participação social no SUS, desafios e perspectivas, a fim de destrinchar algumas questões que envolvem a participação social do SUS, tentando entender as interfaces com os movimentos sociais na construção de um sistema de saúde universal e integral. A participação social

26 Disponível em: <https://www.youtube.com/live/aivywiO7jf8?si=CEgKVZ15TOnBA9rW>

é tida como um dos pilares que sustentam o SUS, conforme estabelecido desde a Constituição de 1988 e reforçado pela Lei Orgânica de Saúde, sobretudo a partir da publicação da Lei 8.142 em 1990, que regulamenta a participação social na gestão das políticas de saúde. Esse princípio garante que a sociedade civil tenha voz ativa na formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas de saúde no Brasil. Via mecanismos formais, como os conselhos de saúde, as conferências de saúde, e por outros meios, como ações públicas movidas pela sociedade civil e abaixo-assinados, essa participação contribui para a consolidação de um sistema de saúde mais democrático e alinhado às necessidades da população. A participação social implica também na compreensão de que a sociedade é múltipla e os seus interesses também são. Além disso, é importante nos apegarmos à ideia de que, em conjunto, a gente pensa melhor e toma as decisões de forma mais coerente. Alguns estudos têm sugerido que, nos municípios onde há maior integração entre os movimentos sociais e os conselhos de saúde, os serviços públicos ofertados são mais adequados às necessidades locais, justamente por conta desse contraste entre o fazer política com a população e o fazer política para a população. Essa atuação pode ser um mecanismo de fortalecimento da garantia de direitos e controle social sobre o sistema, fomentando a democracia participativa e permitindo que cidadãos, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço possam colaborar ativamente nas decisões que afetam o sistema como um todo, o que é crucial para a legitimidade das políticas implementadas. Ela tem o potencial não apenas de dar voz à população, mas de assegurar que o SUS continue sendo um sistema público, universal e integral. Contudo, para ser efetiva, é necessário enfrentar os desafios de inclusão e fortalecimento das instâncias participativas, especialmente porque, em tempos de crises e restrições políticas e orçamentárias, como temos vivido, a participação social nesses órgãos fica cada vez mais defasada, justamente das instâncias primordiais para garantir a integralidade do sistema. A partir dessa breve introdução, iniciamos oficialmente o nosso Diálogos em Saúde Coletiva de hoje e passo a palavra para

o professor Frederico, em seguida para a professora Juliana, iniciando aqui com a primeira pergunta: De que forma a articulação entre o controle social e os movimentos sociais pode ser fortalecida para assegurar a manutenção e o avanço dos princípios da saúde coletiva e do SUS no cenário político atual?

Frederico Viana Machado: Essa é uma pergunta difícil de responder. Vou tentar problematizar mais, porque às vezes uma boa pergunta é melhor do que uma resposta fria, esquemática e distante do que a gente precisa para resolver um problema. Às vezes uma boa pergunta nos ajuda mais. Eu acho complexo responder essa pergunta porque o mundo mudou tanto nos últimos anos, exponencialmente, especialmente nos últimos cinco anos. Desde que criaram o termo “movimento social”, “controle social” no SUS, tudo vem mudando tão rapidamente que eu acho muito difícil responder qualquer pergunta relacionada ao tema sem um preâmbulo grande de problematizações. O que é movimento social hoje? Como as pessoas se organizam politicamente hoje? Como as pessoas lutam por direitos hoje? Quais são as principais pautas de luta? Será que essas pautas estão articuladas? Como elas se articulam? Há uma série de problemas que eu penso que as respostas que nós temos são insuficientes para responder cada uma dessas perguntas isoladamente, e ainda mais insuficientes quando as colocamos em um cenário articulado. Alguns autores têm argumentado que a grande crise da sociedade hoje é que nós não temos “um horizonte” de mudanças, uma utopia. Pelo quê vamos lutar? Pela revolução do proletariado? Pelo marco legal constitucional? Qual é o nosso horizonte de democracia? Qual é o nosso horizonte de igualdade? Até onde nós podemos sonhar por uma sociedade melhor? O que é factível? O que não é? Quando colocamos todos esses conceitos, que já são complexos, numa mesma arena, eles se tornam ainda mais complexos. Fica difícil olhar para essas questões de uma forma que não seja meramente especulativa, porque se começamos a ser um pouco mais propostivos, arriscamos ser ou idealistas demais, ingênuos demais, distantes demais da realidade, ou reformistas, conservadores. Estamos em um momento histórico muito complicado para responder tudo isso de forma

determinista. Pensar sobre a articulação entre controle social e movimentos sociais pode ser fortalecida, me recordou de uma fala da Sônia Fleury, se não me engano, em que ela diz algo mais ou menos assim: “por que os conselhos de participação social em saúde estão aí até hoje? Por que eles foram um arranjo institucional tão improvável, olhando desde hoje, mas que resistiram tanto tempo?” O argumento dela era que os conselhos resistiram tanto tempo porque foram criados de baixo para cima. E eu tendo a concordar. Antes da lei orgânica do SUS, até mesmo antes de termos as experiências anteriores aos conselhos, como, por exemplo, aquelas previstas no Programa das Ações Integradas de Saúde, de 1983: as AIS previam as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), que seriam estaduais, as Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS) e as Comissões Interinstitucionais Locais de Saúde, de âmbito local. Todas essas experiências, digamos, de agremiações comunitárias, sejam elas experiências de âmbito municipal ou local, vêm de uma tradição que está enraizada nas culturas políticas gestadas até mesmo durante o período da ditadura. Se olhamos para o movimento comunitário de luta por moradia no Brasil, que foi um dos principais movimentos sociais das décadas de 70 e 80, e também outros movimentos sociais daquele período, veremos que a prática da comunidade se reunir para debater um tema, para deliberar, organizar e pensar coletivamente, era bastante presente. A tradição, por exemplo, das associações comunitárias, comunidades eclesiais de base e vários outros fenômenos sociais que têm um formato similar. No campo da saúde isso se repetiu. Se repetiu em vários âmbitos. Na pesquisa dos conselhos locais que fizemos em Porto Alegre, nós achamos um conselho local que existia desde a década de 70, veja bem, é muito anterior ao SUS, é da época da ditadura. A experiência desses conselhos, no argumento que estou tentando defender, nos leva a concluir que os conselhos de saúde, tal como conhecemos hoje, com poder deliberativo, indução da gestão, indução federal que exige que o poder público tenha conselhos para poder ter repasse de verbas de fundo a fundo, com esse arranjo institucionalizado, tem raízes em práticas informais ou pré-institucionais que eram muito orgânicas da população. Eles surgem de baixo para cima, eles são bottom-up, para usar um

termo de análise de políticas públicas. Como estavam enraizados nessa tradição, a institucionalização dos conselhos foi de fácil assimilação pela população, a população entendeu isso com mais facilidade. Logo, esses conselhos se organizaram e se articularam de uma forma orgânica. Foi um processo exitoso porque refletia a realidade da população. Não estou falando que foi fácil, mas que talvez seu formato tenha mais raízes em práticas que não são tão presentes hoje. Atualmente, quando a gente olha para a realidade dos conselhos, imagina eles um pouco mais distantes dos movimentos sociais, em alguns momentos até antagônicos, como se prejudicassem sua organização. Tanto é que, nas perguntas que a gente faz em pesquisas, não só sobre conselho local, mas sobre participação social de modo geral, a principal demanda está na dificuldade de mobilizar a população. Um problema novo que tem surgido quando mobilizamos a população: vem um monte de bolsonarista brigar com a gente, é um problema além do que a gente estava preparado para lidar alguns anos atrás. Então assim, repetindo, não estou falando que foi fácil lá atrás, estou falando que parece um processo mais aderente às práticas culturais, à cultura política da sociedade. Para a cultura política da sociedade de hoje, sair de casa já pode ser uma tristeza. Estamos todos dentro das nossas casas. A covid-19 acelerou muito esse processo da digitalização da vida também, da virtualização da vida. Então, de que forma podemos articular mais o controle social institucionalizado, fixo, amarrado no arcabouço institucional das políticas públicas, do SUS em particular, com os movimentos sociais? Para responder essa pergunta eu diria que precisamos refazer esse movimento de entender qual é a cultura política, as práticas sociais presentes na sociedade hoje e buscar a plasticidade institucional necessária para que isso seja viável novamente. Nós temos que entender esse movimento, como que a sociedade está fazendo isso? Como está articulada hoje? Quais culturas políticas temos na sociedade? Precisamos tornar esse arranjo institucional poroso e permeável a essas práticas. Não é simples e isso apresenta alguns riscos. Eu não vou falar de todos, mas vou falar de um perigo que eu acho muito grave. A institucionalização do SUS é uma riqueza. A institucionalização da participação social, por mais que tenha problemas,

é um trunfo que o Brasil tem e que muitos países estão buscando construir. O manual de participação social da Organização Pan-Americana de Saúde, que saiu faz pouco tempo, mostrou que um dos principais desafios apresentados, com experiências de vários países no mundo inteiro, é a institucionalização dessas práticas, para que elas não fiquem reféns da vontade dos governantes. Nós temos isso no Brasil, os sistemas de controle social, sobretudo aqueles com indução federal, com garantia constitucional. Eles são um tesouro, haja visto o que vivenciamos na saúde durante a covid, em que o Conselho Nacional de Saúde, instituição que tem presença da sociedade civil organizada, desempenhou um papel de rara importância. Então eu quero frisar isso, para não dizer que tornar o controle social poroso significa relativizar a institucionalidade, não estou dizendo isso, jamais. Se tem uma coisa que nós não podemos abrir mão é da garantia constitucional e institucional dos conselhos continuarem existindo, eles têm que ser obrigatórios, e digo mais, têm que ser mais obrigatórios do que já são. O poder público tem que ser obrigado a conviver com a participação dos atores envolvidos nas políticas públicas, tanto trabalhadores como usuários, destinatários que são dos serviços públicos. A obrigatoriedade de escutar a população, de uma participação qualificada, que não é qualquer parte da população. Os conselhos são instâncias de mediação, por isso, qualquer tentativa de tergiversar com isso é cair em populismos baratos. Esse é o nosso principal risco: flexibilizar a institucionalidade. Isso não significa prescindir dela, significa tornar o conselho mais poroso às culturas políticas que temos hoje.

E: Obrigado, professor. Então eu vou passar a palavra para a Juliana para complementar essa fala, entendendo a complexidade das perguntas que nós trouxemos para guiar o debate. Justamente por serem complexas que devem ser compartilhadas. Precisamos criar esses mecanismos conjuntamente e identificar os problemas a priori. Esse risco que o Frederico traz e debate é só um dos obstáculos que nós temos para exercer a participação social efetiva dentro do sistema de saúde. Passo a palavra para a professora Juliana deixar as suas contribuições.

Juliana Sampaio: Bom dia, boa tarde, boa noite para as pessoas que estiverem nos ouvindo. Antes de mais nada, agradecer demais ao convite em nome de Erick e da Rede Unida. Momentos como esse, Diálogos em Saúde Coletiva, são fundamentais para trocar ideias e promover disseminação e tradução do conhecimento que a gente vem produzindo. As universidades têm esse compromisso de disseminar, através dos diferentes meios de comunicação, os conhecimentos produzidos pela academia, nas extensões, nas pesquisas e no ensino. Agradeço muito por esse espaço e quero demarcar um pouco do lugar de onde eu falo. Primeiro, situar que eu sou uma pesquisadora feminista do Nordeste do Brasil, professora da Universidade Federal da Paraíba e atualmente componho o grupo ApoiaRAPS, que vem desenvolvendo uma pesquisa com pesquisadores do Brasil todo, sob a coordenação do professor Sérgio Resende Carvalho da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que se chama “Práticas e Saberes que Vêm das Margens: Encontros e Desencontros com a Atenção e com a Formação em Saúde”. Por que é que eu estou destacando essa pesquisa? Porque muito do que eu vou falar aqui tem a ver com a minha inserção nesta que tem tentado dar visibilidade a saberes e práticas que vêm das margens, o que vai de encontro ao que o Frederico estava trazendo, sobre a porosidade à quem está nos territórios, quem realmente ocupa os territórios, e muitas vezes de maneira marginalizada ou vulnerabilizada. São esses corpos, e essas corpas, que têm menos acesso aos espaços institucionalizados de representação e participação. É desse lugar que eu falo e convido vocês para uma conversa. Lembro do Emerson Merhy, que essa semana estava numa palestra e fez uma provocação, problematizando a produção do eu, na lógica ocidental descartiana: se penso, logo existo. Então, a minha existência depende fundamentalmente de mim mesma, da minha capacidade de pensar. Mas aí, Emerson traz Mandela, que diz “eu sou o que nós somos”. Na sequência, eu então destaco que não só Mandela vai falar isso, mas vários artistas e povos tradicionais vão tomar essa posição. O Airton Krenak, por exemplo, também coloca isso. Várias pessoas indígenas quando se apresentam, dizem: “eu sou

meu povo, quem é você?"; "Eu sou Krenak, quem é você?" Então, não é quem vem antes ou depois... eu sou o meu povo, eu sou a minha comunidade. E o que é que isso tem a ver com a discussão sobre participação social? A participação implica trabalhar pelo bem comum. Eu participo de algo relacionado a políticas públicas, por exemplo, porque me interessa o que é público. Mas, às vezes, isso acontece ainda numa lógica neoliberal, que é o que o Frederico estava dizendo: cada um, cada vez mais, nas suas casas, numa visão cada vez mais neoliberal, muitas vezes até fascista. Sabemos que o fascismo se alimenta dessa visão individual neoliberalista. Não que elas sejam semelhantes, são coisas diferentes, mas elas caminham muito próximas e muitas vezes dialogam, porque o fascismo perpassa por essa perspectiva de "eu" e não "nós". Então, como pensar em participação social se o que me interessa é apenas eu e meus semelhantes? Toda essa questão que nos atravessa como desafio para pensar a participação popular é bem situada no tempo de hoje, quando a gente vê esse modo de organização social individualista, fragmentado. Chegamos a um modo de fragmentação tão grande, de desconexão com os outros, e com o mundo que nos cerca, que não nos percebemos mais como seres dentro de um cosmos. Estamos vivendo uma crise climática, à beira de situações catastróficas. Mas como pensar em políticas públicas, como pensar no público, se eu não consigo me perceber dentro desse cosmos, dentro desse coletivo; se eu não sou forjada no coletivo, mas ao contrário, sou forjada numa lógica competitiva, meritocrática e individualista, de acúmulo de conhecimento, de acúmulo de recurso, de acúmulo de bens e serviços? Então, como de fato tornar poroso um espaço de democracia, de decisão democrática, de participação popular, sem essa noção de bem comum? Eu acho que essa é uma importante problematização, porque isso vai trazer uma série de problemas que colocarei mais à frente, nas próximas perguntas. Mas além disso, a gente tem que entender que esse problema não está só dentro dos conselhos e das conferências, ele está dentro dos próprios movimentos sociais. Vários movimentos sociais estão extremamente fragilizados e fragmentados, exatamente por essa dificuldade

que não é de um movimento A ou de um movimento B, mas dessa cultura em que a gente não consegue mais dialogar e achar um “comum” entre nós pelo qual vale a pena lutar. Estamos à beira do colapso da nossa existência, neste planeta, e nem isso é capaz de nos unir numa causa comum. Isso está na raiz, pensando, é claro, que tudo é muito complexo e não existe um único motivo. Por isso, essa é uma boa conversa para a gente pensar nos problemas que enfrentamos no campo da participação popular.

E: Perfeito Juliana. As respostas de ambos demonstraram um pouco da nossa complexidade não só em debater mas em lidar diretamente com esse tema. Talvez por isso eu tenha iniciado o nosso debate pela pergunta mais difícil, mais complexa que envolve a compreensão dessa articulação entre os movimentos sociais e a participação social, justamente porque, em muitos momentos as duas coisas se confundem. Esse foi um foi um dos debates que tivemos antes de vir aqui para o YouTube compartilhar essas ideias com vocês, sobre haver uma diferença entre movimento e controle social. Em grande parte o controle social existe por conta dos movimentos sociais, então entender essa interface, essa ligação entre as instâncias de participação social no mundo globalizado é essencial para que possamos entender a verdadeira raiz do problema e pensar em soluções conjuntas. A segunda pergunta é: como a participação popular tem sido exercida nas políticas públicas de saúde no Brasil ao longo das últimas décadas e quais foram os principais avanços e retrocessos que vocês percebem e conseguem destacar nessa ao longo dessa história de construção da participação social no SUS?

F: Eu posso arriscar alguns comentários sobre a experiência de Porto Alegre, que é onde tenho mais conhecimento, por conta das pesquisas e projetos que atuei nos últimos anos. A pesquisa da Victória Figueiredo Ribeiro, que tive a alegria de orientar na Iniciação Científica, foi encomendada pelo Conselho Municipal de Saúde. A Maria Letícia de Oliveira Garcia, que já esteve à frente do

Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, nos pediu para pesquisarmos e sistematizarmos o histórico de conflitos entre o Conselho e o poder público, analisando os desafios enfrentados pelo controle social em saúde da cidade. Esse pedido vem na esteira de uma série de ataques que eles têm sofrido, ataques que colocam em questão, sobretudo por parte do poder executivo, a própria legitimidade do Conselho como espaço de fronteira entre o Estado e a sociedade. Vale lembrar que os Conselhos de Saúde estão institucionalizados e seu poder deliberativo é constitucional, garantido pelas leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde. Nossos dados tratam da realidade de Porto Alegre, mas uma pergunta que a gente faz na consideração final de um artigo derivado desta pesquisa (e está no prelo da revista Ciência e Saúde Coletiva) é como isso tem ocorrido em outras regiões do Brasil. Existe um padrão de conflitualidades que se repete em outras cidades? Esse padrão estaria mais relacionado a partidos políticos no poder, vieses políticos, ou seriam mudanças na própria configuração do estado na atualidade e os desafios para se exercer o controle social neste contexto? Enfim, os resultados da nossa pesquisa podem ser acessados, estão divididos em um artigo e um capítulo de livro²⁷. A pergunta da pesquisa é se existia uma mudança no padrão de conflitualidade enfrentado pelo Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre ao longo do tempo. Fizemos uma análise qualitativa bastante extensa, mas ainda assim, tem que ser complementada com uma escuta da gestão, que não fizemos. Até tentamos contato com um dos secretários municipais de saúde, mas não conseguimos uma entrevista. A gente precisa escutar essas pessoas porque elas são parte integrante dessa arena política e, sem ela, é impossível termos uma compreensão mais sistêmica desse tema. Espero que em algum momento aceitem falar com a gente. Fizemos uma longa análise de documentos, escutamos participantes do conselho, sobretudo aqueles mais antigos, que vivenciaram esses conflitos, e organizamos os acontecimentos dividindo-os em “casos”, reunindo ações que são desdobramentos diretos uns

27 Machado FV, Ribeiro VF. Um breve histórico dos atores, das lutas e dos conflitos enfrentados pelo Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. In: Londero CA, Bulgarelli AF, Pilotto LM, Martins AB, Thomazi GL, Guarneri JM, Murussi LG, Bitencourt R. (orgs.). *Costuras da Saúde Coletiva em Movimento*. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2024. v. 1, p. 19-44.

dos outros. Pegamos desde o primeiro caso que conseguimos, um Projeto de Lei anterior à Lei Orgânica do SUS, anterior à Constituição Cidadã. Não estava ainda no âmbito do SUS, era a CIMS, que antecedeu o Conselho Municipal de Saúde, mas já indica o tensionamento entre atores no espaço do controle social em saúde, por isso incluímos. Houve uma ocupação histórica em Porto Alegre, uma ocupação muito importante para a cidade, a Ocupação do PAM 3²⁸. Foi o primeiro caso de municipalização de um serviço na cidade, anterior à própria Constituição de 1988. Ocuparam um grande equipamento de saúde. Nós agrupamos esses conflitos em casos, por exemplo, num caso houve uma liminar do Ministério Público e também um protesto, e a gente foi analisando os pontos de atrito entre os atores do controle social e o executivo ao longo da história. Nós conseguimos mapear com qualidade 18 casos, fazendo uma análise dos desdobramentos. Esses casos foram divididos em três fases: a primeira que chamamos de participação comunitária, que é quando há uma lógica muito mais de mobilizar a comunidade e ocupar espaços, protestar. Por exemplo, além da ocupação do PAM 3, outro caso desta fase foi uma ação fiscalizatória, os participantes se mobilizaram e foram até o local, registraram, protestaram. Também identificamos outra ocupação, de um hospital que também foi municipalizado, agora já pelo Conselho municipal de saúde. O Conselho Municipal de Saúde é de 1992 e esse caso da ocupação do hospital é de 1995. Essa primeira fase durou do final da década de 80 até a primeira metade da década de 1990. Esse padrão se altera na segunda metade da década de 1990, quando começamos a chamar os padrões de conflitualidade de “pós-institucionalização”. Chamamos de pós-institucionalização uma situação com padrões de conflitualidade posteriores à consolidação da institucionalização do conselho, que já tinha sido regulamentado antes, mas ali nós compreendemos que a institucionalidade já estava funcionando. Por isso é “pós-institucionalização”, pois o processo de institucionalização estava concluído. Então o conselho já tinha um regimento, uma lei que o regulava e já possuía um padrão de governança

²⁸ A ocupação do Pronto Atendimento Médico 3 foi registrada em um VHS. Um vídeo de grande valor histórico que está disponível no YouTube: https://youtu.be/y9wAK_LxOh4.

bem estabelecido, na segunda metade da década de 90. Nesse período já temos o primeiro coordenador do conselho eleito em plenária. Anteriormente, o secretário de saúde que ocupava o cargo ou indicava alguém da gestão para presidir o conselho. Foi apenas em 97 que Humberto Scorzai foi eleito coordenador do conselho pela plenária. Uma característica interessante desse momento é a ocorrência de judicialização, ou seja, o conselho começa a usar do Ministério Público para fazer valer a Constituição. Nesse cenário, o judiciário se torna um aliado. Antes disso não encontramos nada de judicialização. E notem bem, a judicialização como instrumento de controle social utilizado pelo conselho. Nesse período tivemos muitos conflitos, muitas “brigas fortes”, tensas, do conselho, mas em todos os desdobramentos que analisamos, de cada “caso”, o espaço do conselho minimamente serviu para alcançar consensos ou para negociar diferenças e não foi diretamente atacado ou deslegitimado. Os conflitos não levaram ao rompimento de relações entre atores, o que aconteceu na terceira fase, que se deu mais ou menos a partir de 2010. Na segunda metade da década passada, mais precisamente em 2016, localizamos essa fase que nomeamos de “judicialização, burocratismo e *lawfare*”. Mas porque judicialização? A judicialização ocorria antes, mas nesse momento nós identificamos várias ações de judicialização do poder público contra conselheiros, isso nunca tinha acontecido. Notamos ações que partiram do secretário municipal de saúde e do prefeito. Foi a própria prefeitura, ou mandatários de um órgão do governo, processando conselheiros de saúde. Em um dos casos que a gente mapeou, foi utilizada até a lei de segurança nacional contra a então coordenadora do conselho, porque haviam sido colocadas nas proximidades da Secretaria Municipal de Saúde grandes “caixas de presente de natal” num protesto contra uma determinada situação. Ações que anteriormente seriam consideradas normais, tensões habituais do atrito entre atores, enfrentaram uma ofensiva de criminalização e censura, de pessoalização e atomização, individualização dos conflitos. Pensem bem o que é, na vida de um usuário pobre de periferia, sofrer um processo judicial da prefeitura ou de um gestor público. Onde ele vai conseguir dinheiro

para contratar um advogado para enfrentar esta situação? Quanto isso vai complicar a sua vida? Nesse momento os casos que analisamos traziam essa tensão relacionada à “judicialização, burocratismo e/ou *lawfare*”. Utilizamos a palavra *lawfare* para falar desse uso da lei para impedir a negociação política, para simplificar o processo político. A burocratização foi outro aspecto identificado, e que já havíamos identificado nas dinâmicas sócio estatais relacionadas a outros conselhos de políticas públicas, em uma pesquisa que fizemos no GPACE (Grupo de Pesquisa em Associativismo, Contestação e Engajamento), que eu faço parte. Em parceria com o Fórum Municipal dos Conselhos da Cidade (FMCC) fizemos uma pesquisa sobre todos os conselhos de políticas públicas de Porto Alegre, cujo relatório foi publicado em livro (Zenker et. al, 2021)²⁹. Nesta pesquisa identificamos o burocratismo não apenas no Conselho Municipal de Saúde, mas em vários conselhos do município. Em síntese, trata-se da gestão municipal utilizando de burocracia, da complexificação de fluxos institucionais, que dificultam ou impedem o funcionamento dos conselhos. Eles não dão a senha do e-mail, não liberam a chave da sala, não registram e não publicam no Diário Oficial oficializando os membros, não têm ata, não tem como votar, e por isso trabalham sempre no limite da legalidade. Com muito custo se formava uma chapa, um grupo que compunha uma plenária, mas demorava meses para que isso fosse oficializado, logo os membros se desmobilizavam e todo o processo político voltava à estaca zero. Chamamos de burocratização esse padrão de relação socioestatal, incompetências ou estratégias de governo que desarticulam o controle social. Esse é um cenário muito impactante para quem acompanha o cotidiano dos conselhos. É um contexto que aporta muitos desafios e retrocessos para a consolidação do controle social. A pergunta versava também sobre os avanços, mas isto demandaria outro tempo e espaço para debatermos. Acho importante mencionar apenas que é possível, sim, identificar avanços na arena da participação e do controle social, tanto

²⁹ Zenker MR, Silva MK, Medeiros ILP, Machado FV, Espíndula BF, Rech CM, Colome FL, Müller ID, orgs. *Conselhos municipais de Porto Alegre: histórico e desafios na gestão democrática da cidade*. 1^a ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2021. v.1. 186 p. DOI:10.18310/9786587180540.

nacionalmente como em Porto Alegre. Hoje em dia temos atores muito capacitados para transitar nesses espaços, contribuindo indelevelmente para a garantia dos direitos de cidadania frente a contextos absurdamente avessos à democracia e aos princípios de igualdade. Não consigo imaginar o que seria do nosso sistema de saúde hoje em dia sem esses atores.

E: As contribuições estão sendo incríveis e eu acho que os dados que vocês compilaram nesta pesquisa dizem muito sobre realidades não só de Porto Alegre. O que a gente tem visto, principalmente a partir de 2018, foi um desmonte de muitas instâncias formais de atuação e participação popular. Inclusive, uma das primeiras medidas do governo eleito em 2018 foi destituir uma boa parte dos órgãos de participação social que não eram formalizados por lei. Isso equivale a mais 70% dessas instâncias de participação social, entre comitês e conselhos que atuavam a nível de reestruturação. É um processo pensado e discutido, porque para além dos contextos locais, a participação social também varia com os contextos políticos, e todas essas variáveis que você traz e consegue debater de uma forma muito precisa, tem que ser debatidas coletivamente para que a complexidade desses desmontes fique evidente, sobre essa dificuldade em manter uma participação efetiva e contínua da comunidade e da população nos serviços de saúde. Passo a palavra para Juliana agora, fique à vontade para fazer suas contribuições.

J: Eu comecei problematizando a ideia de participação popular para poder centrar um pouco no que eu percebo como efeitos disso nas instâncias de controle social. Eu particularmente não acho que os problemas e desafios do controle social vem de 2016 para cá. Acho que, assim como o SUS, que desde sua origem enfrenta ataques, o controle social desde a sua institucionalização com a Lei 8.142/1990 também vem enfrentando diferentes dilemas internos e de conjuntura política. É claro que existem momentos mais difíceis, assim como tem momentos históricos de maior protagonismo dos movimentos sociais. Eu

acho que a gente tem movimentos potentes, ao mesmo tempo que existem governos mais antidemocráticos, que tentam destruir os espaços democráticos existentes, como vimos com o adiamento de conferências recentemente, tanto em âmbito local, quanto em âmbito nacional. Isso, por outro lado, também produz movimentos de resistência e de enfrentamento e de participação popular, de lutas e inovações no campo democrático. São as pessoas em resistência, lutando. Por isso, eu chamei de “produção de um bem comum”, que no nosso campo, é o direito à vida, à saúde, a condições dignas de existência. Eu concordo com o Frederico quando ele diz que a institucionalização do controle social através dos conselhos e das conferências é uma grande conquista. A ideia de controle social é muito cara. Quando a gente vê que o orçamento tem que ser aprovado pelo conselho, não é só um espaço de debate, mas de deliberação sobre o que é mais importante, para onde os recursos serão direcionados. Num país capitalista, decidir política pública e definir agenda política implica em também definir quais são os caminhos de um orçamento. Isso, não só no planejamento, mas na aprovação dos relatórios, observando as deliberações do conselho e das conferências. Porque a gente sabe de governos que não tiveram nenhum relatório fiscal aprovado pelo conselho. Sabemos que esse governo precisa ser investigado: o que é que aconteceu com o orçamento para que o conselho não tenha aprovado o relatório? Esses são âmbitos importantíssimos do controle social, que vem dessa institucionalização que o Frederico coloca. Na minha experiência transitando por conselhos de diferentes municípios, percebo que essa burocratização dos processos não vem só do gestor. Nós temos várias experiências de conselhos que estão extremamente burocratizadas por pessoas que os compõem, e que às vezes são presidentes dos conselhos há décadas. Sabemos que historicamente existem conselhos que não se reúnem, e que conselhos de municípios de pequeno porte têm problemas diferentes de conselhos de municípios de grande porte. As características do controle social em municípios de pequeno porte são diferentes dos problemas e dos jogos de poder e de disputas que acontecem em municípios maiores, onde há maior

representatividade dos diferentes segmentos, e você tem uma maior correlação de forças. Esses dilemas, de formas diferentes e com expressões diferentes, vão acontecer em quase todos os municípios. Uma outra coisa que eu acho muito preocupante tem a ver com minha primeira fala. Por exemplo, estou no conselho representando o coletivo de mulheres, representando o coletivo de pessoas com deficiência etc. Mas eu represento o meu coletivo ou eu sou uma pessoa deste coletivo que represento a mim mesma, ali dentro? Esse é um outro desafio que a gente tem, não só no controle social, mas em vários outros espaços de representação social. As pessoas vão para os espaços de representação, representando elas e o que elas pensam sobre o assunto, não tem aquela de voltar para a minha base. A própria base, muitas vezes está fragilizada, está fragmentada e não dialoga em seu interior. Tem vários movimentos, com várias divergências de acordo com o segmento. O Movimento de Mulheres tem diversas divergências, a partir de diferentes marcadores de diferenças. E como é que se dá essa representação quando a própria base tem dificuldade de dialogar? Isso incide nas políticas públicas, principalmente em âmbito local. Por outro lado, eu queria resgatar um pouco o que o Frederico colocou sobre a característica que se deu no início do conselho municipal em Porto Alegre, que foi uma dimensão mais de participação popular. Consideramos instância de controle social os conselhos e as conferências, mas conselhos não são apenas de âmbito municipal, estadual e nacional. Temos os conselhos distritais, conselhos gestores de serviço, conselhos locais... Esses conselhos estão muito fragilizados nos territórios e não existem em muitos municípios. Eles seriam os que têm mais chance de enfrentar esses dilemas que eu tô colocando, com efetiva participação comunitária e popular, com maior representatividade local. É mais fácil eu representar o coletivo daquela comunidade quando eu tenho uma maior aproximação com ela. Na lógica da descentralização da gestão e das políticas do SUS, deve-se fortalecer a descentralização dos espaços de participação e controle social, desburocratizar e tornar poroso a uma atuação mais local, mais comunitária, com envolvimento comunitário. Esse movimento

é uma grande esperança e eu volto para os meus aprendizados com os povos tradicionais. Essa base comunitária pode ser a nossa esperança de efetivamente produzir um espaço de gestão colegiada, de participação popular de fato, e não de disputa de recursos, poder e outros privilégios. Quando o Frederico fala da periferia que vai ser processada, precisamos lembrar que nem todo município tem conselheiro que é de comunidade periférica. Quanto mais as margens da sociedade hegemônica estão esses corpos e grupos populacionais marginalizados, maiores são as dificuldades de representatividade no controle social. Essas comunidades têm uma responsabilidade importante para pensarmos em como produzir essa porosidade e desburocratização dos espaços de controle social.

E: Você trouxe uma informação bem importante, que inclusive vai aparecer na nossa próxima pergunta, sobre as diferentes instâncias dentro de um município que podem atuar incluindo a participação social no SUS. No caso de Florianópolis especificamente, nós temos, além do conselho municipal, os conselhos distritais e os conselhos locais de saúde. Como eu citei no começo da apresentação, eu sou conselheiro de uma dessas instâncias, que é local. Nós temos um número muito grande de unidades básicas de saúde, e o que eu percebo enquanto conselheiro é que para além da dificuldade de engajar a comunidade, é grande a dificuldade em fazer se sentir efetivo que a gente está discutindo enquanto grupo, enquanto coletivos e enquanto comunidade perante as decisões do poder público. O que temos visto é que em muitos momentos o conselho assume um papel de instância que reúne a comunidade para discutir, mas que não consegue realizar muitas ações efetivas. Para além disso, um passo muito importante é que existam mecanismos para agregar a comunidade e fazer com que o grupo se sinta pertencente, além de fazer com que aquilo que está sendo discutido seja colocado em prática. Esse é um fator que normalmente desmobiliza, para além de todo esse processo de burocratização e outros empecilhos que o poder público impõe. De certa

forma, a comunidade acaba se sentindo inútil no âmbito da gestão. Pensar em um lugar de não ser ouvido acaba sendo um dos maiores embates pensando nas instâncias menores nas instâncias locais e distritais. Para dar continuidade a nossa rodada de perguntas, a resposta da terceira pergunta já foi pincelada em vários momentos dessa conversa, e por isso vou juntar aqui duas perguntas, uma que seria a nossa quarta mas que a gente acabou de abordar. Quais são as instâncias de participação popular no SUS e como vocês avaliam elas? Quais são as instâncias onde a população pode atuar enquanto participação popular e na visão de vocês de que maneira a participação social tem influenciado as decisões de gestão no âmbito local?

F: É difícil responder se e como um Conselho Municipal influencia a política pública ou não. Dependendo do olhar, podemos concluir que o conselho faz muito pouco ou nada. Escutamos essa compreensão, que considero elitista e simplista, na fala de muitos sujeitos políticos. São tantos retrocessos e derrotas políticas que dá a sensação de que o conselho tem muito pouco poder, que é uma instituição de muita pouca incidência política. Entretanto, quando vocês me interpelaram com essa pergunta lembrei de um livro do Benjamín Tejerina: “*La sociedad imaginada*”³⁰. Ele foi meu orientador em um estágio de pesquisa, durante meu doutorado, no País Basco e me ajudou muito. Esse livro é muito interessante porque analisa as mudanças sociais na Espanha e o papel dos movimentos sociais nessas transformações. Foi resultado de décadas de pesquisa, um livro muito bom. Uma das premissas do livro é que se você pensa os movimentos sociais como uma variável dependente dificilmente vai encontrar algo significativo, porque o movimento social vai para a rua protestar e... não dá para você medir o efeito de um movimento social, é muito complicado. Mas, ao mesmo tempo, uma análise do processo político desconsiderando os movimentos sociais se torna incompleta. Nessa perspectiva, pensar se o conselho influencia ou não na

³⁰ Tejerina B. *La sociedad imaginada: movimientos sociales y cambio cultural en España*. Editorial Trotta, 2010.

política pública pode nos levar a considerar o cotidiano do controle social, a realização de uma reunião, uma plenária, quase sempre difícil, indeterminada e às vezes com contradições. Ou seja, olhar para o varejo da participação pode indicar poucos efeitos mensuráveis, a gente não consegue medir o trabalho do conselho, especialmente se eu for um burocrata. Se você é um burocrata que analisa a macropolítica ou a execução de orçamentos considerando os interesses das elites políticas, nunca vai enxergar a importância do conselho ou da participação social. Entretanto, se você considera períodos mais longos de tempo ou processos mais amplos da sociedade, aí você pode se perguntar: o que seria do SUS sem o controle social? Sem a atuação de cada conselho de saúde em cada instância de participação no Brasil? Eu não tenho dúvidas em afirmar que talvez nem existisse mais o SUS tal como conhecemos. Assim como existem movimentos grandes no Brasil lutando, você tem o controle social com uma realidade muito molecular, espalhado em todas as instâncias de gestão, abrindo conexões com todo o trabalho político em curso na sociedade, sejam os movimentos sociais, sejam representantes políticos eleitos. O desenho do arcabouço decisório do SUS é brilhante, associando cada instância de gestão a um colegiado deliberativo. Com isso você cria um arcabouço decisório que capilariza o controle social em todo o poder público brasileiro. Aliado a todos os outros mecanismos, como as comissões bipartite e tripartite e as instâncias de representação, você tem um arcabouço decisório bastante sofisticado e com possibilidades reais de influenciar o curso da política pública de forma virtuosa. Obviamente para ter essa percepção é necessário considerar o processo deliberativo de forma complexa e em períodos mais longos de tempo, não dá para ser imediatista. Mesmo se considerarmos as possibilidades tecnológicas e o contexto social de hoje, minha opinião é que o desenho institucional para a participação popular no processo decisório relacionado às políticas públicas ainda é bastante sofisticado, apesar dos desafios. Eu já fui menos entusiasmado com os conselhos. Tive dois momentos: o de achar o conselho sensacional e depois o de achar que era um pouco burocrático

demais, distante da realidade dos territórios e das vivências relacionadas à saúde. Inclusive, reconheço todos os problemas que a literatura aponta nos conselhos, o problema da representatividade, por exemplo. Entretanto, quanto mais acompanho o trabalho dos conselhos, mais eu acho fundamental a sua existência. Quando eu li o Manual de Participação da Organização Pan-Americana de Saúde e vi que umas das principais recomendações é garantir a institucionalidade da participação social onde for possível, tive ainda mais certeza da importância dos conselhos de saúde, bem como das conferências e todo nosso arcabouço participativo. É claro que há problemas e precisamos superar cada um deles, mas não podemos em nenhum momento deixar de lutar pela garantia da institucionalidade e do poder deliberativo dos conselhos. Além disso, podemos considerar muitos outros efeitos indiretos da existência dos conselhos e são muito importantes. Na pesquisa que realizamos sobre os conselhos locais de saúde de Porto Alegre identificamos vários efeitos indiretos importantes³¹. Nesta pesquisa fizemos entrevistas coletivas, rodas de conversa, com as pessoas que participavam do conselho local. Foram 32 entrevistas coletivas, em 32 conselhos diferentes. Em uma dessas entrevistas uma médica, que era coordenadora da Unidade de Saúde e do Conselho Local de Saúde, fez uma fala muito marcante. A médica falou que o principal êxito daquele conselho foi que hoje os usuários não enxergam os trabalhadores da unidade como inimigos, eles sabem que a equipe está do lado deles e luta junto pelo SUS. Identificamos também a importância dos conselhos locais de saúde para promover organização comunitária, uma vez que naquele espaço temas prioritários da comunidade são discutidos, articulações são feitas etc. A participação social tem o poder de tornar o processo decisório mais legítimo, então a gestão que consegue trabalhar democraticamente e junto com o conselho, apesar dos conflitos, que sabe entender que os conflitos fazem parte da estratégia de gestão, mas tem consigo que não dá para decidir tudo de cima

³¹ Machado FV, Dowbor MW, Pinto RS, Pedroso VD, Senna FSF, Oliveira AK, et al. Desafios e potencialidades para a estruturação e o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde de Porto Alegre. Saúde em Redes. 2023;9(1):4122. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2023v9n1.4122>

para baixo, esse gestor tem no conselho uma preciosidade que consegue não só tornar o processo decisório mais arrojado, com mais informação de realidade para poder tomar a melhor decisão, mas também com mais legitimidade, com uma decisão tomada coletivamente, amparada pelos atores sociais.

J: Eu concordo completamente com o que o Frederico colocou sobre o que seria do SUS se não fosse o controle social. Como o Erick bem disse, tem uma diferença entre controle social e participação popular. Muitas vezes, o espaço de controle social pode estar esvaziado das representações dos movimentos sociais. Já vi conselhos de municípios de saúde onde donos de empresas prestadoras de serviço e de hospitais tinham um poder imenso. Minha preocupação é grande com essa ideia de efetiva participação popular, com participação dos movimentos e das pessoas, na gestão do bem público, na produção do bem público e de um bem comum. Eu fico pensando, como os fazedores das políticas estão de fato escutando as populações. Pensar, por exemplo, em todos os desafios que a gente tem atualmente na saúde mental, com uma fragilidade imensa da Rede de Atenção Psicossocial e um grande financiamento das comunidades terapêuticas. Como é que a gente pode pensar que uma política que caminha dessa forma está escutando o movimento de saúde mental, seja de trabalhadores, de usuários? É óbvio que já tivemos momentos muito piores. Ao menos, nesta nova gestão, estamos tendo alguns avanços no sentido de, minimamente, regular as comunidades terapêuticas e por outro lado aumentar, minimamente, o financiamento da RAP. Peguei esse exemplo para mostrar o grande desafio que temos para a população efetivamente incidir no processo de tomada de decisão, na definição de agenda e na formulação de políticas públicas no campo da saúde mental. Principalmente, pensando em política de redução de danos, a gente tem tido muito pouco espaço, de pelo menos botar em pauta a redução de danos *versus* uma outra lógica policialística de controle de corpos. Eu acho que, de alguma forma, a gente tem que batalhar para que as políticas públicas sejam mais porosas à participação popular,

mais porosas aos movimentos, de maneira mais geral, de representação em nível local. A comunidade precisa discutir sobre, por exemplo, qual deve ser o horário de funcionamento da unidade de saúde; precisa ter um espaço para dialogar com a agenda da equipe de saúde. O que está em jogo aí é o lugar da sociedade dentro da lógica de quem faz formulação de política. Eu vou pensar a gestão do sistema ou eu vou ser somente objeto e consumidor de determinada oferta política de serviço de saúde? Isso é muito caro, e com este debate, não esteja querendo dizer que não fazemos e que as coisas não acontecem, porque como já abordei, essas instâncias de controle social, sejam distritais ou locais, são fundamentais. Elas existem e são uma conquista, mas não existem em todos os lugares, não é uma prática generalizada. Não é todo serviço de saúde que tem um conselho gestor ou sequer um espaço coletivo de discussão periódica com a comunidade, uma agenda periódica de discussão com a comunidade. Por outro lado, vemos surgir ao longo das décadas não só conselhos de saúde, mas conselhos da mulher, conselhos da população LGBTQUIAPN+, conselhos da população PCD, e vários conselhos mais específicos vêm se formando. Isso é reflexo dessa nossa conquista do SUS, e ao mesmo tempo, as conferências têm se diversificado, temos conferências temáticas que são extraordinárias. Nos últimos anos, a gente tem não só as conferências locais, mas também as conferências livres, não só as temáticas ficaram mais diversas, como houve ampliação das instâncias e coletivos se juntando para debater. A gente tem estratégias, e eu acho que a gente tá na luta e que não ganhamos nem perdemos. Esse espaço aqui é muito mais para tentarmos observar quais são os grandes desafios para podermos continuar na luta e fazer com que a gente se fortaleça. Eu volto a dizer que os instrumentos e mecanismos que temos, de enfrentamento e de luta, estão no aumento da participação efetiva da comunidade em espaços de representação social.

E: Uma questão que você trouxe na sua fala final foi em relação à contribuição do SUS para as instâncias de controle social nas demais áreas,

pensando na questão da participação como esse setor impulsionou o controle e a participação social em outras políticas amplas. A Constituição Federal também trouxe essa necessidade da participação social, na implementação das políticas de assistência social no país, por exemplo. Temos visto recentemente principalmente a partir dos anos 2000 um fortalecimento muito grande de instâncias como os conselhos de Segurança Alimentar e Nutricional. Pensar nessa expansão do próprio conceito de saúde e compreender que outros setores dependem da participação social e da garantia de determinados direitos sociais para que a saúde seja oferecida e para que se possa efetivamente promover saúde. Um dos princípios da promoção da saúde no Brasil envolve o fomento de modos e mecanismos de produção de saúde, com participação e com controle social. Sem isso, é impossível pensar na promoção da saúde, pelo menos no modelo que defendemos. Esse conceito, que é debatido desde a década de 80, esse momento histórico, trouxe esse caráter revolucionário aos debates e à construção dos movimentos que influenciam as políticas públicas e as instâncias de participação social, garantidas por lei e institucionalizadas, tendo esse aval para dizer que a política ou o plano de gestão pode ou não ser aprovado a partir do que a população debateu e concluiu. O tema é complexo e tem raízes históricas muito profundas. Em 2019 ocorreu esse desmonte dos conselhos a nível nacional, e recentemente houve uma retomada. Em vários momentos da nossa história recente a participação social foi oscilante, ela não se conforma com um único modo de se reproduzir, justamente porque os contextos locais e regionais influenciam a forma como essa participação é exercida. Deixo aberto para vocês fazerem as contribuições finais, caso queiram colocar algum ponto de inquietação ou algo que não tenhamos conseguido debater por conta da limitação de tempo.

J: Agradeço por esse espaço e deixo a pergunta sobre qual é o esforço que a gente tem feito no cotidiano para produzir um bem comum. Porque disso virá algum nível de organização política. Isso é uma coisa para a gente

se cobrar, cobrar dos nossos filhos e filhas, e das pessoas que estão conosco. Vamos chegar junto!

F: Também quero agradecer o convite, foi um debate muito agradável, acho conseguimos sintetizar questões que provavelmente a gente já estava matutando nos nossos cotidianos. Fiquei muito contente com o debate e quero muito agradecer o convite do Erick, Roger, do Carlos, de todos os envolvidos. É ótimo isso estar acontecendo em um espaço da Rede Unida que é um espaço de participação em saúde. A Rede Unida não é uma associação meramente científica, pelo contrário, é marcada exatamente por essa urgência de envolver os atores interessados na defesa e na consolidação do SUS, portanto um espaço propício para envolver os trabalhadores e usuários, para a participação social. Todo mundo está convidado a não só participar dos congressos, mas participar do cotidiano da Rede Unida, se envolver com esse espaço de luta. E aproveitando, vou fazer uma propaganda dos livros da Editora da Rede Unida que tem a ver com o tema e estão todos disponíveis em PDF no site. Alguns deles possuem versão impressa, mas estão todos disponíveis no site. Tem uma série sobre participação social e políticas públicas, que conta com vários trabalhos sobre participação social, tema que, de uns anos para cá, tem ganhado uma renovada atenção. Os dois livros que eu vou citar acabaram de ser publicados, são desse ano e estão saindo do forno quentinhos um deles é o “Saúde e democracia: a voz dos participantes da 16ª conferência nacional de saúde”³². É um livro em que apresentamos os resultados quantitativos dos dados coletados na 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). No auge do processo de resistência contra aquele desgoverno. Essa pesquisa foi repetida agora na 17ª CNS e esperamos que em breve o livro com os resultados esteja pronto também. E o outro que eu acho que é interessante é um livro que reúne dois anos de atividades de pesquisa e ações educativas do Centro de Educação

32 Ferla AA, Araujo FRO, Machado FV, Baptista GC, Possa LB, Teixeira LB, et al. Saúde é democracia: a voz dos participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde de 2019. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2024. v. 1. 146 p. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2024/07/Livro-Saude-e-democracia.pdf>

e Assessoramento Popular, o CEAP, lá de Passo Fundo, em parceria com a OPAS e com o Conselho Nacional de Saúde. Este livro chama-se “Participação social em saúde e covid-19: análises de contextos e a atuação dos Conselhos Estaduais de Saúde do Brasil”³³.

E: Muito obrigado, em nome do NUPEBISC e da Rede Unida. Agradeço a participação de vocês e espero que tenhamos mais espaços para debater essa questão que é tão sensível e crucial para pensar, inclusive, nos princípios da saúde coletiva no Brasil. Seguimos juntos na luta pelo SUS, um abraço a todos.

³³ Kujawa H, Machado FV, Pinto RS, orgs. Participação social em saúde e covid-19: análises de contextos e a atuação dos Conselhos Estaduais de Saúde do Brasil. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2024. v. 1. 340 p. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2024/07/Livro-Participacao-social-em-saude-e-covid-19.pdf>

Cogestão, apoio e avaliação na contemporaneidade do SUS³⁴

Juarez Pereira Furtado
Liane Beatriz Righi
Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.: Olá, bem-vindos ao “Diálogos em Saúde Coletiva”, uma iniciativa vinculada a Rede Unida, em parceria com a Escola de Saúde Coletiva da Araranguá e o Núcleo de Pesquisa e Extensão de Bioética (NUPEBISC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Produzimos encontros para debatermos criticamente sobre temáticas relacionadas ao campo da saúde coletiva. Sou Carlos Alberto Severo Garcia Jr., professor da UFSC e vou fazer a mediação desse encontro sobre cogestão, apoio, avaliação na contemporaneidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Tenho a satisfação de estar com duas pessoas muito ilustres e amigas. Quem são eles? Liane Beatriz Righi, possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Atualmente, é professora associada da UFSM, lotada no Departamento de Saúde Coletiva, no Centro de Ciências da Saúde, tem experiência na área da saúde coletiva, com ênfase em gestão municipal e regional do SUS, atuando principalmente na gestão da saúde, integralidade de saúde, apoio institucional, saúde mental, humanização e gestão e atenção do SUS. Uma amiga querida que tenho certeza de que vocês vão gostar muito de ouvi-la. E tem um novo amigo que vocês vão também conhecê-lo, o Juarez Pereira Furtado, professor associado, livre docente pela Unifesp, Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, graduado em fisioterapia pela Universidade Federal de Minas

³⁴ Disponível em: https://www.youtube.com/live/C_4JdrOnA34?si=X57MF9coC4hq2yg

Gerais (UFMG), doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP, tem três pós-doutorados, além disso, é fundador integrante do Laboratório Interdisciplinar e Interepistêmico em Saúde Coletiva, é membro do programa de saúde de pós-graduação interdisciplinar em Ciências da Saúde na Unifesp e atua nas áreas de pesquisa com avaliação de programas de serviço de saúde, epistemologia e iniciativas pluriepistêmicas em saúde em geral e saúde global. Quem quiser fazer comentários e perguntas pode colocar no chat, é muito bem-vindo para poder partilhar o que vocês estão acompanhando no debate. Espero que vocês aproveitem e que esse material não só fique disponível para esse momento, mas que em outros momentos possam ser utilizados para aulas e conversas e bate-papos. Em nome da Rede Unida, da Escola de Saúde Coletiva e do NUPEBISC, agradeço a participação de vocês, caros professores Juarez e Liane. Professor Juarez, passo a palavra para o senhor e o senhor fica à vontade para transcorrer do jeito que se sentir mais confortável.

Juarez Pereira Furtado: Muito obrigado, Carlos, pelo convite, é um prazer estar no espaço que tem como nome diálogo, ou seja, vai ser uma conversa, uma interação, uma troca, tanto quanto possível pelos meios virtuais. E é um prazer também redobrado ter a colega Liane aqui, que tem sido parceira de muitas reflexões e iniciativas junto nesse diálogo. A gente teve uma pequena conversa antes desse encontro, para a gente se sintonizar e preparar da melhor maneira possível. Pretendo, na verdade, trazer uma discussão que foi feita justamente, a partir de Palmeiras das Missões/RS, a partir de um convite da Liane, e essa reflexão vem me acompanhando, então trago um pouco de alguns avanços para pensar a avaliação em saúde na contemporaneidade, as suas relações. Vou me firmar aqui num texto escrito, mas espero que com a ajuda dos slides vocês consigam ir acompanhando, e são slides também bastante enxutos, simples, é só para ir balizando a nossa conversa e ao final a gente ter algumas coisas para poder pontuar e realmente aprofundar o diálogo. Eu vou pedir licença para fazer esse compartilhamento de tela e dar início às nossas

considerações. Uma questão que acho que a gente precisaria considerar quando se fala de avaliação, é algo que antecede e inclui à rigor, que é justamente o planejamento. Como sabemos, no âmbito da saúde coletiva, no final dos anos 80, e sobretudo nos anos 90, o planejamento em saúde alçou um nível de importância. Mas os seus antecedentes, embora a gente esteja falando dos anos 90, na saúde coletiva, e alguns dos nossos ouvintes aí talvez tenham sido até protagonistas desse momento, mas os antecedentes podem ser localizados na criação da Comissão Econômica para a América Latina, que tem a sigla CEPAL, criada na ONU, em 1948, junto com tantos outros órgãos das Nações Unidas, como, por exemplo, a própria Organização Mundial de Saúde. A CEPAL tinha como objetivo oficial promover o desenvolvimento econômico de países membros que eram, por suposto, considerados subdesenvolvidos, então precisavam ser desenvolvidos. Mas, digamos que o objetivo de fato, no entanto, era fazer frente à União Soviética, nas disputas que eram muito bem esperadas na Guerra Fria, e, no caso, garantir maior controle sobre os países da América Latina por meio dessas iniciativas. O estímulo à implantação de modelos de desenvolvimento era essencialmente calcado no planejamento econômico, pelos países latino-americanos, mas sempre tendo como referência, como baliza, como ponto de vista, o modo de vida dos países, dos países centrais, né, e isso foi uma tônica na CEPAL aí no início da metade do século XX. Mas logo, se constatou que os objetivos da proposta, né, essa coisa desenvolvimentista, não seria alcançado sem que se chamassem outros setores, sobretudo aqueles chamados setores sociais, no processo. Afinal, o aumento da renda, supondo, os pequenos aumentos que houve, não foram acompanhados por igual distribuição dessa mesma renda. E menos ainda pela melhoria dos indicadores sociais de vida da população. Por isso, a partir dos anos 60, então já estamos dando um pulo para outra década, a CEPAL procurou expandir o modelo centrado no planejamento econômico para o que entendemos hoje como setores sociais. Nesse contexto, a Organização Pan-Americana de Saúde, a OPAS, ficou encarregada do setor, claro, saúde. E ação, então, um recém-

criado Centro de Estudos do Desenvolvimento, que tem a sigla CENDES, que é da Universidade Central de Venezuela, para elaborar, então a OPAS pede para o CENDES apoiar e elaborar estudos que viessem a inserir a ideia de planejamento, tal como a CEPAL vinha sendo desenvolvido no setor econômico, só que agora na saúde. E aí, reza a lenda, mas não é só lenda, é verdade mesmo, que um dos membros do CENDES tinha um orientando argentino de nome Mário Testa, que ele disse, olha, esse orientando pode ser que se interesse por isso, ele já está fazendo algo nessa direção. Mário Testa, inclusive, se envolve no que hoje é amplamente conhecido como o método de planejamento em saúde do CENDES-OPAS, lançado em 1965. Embora o CENDES-OPAS apresentasse avanços em relação ao modelo CEPALino, então a gente falou de um desenvolvimento essencialmente econômico, depois um que dialoga com o social, inclusive a saúde, que é o do CENDES, mas ele carregava ainda, claro, um pendor economicista, e com limitações metodológicas que se somaram à crítica, política, ao desenvolvimentismo dos Estados Unidos para a América Latina, além dos golpes e ditaduras que foram implantadas aqui, que levaram a consideração, a discussão, a reflexão sobre a necessidade de incorporar o político ao planejamento, porque era um planejamento muito tecnicista, muito técnico-burocrático. E aí, nos anos 1970, temos o advento de propostas de planejamento que têm as questões políticas como se, em vez de ser o objeto, não é mais o contexto, é a sua centralidade, como é o caso do planejamento estratégico situacional do chileno Carlos Matus. Mais tarde, o pensador argentino Mário Testa, já citado, dará sua contribuição com a proposta do pensamento estratégico em saúde, no início dos anos 80. A proposta de Matus e Testa para o planejamento de saúde se tornaram hegemônicos em certos setores da saúde coletiva, no Brasil dos anos 90. Nesse mesmo período, eu estou falando da década de 90, e tenho certeza de que meus colegas de mesa aqui, quando eu falo de Mário Testa, Carlos Matus, é uma coisa que não só é familiar intelectualmente, mas provavelmente foi instrumento de trabalho junto às redes, à constituição do próprio SUS. Mas,

nesse mesmo período, a avaliação é considerada uma parte do ciclo das políticas públicas, quase uma decorrência ou passo seguinte à implementação do planejado, de modo a acompanhar o que foi formulado no plano. Então, para contemplar a avaliação, nesse momento, o nosso grande referencial era Avedis Donabedian, que é um médico libanês, radicado nos Estados Unidos, e é dele a proposta da avaliação de inspiração funcionalista, não que ele chamassem assim, mas a gente pode interpretar assim, que era calcada na famosíssima tríade quase absoluta de estrutura, processo e resultado. E originalmente, não podemos esquecer, que foi voltado para abordar a qualidade do trabalho médico. Mas a influência de Donabedian foi de tal magnitude que, na referida década, anos 90, ele era praticamente sinônimo de avaliação em saúde coletiva aqui no Brasil. Assim, o que temos na saúde coletiva dos anos 90 é uma hegemonia do planejamento em saúde de perspectiva crítica, como político, como objeto central, acompanhado de uma avaliação de caráter funcionalista, ou Donabedian, e ainda em busca de formas de avaliar mais adequadas aos programas e serviços em implantação e implementação no SUS. A busca de uma avaliação que superasse as limitações dos estudos epidemiológicos ou funcionalistas, e olhasse melhor para o que ocorria no interior dos serviços e programas, que não fosse preocupada apenas com os insumos utilizados e com os resultados obtidos, ou somente com causa e efeito, levou alguns pesquisadores dessa nossa área a conhecer e assimilar a chamada *Program Evaluation*, que é de origem essencialmente americana. Claro que a origem dessa *Program Evaluation* nos Estados Unidos tem uma história muito específica, tem a ver com o desenvolvimento num certo momento do país, de políticas sociais dos anos 60, mas enfim, é um capítulo à parte, a gente não vai entrar muito nisso aqui, mas ela foi inspiradora para nós, para certas escolas aqui num certo momento. Essa *Program Evaluation*, que a gente traduz como Avaliação de Programas e Serviços aqui no Brasil, chegou ao Brasil depois de adaptada para o setor saúde por um grupo de pesquisa em saúde pública da Universidade de Montreal em meados dos anos 90. Não é por acaso que eu estive lá num certo momento fazendo parte

do meu doutorado, mas também não fui de alegria, porque já tinha um trânsito entre alguns brasileiros interessados em avaliação e esse grupo de pesquisa interdisciplinar em saúde na Universidade de Montreal. Agora, tem uma outra via pela qual essa Program Evaluation entra aqui no Brasil, é por intermédio do terceiro setor. Nesse último caso, eu fiz intermediação pelo Canadá, pois o terceiro setor sempre atuou em várias áreas além da saúde, no que tange a avaliação. Traduziram livros, tipo o Instituto Ayrton Senna traduziu um livro clássico da Avaliação de Programas e Serviços americano para o português. Então, o terceiro setor tem um interesse, uma atuação em avaliação de Programas e Serviços de Saúde inclusive, mas não só, mas com uma perspectiva muito própria. Como vocês podem imaginar, a inserção dessa verdadeira escola de avaliação aqui, não foi fruto apenas de acadêmicos bem-intencionados. Longe de mim dizer para vocês que aí a gente accordou inspirado, foi no Canadá, aprendeu e trouxe para cá. Não é assim que a vida funciona. A indução das agências multilaterais de financiamento, que financiaram boa parte de coisas que tem a ver com SUS, teve papel importante no desenvolvimento da avaliação de saúde no Brasil à época, porque elas consideravam que o que é bom para lá é bom para cá, e se lá já tinha uma cultura avaliativa importante, parte do dinheiro que era deslocado para financiar nossas iniciativas deveria ser usado justamente para avaliar essas mesmas iniciativas. Então, teve um papel indutor importante. A sorte, sei lá, é que a gente tinha alguns agentes no Ministério da Saúde à época que souberam, ok, a gente faz, mas não precisamos usar esses avaliadores que vocês estão indicando, a gente pode constituir os nossos próprios. Tem uma viradinha aí, porque a ideia deles era induzir, mas trazer também o povo deles, e num certo momento a gente consegue fazer isso pelas contingências da vida. Tinha atores posicionados em locais estratégicos, e conseguiram, sim, trazer a avaliação, mas constituir grupos nacionais. Mas o advento dessa escola também é um capítulo à parte, e a gente vai estreitar o foco aí sobre duas áreas muito próximas, que é a avaliação e planejamento em saúde, conforme eu venho dizendo. Então, a gente tem o planejamento em saúde hegemonic, dos anos 90,

mas ele acabou sendo largamente ultrapassado pela avaliação em saúde a partir do início dos anos 2000. Tem um texto³⁵, uma publicação de 2018, tem a parceria do Gastão, da Rosana, do Wagner, em que a gente verifica por meio de dados, de estudo empírico, que no início do século atual há um declínio da produção, a gente fez um estudo bibliométrico, da produção indexada ligado ao planejamento em saúde e significativa expansão daquela voltada para a avaliação em saúde. É como se o primo rico ficasse pobre e a prima pobre ficasse rica, é bem um gráfico que um sobe e o outro desce. Embora a gente não tenha olhado para isso, somos levados a crer que o planejamento foi igualmente suplantado pela avaliação no que tange às disciplinas, cursos e outras iniciativas do gênero nos departamentos de saúde coletiva, por exemplo, ou na própria graduação em saúde coletiva. Mas na produção bibliométrica isso foi claro. Mas a gente percebe que há um certo ocaso do planejamento e uma certa valorização do que se entende por avaliação. Mas afinal, o que a gente pode deprimir? A gente pode depender dessa expansão da avaliação em saúde, ao que tudo indica, em detrimento do planejamento em saúde. O que é que isso tem importância para pensarmos na ideia de emancipação? De nossa parte, acho que refletir sobre isso, indagar mais e melhor sobre o lugar que a avaliação vem ocupando na sociedade no geral e claro, na saúde coletiva em particular. E, consequentemente, sua função e perspectiva, em outros lugares, colocando mais alerta sobre os modos mais adequados de utilizá-la. Na verdade, o que nos preocupa é a transposição, essa é uma hipótese que a gente tem, que haja uma transposição dos modos de gerir a coisa pública, quer dizer, isso é um fato, a hipótese é outra. O fato é que a gente tem gerido a coisa pública, isso se acirrou nos anos 90, dos meios oriundos do setor privado. Aqui a gente dá o nome de gerencialismo, essa transposição da forma de gerir o privado para o público, como se essa fosse a panaceia. E, de alguma razão, isso parece constituir uma das razões do declínio do planejamento e da ascensão da avaliação. Afinal, poderia estar a avaliação sendo funcional ao acirramento das contrarreformas

35 Furtado JP, Campos GW de S, Oda WY, Onocko-Campos R. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2018 Jul 23;34:e00087917. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n7/e00087917/>

de caráter liberal? É uma questão que essas contrarreformas de caráter liberal também atendem pelo nome de neoliberalismo. Ou seja, trata-se de uma supressão relativa do planejamento em sua essência, pois o planejamento, em sua natureza, questiona as finalidades e os objetivos das organizações — ele busca compreender o para quê das nossas ações. Será que a supressão disso estaria a serviço exatamente de suprimir a nossa já limitada, sempre limitada, capacidade de estabelecer as finalidades das nossas iniciativas? Ato contínuo, a avaliação dessa nova transformação a que vem sendo empurrada pode ocupar o lugar por meio do qual até então perguntávamos, via planejamento, para onde e por quê. E com a avaliação talvez a gente possa, uma avaliação obviamente submetida, indagar de forma reduzida e mesmo funcional e ficarmos contentes em fazer perguntas tais quais, como, quanto, em que medida. Nesse cenário podemos acabar esquecendo que as regras do jogo, aqui entendidas como as definições mais essenciais de nossas políticas, programas e serviços sociais, podem, elas também, serem colocadas em questão. Ou seja, quando a gente fica perguntando muito só no plano do como, quanto, em que medida, a gente pode não fazer perguntas mais anteriores essenciais, que é para onde e por quê. Como afirmou o Carlos Matus em um de seus escritos sobre planejamento estratégico, PES, apesar de todas as dificuldades, temos que tentar vencer esse jogo dialético no qual estamos inevitavelmente envolvidos. Em síntese, já não é o finalzinho, mas já indo para o final, o que estamos buscando refletir aqui com vocês é que há indícios importantes de que a avaliação pode estar sendo usada não para elucidar, estabelecer parâmetros e suscitar mudanças e correções de rota. Ao contrário, há um risco, ela pode vir a ser usada, e efetivamente pode estar sendo usada em parte, para mascarar, para submeter e conservar, se não aumentar, os processos de dominação em cursos na sociedade neoliberal. Nesse sentido, eu convido vocês a sair um pouco do setor saúde e olhar para o uso, ou talvez abuso, da avaliação em nosso cotidiano. Ainda que não se trate da avaliação tal qual vimos tratando até aqui, o que chama a atenção de vocês para isso. Vou fazer algumas analogias, comparações, mas sem a pretensão de que eu estou tratando

a avaliação tal qual a gente vem tratando até aqui. Mas convido vocês a observar como o significante avaliação é usado nesses exemplos, que podem ilustrar os potenciais abusos, abuso de sentido, e que assim proliferam estratégias ditas avaliativas em nosso dia a dia, por exemplo, por meio de aplicativos de transporte urbano, como o Uber, além daqueles ligados à hotelaria, como TripAdvisor, Airbnb. Percebam que nesses casos, trata-se de tradicionais formas de gestão com nome mais palatável, mais aceitável de avaliação. Essas empresas que usam diuturnamente o que chamam de avaliação, na verdade precarizam e terceirizam até a gestão e o monitoramento do que é ofertado. Usando subterfúgios, pasteurizados, e fetichizados nos aplicativos que emergem nas telas. Para avaliar de verdade, se fosse uma coisa para valer, do ponto de vista avaliativo, os aplicativos deveriam conter indagações, por exemplo, sobre as condições de trabalho do motorista, local de refeição e banheiros disponíveis para eles, suportes em situação de impedimento de trabalho etc. E como vocês sabem muito bem, mesmo no interior do Estado, essa prática encontra-se disseminada. Sabemos também que, via avaliação, o CNPq e CAPES praticamente formatam e gerenciam toda a produção pública de ciência no Brasil. Com este último caso do CNPq e CAPES, podemos, inclusive, ilustrar o que dissemos há pouco sobre avaliação. Porque aí se dispensa também questões essenciais como o “para quê” das iniciativas e seus respectivos sentidos. Muito raramente vimos perguntando sobre que tipo de ciência queremos e precisamos para o Brasil, o que seria algo próximo de um planejamento. Mas diuturnamente somos indagados sobre o quanto vimos produzindo, de artigos, palestras, orientações etc., de modo a compor o nosso currículo *Lattes*. Agora, finalizando, de verdade, eu gostaria de dizer que pensar a avaliação como instrumento que contribua com a conquista da emancipação é tão ousado quanto necessário. O que vem explanando até aqui indica riscos, no entanto, de que ela seja capturada justamente na direção contrária, ou seja, aquela da opressão e da alienação. Seus usos e, sobretudo, abusos na contemporaneidade, possam assumir um caráter efetivamente de gestão, e uma gestão neoliberal, só que com outra roupa. Compreendemos a

emancipação em seu estado mais desenvolvido, a chamada emancipação humana, e que, segundo Marx, seria aquela que restitui o mundo e as relações humanas aos próprios seres humanos. E aí teríamos um bom referencial para considerarmos. Mas também sabemos que a emancipação humana e esses moldes exigem a superação da mercantilização da vida, do capital e da própria concepção de estado, algo cuja radicalidade nos obriga a colocá-la como um horizonte, ou, no melhor sentido da palavra, como uma utopia. Antes dela, da emancipação humana, talvez devamos considerar o tempo presente e, portanto, a emancipação política, expandindo os gradientes de democracia e de maior permeabilidade do estado às chamadas demandas das classes subalternas, dos direitos humanos e dentre outras coisas. Nesse contexto, a avaliação, não nos iludamos, é apenas um grão de areia numa grande praia. No entanto, e apesar disso, é aí que podemos e devemos operar, esperando somarmos a outros movimentos na mesma direção. Um possível caráter e um caminho para isso seria rever as nossas próprias bases ontológicas e epistemológicas que, por sua vez, sustentam pensamentos e práticas em avaliação. Talvez necessitemos, como fez o planejamento em saúde e em sua história, igualmente trazer o político para o interior da avaliação. E nos parece que trazer o político para dentro da avaliação, como fez o planejamento, pode se dar trazendo a categoria aspas, trabalho, que me parece sistematicamente esquecida, para o interior das pesquisas e práticas avaliativas. Nesse sentido, falamos muito de avaliar uma intervenção, nome genérico, para programas e serviços. Como se ela, a intervenção, constituísse a coisa em si, fosse a base ontológica de nossas avaliações. Mas ao fazermos isso, por alguma razão, a maior parte dessas intervenções são trabalho vivo em ato, são constituídas de trabalho humano com todas as implicações que isso traz consigo. Fica aqui, então, uma indagação sobre como poderíamos começar a rever as nossas próprias bases ontológicas em avaliação. Mais recentemente, as reflexões de Roy Bhaskar e sua ontologia estratificada, chamada de Realismo Crítico, tem me permitido avançar as reflexões sobre uma ontologia não submetida à epistemologia. Só um parêntese, tem uma leitura muito, digamos,

polêmica que dois autores americanos fizeram do Roy Bhaskar para propor a chamada avaliação realista. Esta proposta me parece calcada numa leitura bastante limitada das ideias de Bhaskar. Mas isso é, enfim, tudo isso que eu acabo de dizer é tema para um outro encontro e debate. Finalmente, considero que a revisão de nossas bases ontológicas pode reverberar e disparar discussões importantes em torno de nossas bases epistemológicas em avaliação. Fica aqui o convite para a gente aprofundar, quem sabe, nessa direção daqui para frente nas nossas produções avaliativas.

C: Muito obrigado. Excelente, Juarez. Obrigado por partilhar seus conhecimentos e conseguir, ao mesmo tempo, captar e capturar com a sua eloquência. Não vou estender o comentário e vou passar a palavra para a professora Liane, que vai ter um desafio de fazer uma costura com os seus temas e manter esse alto nível de discussão. Liane, a palavra é tua.

Liane Beatriz Righi: Olá, bom dia. Abraço, Juarez e Carlos. Bom dia a quem nos assiste. Esse convite da UFSC, campus Araranguá, é muito importante. Participei de algumas conversas durante a pandemia³⁶, e esse é um espaço muito potente. Muito obrigada. Carlos Severo e eu trabalhamos na Política Nacional de Humanização (PNH) e algumas questões que estamos tratando aqui, também problematizamos na experimentação do apoio. A intervenção do Juarez foi muito impactante e está difícil começar a falar depois dela. Eu preparei algumas anotações e vou iniciar pelo tema: Cogestão, apoio e avaliação na contemporaneidade do SUS. A primeira questão foi a contemporaneidade, que pode ser definida como situação, processo que está acontecendo e no qual estamos imersos. Mário Testa nos ensina há muito tempo que a realidade é complexa, contraditória e conflitiva; Juarez localizou esse autor, historicamente, no CENDES-OPAS, e fez referência a crítica que Mário Testa fez ao planejamento normativo. Quando Testa elabora uma crítica

³⁶ As conversas mencionadas foram reunidas em forma de ebook em “Diálogos em quarentena”: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/11/Livro-Dialogos-em-quarentena.pdf>

ao planejamento normativo, ele diz que esse era o planejamento do método CENDES-OPAS; situamos Mário Testa, Carlos Matus, e na sequência, situamos Gastão Campos como críticos ao planejamento normativo. Nós também partimos da crítica ao planejamento normativo e assumimos perspectivas estratégicas. Se a realidade é complexa, contraditória e conflitiva, o planejamento normativo, sustentado na norma, fracassa. Há um desencontro entre a norma e o conflito, a complexidade e a contradição. Essa é a primeira questão. Voltando à contemporaneidade, parece que nos toca viver um tempo que isso tudo está mais exacerbado. Nesse aspecto, destaquei um ponto para iniciar, como uma contradição que marca o nosso tempo: o crescimento do campo ideológico que nós estamos denominando de extrema direita, que provoca abalos à democracia institucional e se sustenta na desqualificação do outro. A visão do Estado neoliberal inclui a falácia do sucesso individual e a perspectiva de que o saber de cada um é suficiente, o que não potencializa a cogestão. O modelo da cogestão está relacionado à democracia institucional e isso está em disputa. Nosso tempo é marcado pelos desastres, pelas mudanças climáticas e pelos efeitos das emergências de saúde pública na rede de atenção à saúde. Nesse contexto, são as redes de serviços públicos mais fragilizadas que estão enfrentando o impacto de desastres e outras emergências de saúde pública. Quando uma equipe de saúde se sustenta ou apenas usa o seu saber e não lateraliza, não vê necessidade do saber do outro, é como se (utilizando livremente um conceito da esquizoanálise) a gente dissesse que ele apenas põe “decalques” naquilo que falta, não deixa aparecer aquilo que falta. E isso vai levando à competição, à competição ao invés de composição entre saberes diferentes, a uma competição para qual é o saber que de fato vale, de fato. Quando nós olhamos para uma equipe não estimulada a fazer composições e muitas vezes estimulada a competição, isso é coerente com o Estado, com o papel do Estado que não é a política pública. Ao mesmo tempo, o impacto das emergências exige permanência, exige conhecer o trabalho, exige confiar, exige contratar e exige capacidade de mudança. Quando cheguei nesse ponto, fui

olhar para um município impactado pelo desastre no Vale do Taquari, Rio Grande do Sul, pela enchente de 2023. Nós encontramos neste município muito impactado e na equipe mais impactada 14 profissionais de saúde. Um bolsista, um cargo em comissão, sete em emprego público, um contrato por pessoa física, 13 intermediados celetistas e uma pessoa jurídica. Mesmo sendo otimista e considerando que está classificado como emprego público estatutário, mesmo nessa visão muito otimista, teria metade de pessoas com algum grau de estabilidade no serviço. Então, essa é a primeira questão. Nós estamos falando em cogestão e apoio num cenário onde foi produzida uma grande fragilidade e essa fragilidade é pela não permanência. Então, parece que está dado que cada um sabe o que faz, cada um entra na equipe e opera com o seu saber e que, portanto, lá na frente nós teremos algum produto e que essas pessoas podem ser substituídas no seu lugar. Essa é a perspectiva taylorista que, também, toma o campo da gestão no Brasil, e vai propor as primeiras discussões sobre cogestão alicerçadas na crítica à gestão tradicional, inclusive nomeando que é uma crítica ao taylorismo. Em que se sustenta o taylorismo? Se sustenta na crença de que cada um faz a sua parte e no final nós temos um produto, que isso não precisa ser pactuado, que há uma distância entre a concepção do trabalho e a sua execução. Nesse contexto, nós estamos marcados, a contemporaneidade é marcada pela fragilidade e pelo desinvestimento no que nós chamamos de “trabalho de equipe”. Então, isso é visível no grau de precarização do trabalho. As equipes que enfrentam situações tornadas mais complexas, mais conflitivas e mais contraditórias a partir do impacto de um desastre, são equipes que estão fragilizadas, que não têm confiança entre si, que não pactuaram o processo de trabalho. Aí nós entramos com o tema da cogestão. Vou usar nessa segunda parte da minha exposição, o texto do Gastão Wagner de Sousa Campos, Gustavo Tenório Cunha e a Mariana Dorsa Figueiredo, que está no livro “Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde”³⁷. Há uma relação importante entre democracia institucional, que a

³⁷ Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2013.

proposta de cogestão é para ampliar o grau de autonomia de democracia institucional e o apoio entra nesse desenho. Cogestão e apoio é manter esperança, essa ideia da esperança é sustentar, criar ou apontar, dar condições, criar condições para a constituição de algum ambiente democrático nas equipes de saúde. Nós estamos falando que gestão e atenção são indissociáveis. Portanto, uma gestão mais democrática, uma clínica compartilhada, projeto terapêutico singular, desenho de itinerários terapêuticos, conversar sobre como trabalhar a partir do impacto de um desastre, essas perspectivas, esse jeito de trabalhar implica, então, graus de democracia institucional. Então, cogestão da definição, cogestão implica a composição de diversas perspectivas e a construção de um conhecimento singular, transdisciplinar entre sujeitos que estão localizados em distintas classes ou papéis sociais e aí os autores dizem que, como é o caso das equipes profissionais, a relação entre profissional e usuário, governante e governado. Há uma coprodução, nós apostamos num espaço de coprodução. A cogestão está associada a uma tradição libertária, uma tradição, então, de democracia. Também dizer que nos espaços de democracia institucional, nos espaços de cogestão, ninguém sai da roda, ninguém sai de um processo de cogestão da mesma forma que entrou. O Gastão, a Mariana e o Gustavo retomam um diagrama que o professor Gastão havia proposto, dizendo que num processo de cogestão, há forças internas. Quando falamos do método Balint de Paideia, o que me afeta? Gravidez na adolescência pode me afetar muito. Algo assim, do interno. Ao mesmo tempo, há forças externas. O financiamento, a precarização do trabalho, a agenda da gestão, forças externas. Nós estamos falando de uma síntese singular. Aquela equipe atravessada por forças internas, e por forças externas, precisa ter um espaço. Precisa de um momento, precisa de método, inclusive, para fazer o que chamamos de síntese singular. Nesse local de trabalho, dadas essas condições, com essa pressão externa, com as nossas características, como estamos lidando? Como estamos propondo o nosso processo de trabalho? O que pode ser diferente? O que está dando certo? O que não está dando certo? Então, indo

para a segunda parte dessa minha fala, quero colocar o apoio nessa dimensão. Acho que é uma captura importante do conceito de apoio nos últimos tempos. O apoio se transforma em mais uma força externa, em um suporte para ampliar a capacidade de sínteses singulares. Essa é a minha contribuição para o debate hoje. A equipe está atravessada por suas questões internas, como a precarização do trabalho, a clínica, o que deu mais ênfase no curso, o fato de ser jovem, de ter mais experiência, de ser médico, ser enfermeiro, ser psicólogo. Ao mesmo tempo, há pressão externa, com a agenda do secretário, o financiamento, a última portaria, o desastre, o impacto da enchente. O apoiador (seja ele, a Secretaria Estadual de Saúde, a Força Nacional do SUS, o apoiador do CONASS, do CONASEMS); esse apoiador poderia recuperar a sua função de dar suporte para esse coletivo organizado para a produção. E não estou falando nada novo, porque isso já estava lá no anti-Taylor. Mas uma supervisão, um suporte, tem uma metodologia. No cenário contemporâneo dos nossos serviços, da nossa rede, abaladas pelo impacto de desastres ou de emergências em saúde pública, a tendência é constituir mais pressão externa. Pensando nesse debate, pensando nessa encomenda que o Carlos fez mais voltada para mim, de falar da cogestão e do apoio e trazer a questão dos desastres, e também me preparando para a mesa que vou participar no Congresso da Abrasco, parece que a contribuição que eu poderia fazer para o campo nesse momento é não reduzir o apoio a mais uma força externa sobre a equipe. Mas não é só trazer de volta as ideias que promoveram as primeiras experiências de apoio. Não é um saudosismo, trata-se de reposicionar o apoio como suporte, como apoio mesmo, para que coletivos organizados para a produção, para que equipes possam ampliar sua capacidade para elaborar sínteses singulares no contexto do trabalho de cada grupo. E nós, neste momento, o que estamos conseguindo produzir a partir desse conjunto de forças internas e externas? O apoiador não pode se restringir ao suporte para adesão a uma portaria, e essa restrição é mais dramática em situações de desastres. Então, se não é isso, se não é chegar no município para fazer ou para avaliar plano de contingenciamento, ou para ofertar mais uma portaria para

contratar mais gente, se não é só isso, o que a isso se deve incorporar? Esse apoiador é alguém que está na coordenadoria de saúde, por exemplo, e que se desloca ao município, ou é a Força Nacional do SUS, ou é a Universidade. Então, o que agregar ao que estamos denominado apoio, deve ser incorporado no encontro entre quem apoia e equipes apoiadas? Propõe-se agregar a atividade do apoiador a capacidade de fazer contratos e promover reuniões em rodas. Porque o espaço de uma roda que tem oferta - apoiador está autorizado a fazer ofertas - precisa também estar aberto às prioridades de quem é apoiado. Por exemplo: há uma portaria que permite a contratação de mais psicólogos e há uma forma para fazer a adesão e também para prestar contas. O apoio não pode se reduzir a isso, a segunda questão é como vamos organizar o trabalho da equipe a partir dessa novidade. Enquanto norma e prescrição e como força externa, o objetivo fica restrito à portaria e se não aderiu ainda a tal portaria, não tem o recurso. O apoio agrupa encontros com as equipes e pode perguntar: quem trabalha aqui? Quem constitui esse coletivo organizado de produção? Como vocês enfrentaram o impacto do desastre? Que mudanças vocês fizeram? O que deu certo? Que soluções vocês encontraram? Quais são os problemas dessas soluções? Esse repositionamento exige um contrato, porque o apoiador sabe da insuficiência, sabe dos limites, ele tem incertezas. O campo da incerteza é o campo para compor, porque se só existem certezas e verdades, vamos resumir muito o escopo daquilo que podemos fazer no apoio para uma equipe. É comum a agenda ficar restrita a portaria ou a avaliação com a limitação que o professor Juarez já apontou. Alguém se desloca para avaliar como um plano de contingenciamento foi aplicado e chega a conclusão que falhou. Simultaneamente, neste mesmo lugar, neste mesmo cenário, podemos ouvir, por exemplo, que a atenção básica está muito centrada na especialidade, que as gestantes estão sendo atendidas apenas pelo gineco-obstetra, o que é um limite. A gestão sabe que quem atende a gestante não conhece o lugar onde ela vive, não conhece o território, que o atendimento está muito centralizado e que isso impede uma ação mais rápida no caso de uma enchente que tenha deixado essa gestante isolada. A segunda

pergunta é a respeito do que foi feito. E a resposta foi que, para contornar isso que já sabíamos que era uma limitação da nossa forma de trabalhar, nós acionamos tal recurso, fazemos de tal forma. Isso amplia a capacidade de análise. Mas, para fazer isso, este apoiador, essa figura, essa função-apoio, precisa de um contrato porque ele precisa retornar ao mesmo grupo. Por isso, o apoio implica algum grau de cogestão. Nós não podemos esperar boas condições para fazer apoio, porque as nossas equipes estão fragilizadas. Mas pode ser importante a identificação de unidades de produção que nós pudéssemos apoiar. E apoiar é ficar um tempo junto. Esse contrato deve incluir “eu volto aqui”, na medida em que tomamos decisões, criticamos, acertamos mudanças, elegemos nossas metas e, portanto, voltamos a nos reunir. Por isso, seria importante fazer um desenho de apoio institucional. Duplas, com pessoas da universidade, secretarias estaduais, pessoas com mais experiência, dando suporte para equipes gestoras e equipes assistenciais nos territórios. Vou propor que começassem pelos territórios atingidos pelas enchentes. Porque essas equipes provavelmente ficarão ainda mais fragilizadas se a nossa única oferta for com características de mais força externa. Seria importante criar condições para dar suporte, podemos começar com experiências nos municípios e equipes impactadas pelos desastres. O apoio visa ampliar a capacidade de lidar com o poder, com circulação de afeto, com saber, pensar a constituição de redes, de organização. É necessário discutir o processo de trabalho, porque ele pode ser de uma forma, mas pode ser de outra. E não necessariamente algo está errado ou está certo. Seria oportuno fazer apoio para a gestão, tentando estagnar a precarização do trabalho. Onde for possível, estagnar a precarização do trabalho. E fazer apoio para equipes, começando pelas impactadas por efeitos dos desastres, no sentido de recomposição do processo de trabalho. Isso é uma aposta. É uma aposta com esperança. Muito obrigada.

C: Obrigado. Excelente. A incerteza é o campo para compor. Liane Righi. Achei esplêndida essa frase que surgiu espontaneamente. Ela sintetiza

muita coisa. Muito obrigado. Inspiradora as tuas palavras. Recordo de uma provocação em um texto³⁸ do professor Kenneth Camargo Jr.: “por que falar de epidemiologia nessa hora?” Por que falar de humanização numa hora dessas? Por que falar de cogestão numa hora dessas? Por que falar de avaliação numa hora dessas? Acho que é importante retomar essas perguntas. Não é por acaso que estamos debatendo e trazendo essas questões para esse encontro. A Liane sintetiza muito bem a questão das forças externas no contemporâneo e dos modos de fazer gestão institucionais dos municípios e estados, relacionando com a naturalização e desnaturalização do “ser suporte” e não de “dar suporte”. É como se o apoiador representasse uma suposta condição para que se modifique um cenário, um contexto, mas que ele sozinho não tem condições para mudanças. Seria uma função impossível. E também é um lugar impossível o apoio ser realizado por um “super sujeito”, um “super interventor”. Para se posicionar e reposicionar precisa de tempo-contexto e uma caixa de ferramentas. Ter uma composição que seja pelas universidades, pelas outras instituições ou pessoas que tenham um certo acúmulo também. Para poder fazer essa trama tem que ter na caixa de ferramentas possibilidades de ter tempo para que esse contrato se faça. A Liane propôs que sejam os territórios que estão passando por situações graves ou assolados pela questão da natureza global. E que o apoiador tenha também à disposição, ferramentas avaliativas que sejam propositivas naquele contexto e tempo. Não adianta chegar somente com o corpo, ele tem que também estar disponível para analisar o que acontece nos espaços, sem entrar necessariamente na mesma velocidade que se tem naquele local. Porque senão ele pode ser “capturado”. Em perspectiva, por alguns momentos parece que há um movimento de desocupação do SUS com regimes de trabalho de precarização. Ao mesmo tempo, há boas experiências de companheiros e companheiras para “aquilombar o SUS” em uma perspectiva antirracista, decolonial. Ocupar esse SUS de um jeito enquanto os regimes de trabalho estão fazendo uma desocupação do SUS. Muitos trabalhadores/

³⁸ Camargo JR. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2004. p. 157-70.

as estão com vínculos frágeis de trabalho. Como efeito colateral, há o desafio da sustentabilidade de uma esperança, pois existem essas fragilidades criadas justamente para não dar sustentabilidade às relações no trabalho. Quero trazer uma pergunta para o Juarez para tecer alguns comentários a partir do que ele nos provoca relacionado ao trabalho para o SUS vinculada a “uberização do trabalho” e repensar a organização e esses valores de trabalho. Você acha que a cogestão e o apoio institucional podem contribuir para esse modelo de sustentabilidade do SUS que atravessa a questão da uberização desses regimes de trabalho? Você acha que é possível a partir da cogestão - que é um modelo que exige tempo, contexto e caixa de ferramentas - é possível fazer uma inversão disso? Ou você acha que tem outros caminhos? Eu sei que é uma pergunta que não tem uma resposta pronta. Estou fazendo uma provocação para pensarmos. Depois também queria trazer uma pergunta que foi colocada no chat, mas vou esperar o Juarez, se ele quiser, responder essa pergunta.

J: Nós do SUS defendemos a chamada “redução de danos”, porque não significa a pessoa deixar de fazer uso, mas usar de alguma forma que não comprometa coisas essenciais da vida dela. E acho que a precarização ela realmente é uma política profunda e que vem acontecendo desde o nascedouro, o próprio nascedouro do SUS no contexto do acirramento liberal. E temos vivido isso desde então. Às vezes com algumas ilhas, oásis, mas em geral é uma tendência. E aí a cogestão talvez nessa perspectiva possa atenuar alguns efeitos dessa política que é muito maior. Teremos que por meio dela resgatar o sentido ou fazer frente à alienação que a terceirização impõe. As pessoas aterrissam nos serviços sabendo que vai ser por um tempo curto, apenas, a vinculação é frouxa, é quase uma espécie de plantão, um plantão mais estendido. E a cogestão, em boa medida, consegue trazer parte do coletivo para os sentidos, propósitos e questões que estão envolvidas ali na essência. No limite, a defesa da vida. Então ela pode fazer frente à magnitude que ela alcança. E ela contribui com certeza para atenuar e se posicionar diferentemente. Eu tenho experiências práticas

na vida profissional de condução de serviços nessa perspectiva, enfrentando a complexidade que é, por exemplo, o desmonte de hospitais psiquiátricos e implementação da reforma psiquiátrica. E claro, essa perspectiva co-gerida de investimento coletivo dos sentidos maiores que aquilo envolve faz toda a diferença. Mas ela tem limites e aí os limites têm sido cada vez maiores frente ao acirramento do neoliberalismo. O que podemos fazer frente aos tetos que foram impostos à saúde, à educação com as PECs? Aí tem um embate entre a priorização do uso da riqueza produzida em nossa nação para contemplar as expectativas do rentismo ou para benefício da massa de trabalhadores que a produz? No limite é isso que temos vivido. O dinheiro, a riqueza sempre foram apropriadas por uma parte menor e isso está, ao invés de melhorar, está piorando. Os tetos impostos às políticas sociais públicas levam à precarização. Não só pelo teto, mas também essa terceirização que significa, não raramente, uma privatização, a entrada do mercado privado naquilo que a gente defende que deveria ser essencialmente público. Não querendo tangenciar, mas enfim, respondendo claramente a sua questão, acho que é uma ferramenta importante, mas com alcance também pré-definido. A gente precisa, na verdade, articular os vários alcances para que a somatória imprima as mudanças de que precisamos.

C: Excelente. Nós temos duas perguntas no chat. Vou partilhar com vocês. A primeira é do nosso amigo, companheiro também da Rede Unida, o professor Roger Ceccon. Ele diz o seguinte: “Liane, em Porto Alegre, entre 2015 e 2018, tivemos um trabalho incrível com apoio institucional, com um grupo de 25 apoiadores, que tive privilégio de compor e coordenar. Um trabalho que você conheceu e contribuiu. Entretanto, mesmo com muitos efeitos interessantes à época, o trabalho foi desfeito pela gestão neoliberal que assumiu a secretaria. E retrocedeu a lógica de supervisão, que logo depois se desdobrou com a terceirização da atenção primária em saúde, vigente até hoje. Como frear essa lógica neoliberal de precarização do trabalho que ataca toda e qualquer tentativa de democracia institucional? Abraço com saudade”. E vou aproveitar e fazer a

leitura da outra pergunta da “equipe Oeste do DAB”, que diz o seguinte: “Gostaria de ouvir uma reflexão sobre as possíveis saídas, considerando a presença do apoio no contexto de resistência a processos democráticos. Quais ferramentas e estratégias podem ser possíveis?” Muito obrigado, equipe, pela participação e pela pergunta. Fiquem à vontade para transitar para onde vocês desejarem.

L: Primeiro, Roger Ceccon, um grande abraço. Saudade de você. Durante a pandemia, Roger e eu tentamos apoiar equipes gestoras da região noroeste do Rio Grande do Sul. A hegemonia do neoliberalismo implica a vida das organizações, determinando o desprezo pelo outro. Como Juarez reforçou, essa marca da contemporaneidade está associada à desinformação, porque precisa desinformação para garantir que você desrespeite o outro. É uma força muito grande, mas há saídas. Gosto muito da forma como o professor Emerson Merhy fala das linhas de fuga, das saídas, de encontrar espaços, inclusive para seguir experimentando. Seguir experimentando. Penso que nós, neste momento, estamos vivendo esse paradoxo. Do ponto de vista da política oficial do governo, o apoio foi descontinuado. Quando o NASF foi desfinanciado, havia uma certa crise -também conceitual - sobre o apoio, mas quando termina o NASF (e isso vem por uma portaria), quando o financiamento é suspenso, muitos locais seguem trabalhando com apoio de alguma forma, algumas pessoas seguiram fazendo apoio, esse conhecimento seguiu sendo produzido. Acho que isso é importante agora, quando há novamente um espaço institucional. Então, apesar da hegemonia do neoliberalismo, apesar da precarização, apesar do legado ruim da precarização, apesar da desmobilização das equipes, da erosão do conteúdo da gestão; apesar disso, encontrar lugares para experimentar, para seguir fazendo (respondendo também à segunda questão), é também um espaço importante em resistência. Vamos produzindo democracia institucional, vendo onde é possível, vamos apoiando grupos. Às vezes, a gente apoia uma gestão regional que faz um apoio para a equipe gestora da secretaria e faz um apoio também para as equipes. Em algumas regiões se pode

organizar, desenhar o apoio, com duplas de apoiadores que possam chegar em equipes gestoras e equipes assistenciais. Talvez uma universidade, um grupo da universidade, inclusive, se ocupem de fazer apoio para uma equipe que está resistindo ao desmonte. Mas acho importante criar espaços que possibilitem ir seguindo, que possibilitem, manter vivo o conhecimento. Não ter espaço de experimentação para o apoio para a cogestão, é não ter apoio, não ter cogestão, não ter democracia institucional, e é perder, perder e perder. Ter algum espaço significa ampliar a nossa capacidade, por exemplo, de estarmos aqui, fazendo uma discussão e mostrando que é possível. Importante, ao mesmo tempo, ocupar os espaços que forem possíveis e reconhecer a hegemonia de ideias opostas à democracia institucional. Não sei se eu respondi, mas quero registrar que tua pergunta deixou uma pitada de esperança.

C: Liane, quando você fala, inspira. É um dom que nem todo mundo carrega. Acho que a característica de conseguir instigar e provocar essa potência de criar movimento, talvez pelo próprio fato de estar sempre próxima ao território, interessada, você conversa com as teorias, mas traz sempre para a realidade, seja Palmeiras das Missões, Ijuí, Santa Maria, Porto Alegre, e pelas andanças que você faz, mas acaba sempre voltando para as raízes. É muito bonito isso.

J: Eu tive uma trajetória no próprio SUS, depois de um certo tempo ela acabou se consolidando dentro da academia. Mas continuo tendo contato também com a rede, sobretudo aqui em Santos, é que talvez valha a pena para pensar a ideia do apoiador, a partir da minha experiência com os estudantes, em sala de aula. No cotidiano da sala de aula me deparo com um coletivo de jovens profundamente distinto daquele de 10 anos atrás. Seja pela entrada do mundo virtual, fortemente, acentuado a partir da pandemia. A pandemia não inventou, ela só acentuou, acelerou uma situação que já se vinha constituindo, que é essa “virtualização” de tudo. E, juntamente com isso, o que alguns autores chamam de “roubo do futuro”. Nós temos uma geração que vive achando que

amanhã vai ser pior do que ontem ou do que hoje. Esse posicionamento sobre o que virá no tempo é profundamente distinto daquilo que nós, que estamos aqui nessa sala, nesse momento, que somos de outras gerações, vivemos. Nós crescemos com a perspectiva de que o futuro seria melhor. Isso é inédito na história recente: esperar que o futuro vai ser pior, que vai acabar o mundo, que não vai ter emprego, etc, etc. Consequentemente, dentro do dia a dia das aulas, devemos tentar contemplar essa nova postura dos jovens de alguma forma. Nós não podemos acolher e interagir com essas pessoas de uma forma idealizada, como se elas não apresentassem significativas distinções das outras que vieram antes. Então como é que eu realmente diálogo, acolho e faço alguma coisa por isso, com isso? Enfim, penso que essa perspectiva de um novo modo de lidar com a juventude na sala de aula, guardadas as devidas diferenças, deve inspirar o “ser apoiador”, hoje, nessa mesma perspectiva de pessoas que lidam com um conjunto da população profundamente afetada pela falta de futuro, pela falta de contatos humanos, durante a pandemia, por um mundo virtual que as atravessa fortemente e nem sempre da melhor maneira, aliás, acho que na maior parte das vezes não de boa maneira, e com o acirramento do liberalismo, da concentração de renda, etc. Somado a tudo isso, temos essa profunda crise do capitalismo que foi apelidada de “crise climática”, embora esses dias eu vi um texto cujo título vale por si: “a natureza é inocente”. Assim, a natureza não é responsável pela crise climática. A crise climática é um produto de um sistema que mercantiliza tudo a ponto de mercantilizar nossa própria existência e a gente acha que é mais fácil renunciar ao planeta do que do próprio sistema que está levando o planeta - ou o planeta tal qual a gente precisa para habitar - à sua extermínio. Então, essa crise do capitalismo, que se manifesta também na crise chamada climática, é outra situação inédita e que se soma ao que vimos falando sobre os fatores que levam à construção de um futuro distópico. Cotidianamente, testemunhamos dezenas de jovens pedalando a bicicleta em condições aviltantes, gastando a sua força juvenil para trabalhar de maneira precarizada, exposta a riscos muito grandes, em

detrimento de tantas outras coisas que poderiam estar sendo feitas naquele momento (aprendizados, estudos, outras formas construtivas de trabalho etc.). Acho até que a Saúde Coletiva deveria se debruçar, se é que já não se debruçou, sobre o número de acidentes que temos nas vias públicas com entregadores, que deve ser gigantesco. Mas enfim, há um cenário de condições extremas, de emergências em saúde pública, de transformações políticas, de horizontes, que são inegavelmente fatores que impactam fortemente os trabalhadores e os usuários, a clientela que está nos serviços de saúde. E aí, pode impactar duplamente os trabalhadores da saúde: eles já são impactados por tudo isso que vimos falando enquanto cidadãos, enquanto integrantes da sociedade e são, novamente, impactados ao atenderem pessoas que chegam com novas demandas, com posturas diferentes daquelas conhecidas e eventualmente mais hostis, mais difíceis de compreender e responder. O apoio não pode se dar ao luxo de desconhecer essas coisas, como eu não posso me dar ao luxo de ser um professor e não olhar para tudo isso que está emergindo à minha frente num mundo em franca transformação e degradação. No entanto, longe de mim achar que isso é simples ou fácil. Olhar para o que está acontecendo é difícil, porque é no “agora”, é mais fácil ver o que aconteceu “agora” daqui a alguns anos. Mas, como somos o que se chama de “burocrata de nível de rua” - vocês devem conhecer esse conceito - que é aquele que entrega a política pública, que faz a interface entre tudo o que a antecede e o cidadão ou cidadã que está ali, à sua frente. Na prática é o policial na rua, é o professor, é o trabalhador de saúde no seu atendimento etc. Cabe a nós olharmos para isso e tentarmos, tanto quanto possível, contemplar essas questões. O apoiador que apoia esse tipo de trabalhador tem uma tripla carga de responsabilidade, porque ele também está, como cidadão, imerso em tudo isso que eu estou listando: sofre os impactos de tudo isso e tem que lidar com coletivos, por sua vez, também impactados. A Liane falou, há pouco, para priorizar os municípios que foram vítimas da enchente no Rio Grande do Sul. Imagina, e ela tem toda razão, mas o que é fazer um apoio nesse contexto? O que se vive e o que se viverá? Ali é um

caso extremo, mas a que o mundo inteiro está sujeito a qualquer momento, na minha cidade, na cidade vizinha. O fato de estarmos na iminência dele, já é uma coisa importante, vivemos com a sensação de que o céu pode desabar na nossa cabeça a qualquer momento. Enfim, eu estou querendo lembrar o que todos nós já sabemos, que as coisas mudaram muito, mudaram inclusive a perspectiva das coisas, e isso não é pouco. Então, o que é ser apoiador nesse contexto? Como é que a gente apoia na medida do possível, fazendo com que as pessoas percebam a realidade que está se instalando aqui? Isso não é simples, as pessoas nem sempre estão muito disponíveis para isso, por várias razões. Não se trata de julgar, mas de perceber que isso é um fato. Quando possível, eu discuto com os estudantes sobre esse sequestro do futuro, alerto que ele tem uma função ideológica muito clara, porque se você não tem horizonte, então você tende a conservar as coisas como estão. E aí, literalmente, você contribui para os conservadores. Mas, enfim, nós que estamos nas pontas, como professores, apoiadores, trabalhadores do SUS, estamos vendo isso e, na medida do possível, analisando. Corro o risco de alongar, mas é que esses dias um trabalhador da assistência social nos alertava de que muita gente ia parar naquele abrigo por razões várias. Mas ele já antevia que algumas iam começar a ir para lá por causa das *bets*. E o que podemos aprender com esse diagnóstico? Muitas coisas, mas para o que nos interessa aqui é que os profissionais expostos à clientela, os burocratas de nível de rua, eles podem (nós podemos) ver com mais antecedência o que permeia a população. No exemplo que acabo de citar, os jogos de *bets* tornaram-se uma questão e começamos a discutir. Mas esse profissional me alertou muito tempo antes, ele percebeu lá atrás, reconhecendo claro fator de empobrecimento ao ponto de levar pessoas para o abrigo, por perda até do local de moradia. Então, só reforçando, reiterando que o próprio apoio precisa repensar as bases sobre as quais é exercido. Ele precisa considerar os fatores preponderantes e decisivos do contexto atual. Por exemplo, trazendo para a atenção básica, para o SUS, por exemplo, as emergências de saúde pública postas a todo momento, da violência urbana, da precarização do trabalho e por aí vai.

L: Nós temos no chat uma outra questão da Carol Diniz: “isso não tem uma pontinha de ingenuidade? Uma pontinha aqui de ingenuidade?” É uma bela provocação. Há uma força que condiciona. Mas há também a potência. Então, há lugares, há pessoas que querem fazer alguma mudança. Há pessoas que não estão satisfeitas com a gestão tradicional da saúde. É importante identificar esses atores, trabalhar junto. Mas tem uma segunda questão, que é como trabalhar. Quem se autoriza a fazer um contrato de apoio com uma Secretaria Municipal de Saúde, com uma equipe? Precisamos falar mais sobre isso, ter espaços de formação, a nossa aposta na formação do apoiador é a supervisão, o caso. Enfim, a gente vai fazendo e vai vendo que é possível fazer, escapando da gestão tradicional, que reforça uma clínica degradada. A gestão tradicional fortalece uma clínica degradada, fragmentada. A cogestão é fortalecida na discussão de caso, pois quando se discute o caso, revela-se aspectos importantes do processo de trabalho. Dar suporte para isso, aguentar o tranco da força dessa discussão, é essa a perspectiva do apoio. E nós achamos que é isso que muda. Por último, queria fazer um registro da importância do Juarez nessa discussão, pois ele indica a perspectiva avaliativa participativa e interventiva. Assim, inclusive, a avaliação pode ser um dos componentes do apoio, também uma dimensão da cogestão e da democracia. Os sujeitos mudam nos espaços democráticos. Os sujeitos mudam quando podem ouvir e falar. Isso é um exercício da democracia. Isso é a produção de maior autonomia e é também da esperança e da felicidade. Sem ingenuidades. Mas é esperança e é manter a possibilidade de ser feliz, de ter um trabalho bom, de ter um trabalho que faça sentido, sem naturalizar as limitações, sabendo da escassez de espaços para que isso aconteça. Às vezes, a gente perde, porque as condições eram ruins, não dava para fazer. Mas a gente vai aprendendo também, vai se constituindo como sujeito e vai avançando e fazendo avançar projetos mais civilizatórios. Muito obrigada. Obrigada, Juarez. Obrigada, Carlos.

C: Utopia ativa. Muito bem, que alegria. Quero aproveitar e dizer que a partir do “Diálogos em Quarentena”, no meio da pandemia da qual a Liane,

inclusive, participou, produzimos um livro, em parceria com a Editora da Rede Unida, com prefácio da professora Minayo, com uma série de conversas e diálogos com pessoas de vários lugares do Brasil e fora do Brasil. A intenção é que esses “Diálogos em Saúde Coletiva” também caminhem nessa direção, se tornem e se materializem numa produção que também possa ser visitada outras vezes, além desse material online, esse vídeo, mas também materializado em palavras escritas. Quem tiver curiosidade, é um ebook que pode ser baixado pela Editora da Rede Unida. Recomendo a todos que entrem no site da Editora. Tem muito material interessante, gratuito, que pode ser baixado e utilizado. Quero deixar registrado também e agradecer as pessoas que deixaram seus comentários e perguntas no chat. Deixar também o registro especial ao Daniel Bastos, que embora vocês não estão vendendo-o, ele é o que nos possibilita criar essas conexões virtuais, que faz a comunicação na Rede Unida. Daniel, muito obrigado por seu apoio, é essencial para que esses diálogos aconteçam. Então, agradecemos, em nome de todos. E agradecer especialmente a vocês dois por estarem aqui conosco, oferecerem seu tempo, sua energia e suas reflexões, para nos oferecerem esse momento. Quero deixar aberta também as palavras, se vocês quiserem falar alguma coisa.

J: Quero agradecer a Carlos, Liane, pela parceria, pela possibilidade de fazer trocas. Realmente foi um diálogo, no melhor sentido da palavra. Agradecer ao Daniel pelo suporte e às pessoas que estiveram aí presentes, que nos honraram de gastar seu tempo com a gente. Muito obrigado.

C: Quem quiser assistir novamente, está no YouTube, esse vídeo³⁹ está registrado no canal da Rede Unida. Enfim, deixamos que esse tempo nos revele e acomode essas ideias e que a gente possa se surpreender outras e outras vezes com aquilo que é dito e lido. Um abraço e espero que vocês tenham aproveitado.

39 Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=C_4JdrOnA34

Residências em Saúde: uma forma de habitar o SUS⁴⁰

Ricardo Burg Ceccim
Lorrainy da Cruz Solano
Roger Flores Ceccon

Roger Flores Ceccon (RFC): Boa tarde a todas as pessoas que nos acompanham, eu sou Roger Ceccon, professor da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e é um prazer estar aqui com vocês no oitavo episódio do Diálogos em Saúde Coletiva, um projeto realizado pela Escola de Saúde Coletiva, Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva, do nosso Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, e Associação Científica Rede Unida. É uma atividade que envolve três atores institucionais e uma diversidade de profissionais que se propõem a pensar o campo da saúde. Nesses encontros já colocamos em debate mais de 25 pensadores, professores, intelectuais, militantes e pessoas do campo da saúde coletiva, propondo-nos, periodicamente, a discutir temas contemporâneos e temas emergentes do campo da saúde coletiva, especialmente no Brasil de agora. Hoje nós temos a honra de receber duas pessoas por quem nutrimos o maior respeito, admiração e carinho, para falar e conversar sobre as residências em saúde. A gente chamou esse diálogo de “Uma forma de habitar o SUS”, essa estratégia de formação no SUS, para o SUS e com o SUS. E quero, com isso, sem mais delongas, apresentar o professor Ricardo Burg Ceccim, que é um conhecido sanitarista brasileiro, professor, especialista-residente em saúde mental coletiva, especialista em saúde pública, mestre em educação, doutor em psicologia clínica, pós-doutor em antropologia médica, com estágio pós-

40 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=sN9cBDx836k&t=9s>

doutoral em gestão de políticas públicas sociais e de saúde. Ele foi professor titular de educação em saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) até 2023 e atualmente é professor convidado nas Universidades Federais Rural do Semiárido (UFERSA) e do Rio Grande do Norte (UFRN). Além disso, é coordenador do Fórum das Residências em Saúde da Associação Científica Rede Unida. Nossa outra convidada é a professora Lorrainy da Cruz Solano, educadora popular, coordenadora do Instituto de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital Maternidade Almeida de Castro, enfermeira assistencial na rede básica de saúde de Mossoró, estado do Rio Grande do Norte e professora do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Saúde da Família (RENASF). Sejam muito bem-vindos ao nosso espaço, com muito carinho! Eu queria começar o nosso debate colocando vocês em conversa, porque aqui o interessante é que a gente dialogue e se coloque em movimento, em conversação, trazendo as diferentes visões, pontos de vista sobre o tema que está sendo proposto. A primeira questão que quero colocar abre múltiplas possibilidades. Na nossa última reunião da diretoria da Rede Unida, o Ricardo falou algo que me afetou, que eu achei bonito, e que fez com que eu compreendesse uma série de coisas. Eu queria trazer para esse debate, Ricardo, a ideia de que há uma carência de conceitos, pensando que, para além da noção pragmática das instituições, que vão fazer com que essas instituições produzam saúde, conhecimento e saber, há uma ausência de conceitos em muitas instituições. Eu queria que você começasse falando sobre isso. Quais são os conceitos que estão imbricados quando a gente pensa as residências e seus diferentes formatos nesse Brasil atual?

Ricardo Burg Ceccim (RBC): Queria começar agradecendo o convite de participação nesse Diálogos e dizer que é uma alegria compartilhar esse espaço com a Lorrainy, uma parceira de muitas produções desde alguns anos. A residência foi um dos pontos de conexão para o nosso encontro, e agora a gente está junto nesse momento aqui, é uma alegria para mim. Assim como

estar sob a coordenação do Roger, a gente tem interlocução em situações acadêmicas e afetivas em diferentes tempos. Esse tema da residência parece simples, mas não é. A gente pode dizer que existe uma história das residências em saúde marcada por uma história da residência médica. A residência médica começa fora do Brasil, criada nos Estados Unidos, ela entra no Brasil em torno dos anos 1940, com uma perspectiva de formação de especialistas. É bom que a gente reconheça que essa trajetória, ou essa história, é marcada pelo reconhecimento de que a formação médica requer um nível tal de especialização, diante do qual não dá para supor que quaisquer médicos dominem todas as especialidades da medicina. Algumas instâncias de exercício da prática clínica requerem conhecimentos e habilidades muito refinados. A gente pode estar falando, por exemplo, de uma consulta na Atenção Básica como pode estar falando de um processo cirúrgico, ou de microcirurgia, ou de uma cirurgia fetal. Então, imaginem a diferença que tem. Eu não estou dizendo melhor ou pior, não estou dizendo mais acima ou mais embaixo. Estou dizendo a diversidade de habilidades requeridas. O quanto que a gente pode precisar de habilidades que são, de fato, muito minuciosas ou muito especializadas, porque elas envolvem equipamento, procedimento ou habilidade manual, não se trata só de conhecimentos, mas de habilidade manual para o uso de equipamentos específicos ou ambientes específicos, veja-se o transplante de fígado ou multivisceral, uma cirurgia vascular profunda... As especialidades são demandadas em diferentes tempos e lugares. Estou dizendo que em cada situação a gente está falando de certa aquisição de especialidade. Então, no caso da medicina, a diversidade de demandas foi sendo marcada pela formação de especialistas, especialmente no interior dos hospitais. Nasce desse modo e é pensada no interior dos hospitais, um desempenho orientado pelo tratamento de doenças e pelas abordagens clínicas relativas aos adoecimentos e às intervenções terapêuticas. Daria para falar várias coisas, só com algumas dessas palavrinhas que estou usando, daria para interpretar um pouco as situações do contemporâneo que a gente está vivendo, decorrentes de período

marcado pela chamada lei do ato médico. Neste momento, essa mesma lei foi completamente restaurada como uma proposição do Conselho Federal de Medicina. Perdendo prerrogativas na lei federal de regulação do exercício profissional, a corporação tenta resgatar ou recuperar tudo aquilo que foi perdido na lei através da fiscalização do exercício profissional: uma fiscalização corporativa do exercício profissional, não uma fiscalização ética. Isso ajuda a entender como é que nasce essa nova noção de residência, a “residência em área profissional da saúde, excetuada a categoria médica”. Tem um estar da residência no interior dos serviços de saúde, a permanência por um tempo prolongado dentro de um serviço de saúde, um “residir no serviço de saúde”, acoplado à jornada de trabalho dos serviços de saúde. Nós, eu e Lorrainy, contudo, temos falado de residência de um outro modo. Vimos falando de residência como está na chamada do presente Diálogo, a residência como um modo de “habitar o SUS”. É diferente de desenvolver uma especialidade corporativa nas habilidades especiais, nas habilidades específicas de uma categoria profissional. Quando a gente fala “habitar o SUS”, é ocupar o sistema de saúde, identificar-se com o sistema de saúde. Vamos pensar nos movimentos a que chamamos *Ocupa*. O movimento *Ocupa* é aquele que se apresenta para um lugar como modo de “dominá-lo”. Dominar aquele lugar não no sentido autoritário, dominar com o sentido de ação coletiva de provação de mudanças políticas: luta por proteção, defesa e afirmação da vida. Como assegurar que a vida possa se reproduzir da melhor maneira possível? Ocupando os lugares onde ela se produz. Pode ser ocupar terras, ocupar prédios, ocupar o território das águas, o acesso às águas, em nome de uma defesa e de uma afirmação da vida. Habitar o SUS significa tomar o SUS como liderança, como protagonismo. Ocupar/Habitar as principais questões que representam o SUS, tais como o acolhimento, a resolutividade, as práticas cuidadoras, a longitudinalidade do acompanhamento do processo de saúde e doença e do processo cuidador da saúde das pessoas. Respondendo, agora, Roger, à pergunta ou a provação do início: o comentário sobre a minha fala

numa reunião de diretoria da Rede Unida. Eu, você e Lorrainy integramos a Associação Rede Unida, uma associação que nasce e se configura como uma entidade no campo da Saúde Coletiva, fortemente identificada com a educação e formação de profissionais de saúde. A Rede Unida nasce em um debate sobre formação de profissionais de saúde: como devemos formar ou por que devemos modificar a formação? Vale a pena dizer que tem um momento inaugural na formação de profissionais de saúde, um momento inaugural na história mundial, que provém do Relatório Flexner, início do século passado, início dos anos 1900, quando, pela primeira vez, se faz a avaliação institucional do Ensino. É quando se cria esse conceito de avaliação institucional do ensino e são feitas recomendações sobre como se conduziria cientificamente a educação de uma profissão científica na saúde. Tudo que vem depois dessas recomendações podemos considerar como movimentos de mudança. A Rede Unida nasce nesse lugar, o lugar dos movimentos de mudança. O que precisaria modificar nas recomendações desse relatório, que se tornou hegemônico nas orientações sobre a formação de profissionais de saúde? O que teria que modificar? A gente vai chamar a essas indagações por Movimentos de Mudança. A Rede Unida nasce no bojo desses movimentos de mudança da formação, com algumas ideias e algumas noções, que eu não vou aprofundar agora, mas é a entidade da qual fazemos parte, essa é a história, a trajetória dessa entidade. Bem, o que eu comentava, como uma análise de conjuntura, mas também análise do tempo e da situação em que nos são colocadas as questões políticas e sociais, é que estamos vivendo, nesse período histórico, em um recente pós-eleições municipais, um tempo do capitalismo identificado com o consumo efêmero. A análise que eu fazia é de que nós vivemos um processo eleitoral marcado pela explicação do imediato, pelas explicações que são dadas para o dia de hoje ou para o dia de amanhã. Não se trata de a gente dizer, afinal de contas, qual é a agenda de construção de um cenário para a vida coletiva, para a vida na cidade. Ninguém fala sobre o que pensa venha a ser a cidade, a vida, a ocupação do mundo, a vivência dos afetos. De modo que a

gente pudesse entender que cada eleição representa também uma compreensão do que seja o viver nas cidades, ou do que seja a vida das pessoas, o que são as relações entre vivos, ambientes e produção de qualidade da vida. Então, acabamos não falando de ambiente, não falando de relações, não falando de aspectos que poderiam nos fazer compreender por que um projeto é diferente de outro, assim parece que os projetos são todos iguais. Pede-se projetos, não o conceito que vai inspirar os projetos de ação, quando no exercício do executivo ou do legislativo. Para o eleitor imediato, parece que os projetos são todos iguais, porque, afinal de contas, ninguém está falando de verdade de algum conceito que pudesse tocar corpos e afetos intensivos. Falo de algum conceito no melhor sentido do termo, uma elaboração, uma concepção, uma compreensão do que são relações, vidas, cidades, ambientes, não se fala disso. Não se fala de porquê a gente defende a diversidade, porquê a gente defende a heterogeneidade, porque defendemos a interseccionalidade, essas palavras sequer são usadas. Porque defendemos um Sistema de saúde de portas abertas, uma escola inserida no bairro. Essas parecem ser agendas de ninguém. Mas não é verdade que essas são agendas de ninguém, porque alguns querem a vida de todos e outros querem a vida do poder econômico, ou a vida do capital. Isso faz uma diferença total. É claro que resumir nessas duas abordagens já é uma simplificação, mas dá para a gente ter uma ideia do que é que eu estou falando aqui. Compreender o que é a diversidade das vidas, dos projetos de vida, da construção de projetos de vida, se nós não compreendemos qual é a diversidade dessa abordagem, ou qual é a diversidade dessa proposição política, parece que tudo é muito imediato. Se a passagem vai diminuir amanhã ou não vai, se eu vou conseguir aumentar o número de consultas nos postos de saúde ou não, essas respostas imediatas que não se amparam em uma concepção e uma compreensão, em uma disseminação da compreensão da vida, e vai tornando insuficiente tanto o projeto, um projeto político a ser apresentado, quanto o momento do voto ou o momento da eleição. Então eu voto em quem me prometeu abrir uma unidade básica de saúde próxima da minha casa, mas eu

não voto em quem está compreendendo que o direito à vida é da diversidade de vidas, é da interseccionalidade que vai trazer, por exemplo, para a cena, pessoas trans que têm sido mortas sistematicamente no mundo e na sociedade brasileira. Não vai trazer para a cena quais são as práticas antirracistas e quem defende e por que defende práticas antirracistas, nem o que quer dizer esse termo, o que quer dizer o combate à homofobia ou à transfobia. Aí, no imediato, parece que a gente está tratando de elementos que a religião ou as religiosidades responderiam, mas sequer o que quer dizer religião a gente está conversando ou o lugar que as religiosidades podem ocupar em projetos de vida, também sobre isso não conversamos. Então a gente fica num espaço do imediato ou do imediatismo e não debate conceitos, concepções, análises que dão conta de pensar a vida nas cidades ou a vida no mundo. O que é uma ameaça à vida? Quais vidas são ameaçadas? Como as vidas são ameaçadas? O que é a inclusão ou o que são projetos inclusivos? Voltando para o tema da residência, dá para a gente dizer que defende uma residência que venha habitar o SUS, que tenha essas questões como parte do seu projeto pedagógico ou como parte do seu projeto didático, como parte do seu projeto de formação. Não se trata, com aquela pequena introdução que eu fiz no início, de apenas adquirir competências especializadas para o exercício de uma prática profissional em uma profissão, ou em uma corporação, ou em uma especialidade de uma formação. Não é um combate ao especialismo ou às especialidades, mas entender que Residência não é a principal forma de gerar especialistas, é uma forma de gerar profissionais mais identificados com os princípios do SUS. Chega a ter um conceito nas residências, muito difundido, que é a residência como *padrão ouro* da formação de especialistas. Tem duas expressões aí que eu colocaria em análise, a noção de padrão ouro e a noção de formação de especialistas. Quais especialistas nós queremos formar, de que modo, onde e com quem? Nós queremos um especialista que é agente de uma categoria profissional, formado pela própria categoria profissional para alcançar o exercício de ações privativas daquela categoria profissional? Ou a gente quer formar trabalhadores de saúde que

convivem de modo interprofissional com a diversidade de profissões e de categorias profissionais que compõem o exercício do trabalho na saúde? A gente quer profissionais que tenham domínio dos sentidos da invenção brasileira do Sistema Único de Saúde? A gente quer profissionais que dominem os conceitos de longitudinalidade, integralidade, interseccionalidade, acompanhamento, práticas cuidadoras? É de qual jeito que vamos configurar uma residência em saúde? Eu tentei montar aí a polaridade dos dois modelos. Uma especialização de uma categoria profissional gerada pela própria categoria profissional, com desfecho nas práticas privativas daquela mesma categoria profissional. De outro lado, uma noção de equipe, de acolhimento, de cuidado, de defesa do SUS. A outra expressão é *padrão ouro*. Quando a gente fala de padrão ouro, a gente fundamentalmente está dizendo de um equivalente geral. Quando se inventa esse padrão ouro, a gente está dizendo que o ouro seria o equivalente geral. Com base nesse parâmetro, eu posso fazer a cotação de quanto que essa moeda vale em relação à qualquer outra. A ideia de padrão ouro é o equivalente geral. A ideia de padrão ouro é a possibilidade do intercâmbio generalizado, mas eu digo que, para as residências, não cabe essa noção. Não cabe essa noção porque cada residência acontece em uma área, em um lugar, em um território, em um tempo histórico, em contato com uma dada população, em uma configuração populacional, com práticas ancestrais, com práticas populares. É aí que uma residência acontece, em um lugar a ser habitado, tendo que gerar vizinhanças e amizades, tendo que saber escutar e falar, essa noção de habilitação para o exercício de ser trabalhador de saúde não pode ter um padrão ouro. Aí o que eu digo é que ela precisa ter um *padrão pedra*. De onde eu tiro essa noção de padrão pedra? Em um livro que eu organizei, “EnSiQlopédia das Residências em Saúde”, organizado com Daniela Dallegrave, Belchior Amaral, Alexandre Amorim e Virgínia Portes, nós inserimos um verbete que é “Padrão Pedra”, o livro tem o formato de uma coletânea por verbetes, como se fosse uma enciclopédia, mas seria uma “EnSiQlopédia”, algo “fora da curva”, nos termos como escreveu Qorpo Santo,

o teatrólogo precursor do Teatro do Absurdo no Brasil. De onde eu tirei essa inspiração para a designação Padrão Pedra? Um poema de João Cabral de Melo Neto foi por ele designado “Educação pela Pedra”. Ele é um poeta pernambucano, um poeta racionalista, mas ele diz assim, resumidamente: educação: por lições. Para aprender da pedra, é preciso frequentá-la, captar sua voz, não será fácil, pois uma pedra é inenfática e impessoal. Pois bem, pela dicção começam as aulas. Imagine-se a aula de dicção na educação pela pedra. Quando se é capaz de uma lição de dicção pela pedra? Isso só é possível com uma ampla intimidade, com uma ampla disposição ao outro. Com uma abertura de fato a esse outro. Quem é aquele que eu cuido? Onde eu cuido? Por que eu cuido? De que forma devo cuidar? O que é que eu insiro ou inscrevo na prática cuidadora? Quais histórias eu acolho em uma prática cuidadora? Para não ficar nenhuma dúvida, eu também gosto de dizer que isso não é a mesma coisa que tratar o ser humano como um todo ou que as consultas devem ser de longa duração. Eu não acho que as consultas devem ser de longa duração e não acho que a gente precise de tanto “centramento na pessoa”. A gente precisa do conceito de desenvolvimento e desdobramento dos processos de viver. Nos processos de viver a gente vai ver quais são as conexões de humanos com não humanos, de que produção de desejo cada um é capaz, que orientação cada um usa na produção de vida. Quando a gente está no território onde aqueles que são os nossos usuários de serviços de saúde estão, quando a gente tem proximidade, as nossas referências não são vinculadas ao atendimento de um público abstrato que somente será conhecido por um método centrado na pessoa. O profissional que atende em um lugar, tem presença no lugar. Podemos perguntar: conhece o lugar, a cultura, os hábitos, as palavras, as discursividades do lugar? Não é uma consulta mais longa ou mais curta que vai modificar o conhecimento e a apropriação que temos ou não de um lugar. A apropriação que temos do lugar é o modo como a gente atua, é por onde circulamos. Uma residência precisaria dessa habitação: circular no lugar. Porque é um tempo de formação, portanto de aprender as linguagens, sentir os processos de vida na

mesma vibração ou no mesmo diapasão daquele lugar, para, então, interferir. Nos primeiros desenhos de residência, não existia a possibilidade de que nós acessássemos o conhecimento, senão “residindo” no interior de um serviço de saúde, “residir” para aprender. Já “habitar” é construir pertencimento, encontro, mudanças políticas e sociais. Hoje a gente acessa o conhecimento de modo o mais múltiplo possível e o mais cotidiano possível. Acessamos o conhecimento pela Internet, por eventos, pelo telessaúde e por práticas de interconsulta. Existe uma infinidade de instrumentos técnicos e tecnológicos hoje disponíveis que não dispúnhamos no passado, quando talvez para que a gente tivesse alguma apropriação técnica precisássemos residir. Eu quero mudar a palavra residir para a palavra habitar. A gente precisava residir no hospital ou no serviço de saúde para que tivéssemos acesso à técnica médica, aprendêsssemos essa técnica e adotássemos padrões técnicos. Para que aprendêsssemos, não poderíamos desperdiçar nenhuma oportunidade, cada paciente era uma oportunidade para que a gente aprendesse a ser aquele profissional que tudo sabe, tudo aprendeu. Hoje precisamos habitar o lugar, pertencer ao lugar, ser familiar ao lugar, estender a nossa pele pelo lugar, por isso que é habitar o lugar, ser presença no lugar, porque os conhecimentos, esses delimitados tecnicamente, seguimos acessando de múltiplas formas, mas a experiência viva de estar presente, essa não tem como, eu não consigo saber como que eu me torno presente em um lugar lendo um artigo, eu preciso estar no lugar. Agora, como eu produzo um procedimento, qual a escolha de um fármaco, qual a escolha de um fio de sutura, isso eu consigo aprender ao assistir um vídeo ou pedir uma interconsulta, uma teleconsulta, uma tele interconsulta, ao ler um artigo, avistar um vídeo ou assistir uma videoaula. Esse habitar não tem equivalente em estagiar, o habitar é habitação, eu preciso habitar o lugar, essa é a principal experiência que uma residência ou que as residências podem oferecer, a margem para as práticas interprofissionais, as margens para a educação interprofissional, as margens para uma familiaridade com a cultura, as margens para uma familiaridade de linguagens. Antes que pareça que eu

estou falando só de Atenção Básica, isso vale para qualquer lugar, porque a gente deveria pensar que num hospital, por exemplo, também tem a presença de muitos familiares, têm as salas em que pessoas esperam o momento de entrar ou de visitar o seu familiar, também existe a possibilidade de reunir familiares para conversar, seja dentro da enfermaria, seja nos espaços a que familiares possam ser convidados. Temos vários tipos de familiares e de pessoas internadas em hospitais, podem ser crianças, idosos, adultos, pessoas após um acidente de trânsito, pessoas com amplo risco, com forte risco à vida, essas configurações vão dizendo de famílias interessadas em coisas muito diversas e as famílias são provenientes de lugares muito diversos. É preciso que o nosso acolhimento não se resuma ao indivíduo internado e às demandas fisiopatológicas ou anatomoclínicas dos indivíduos internados, mas inclua o que da história de vida dessa pessoa se atualiza nesse lugar e como familiares e amigos se envolvem com isso. Quando se trata de criança, a gente tem que pensar inclusive na conexão com aqueles que não puderam vir a uma visita, como os colegas de escola, os amigos de bairro, os amigos de vizinhança. Como que a gente produz essa conversa? Temos que ter práticas cuidadoras em que crianças internadas possam conversar com os seus amigos de fora, podemos usar da disponibilidade de um vídeo, do computador, mas não é só porque a família tomou essa providência, a própria prática cuidadora tem que tomar essa providência, temos que viabilizar esse contato com a escola, com os amigos, nos tempos todos que são possíveis. Essa conversa tem que ser feita, os objetos de casa que podem ser trazidos para que esse ambiente seja de promoção da saúde ou de fortalecimento da capacidade de enfrentar o processo saúde-doença, além de que hospitais ou centros de especialidade também estão em algum território e produzem efeitos nesse território. Posso dar o exemplo de um hospital de referência altamente especializado, ele modifica todo o bairro onde ele existe, porque vai receber visitas, vai receber pessoas que vêm do interior, pessoas que vêm de outros estados. Portanto, tem um comércio em torno desse lugar que vai ser ativado ou desativado, tem a venda

do churrasquinho ou do lanche na calçada, porque se sabe que tem pessoas que estão ali visitando familiares ou que vão permanecer alguns dias na expectativa de visitar e de acompanhar seus familiares, e o que o serviço de saúde sabe sobre essa configuração emergente de território e como que conversa com essa configuração emergente de território? Eu poderia tecer exemplos, mas não quero uma fala ainda mais longa. Acho que se a gente fizer disso tudo aqui uma introdução, algumas ideias se juntarão com as ideias de Lorrainy. A gente pode produzir um diálogo e vai vendo o que aparece.

RFC: Perfeito, Ricardo. Excelentes as tuas considerações. Eu já passo para Lorrainy. Eu só queria sublinhar uma questão que tu nos provocas, de subverter o conceito de residência e transformá-la em habitação, uma habitação interprofissional, entreprofissional, como o professor Emerson Merhy nos coloca. Passo para Lorrainy, para pensar nessa habitação pela margem, como é que a gente habita a residência pela margem, pela borda, que penso seja aquilo que Ricardo nos coloca. Lorrainy, por favor, a palavra é tua.

Lorrainy da Cruz Solano (LCS): Muito obrigada pelo convite. Uma honra estar ao lado de vocês. Eu gosto de explicar quem eu sou para que, de alguma forma, faça sentido aquilo que eu vou colocar, porque são coisas muito fora do contexto tradicional ou de uma caixinha bem ajustada. Às vezes têm um eco diferente. Eu sou indígena, sou Baré, mas criada no Nordeste, e experiente na Estratégia Saúde da Família. Sou enfermeira assistencial, com mestrado e doutorado em Enfermagem. Hoje coordeno o Instituto de Ensino, Pesquisa e Extensão de um importante Hospital Maternidade na cidade de Mossoró, interior do estado do Rio Grande do Norte, um lugar que aprendeu a habitar o Sistema Único de Saúde (SUS) e teve as residências como uma mola propulsora das nossas grandes produções de respostas locais. Nós, aqui em Mossoró, criamos, por exemplo, o primeiro programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica do estado do Rio Grande do Norte, o

primeiro programa fora do âmbito hospitalar. Vamos juntando gente que acredita nas palavras bonitas, nas coisas bonitas das teorias e dos conceitos, que só fazem sentido, como o Ricardo trouxe, se elas produzirem afetações, se elas nos invadirem, invadirem a nossa existência ao ponto de transformar a forma como nós existimos. Ora, se fossem as teorias e conceitos, somente eles capazes de transformar o mundo, com tudo que já foi escrito há milênios, a gente já tinha feito uma grande transformação. Acontece que para isso ter força de mudança de fato, precisa do afeto, precisa que essas palavras bonitas e essas palavras que de fato são comprometidas com a vida em sua inteireza, a vida humana, a vida do planeta, a vida do ambiente, a vida em sua maneira geral, elas precisam penetrar nossas existências, fazer parte do nosso andar a vida. Aqui, a gente consegue ter na residência esse lugar potente de produzir respostas, e respostas locais, singularizadas. Estamos fazendo 13 anos de residência médica e 10 da multiprofissional de Atenção Básica, e 10 também da residência de gineco-obstetrícia, que são os nossos três programas aqui em Mossoró. Quando olhamos para o que a gente começou e para agora, vemos como é que esse componente federal, o que o governo e o programa disponibilizaram de bolsas para residentes, criou um arranjo local que produziu respostas inimagináveis. Nós fomos capazes de criar o primeiro serviço LGBT+ do estado do Rio Grande do Norte, um ambulatório que funciona até hoje, dentro da Faculdade de Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), que é o local sede das residências, da residência multiprofissional. Nos diziam, mas vocês? Vocês vão criar isso? Sim, vamos nos juntar e construir coletivamente essa resposta. É onde está a paixão de “habitar o SUS” e ter a residência é configurar esse local, produzir essa paixão. É um lugar de produção de sonhos e de desejos, de transformar o mundo, os mundos, nem que seja o mundo da gente. Como que a gente existe no mundo, como a gente produz as nossas existências, as nossas formas, porque não adianta você só memorizar a teoria e os conceitos, mas como que isso entra no cotidiano, como entra na produção do cuidado, como que produz de fato

respostas para a população, que é por isso que nós existimos. Eu fico extremamente triste quando vejo alguns desenhos de residência, que tem a oportunidade de mudar de fato o território, mas ficam reféns daquilo que o Governo Federal e o Governo Estadual colocam, e vão se colocando numa perspectiva muito utilitarista. A relação das universidades com os serviços, em sua grande maioria, ainda é em uma perspectiva de chegar e utilizar os serviços locais para estágio, vivências ou práticas, como um cenário e não para ser parte, fazer-com, aprender-com, é uma perspectiva autoritária e hierarquizada. A gente consegue, aqui, criar uma outra perspectiva que seja mais responsável, que amplie o escopo, que você consiga de fato ser corresponsável pelos indicadores do lugar e produzir respostas. Quanto mais coletiva essa construção, quanto mais parte daquele lugar, parte – seja da maternidade, do hospital ou da Unidade Básica de Saúde (UBS) – é incrível a força da resposta que é produzida na residência. Ela cria o que eu aprendi com o Ricardo e coloquei na minha tese de doutorado, o que a gente chama de “mandala formativa”. Impressionante como a gente consegue criar esse desenho que habita de fato o SUS, que faz-com, aprende-com. A gente vê que os desenhos, a produção do cuidado, ganham um desenho pedagógico em que você consegue ter aprendizagem para os alunos de graduação que estão lá, para as equipes que criam desenhos de educação permanente em saúde. Conseguimos dar vida à educação popular, não somente como modelo formativo, mas no cuidado em si, na forma como você atende individualmente e coletivamente as pessoas. Em que você produz a resposta, seja para uma necessidade individual, seja para uma necessidade da comunidade ou do território. A gente vê e percebe que essa construção coletiva, que esse desenho formativo é capaz de produzir e que *inventa* as aulas: têm residente, tem aluno de graduação, aluno da formação técnica, estudante de mestrado e doutorado. Tem gente pesquisando se aquilo funciona ou não. Isso fortalece o sistema municipal de ensino, que é onde a gente vê, de fato, a formação em serviço. É um transbordamento de ensino e aprendizagem impressionante. A comunidade

reconhece isso e vê que aquela UBS é uma unidade de residência. Aqui tem residência? Eu adoro chegar nos lugares e ouvir “ah, mas aqui é unidade de residência?”. Aquele é o residente? A pessoa feliz, porque tem a sua necessidade de saúde respondida. Porque, muito embora a gente consiga produzir textos, capítulos e artigos brilhantes, todo esse arcabouço, de fato, para produzir sentido para a minha existência, precisa produzir uma resposta para aquela pessoa que está lá e que procura o serviço para a sua necessidade, para a sua demanda. Nesse grande exercício em que a gente está, no SUS, às vezes nem é só com o SUS, porque hoje, o nosso serviço em Mossoró, tem uma diversidade de estudantes da iniciativa privada, além das universidades públicas, a gente consegue, de fato, construir um desenho pedagógico em que todo mundo aprende. Inclusive, a comunidade aprende e ensina. Uma outra perspectiva também desta *habitação* é a gente se colocar, como o Ricardo trouxe sobre o habitar o SUS, é a comunidade que também ensina com as suas práticas de cuidado. Quando entendemos que o cuidado não é propriedade de nenhuma produção e que ele, de fato, nem nasce dentro das profissões, é nesse lugar que a gente consegue entender, por exemplo, a importância da rezadeira no cuidado, da erveira, do terreiro, enfim, das referências de cuidado do território. É com tudo isso que a gente consegue enfrentar as problemáticas e produzir respostas, compreendendo que a residência é uma das referências de cuidado. Ela pode ser, mas também pode não ser. Quando isso não acontece, para não ser tristeza e desilusão, na minha tese, quando estive no estado olhando algumas unidades para saber se aquela residência produzia ou não a resposta, eu ficava super triste, porque eu chegava nas unidades perguntando aos usuários se foi atendido por algum residente, e a pessoa olhava para mim e dizia: mas o que é um residente? É aquele menino sem carimbo? Eu ficava arrasada, porque um menino sem carimbo, eu não sei como é aí para vocês, Roger, mas aqui um menino sem carimbo é o interno de medicina que fica de uma sala para outra atrás de alguém carimbe aquela receita. Então, ou não conhecia o residente, ou tinha uma lembrança, ou falava de um estagiário, ou

era esse menino sem carimbo. Aí me dava uma tristeza, uma desilusão, porque a gente cria um desenho pedagógico, imagina que aquilo é o que de fato precisa, estamos o tempo todo tentando conectar e reinventar o processo pedagógico para que continuemos aprendendo e fazendo com as equipes, com a comunidade, com as outras referências de cuidado do lugar, com as instituições de ensino que existem e com a gestão, sem aquele joguinho de que a culpa é da gestão, a culpa é da universidade, a culpa é da comunidade. Não, não existe isso. Há um problema? Então vamos pensar nessa problemática, quem é capaz de produzir a resposta e quais são as tarefas e quem tem essas tarefas para a gente, de fato, enfrentar. É tudo isso, na minha ideia de subversora, de que a gente deve ser subversiva, que a gente deve mudar o mundo, os mundos, inclusive os nossos. Tudo isso é para podermos criar um ambiente de ensino e aprendizagem amoroso, seguro, em que, de fato, as pessoas se apaixonem, saiam cada vez mais comprometidas com o que é público, com o SUS, com o serviço público, com a vida em sua diversidade, entendendo que nessa vida em sua diversidade a gente precisa, de fato, enfrentar o racismo, enfrentar o patriarcado, com toda essa heterocisnormatividade, que é o que é comum que encontremos nos territórios e na formação. Nessa perspectiva de formação, a gente pode produzir respostas que enfrentam essas demandas do capitalismo, essas demandas do racismo, essas demandas do patriarcado, ensinando e aprendendo localmente. Essas produções de respostas mudam e interferem a ponto de que mesmo que mude a gestão, aquela novidade continue. Porque inovar não é difícil. Criar não é o mais difícil. O mais difícil é você manter esse processo inovador permanente. Como, por exemplo, aqui em Mossoró, quando a gente pegou as residências, elas nasceram separadas, as de medicina têm financiamento e legislação diferentes, mas a gente se reuniu e desenhou um projeto integrado. Se elas nascem separadas, a gente tem a capacidade local de criar módulos integrados. Então, aqui, os nossos R1 da residência multiprofissional, eles estudam junto com os de medicina de família, que são seis categorias profissionais que estudam juntas. A gente cria também

cenários, o Consultório Familiar, um projeto de pesquisa, formação e intervenção, foi aberto em 2020, pela gente das residências, eu sou preceptora de todas as residências, por exemplo. Nós temos preceptores da residência médica e multiprofissional em saúde, são preceptores de todas as categorias profissionais. Neste lugar, um cenário de prática, a gente integra os programas de residência em G-O, em medicina de família e multiprofissional em atenção básica, residentes R1 e R2, para aprenderem juntos, para que eles consigam, de fato, aprender e atuar de modo integrados, aprendendo um com o outro, em perspectiva colaborativa, o que é um grande desafio. Quando a gente faz esses desenhos, porque a graduação é muito separada, vem essa meninada toda no primeiro ano de formação e, de repente, a gente está lá, junto, aí tem os desafios das relações de poder. Enfim, é bem dessa dinâmica que a gente criou aqui, e que a gente acredita, de fato, que ela produz muitas respostas e atende às necessidades da população. Então, para a gente continuar conversando sobre isso, nessa ideia de que os conceitos, sim, são importantes, mas o conceito por si só, as teorias por si só, elas precisam de afetos e afetações para que, de fato, consigam existir, consigam se manter vivos e vivas nos territórios, e as residências não sejam simplesmente um curso de especialização e, sim, uma formação transformadora da vida de quem faz a residência, principalmente, de quem pode ser atendido ou atendida pelos nossos residentes.

RFC: Excelente as questões que tu apontas, que tu levantas, Lorrainy. Tu provocas esse “habitar o SUS” por meio da residência num processo de inventividade. De inventar o ensino e o pedagógico. Porque tem algo que é o aprendizado na residência, que a gente precisa, a todo tempo, lembrar, problematizar e pensar como: como aprender, como ensinar, como produzir um processo de ensino, o aprendizado por meio da residência e as múltiplas dimensões que tu apontas (o ensino, o cuidado, a gestão, a política). Então, essas diferentes frentes que vão compor esse habitar o SUS por meio da residência. Nesse panorama que tu vens trazendo ao longo do seu relato. A questão que eu

queria colocar para o Ricardo, trazer para o Ricardo novamente, é exatamente isso: que configurações a residência vai trazer para a gente produzir esse processo de Ensino-aprendizagem no campo do trabalho, com o trabalho, no trabalho. Especialmente, Ricardo, eu queria te lembrar que no livro EnSiQlopédia, que tu apontaste durante sua fala, em que existe um capítulo com a Daniela Dallegrave, designado por *Projeto Pedagógico Singular*. O que tem de singular, o que tem de específico, o que tem de peculiar nas residências e que pode (ou tem a potência de) produzir um processo de formação, de construção de saberes e práticas a que os programas de residência vão ser porosos. Que componentes tem nessa pedagogia?

RBC: Tu já trazes dois aspectos da compreensão, seja no comentário sobre a fala de Lorrainy, seja na retomada de um dos verbetes da EnSiQlopédia, que é o projeto pedagógico. A palavra *invenção* ou a palavra *criação* são úteis para entendermos o ensinar e coordenar em Residências. A gente pode dizer “criação” ou “instituição” e “instalação” das residências. Por exemplo, as residências foram “instituídas” em 2005, sendo “criada” a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. A gente está falando da lei, mas quando falamos da “invenção das residências”, estamos dizendo do processo desafiador ou disruptor que pediu por residências. Então, usamos a palavra invenção. A palavra invenção já quer dizer um certo conjunto de coisas. Quando Lorrainy comenta que Mossoró criou a primeira residência multiprofissional em saúde do estado do Rio Grande Norte, que criou a primeira residência fora de hospital, dá para dizer “criou uma residência fora de hospital” porque estava sendo inventado um modo de cuidar e esse modo de cuidar reivindicava um processo formativo acoplado. É quase dizer que, se a gente quer alterar uma prática, precisamos trazer a formação para junto disso, mas não é porque estamos capacitando profissionais, é porque estamos dizendo que esse processo é criativo nas mentes ou nos afetos. Quem fez as experiências VER-SUS [Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único

de Saúde] escuta sempre “corações e mentes”. Quando a gente fala “corações e mentes”, o que a gente quer dizer é que tem um processo intelectual, mas ele é um processo afetivo. Tem um processo de elaboração de conceitos, mas tem de abertura da sua pele para que essas coisas sejam compreendidas e que façamos parte disso. Então, a palavra *ficção* junto com a palavra *pensamento* promove um acoplamento afeito à *invenção*. A palavra *invenção* nos serve para dizer que tem uma intenção, mas não é a instituição de uma normativa. Não é aprovar uma normativa. Não é aprovar uma lei. É inventar alguma coisa. Inventar alguma coisa arrasta um conjunto de circunstâncias que estão em movimento na sociedade para fazer uso especialmente do que é potência. Têm aqueles que fazem a tentativa de agenciar as potências. Assim como vemos aqueles que fazem todo o esforço de agenciar a destruição. De agenciar a derrocada. Tem duas posições. A gente fala que o país está polarizado. Tudo está polarizado. Em destruir ou fazer viver. Em matar ou fazer viver. Hoje uma preocupação grande que eu tenho, eu falei disso também na reunião a que nos referíamos no início, de que talvez estejamos precisando construir conceitos para o viver. Não é que precisemos de referências, mas estamos vivendo um momento emergente. Michel Foucault falava, por exemplo, do viver, do morrer, do fazer viver, do fazer morrer e do deixar morrer. A gente não precisa mais fazer viver e nem fazer morrer, porque a gente deixa sobreviver e deixa morrer, enquanto alguns podem viver. Agora estamos vivendo uma situação que é o *se matar*. O “*se matar*” não é necessariamente o suicídio. É, por exemplo, eleger aqueles que nos matam. Defender aqueles que nos matam. Reforçar o discurso daqueles que nos matam. Então como que eu, digamos, pessoa preta, aceito que decida por mim um representante da branquitude. Quando eu digo representante da branquitude, não é pessoa branca ou preta. Representante da branquitude, usando o conceito de Kopenawa, é tudo aquilo que não é diverso. É o colonizador. Então branco é o colonizador. Branco é o invasor. Branco é o poder do capital. Branco é o poder da morte. É essa a ideia. Por que ele fala isso? A chegada do homem branco escravizou e matou os indígenas. Então é

isso que quer dizer branco. Não importa se as pessoas são brancas de pele ou não. Branco é o invasor, é o colonizador, é a morte ou aquele que acredita e defende a morte. É essa a ideia. Então, como que nós, pretos, gays, mulheres, pessoas com deficiência e todos os outros que somos os não brancos, aceitamos que o branco venha nos matar? E defendemos a morte que é a nossa morte. Porque nós não defendemos a morte do outro, nós defendemos a nossa própria morte. E defendemos aquele que vai nos matar. E defendemos que ocupe o lugar de poder aquele que vai nos matar. Então damos lugar de poder ao nosso assassino. A gente não se suicida, mas indica aos lugares de poder aquele que quer a nossa morte ou que nos mata. Então o que acontece que a gente passa a defender a nossa própria morte? O que acontece que passamos a defender a nossa própria morte? Defender a morte das maiorias femininas, das maiorias gays, das maiorias lésbicas, das maiorias trans. Defendemos a morte da diversidade da vida, defender todas as mortes, só as mortes. Então, quando estamos falando de *invenção*, defendemos o agenciamento das potências de vida, enquanto, no outro polo, estão os agenciamentos do poder de morte. O agenciamento desse poder de morte, hoje, atravessa, inclusive, o desejo de sermos mortos. De sermos mortos pelo outro. Isso não é invenção, isso é o agenciamento do poder de morte. Eu estou falando que a invenção é o agenciamento do poder de vida ou da potência como afirmação da vida. Dá para dizer que quem fala de invenção, embora as palavras sejam capturadas, uma coisa horrorosa como as palavras vão sendo capturadas pelos inimigos das nossas ideias, pelos inimigos da vida, se esforça pela defesa da vida. Os inimigos da vida sabem como nos manipular. Eles pegam as nossas palavras para nos manipular e dizer que também pensam sobre o direito à liberdade. O direito à liberdade passou a ser o direito de matar os outros, o direito de matar todo mundo, o direito de aniquilar com a vida, o direito de aniquilar com as potências. Se todos têm direito, o direito à liberdade deve existir. Também vale o direito de massacrar povos e populações? Não, não vale. Tem um parâmetro ético. O parâmetro ético é do respeito à vida. Do respeito à diversidade. Não

vamos entrar em praça pública, todo mundo armado, matando uns aos outros. Se não, passaremos à carnificina. Tem uma distinção ética necessária de defesa e preservação da vida. Deixem que sejamos inventivos aqueles que estão em luta pelos processos inclusivos. Acho que usando todos os exemplos que Lorrainy usou antes, estamos do lado daqueles que buscam espaços inventivos, que querem a vida de todos, de muitos, da multiplicidade, das próprias afetividades. Chamamos esse cenário, esse solo epistemológico de “filosofia da diferença”. A filosofia da diferença marca um certo lugar, lugar que alguns pensadores definem como defesa da vida, filósofos como Nietzsche, Spinoza, Guattari e Deleuze são pensadores que nos ajudam a refletir, nos dão suporte ao pensamento. Outros, como Davi Kopenawa, Ailton Krenak e Nego Bispo também nos dão suporte ao pensar. A gente tem esses pensadores nos dando suporte ao pensamento, mas um pensamento que é necessariamente afetivo. Afetivo que é estar afetado pelo outro, estar afetado pela dor do outro, estar afetado pelo desejo de vida do outro. Nos bastidores desse Diálogos, antes de entramos on-line, eu estava usando o conceito de *dororidade*, conceito de uma mulher, Vilma Piedade, que diz que se o conceito de sororidade é importante em defesa das mulheres, se faz preciso agregar um outro conceito, que é o de dororidade, que é ser capaz de compreender a dor do outro ou a dor da outra. Porque não é só entender que todas somos mulheres, porque algumas mulheres são negras. Aí vou somar umas coisas aqui, algumas mulheres são negras, algumas são negras e são lésbicas, algumas são negras, lésbicas e com deficiência. Então, a gente vai vendo que não é a dor igual entre todas. Porque o outro não é um igual. O outro é em relação ao homem. As dores ou esses doloridos do processo de viver e de estar vivo vão sendo marcados pelas diferentes dificuldades de estar vivo, pelas diferentes lutas de defesa e de afirmação da vida. Uma outra ideia que vou introduzir antes de devolver a palavra, é a ideia da presença. Só vou pontuar mais alguns aspectos. Enquanto a Lorrainy estava falando, eu fui também fazendo minhas anotações. Num processo de conexão com um orientando que eu gosto demais, o Renato Levin

Borges, surgiu a ideia de “Política da Presença”. Esse conceito deu título à tese de doutorado em Educação do Renato. O que eu queria chamar a atenção nessa ideia da presença é que a presença requer alteridade ao outro. Essa alteridade é a disruptura de si mesmo ao outro, mas que não é para eu só compreender o outro, porque se trata de estar presente. Eu estou presente no quê? Que política da presença eu estou defendendo? Que política da produção coletiva eu estou defendendo? Que política dos atos coletivos eu estou defendendo? Que política de produção da existência? Que política de disruptura com as mortes eu estou defendendo? Então, presença ou política da presença para compreender isso, desse modo. Eu gostei, Roger, que na tua fala, logo depois da minha, tu dissesse, vamos sublinhar essa palavra: habitar. Habitar o SUS, habitar a equipe, habitar o cuidado, habitar a interprofissionalidade, habitar a longitudinalidade do encontro com os nossos usuários, habitar a construção de um processo terapêutico que seja marcado pela diversidade dos processos curativos ou dos processos cuidadores que a gente vai encontrar na ancestralidade, nas práticas populares, na ciência, na linguagem do outro. Quando que diagnóstico e terapêutica são construídos com o outro? Então, de novo, não é o tempo de duração da consulta, mas a minha capacidade de transversalidade por aquele que eu cuido. Duas últimas coisas, a expressão *mandala formativa*, que a Lorrainy usou, que também é um conceito, neste caso, formulado por ela, porque embora eu fale de mandala e fale de formação, ela, na tese, construiu um conceito para isso. Ao propor a “mandala formativa”, aquele que está dentro do serviço de saúde, está habitando o sistema de saúde. Os residentes estão habitando – junto com os trabalhadores – um tempo de convivência, de compartilhamento. É nesse sentido que se configura uma mandala e ela é formativa, porque senão parece que é mudar o currículo, mudar o cenário de estágio, mudar o cenário de práticas, estabelecer uma nova matriz de competências. Não, não é nada disso. É “também” tudo isso, mas é que não é nisso que está a mandala formativa, senão já não é mais uma mandala. Com o eixo vertical de uma matriz de competências, tudo está

resolvido? Não, não está. Porque se a matriz de competência não estiver toda rasgada pelo diverso e pelo encontro com o outro, ela não vai servir. Ela vai, em seguida, se encontrar com o seu limite. Vai ficar potente a construção dela? É que quando a matriz está pronta, ela já perdeu a potência. Ela só ficou boa e viva enquanto a gente estava construindo. Aí, quando está pronta, ela já perdeu toda a potência. É incrível que seja assim, mas é que é. A gente fica feliz, porque na hora que estamos construindo, estamos trazendo todas as ideias, todas as forças vivas. Pronto, ela terminou, ela já perdeu isso que estava na construção. Isso estava na mandala, que foi a palavra que a Lorrainy usou. Por fim, uma última coisa, dois exemplos. A gente viveu – no Rio Grande do Sul, em particular – dois exemplos em hospital de ensino, em hospital de referência. Nós começamos as residências multiprofissionais num certo tempo histórico e quando ela chega, quando essa invenção se apresenta, ela coloca em risco de sobrevida algumas coisas. Por exemplo, quando a residência multiprofissional é inventada, ela coloca em dúvida a manutenção ou conservação do poder médico. Do poder médico-centrado. Da clínica médico-centrada. Da tomada de decisão médico-centrada. Aí a gente tem uma reação das entidades médicas, das entidades médico-corporativas. O novo modelo pedagógico, sua potência, ameaça os poderes instituídos. Vamos pensar que essas duas palavras, poder e potência, não querem dizer a mesma coisa. A potência é sempre viva. O poder é vertical. A potência é rizomática. O poder é linear. Então, vamos lidar com essa diversidade de ideias. Temos um momento em que a residência multiprofissional em saúde entra e os residentes médicos ameaçam dizendo que não vão permanecer nessa residência se ela for multiprofissional. O exemplo que eu queria dar é do intensivismo em um hospital de trauma. O mesmo residente do intensivismo no hospital de trauma que disse não permanecer na sua residência, caso ela fosse multiprofissional, que não iria compartilhar nenhum espaço formativo junto com a equipe multiprofissional. Uma vez concluída essa residência e tornado preceptor da residência médica, ele diz: eu preciso de uma equipe multiprofissional, de uma residência

multiprofissional para que valha a pena o nosso empenho e para que a gente possa fazer uma coisa legal, para que possamos ser criadores, para que possamos melhorar a resolutividade. Então, aquela mesma pessoa que num lugar era absolutamente reativo, por ter conhecido aquele lugar, ali adiante ele diz, é isso que nós precisamos, é isso que eu quero. Foi o local que perseverou na oferta de residência e lidou com o conflito entre as duas residências. Em outra oportunidade, a residência em onco-hematologia, quando entra o serviço social, quando entram os profissionais assistentes sociais, o que aparece é um incômodo: o que estão fazendo aqui? O lugar dos assistentes sociais é fora do cenário da clínica. Aí a equipe descobre que a clínica se modificou completamente, porque teve uma pergunta incomum que atravessou a todos os profissionais em formação. Só tem ganho. Quando a residência consegue se apresentar desse modo, quando habita o cenário do cuidado, habita o cenário da equipe, habita o cenário das aprendizagens abertas, criativas e inteligentes, traz ganho. Devolvo a palavra.

LCS: Essa é a força da palavra invenção. Quando a gente começou, tudo isso que levou aos programas e tal, eu disse: poxa, eu já fui da gestão, quem foi da gestão sabe que o tempo político é um, o que a gente consegue é emitir portarias, notas técnicas, às vezes é o possível, no âmbito municipal, estadual, enfim. Cansada de esperar que alguém venha e que dê a gente as condições, que a interprofissionalidade brote, que a gente tenha esse trabalho colaborativo, sentamos e pensamos: o que é que a gente pode, como gestão municipal, na ocasião era a gestão municipal, dialogar com a universidade pública? A universidade estava propondo o desenho pedagógico e os movimentos sociais que nos ajudam a estruturar os processos de trabalho estavam aqui pressionando: como é que podemos inventar um desenho pedagógico que, de fato, seja coerente com as necessidades de saúde dos nossos territórios? Quando a gente analisou, fez um estudo de demanda, a gente só atendia crianças, idosos e mulheres. Mulheres cis, hétero, com a vida

sexual socialmente aceita, porque as profissionais do sexo não entravam. A gente se permitiu criar, se apoiando, obviamente, na legislação possível, o que é que a Secretaria de Saúde podia, o que a universidade podia, o que os movimentos sociais podiam em um processo de colaborar com criação de um programa inovador de residência? Foi um transbordamento de criatividade, é incrível como isso é apaixonante, envolvente, ao ponto de que a gente mude o residente. Aqui foi criada a primeira caderneta de pré-natal, eu acho que foi até do Brasil, mas foi aqui no nosso serviço, em 2022, a caderneta de pré-natal para homens trans. A gente vai criando, aparecem as demandas, e ao invés de a gente esperar que essa resposta venha de um projeto governamental, a gente se junta e vai pensar dentro da nossa governabilidade, o que é possível inventar, criar, com responsabilidade sanitária. Isso é muito apaixonante, porque a capacidade que a gente tem de ter os conceitos, de ter a teoria e dar vida aos referenciais adotados, faz com que isso entre na agenda do gestor municipal, que entre na agenda do gestor da universidade. Nossa maior felicidade é que a gente consiga, de fato, criar realidades, como, por exemplo, como o homem trans que a gente atendeu no pré-natal, o nosso primeiro. Vê-lo sair feliz com aquele documento que tinha a cara dele, com todos os direitos de um homem, uma vez que a heteronormatividade, que é a regra, não atendia à singularidade daquela vida, daquela existência, a sua cidade é miúda, 10 mil habitantes. É isso que a gente precisa. Ter coragem, ousar, e não esperar que essa resposta venha pronta, porque realmente ela não vai vir. O que é que nós somos capazes de fazer? Ao invés de ficar apontando culpas, porque eu, particularmente, estou extremamente cansada de ir para reuniões em que o contexto é “governo do estado não faz isso”, o “governo federal não faz aquilo”, o “reitor não faz aquilo outro”. Tudo bem, tem essas dificuldades, mas o que é que a gente pode fazer aqui, que está na nossa autonomia, que é a gente que pode garantir que um projeto afirmativo aconteça? A invenção tem isso. É inventar, mas ter a responsabilidade também de sustentar, essa questão de você habitar o SUS, construindo a sua forma de estar no SUS. A coragem de criar, de

manter uma perspectiva dialógica. Ou a gente está falando para nós mesmos, ou estamos conseguindo garantir um processo formativo que dialogue com a diversidade, a diversidade de pessoas que votaram no governo Bolsonaro, mas que votaram não porque tinham um posicionamento favorável a essa lógica antidemocrática. Havia uma ambiência desfavorável para o diálogo, e a gente mesmo se fecha. Existe um gado da esquerda, existe um gado da direita, mas, o que é que a gente quer? A gente quer que não tenha mais esses currais e que consigamos, de fato, criar um processo de ensino e aprendizagem que dialogue com a diversidade de crenças, a diversidade do mundo. Obviamente, nem tudo dá para dialogar, porque existem, de fato, os fascistas e, para isso, a gente não tem acolhimento, mas nem todos são, nem todas são. Quando a gente olha para o território em que eu trabalho, por exemplo, não é a política pública que chega, quem chega é a igreja evangélica, é assim quando falta comida, quando falta remédio. Não dá para a gente ficar dizendo que algum teórico falou sobre isso, que se trata de um conceito, mas, na vida real, a gente precisa construir um diálogo, porque o máximo que eu acho mais envolvente na formação em serviço são os desafios do mundo do trabalho, do mundo real, em que a gente vai se construindo, fazendo uma aposta nessa lógica democrática, colaborativa. Como vamos construir práticas colaborativas diabolizando determinados segmentos? Segmentando na perspectiva sectária? Porque uma outra coisa também de trabalhar com os movimentos sociais é que a gente se permite aprender. Alguns movimentos são muito sectários, ali é só LGBT+, ali é só o movimento negro, ali é só o movimento indígena, mas como que vamos, de fato, ter interseccionalidade nessa perspectiva? Isso tudo é o nosso mundo das residências em saúde, porque não é só colocar nos cenários de prática, é a gente conseguir, de fato, garantir um processo pedagógico que seja coerente com o que a gente acredita, coerente com os princípios do SUS, com aquilo que, de fato, a gente sonha para os nossos mundos. Eu, pelo menos, não quero sair daqui, que minha passagem por aqui tenha sido, de fato, uma coisa que me envolva, que me gere paixão e que a gente consiga reencantar

as pessoas para o processo de ensino e aprendizagem, para além da lógica academicista ou utilitarista, e que consigamos que as pessoas se comprometam com o SUS, com a diversidade das vidas, com a diversidade não só humana, mas da vida, toda essa perspectiva da emergência climática. A gente só vai conseguir, de fato, sair da crise ambiental se conseguirmos pensar na vida em uma outra perspectiva, que é humana, sim, mas é a vida da terra, a vida do ar, a vida da pedra. Para a gente construir essa ideia da invenção – e como isso é potente para a interprofissionalidade, para a abordagem comunitária –, para podermos garantir práticas colaborativas, é preciso que tenhamos as teorias e os conceitos, mas que consigamos dar vida às relações, envolvendo as pessoas, garantindo que elas se apaixonem por estarem nas residências, por serem das residências, e que consigamos construir outras, outras e tantas outras formas de habitar o SUS. Acho que era isso que eu queria colaborar.

RFC: Perfeito, Lorrainy. Pessoal, tem duas perguntas no chat. Uma é do Carlos Severo Garcia, que é professor da UFSC, ele diz o seguinte: que o incentivo à implantação de residências pelo governo federal tem valorizado as iniciativas de municípios e estados, relegando a segundo plano as propostas das instituições públicas de ensino superior. Essa estratégia governamental evidencia a direção dos recursos destinados às residências. Como vocês avaliam esses movimentos governamentais no fortalecimento da capacidade de atuação do SUS? A segunda é da professora Mirelle Finkler, também nossa professora, uma das coordenadoras desse projeto. Ela diz que, apesar das recomendações do Conselho Nacional de Saúde e das orientações das diretrizes curriculares nacionais para a interprofissionalidade, nossas residências ainda são multiprofissionais, com muita dificuldade de avançar para o trabalho colaborativo, efetivamente interprofissional. Agora, além da medicina, a enfermagem também fará a sua própria residência. Como vamos conseguir avançar na educação interprofissional e no trabalho colaborativo? E quais os caminhos possíveis e mais adequados? São perguntas provocativas e que dá para a gente explorar bastante. Ricardo, Lorrainy: com vocês.

RBC: Dá para responder às duas perguntas, mas dá para dizer que a resposta densa a essas duas perguntas pode levar uma semana inteira, porque respondemos e parece que tínhamos a solução para aquela pergunta, e não é assim. Precisaríamos problematizar a própria pergunta para entender por que as respostas às mesmas perguntas são diferentes quando eu respondo como alguém da universidade, como alguém da gestão do sistema de saúde, como militante, como membro de alguma corporação profissional, como membro da agenda de algum movimento que eu represente. Por isso eu digo que levaria uma semana para cada uma dessas perguntas. Vou pegar essas três questões. Eu fiquei devendo ao questionamento anterior do Roger, aquele sobre o livro EnSiQlopédia das Residências em Saúde, sobre o verbete do Projeto Pedagógico Singular. Vale a pena dizer que a Daniela escreve sobre isso por força de seu doutorado, escrevemos juntos porque fui seu orientador. Daniela Dallegrave faz uma tese de doutorado perguntando sobre o ensino. Como seria falar de um projeto pedagógico, cuja aprendizagem ou teoria da aprendizagem são os “encontros de aprendizagem”. Ela traz o tema do *encontro* e o tema da *aprendizagem*. Entre outras coisas, vai mostrar ou perguntar ou fazer pensarmos que as aprendizagens que fazemos não são só racionais ou só formais. Quando ela usa exemplos como: eu entro numa casa ou entro num serviço, eu sinto um cheiro. Este cheiro já traz as memórias que eu tenho daquele cheiro, o que já muda a minha presença no lugar. Ou: eu vou fazer uma visita domiciliar e sinto o cheiro de uma comida que é a comida da minha avó. Eu lembro da minha avó e meu corpo já não está mais igual, meu corpo tem vontade de falar sobre a avó, sobre a comida da avó e todas as coisas que eu gostava ao estar com a minha avó. Dando um exemplo bem simplório, ela nem deu esse exemplo na tese. Eu estou dando esse exemplo para ver se fica didático. Eu já não fico igual por causa de um cheiro. Meu corpo já não está igual e a minha conversa já não é mais igual. O que ela começa a perguntar é: se eu vou regular o tempo da aprendizagem pelo número de horas, esse número de horas é para viver o quê? A residência é 60 horas semanais, mas somamos

apenas 60 horas quando habitamos a residência ou 168 horas semanais? Poderia ser 20 horas semanais? Qual é a diferença que faz esse número de horas? É no número de horas que está a aprendizagem? Ou é nas ofertas que nos são postas que está a aprendizagem? Ou está nas ofertas que o ambiente proporciona? Quais são as ofertas que o ambiente proporciona? São ofertas afetivas, são de conversa, de diálogo, de debate, de confronto, de circulação por diferentes lugares, porque senão parece que o tema da carga horária esgota a discussão. Esgota? Talvez precisemos de mais horas para que bem circulemos no território. Por exemplo, a residência no campo (meio rural), nos mudamos para o campo? A residência no campo e junto à vida camponesa? Essa residência, em geral, exige que o residente se mude para esse lugar. Que passe a morar nesse lugar. Nesse caso, é uma residência de quantas horas semanais? É para “habitar” um serviço ou “habitar” o campo? São 60 ou são 168 horas semanais? Eu estou morando lá, eu acordo e durmo naquele lugar. Então, a residência não tem 60 horas semanais. Eu não morava lá, me mudei para lá para fazer a residência. Então, ela tem 168 horas semanais, 24 horas por dia. A não ser nos dias que eu não fiquei naquele lugar ou “habite” a vida camponesa. Então, essa é uma noção para compreendermos o que o projeto pedagógico está trazendo para dentro do desafio formativo? A carga horária, uma lista de conteúdos, uma lista de experiências, uma lista de vivências, uma margem para experiências criativas ou abertas, não reguladas? Tem essa possibilidade? Tem o cenário da participação popular? Tem o cenário da educação popular? Tem o cenário de visitar os territórios onde vivem as pessoas que não é a mesma coisa que Visita Domiciliar? Então, eu acompanho uma família de pescadores, mas eu visito o lugar onde a pesca acontece, que não é a casa da pessoa. Eu sei o que significa trabalhar naquele lugar? Quais são os riscos que esse trabalho oferece? Ou descartamos a informação em vigilância da saúde do trabalhador porque, para certas pessoas, certos riscos não são relevantes. Para pescadores, alguns riscos à saúde do trabalho não são relevantes. Essas são perguntas para um projeto pedagógico, mas há outras: as questões que Carlos

Severo e Mirelle trouxeram. Tem uma questão aí nessa pergunta do Carlos que eu queria situar, que eu não sei exatamente tudo que está por trás da pergunta, mas situar algumas coisas. Existe uma história das residências em saúde, em que elas são oferecidas pelos serviços e conduzidas no interior dos serviços. As residências nascem dentro do hospital, conduzidas pelo hospital. Por isso que a gente fala em “preceptor”. Porque não é um docente, é alguém que está no serviço. Vamos pensar, a bagagem histórica das corporações de ofício é: quem faz, ensina a quem quer aprender o mesmo fazer. Quem sabe fazer, ensina quem quer aprender a fazer. Então, quem ensina um fazer é quem tem o domínio daquele fazer, ou seja, é o operador daquela prática. É o trabalhador daquela prática. É o profissional daquela prática. Este é o caso para o emprego da terminologia *preceptor*. Não chamamos professor, porque o professor tem outro domínio e está em outro lugar. Isso é importante de situarmos. Porque quando dizemos que as residências podem ser conduzidas pelos gestores das políticas públicas – municípios e estados – estamos dizendo que pode conduzir a formação aqueles que estão no mundo do trabalho. Pronto. E como que a gente se junta com a universidade? Quando a universidade faz o debate que estamos fazendo aqui. Porque se a universidade não fizer esse debate que nós estamos fazendo aqui, temos um risco sério de que a formação se torne teoria. Que a formação se torne habilidades formalizadas no rol de competências das profissões. Neste caso, ficaremos com uma formação estereotipada daquilo que estamos dizendo que é onde está o potente. Onde está o vivo. Alguns dizem: é fundamental que a residência esteja junto com a instituição de ensino superior, porque senão a residência vai ficar fragilizada ou desqualificada. Não sei. Depende. Vou ter que avaliar exatamente como a residência está sendo conduzida. Corre-se o risco do contrário, isto é, que quando a universidade entre, a residência fique completamente enquadrada em teoria. Não vai dar para ser desse jeito. Então, eu acho que serviço e instituição de ensino, e a presença dos gestores, possuem uma potência do fazer juntos que é necessária. Não daria, aqui, para a gente falar mais sobre isso. Acho que é ruim dizer que

residência é uma tarefa da universidade ou colocar polarizadamente que “ou é da universidade ou é do serviço”. É na integração ensino-serviço que isso vai acontecer. Os serviços podem conduzir, pois a gente quer que o serviço seja escola. A gente fala em rede-escola e em SUS-escola. Então, o serviço do SUS é escola. E, em geral, o SUS é escola e a universidade não é SUS. Quando é a universidade, podemos dizer universidade-SUS do mesmo modo que podemos dizer SUS-escola? Podemos pensar nas tecedoras possíveis, mas sem exclusão: conversemos sobre isso. Práticas interprofissionais é a pergunta da Mirelle. Temos que reconhecer que aquilo que mais vemos nas residências multiprofissionais em saúde é a reunião de várias residências uniprofissionais no mesmo lugar. Acho que é a isso que a Mirelle chama *multi* profissionais, *multi* disciplinares. Não têm nada de interprofissional e nada de interdisciplinar. Multiprofissional diz respeito à inclusão de várias categorias profissionais, não tem outra palavra para resumir essa condição. É multiprofissional porque congrega múltiplas profissões. O modo de formar é que pode e deve ser interdisciplinar (quanto ao conhecimento) e interprofissional (quanto ao exercício do trabalho), mas só será interdisciplinar e interprofissional se for multiprofissional. Porque se for uma categoria, não vai ser inter nada. Então, precisamos pensar que é multiprofissional, mas precisa ser interdisciplinar e interprofissional, inclusive para que avancemos em práticas colaborativas interprofissionais e tenhamos esse exercício. Dizemos que as diretrizes curriculares, as primeiras, em 2001, já diziam que haveria o agrupamento de competências e habilidades gerais, que é onde todos nós, de todas as categorias, temos igual responsabilidade e igual presença, depois, as competências e habilidades específicas de cada categoria profissional. Diante das competências e habilidades específicas tinha um parágrafo único que dizia: “com ênfase na apropriação do sistema de saúde, do trabalho em equipe e na integralidade da atenção”. Nesse parágrafo, eu digo que ninguém nunca leu ou nunca deu importância, a ponto de que as novas diretrizes que estão saindo desde 2013 vão ficando cada vez mais uniprofissionais em uma perspectiva corporativa

das profissões. Quase que dizer: a gente perdeu em se colocar no meio de todo mundo. Agora, vamos voltar e separar cada uma das profissões. Nas novas diretrizes curriculares nacionais não tem mais nada igual, não tem mais aquele trecho que era igual para todos. Sumiu, não existe mais esse trecho nas Diretrizes de nenhuma profissão. Cada uma refez a si mesma. Algumas escreveram “trabalho em equipe”, outras nem estão preocupadas com isso. Então, temos esse recuo. Dá para dizer que quando estamos fazendo análise sobre o que os governos que apoiamos fazem, a gente se queixa de que deixam de ser o lugar que mobiliza a potência ou que abre mão da chance de “fazer diferença”. Por que não fazem aquilo que é hora de fazer? Quando a gente é gestor, é a hora de fazer. Então, ficamos na queixa. Acontece, contudo, que não é só de gestores que temos queixa. São gestores, docentes, pesquisadores e aqueles que estão escrevendo cada diretriz curricular que estão recuando em conquistas que a gente pensava fossem novos patamares óbvios. Andamos para trás das conquistas que pareciam consolidadas. Abandonamos a “potência da invenção” e “criamos normativas”, sempre ultrapassadas. Governos abrem mão da potência para, em seu lugar, priorizar normativas. Eu estava em uma reunião recente, em que o debate era: qual é o âmago dessa proposta? Eu dizendo “essa proposta é corporativa”, a pessoa me diz: “o âmago dessa proposta é a equipe”. Eu digo: “talvez a proposta conte a equipe, mas é este o âmago do documento, atravessa-o todo?” O âmago da coisa é aquilo que eu chamei, no início, de conceito. O âmago da coisa é o motivo pelo qual ela existe. O X da questão precisa estar ali, bem visível. Pronto, depois arrumamos no dia a dia. Agora, se o X não ficou bem visível, ou não é esse que gostaríamos de “habitar”, não vão adiantar as normativas. Na EnSiQlopédia das Residências tem um verbete na letra X: “X da questão”. Vou passar a palavra para seguir o diálogo.

LCS: Aqui, escutamos muito que a unidade de saúde que produz melhor resposta é aquela que tem residência. Porque, de fato, elas conseguem melhor resposta. Mas a residência fica achando que vai ensinar interprofissionalidade

só entre os residentes e não entender que ela só existe porque o serviço a recebe ou porque o serviço acredita na formação em serviço. A residência está dentro da equipe, é parte da equipe, está em um fazer com a equipe. Como vamos ensinar isso? Óbvio que a residência é esse espaço privilegiado. Mas as equipes não precisam depender da residência. É um outro componente que precisamos reconhecer: que, quando estamos na universidade, conduzimos processos pedagógicos, como, por exemplo, estágios, visitas técnicas e outras dimensões do estar nos serviços, que este seja um processo colaborativo. Eu estou fazendo coletivamente, aprendendo-com, ensinando-com, fazendo-com ou estou só falando sobre, analisando sobre? Porque isso nos incomoda profundamente, quem é da equipe se incomoda. O quanto que a gente vê das universidades dizendo o que nós não sabemos, que nós não sabemos fazer as nossas ausências, que nos falta conhecimento, como se a instituição formadora ou de pesquisa tivesse tudo. Aí perde-se a oportunidade de estar naquele lugar e ser parte do lugar, habitar *de fato*, construir desenhos pedagógicos em que os alunos de graduação, com visitas técnicas, estágios, internato ou qualquer outra experimentação de estar nos serviços, ali seja um espaço, de fato, em que você tenha prática colaborativa, em que você consiga ter um modelo de ensino interprofissional, que não é estar ou ter seis, dez, quatorze categorias profissionais na residência. Isso é estar dentro da equipe, isso é estar dentro do mundo do trabalho. Como que a gente consegue criar um desenho pedagógico em que, sim, envolvemos os elementos uni e multiprofissionais, envolvemos outros elementos de recursos e infraestrutura, mas que só vai fazer sentido se a gente se permitir, de fato, aprender, fazer, ensinar e estar lá, inclusive para as pesquisas, inclusive para as análises. Em um evento que tivemos agora, inclusive, teve uma coordenadora de residência que, dentro do debate sobre a Enfermagem de Família e Comunidade, ela achava que a pesquisa não era uma competência da enfermeira de família e comunidade, porque isso é exclusivo da universidade. Como é exclusivo da universidade? Quer dizer que o saber é exclusivo da universidade? Que saber é esse? Então, é problematizar um pouco

dessas existências nesses lugares de ensino e aprendizagem para que a gente desmonte as barreiras. A gente desmonta as fronteiras? É necessário que a gente possa, de fato, desenvolver desenhos pedagógicos em que os projetos de ensino de graduação, de pós-graduação, de residências não estejam a sós. Para mim, a residência é a melhor modelagem. Eu, sinceramente, como enfermeira e apaixonada pelo SUS, acho que todos os desenhos pedagógicos – de graduação e de pós-graduação – deveriam acompanhar a perspectiva das residências, de realmente estar lá, fazer parte do mundo do trabalho. Mas estou dizendo isso para a gente possa pensar nas oportunidades que, às vezes, elas estão passando por nós e as estamos perdendo, porque o desenho pedagógico é um documento duro e eu não consigo fazer dele uma senha para entrar e para, de fato, dar vida às ideias e às teorias e aos conceitos que são inovadores, que, de fato, produzem as melhores respostas. Como que é na minha prática profissional como professora, como preceptora, como tutora, consigo produzir caminhos em que eu aprenda, que todo mundo aprenda e que haja o mais encantador das residências: o transbordamento de ensino e aprendizagem. Isso é o que eu acho mais importante no tema, no debate das residências em saúde.

RFC: Eu vou colocar a última questão para vocês. Permeamos várias camadas na nossa conversa: o afeto, a política, a gestão, a criação, a invenção, o pedagógico, o didático. Senti falta e eu queria deixar para vocês conversarem um pouco mais para, então, encaminhar as considerações finais: quero saber sobre o papel da arte. Fiquei muito provocado a pensar o papel da arte para o SUS, para as residências, para esse componente produtivo. E eu sei que tanto a Lorrainy quanto o Ricardo “habitam” esse lugar e flertam sempre com essa produção do conhecimento, do saber, fazendo uso da arte. Queria colocar para vocês essa perspectiva de como podemos potencializar a formação por meio da arte e com a arte.

RBC: Não é uma conversa simples, mas temos algumas práticas objetivas. Uma coisa que a gente sabe é que é da arte a produção de visibilidade

para coisas difíceis de serem vistas. É da arte a produção de visibilidade com uma linguagem própria da arte. Podemos falar de coisas ao longo do tempo, podemos falar de coisas do atual. Essa semana fui assistir o filme *Ainda Estou Aqui*. É um filme leve, do meu ponto de vista. Trata de uma realidade muito dura, mas acho que é um filme leve, que faz vermos de uma maneira suave o que foi um momento tão duro como foi a ditadura brasileira. Traz as práticas da ditadura e as práticas abusivas do poder militar, do poder policial, do poder de perseguição do outro? O poder de uma perseguição não escancarada. Eu quero dizer que é a linguagem da arte, no caso cinematográfica, nos ajudando a ver. Dizemos o quanto que é bom trazer o filme para a sala de aula, o quanto é bom sugerir que se assista a um filme para conversarmos depois. Por que é bom? Porque o filme produz visibilidade. Produz compreensão. Traduz experiências. Esse é o poder da arte. Fazer isso. Todas as artes fazem isso. A arte da poesia é uma coisa incrível. Alguns de nós têm mais sensibilidade, outros menos. Para compreender a poesia não basta ler a poesia, é preciso que ela produza alguma sonoridade. Com a sonoridade, compreendemos melhor a poesia. Algumas, contudo, são muito diretas, eu gosto quando elas me atacam imediatamente. É ótimo! Muitas poesias viram música. Entra o artista da música, que entende aquela poesia e a eleva à sonoridade. Quando for dita de modo musical, mais gente vai ouvir, vai se disseminar mais amplamente. Alguns portais na Internet explicam música, telas de arte, peças de teatro, filmes. São muito frequentados. Às vezes precisamos ser ajudados, isso faz parte da aprendizagem. Quanto mais somos levados a enxergar, mais nossos olhos vão ficando inteligentes. Quando o olho vai ficando inteligente, ele começa a ver coisas que antes não via. O ouvido da gente vai ficando mais inteligente. Começa a ouvir coisas que antes não ouvia. O nosso corpo vai ficando mais inteligente. Vai ficando mais sensível a coisas que antes não era sensível. A gente aprende. Os artistas estão aí para nos causar impacto sensível. Para fazer esse chacoalhado: espera aí, você não está enxergando: escuta, vê! A gente começa a escutar e a ver coisas. Sou daqueles que defendem que a arte deveria estar inclusive com vagas nas residências.

Precisaríamos da arte com vaga na residência. Porque não é para fazer o artista enxergar como a gente. É para o artista nos ajudar a enxergar. O artista nos ajudar a sentir. O artista nos ajudar a ouvir. Os artistas, às vezes, sofrem muito por conta disso. Porque não conseguem deixar de ver o que eles veem. Não conseguem deixar de escutar o que eles escutam. Eles não conseguem deixar de sentir o que eles sentem. Eles sentem em si mesmos as coisas. Isso também gera algum sofrimento e precisamos acompanhar alguns artistas. Não é por acaso que os artistas vivem tão duramente ou tão intensamente o processo de saúde e doença. Porque é impossível ter toda aquela capacidade de ver, ouvir, sentir e ficar normal. Ficamos afetados, muito afetados. A maneira de deslindar essa afecção é produzindo a arte. Não tem coisa mais sofrida do que um artista não poder produzir a arte. Como isso é tão vigoroso, a arte vai sair de algum jeito, em algum lugar ou de alguma forma. A gente aprende muito por meio da arte e pode ensinar com os recursos da arte ou promovendo a acessibilidade à arte. Uma orientanda minha, a Paula Érica Batista de Oliveira, que é artista, inventou uma palavra para a arte e academia. Em plena pandemia, ela disse: eu cansei desses webinários, a gente só faz webinário, quem sabe vamos fazer um artesanário. Quando ela fala de “artesanário”, no primeiro momento é quase o incontrolável. É uma artista dizendo isso. A gente conseguiu depois levar para a dissertação de mestrado a construção do que era essa proposta. Esse exemplo serve para dizer que podemos construir lugares de aprendizagem com a arte. Troca de conhecimento ou comunicação popular em saúde, com linguagens artísticas, com referências artísticas ou com modos artísticos de fazer. Deixa o outro falar também ou vamos falar também com outra linguagem. Eu estou fazendo uma palestra, mas eu não posso citar no meio da palestra uma poesia? Não posso cantar no meio da palestra? Vou passar a palavra para a Lorrainy, dando um exemplo que considero muito duro, mas vou usar. Posso ganhar amigos e inimigos do meu ponto de vista. É sobre Tertuliana Lustosa, artista travesti, pagodeira, cantora e dançarina, que foi convidada para uma palestra na Universidade Federal do Maranhão, cujo tema era diversidade sexual. Foi

convidada como uma mulher travesti a fazer uma fala nesse evento. Então, vejam, eu queria construir essa ideia. Ela é uma artista, conhecida pela sua presença no “pagodão baiano” e apresentações em boates ou em lugares disruptores dos corpos travestis, disruptores das linguagens travestis, onde se pode falar com a linguagem desses corpos, sobre como esses corpos são afetados. Por exemplo, um corpo travesti é afetado pela palavra ou pelo órgão sexual e sensível do nosso corpo, que é o ânus, ou usando a palavra que todos nós usamos, o cu. Então, ela é chamada porque tem essa bagagem e na hora que ela apresenta a sua fala e ela termina a sua apresentação com um *sketch* musical e uma performance corporal em que ela fala do cu, isso virou uma execração absurda nas mídias e redes sociais. Uma fala de que a universidade não é lugar para isso. A universidade não é lugar para a performance travesti, não é lugar para falar dos corpos, não é lugar de pessoas travestis, a universidade não é lugar para o cu? Por quê? Qual é o problema? O que é que acontece aí que não pode? Exatamente o quê que não pode? Se vamos buscar alguns autores da filosofia, inclusive, que se dedicam a falar deste lugar, desse escondido, do proibido, da “história da sexualidade”. É quase como dizer que tudo do sexo ou tudo do genital é proibido, mas tem um lugar o mais proibido de todos, como o cu. Alguém vai e diz: eu vou falar do mais proibido de todos. Ela fala do proibidão na música, o proibidão no corpo, o proibidão na performance, o proibidão nos órgãos do corpo. Ela faz uma performance que é construída por força desse conjunto. Aí eu fico pensando a quantidade de detratores dessa performance que não sabem por que é que ela foi uma das convidadas. Por que era ela entre os convidados? O que foi a proposta de pauta para aquela mesa, o que foi que a plateia, ao conversar com ela nos corredores e antes da entrada, pediu a ela? Não sabemos se alguém pediu para ela fizesse a performance que a popularizou. Não sabemos se o convite não foi justamente por essa performance nos lugares onde ela se apresenta, não sabemos se não foi por esse motivo justamente que ela foi convidada. Contudo, “temos” de antemão que a universidade não é lugar para as “performances da rua”. Provavelmente

no auditório do Departamento de Artes Cênicas essa nem seria uma questão. A mídia e os “opiniudos” isolam uma cena, saem a fazer a malhação daquilo de um jeito escroto, vamos chamar assim, para usar uma palavra bem nobre também. Não temos todas as inscrições da performance, mas temos opiniões contundentes. Deliberamos por um significado, de modo que o significante não pode mais ser apresentado, o significante não pode significar mais nada. A arte é isso, a arte é de todos os lugares, a arte é da rua, dos corpos, das esculturas, das linguagens, do desamarrar as coisas do jeito que elas estavam amarradas, esse é um lugar forte, potente, interessante da arte.

LCS: Eu queria debater dois pontos, vocês estão percebendo que eu e o Ricardo concordamos com muita coisa. Primeiro é a perspectiva colonizadora que nós temos da arte e da cultura. Quando pensamos o que é da arte? A gente pensa em outros elementos que às vezes não estão no território, mas muitos elementos estão nos territórios. A gente não valoriza porque não está no teatro municipal da cidade? O cordelista, aqui na minha região, o cordelista, o grafiteiro, estão no território. O que é que nós estamos considerando arte? Quem foi que ensinou para a gente o que é a arte? Qual é a visão que temos? É toda colonizadora, a gente precisa pensar no valor daquilo para o lugar, como que a arte invade nosso dia a dia, ela já está lá no território, se deixe invadir por ela, pela arte do lugar, pela cultura do lugar, e sem julgamento, porque a base do julgamento, que é o que o Ricardo está trazendo, essa lógica é cristã, isso interfere ao ponto de que você determina quem vai ter acesso ou não à saúde. Aqui, uma das grandes dificuldades que nós temos, de garantir acesso às pessoas trans, não binárias, intersexo, é exatamente o falso moralismo presente na ideologia cristã, a base e estrutura, quando vamos dialogar com as equipes, da necessidade que atenda, dê importância e garanta acesso. As pessoas dizem, “mas Deus disse...” Eu não concordo com isso, mas se eu não concordo, é a minha vida pessoal. Como trabalhador do SUS, você obedece à legislação brasileira, ao que regulamenta as profissões. Os valores são muito estruturantes do processo de cuidado, e

esse é um grande problema que nós temos nas residências em saúde. Quando construímos os processos, implementamos os processos, os preconceitos, sem sombra de dúvida, são elementos cruciais na formação, esse falso moralismo precisa ser pautado naquilo que é: moralismo. Sempre temos o posicionamento de dialogar, não diabolizar, mas dialogar, esse é um desafio tremendo, como também pensar na arte e na cultura em uma outra perspectiva, decolonial, que consigamos valorizar a arte do lugar, para que seja uma das dimensões da formação e do aprendizado. Mas sentir, se deixar penetrar por ela. Que seja o auge do encontro da arte e cultura para as nossas vidas.

RBC: Quando a Lorrainy usa essa expressão, o *falso moralismo*, é o quanto que as pessoas que combatem e são detratores de todos esses processos disruptores, elas cometem todos esses atos, vivem todos esses atos, mas elas acham que é tudo no lugar do segredo, é no lugar da noite, é no lugar escondido, aí quando vemos, vazou um vídeo. A pessoa era aquilo que ela dizia que não era, que dizia que ninguém podia ser. Essa falsidade é insuportável, é muito maléfica, porque não deixa viver aqueles que vivem essas mesmas coisas. O que não se pode viver, vivemos de maneira escondida, arriscada, com risco à saúde, com risco de morte. Porque quanto mais escondido, mais exposição ao risco. Não posso falar que eu tenho desejo sexual, que práticos atos sexuais, que busco sexo “ilegal”. Não posso ter desejo: não existe sexo fora do casamento, não existe sexo homossexual. Não existe, não pode. Aí, no segredo, eu cometo, e aí eu me exponho. A quantidade de homens que dizem que a mulher só pode praticar sexo no casamento ou mulheres que dizem que o sexo só existe no casamento e, nesse caso, não precisa de camisinha, por exemplo, afinal só ocorre entre casais que se conhecem. E a prevenção da gravidez é regulada por algum método contraceptivo que foi escolhido, que não envolve essa invasão, entre aspas, do corpo no ato do sexo, só para dar o exemplo, essa mesma pessoa faz o ato também desprotegido, homossexual, nos lugares de risco, de pegação, depois expõe a sua mulher. Mas porque não podia falar. Porque não

podia dizer que isso existe. Não podia dizer que esse é o seu corpo, que esse é o seu afeto, que esse é o seu prazer. Essa falsidade, ela contribui para a morte de muitos. Vou dar um último exemplo, também acho que a gente combinou que era no máximo duas horas de diálogo, a gente está chegando nessas duas horas do diálogo, mas é que é uma coisa que me mobilizou muito, quando a gente teve um ataque, lá em Sapopemba, São Paulo, numa escola, talvez alguns lembrem disso na mídia, quanto a um adolescente. O que a mídia revela? É um menino, um adolescente que invade armado uma escola e mata a professora e um ou dois colegas. Por que essa pessoa faz isso? Porque essa pessoa era uma menina trans, que não pôde ser menina, que não pôde ter o corpo que desejava, que sonhava, que sentia, que era afetivo, que era vivo, e teve de ter um corpo que era um corpo de dor, de morte e de sofrimento. Se esse corpo é de dor, de morte e de sofrimento, esse corpo pode matar qualquer um, ele não precisa viver e fazer viver, ele pode se matar, e pode matar qualquer um. Mas por que esse corpo não pode viver? Porque o local de pregação religiosa que essa pessoa vivia, dizia a ela: não pode ser uma menina, não pode ter um corpo feminino, não pode ter desejos femininos, seja homem, aprenda a ser homem, se torne aquilo que você é, que é um homem. Homens são violentos? Homens portam armas? Homens matam? Homens são militares? Então foi o que ela “habitou”. Se ele tivesse sido uma menina, que afinal é aquilo que ele era, ele não tinha sido esse menino que foi obrigado a ser. Vamos entender o que estamos falando: de singularidade, de existência, de vida, de potência, de direito, de liberdade, de inclusão. Eu estou contando isso para falar daquilo que o Lorrainy chamou ali do *falso moralismo*, ele chega, prega para todo mundo e vai fazendo com que muitos se matem e matem outros.

RFC: Excelente, Ricardo e Lorrainy. Várias camadas se abrem, várias questões. Já encaminhando para o final, eu queria que vocês fizessem as considerações finais.

LCS: Obrigada por fazer essas considerações. É um tema muito envolvente, contagiante. Confesso que, estando em novembro de 2024, eu esperava que estivéssemos numa conjuntura mais favorável às nossas ideias, ao que a gente percebe das dificuldades que estamos atravessando e da necessidade que temos de que as nossas forças locais sejam fortalecidas, porque, de fato, o que a gente esperava que existisse no governo federal não está no tempo do nosso desejo. Ainda está em um passo muito lento. Temos feito o debate de que, para continuar, para manter o que a gente sonha, para manter o que a gente acredita, temos de continuar sendo ainda mais singulares, no sentido de fortalecer a gestão municipal e as universidades públicas, junto com os residentes, com preceptores e tutores. Estamos começando amanhã, com o Ricardo aqui, em Mossoró, um curso de preceptoria, que é um desenho singular, onde os programas de residência se sonham juntos, porque a nossa ideia é que consigamos transformar esse curso de preceptoria na educação permanente em saúde da nossa equipe de preceptores. Tanto da residência multi, como da residência médica, no caso da saúde da família e comunidade. Em um dos resultados da minha tese de doutorado, encontro que, quanto mais integrada, maior é a produção de respostas, conseguir ter uma longitudinalidade na formação é o maior desafio. Você garantir que aquela formação continue, e continue com qualidade. Criamos esse curso de preceptoria com recurso próprio, com o que cada instituição poderia colaborar, sonhando que a gente, aí eu sou suspeita de dizer, porque Mossoró é o epicentro da boniteza potiguar, a gente aqui vai conseguir ser ainda mais singular. Temos o compromisso de produzir respostas para o nosso lugar, para quem acredita que as vidas são importantes, que são todas as vidas que são importantes. Eu quero agradecer muito ao Roger e à Fabiane, que está nos bastidores, e convidar vocês a virem conhecer Mossoró, os nossos programas de residência. Muito obrigada pela oportunidade.

RBC: Podemos terminar com uma declaração de amor, porque eu quero dizer que amo demais estar com a Lorrainy. A gente vai encontrando certos

parceiros, parceiras, em que a gente vai se sentindo alargado, ramificado. Isso é bom demais. Isso acontece quando estamos numa sala como essa e vai vendo os comentários de pessoas que dizem: que potente! Quer dizer que tocou em modos de pensar das pessoas que estão ouvindo. Isso é uma ramificação. Essas ramificações potentes, amorosas são uma necessidade de quem está produzindo ideias, de quem está produzindo novidade, de quem está produzindo desafio, de quem está produzindo transformação, alegria, essas coisas todas. Eu queria dizer isso nesse encontro, ter recebido o convite do Severo, do Roger, ter estado junto com a Lorrainy, para mim foi bom demais. Saio “alegrificado”, meu índice de alegria aumentou, saio com níveis elevados de alegria, o que é ótimo, para seguir trabalhando, conversando, escrevendo e fazendo as coisas que a gente faz. A recomendação para todos que estão nos ouvindo, que estão participando com a gente, é de tomar como medida, como parâmetro, como indicador, essa condição, para as coisas que a gente tem a fazer: escrever, difundir, divulgar, formar. Eu tenho dito que o lugar da educação, se não for o lugar da disruptura, da conversa, da problematização, não precisa ser educação. Se é para fazer normativa e prescrição, deixa os outros lugares fazerem, a administração faz isso. Então, não pode ser isso, a educação é o lugar do grande círculo, é o lugar da grande mandala, da grande confusão do cérebro, este é o lugar da educação, cabe à educação fazer isso. Alguns podem dizer: mas não tem que organizar o currículo? Não tem que organizar a prova? Não tem que organizar a avaliação? E a expedição de diploma? Tem que fazer tudo isso, mas esse lugar é menor que aquele que a educação tem para fazer. A educação, o que ela mais tem para fazer, e se a gente junta educação na saúde, que quem me conhece, conhece o meu nome, sabe que a minha vida é educação na saúde, eu quero que a educação seja a construção de práticas cuidadoras, e a educação seja a produção de práticas disruptoras. Nesse encontro da disruptura com o cuidado, é que vamos produzir vida. Eu espero que se trate disso quando a gente fala do encontro educação-saúde. Queria agradecer a oportunidade. Obrigado, Roger pelo convite, obrigado, Fabi, que está nos nossos bastidores.

RFC: Excelente, Ricardo, Lorrainy, para mim foi um prazer estar com vocês, uma alegria, também aumentou minha potência de existir, de viver. Eu diria, como tu disseste, Ricardo, que os artistas ajudam a sentir, a agir, a pensar, a ouvir, vocês nos ajudaram a acessar essa grande quantidade de coisas. Fica o material no YouTube da Rede Unida. A gente finaliza esse encontro, esse diálogo, um abraço a vocês e até mais.

Caleidoscópio do cuidado para proteger a vida⁴¹

Helvo Slomp Junior
Fabiane Perondi
Carlos Alberto Severo Garcia-Jr.

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.: Olá a todos e todas, bem-vindos a mais um encontro do “Diálogos em Saúde Coletiva”, vinculado à Escola de Saúde Coletiva de Araranguá/SC, junto com a Rede Unida, em parceria com o Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética (NUPEBISC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Quem vos fala é Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, sou professor adjunto da instituição da UFSC, colaborador/participante da Rede Unida e das demais instituições citadas. Hoje estamos com a oportunidade de ter um convidado para tratar da temática sobre o cuidado, por isso nossa conversa é sobre o caleidoscópio do cuidado para proteger a vida. Temos a satisfação de receber para esse diálogo o professor doutor Helvo Slomp Junior. Médico formado pela Universidade Federal do Paraná, mestre em Farmacologia/Neurociência pela mesma instituição, doutor em medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, com estágio de pós-doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, na Universidade Federal Fluminense. Especialista em homeopatia, psiquiatria, gestão da clínica com ênfase nas Redes de Atenção à Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, e formação integrada multiprofissional em educação permanente em saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. É professor associado do Instituto de Ciências Médicas do Centro Multidisciplinar da UFRJ, Campus Macaé. Também é professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social da Universidade Federal do

41 Disponível em: <https://www.youtube.com/live/Vp-fjJVRsYQ?si=RwQYzctf-BicFHj->

Rio de Janeiro e professor visitante do mestrado profissional em saúde da família da Universidade Federal do Paraná, que é conhecido como ProfSaúde. Esse é um resumo enxuto do nosso convidado de hoje, que pode naturalmente acrescentar outros elementos da sua prática e vivência e partilhar conosco. Muito bem-vindo, professor Helvo, é uma satisfação estar com o senhor aqui nesse momento.

Helvo Slomp Junior: Obrigado, Carlos. Em nome do Carlos e da Fabiane Perondi, agradeço o convite para ter esse diálogo em saúde coletiva com a Universidade Federal de Santa Catarina, uma região onde morei no início dos anos 1990. Meu pai é de Santa Catarina, então tenho uma ligação com o estado. Primeiro gostaria de registrar que estou muito feliz de estar aqui, e justificar a ausência do professor Emerson Elias Merhy, ele nos comunicou que não poderia estar hoje conosco em função de questões pessoais e familiares. Emerson tem uma grande trajetória na saúde coletiva brasileira e até na fundação do SUS. Desde o começo ele era um dos atores, ele estava naqueles movimentos todos que vão desembocar na reforma sanitária e posteriormente na 8^a Conferência Nacional de Saúde. Ele pede desculpas pela impossibilidade de estar aqui presente hoje. Mas estamos aqui para fazer o nosso diálogo, e passo a palavra para a Fabiane, para dar continuidade à conversa.

Fabiane Perondi: Bom dia, pessoal, eu sou Fisioterapeuta formada pela UFSC, e hoje vou estar aqui mediando esse diálogo junto com o professor Carlos. Para iniciar a conversa vou fazer a leitura de um pequeno trecho do artigo⁴² do Helvo, do Merhy, da Maria Paula Cerqueira Gomes e do Túlio Franco, que se chama “Do Olhar da Espiral Caleidoscópica do Cuidado”, o qual motivou a temática do diálogo de hoje:

Comentaremos a seguir três grandes grupos de perspectivas/ regimes de verdade: o cuidado em saúde como um equivalente

⁴² Slomp Junior H, Gomes MPC, Franco TB, Merhy EE. Do olhar da espiral caleidoscópica do cuidado. Saúde e Sociedade [Internet]. 2023 Dec 4 [cited 2024 Jun 18];32:e220582pt. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2023.v32n4/e220582pt/>

geral de práticas de saúde e intervenções clínicas, o cuidado em saúde como uma clínica integral e emancipatória, e o cuidado em saúde como uma micropolítica no encontro intercessor. No entanto, ao iniciarmos a preparação deste trabalho, nos deparamos com um primeiro problema: tais conceitos não são estanques e nem mutuamente exclusivos entre si. Cada um dos três pontos de vista acima admite ainda diversas vistas, em especial o segundo e o terceiro, e também se combinam entre si em maior ou menor grau, a depender da força de produção de mundos que cada uma das três vertentes arregimenta em cada espaço e tempo. As três perspectivas giram sobre si mesmas e compõem-se em diferentes forças de acordo com os movimentos produzidos pelos personagens que se encontram nos acontecimentos do/no cuidado, como se inúmeras situações singulares de cuidado produzissem diferentes atualizações semióticas, como se girassem caleidoscopicamente em uma espiral.

Então, Helvo, a partir desse trecho do artigo, passo a palavra para ti.

H: Fiquei intrigado quando Carlos entrou em contato propondo uma conversa que partisse desse texto. Fabiane leu este trecho, acho que porque é ali que está o centro da formulação que o artigo está querendo propor. Mas queria contar um pouquinho de como nasceu. É curioso como as coisas nascem, como as coisas vêm, não é? Até porque não nasce nessa publicação, nasce em um momento em que estava, durante a pandemia, preparando um livro para trabalhar com alunos de graduação. Esta era a única pretensão naquele momento, temos usado esse livro já há algum tempo, ele acabou sendo publicado em meados de 2022, que é um livro lançado pela Editora Rede Unida, chamado “Projeto Terapêutico Singular como Dispositivo para o Cuidado Compartilhado”⁴³. Esse livro é produto de meu pós-doutorado, junto com Túlio Batista Franco e com Emerson Elias Merhy. A princípio vinha trabalhando com o Projeto Terapêutico Singular com alunos de graduação de

43 Slomp Júnior H, Franco TB, Merhy EE (orgs). Projeto terapêutico como dispositivo para o cuidado compartilhado. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2022. 222 p. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/06/Livro-Projeto-terapeutico-como-dispositivo-para-o-cuidado-compartilhado.pdf>

medicina, das décadas de 2000 e 2010, em Curitiba, quando dava aulas na Universidade Federal do Paraná. Eu fazia um trabalho prático, que aqui em Macaé é um pouco diferente, muda os períodos em que os alunos estão, mudam algumas coisas. Mas comecei, digamos, a exigir um “pouquinho” do PTS, vou usar a sigla do Projeto Terapêutico Singular, o PTS, para facilitar nossa conversa. Comecei a exigir um pouco daquelas propostas muito bem formuladas que a gente tem na literatura já faz quase duas décadas, ou até um pouco mais. Temos boas formulações no Brasil sobre o PTS, inclusive que estão em políticas públicas brasileiras, em portarias e manuais técnicos do Ministério da Saúde, e essas formulações foram sendo feitas por autores importantes da saúde coletiva, e eu vinha usando esses materiais com alunos de graduação. Mas comecei a exigir um pouco mais, talvez até porque nós viemos de um referencial teórico que é a micropolítica, que começa a querer agregar, além daquela formulação muito bem-feita, que é um legado que temos no Brasil, eu brincava sempre, no bom sentido, no sentido acadêmico do brincar, de trabalhar, por exemplo, outros sentidos para o que é “singular”. O que é “singular”? Porque eu percebi assim que, para alunos e alunas de graduação, o singular equivalia muito ao individual, o singular equivalia às vezes ao peculiar, ao que é local. Ele também é isso, mas eu estava querendo trabalhar também com histórias de vida no PTS, e que esse singular pudesse ser também essa composição que nós somos das várias trajetórias de vida que temos. Nós temos trajetórias paralelas. Tenho trajetória como pai, como marido, como músico, como professor, como médico, e outras. A gente tem trajetórias que vão cruzando e a combinação entre elas compõem uma singularidade que eu achava que era importante eles conseguirem captar para a gente poder trabalhar o PTS. Então estava ali querendo também conversar com a proposta original da ferramenta no sentido de colocar mais temperos. E esse livro “Projeto Terapêutico Singular como Dispositivo para o Cuidado Compartilhado” era um livro-texto que se propunha a fazer uma revisão do material que já estava disponível sobre o PTS, mas acrescentando alguns

olhares. Eu sentia falta desses textos para lidar com as aulas práticas que a gente estava trabalhando e trabalha até hoje, e escrevi esse livro com a ideia de que alunos de graduação pudessem lê-lo com tranquilidade, entendê-lo e usá-lo. Tem sido interessante, ele atendeu até o momento aos objetivos, e até tem sido usado vez ou outra em serviços de saúde, em residências, cursos de especialização, e em outros lugares. Mas qual era o grande desafio? Ora, se eu estou querendo trabalhar uma outra ideia de singularidade, ou ir um pouco adiante, dar um passo a mais naquilo que a gente chama de singular, tenho que começar o livro assumindo que ao falar do cuidado a gente toma uma certa posição em relação a tudo que você vai fazer na saúde, porque essa perspectiva do cuidado era o grande desafio. E aí essa formulação, não do jeito que está aqui no artigo, claro, por exemplo, a espiral caleidoscópica não tinha sido desenhada ainda, mas essa formulação nasce ali no livro, naquele primeiro capítulo. E quando surgiu essa ideia de publicar, propus para o Emerson Merhy e para o Túlio Franco, que eram meus orientadores de pós-doutorado, que a gente trabalhasse um pouco mais essa formulação específica do cuidado num artigo, e tivemos a alegria de termos conosco a Maria Paula Cerqueira Gomes, que vem da área de saúde mental, e está sempre com a gente em várias pesquisas, uma grande amiga, uma pessoa que admiro muito, que vinha com um olhar um pouco de fora daquilo para nos ajudar. Inclusive, a ideia do caleidoscópio vem muito da Paula, que enriqueceu a espiral. Começamos a pensar que é como numa visão quântica ou da relatividade (um físico poderia nos ajudar, risadas), você vai percorrendo uma espiral e aquelas alças da espiral vão aumentando, e são vários os sentidos que as várias enunciações e as várias experimentações vão fazendo. A gente pensou, as primeiras alças são aquelas que vão trazer o cuidado como sinônimo de tudo que você faz em saúde. O cuidado como qualquer prática, qualquer intervenção, qualquer procedimento em saúde. Esse não é um artigo de revisão, mas a gente vinha observando que muitas vezes a palavra cuidado era sinônimo de qualquer prática, qualquer intervenção, qualquer procedimento. Em muitos textos a gente encontrava

nesse sentido, mas não era o mesmo sentido. Ou seja, por que caleidoscópico? Se você olhar no caleidoscópio, você vai ver aquela fragmentação de imagens, mas com uma certa organização, como se fosse uma mandala. É como se naquela altura, naquela alça da espiral, você tivesse sim muitas enunciações que colocam que qualquer prática em saúde é cuidado, mas com diferenças. Cada texto, cada pesquisa publicada, enfim, cada autor e autora, grupo de pesquisa, dava o seu toque singular para esse modo de olhar. Depois, uma certa discussão que a gente percebia que acontecia muito na tradição da própria saúde coletiva latino-americana que nasce lá nos anos 1970 e vai mudando muitas coisas. Por exemplo, o próprio SUS pode parecer pouco, pode parecer apenas palavras, mas palavras produzem mundo, produzem realidade. Então você falar em assistência à saúde é uma coisa, você falar em atenção à saúde, que é o que começou a ser proposto no momento na instituição do SUS, é diferente, porque aí a atenção, você está voltado a um pedido, está dando resposta a uma necessidade em saúde, e o cuidado também começa a ser operado de outras maneiras junto com tudo isso. A saúde coletiva assume a ideia de cuidado de várias maneiras, ela começa lá no seu início e você vai percebendo que tem modos diferentes de dizer o que seria o cuidado para vários autores e várias gerações da maravilhosa produção da saúde coletiva brasileira. Mas agora não é qualquer prática em saúde que chamamos de cuidado. Começa a haver uma certa exigência quando a saúde coletiva entra nesse meio e ela diz assim: não, pode haver práticas em saúde que não são cuidadoras. Então, o que diferencia uma prática em saúde que cuida e uma prática em saúde que não cuida? Que ela talvez até possa ser prejudicial em algumas situações. Ora, é um certo pressuposto, tem alguns pressupostos e alguns valores que são exigidos por setores da saúde coletiva. A saúde coletiva exige algumas coisas para que aquilo possa ser o tal do cuidado, não é só eu fazer o procedimento, mas é eu ter também uma perspectiva do processo de saúde e doença, por exemplo que não é saúde enquanto ausência de doença. Então, começam a entrar várias correntes para resolver, para dar conta desse

problema. O conceito ampliado de saúde, a promoção da saúde canadense que é incorporada na saúde coletiva e outras formulações que vão dar conta daquilo que a gente depois lê em estudos muito bonitos. O professor Rubem Mattos, por exemplo, e a sua equipe coordenaram estudos muito ricos sobre a integralidade. A ideia de que para ser Cuidado, e não apenas mais uma prática ou um procedimento, é preciso uma visão da integralidade da saúde daquela pessoa, daquela família, daquela comunidade. Mais do que isso, é a gente contribuir para garantir uma certa autonomia, em relação, inclusive, a nós, equipes de saúde. Você garantir uma certa produção de autonomia é algo que era uma novidade. A saúde coletiva traz também, e são várias as formulações que vão trazer isso, a noção de vulnerabilidade, enfim, existem várias formulações que vão se agregando para dizer que nem tudo é cuidado, que é preciso alguns elementos, que precisamos ter, no mínimo, alguns “cuidados” com o Cuidado, como disse Merhy em um texto. Então, já são várias alças com várias possibilidades na espiral, algumas agregam alguns outros valores, algumas enunciações e algumas experimentações agregam, por exemplo, comunicação, o tema da comunicação, o tema da participação social. Mas já estamos numa fase em que nem tudo que se faz na saúde é necessariamente cuidado, mas pode vir a ser. A ideia da espiral é o tempo todo a gente percorrer de um lado para outro, porque nós mesmos podemos ter diferentes pontos de vista dependendo da situação em que a gente está, a gente pode simplificar as coisas num certo momento e num outro dizer, ‘peraí’, mas aqui temos que olhar o cuidado de um modo mais delicado, depois vou falar um pouquinho, se der tempo, sobre o tema do tempo, que é um outro texto que veio logo depois desse. Mas enfim, aí a gente vai partir para um terceiro conjunto que incorpora esses anteriores, veja, nada é estanque nessa proposta da espiral caleidoscópica do cuidado. Você, inclusive, em momentos diferentes, dependendo do que você está lidando, qual o problema que você está enfrentando naquele momento, pode percorrer aquela espiral para um lado, para o outro e parar por um certo momento ali naquele ponto. O terceiro

conjunto de sentidos tem muito a ver com uma ideia de que é importante a gente garantir esse comprometimento com esses valores que acabo de comentar para que isso que faço a saúde seja cuidado. Mas não é só isso que acontece, existe uma coisa que é o encontro intercessor também, existe algo que é aquele momento em que as duas vidas estão próximas e uma delas é um profissional de saúde, ou são várias vidas, é uma equipe de saúde, e do outro lado uma pessoa que busca o cuidado, ou uma família, e este momento deste encontro, pode, desde não fazer diferença nenhuma para ambos, como modificar os dois lados. A gente sai de um atendimento diferente do que quando a gente entrou, assim como a pessoa sai de qualquer encontro em sua vida diferente do que quando ela entrou. Tem mais um elemento que vai tensionar essa ideia de cuidado, e aí tem um conjunto de sentidos que incorpora mais essa tensão. Então além de um comprometimento disso com certos valores, com certos princípios, com certos, enfim, compromissos que a gente chamaria de éticos, estéticos e políticos, ainda existe, há que se considerar, isso de se abrir para o encontro cuidador ou não, ou achar que não está se abrindo para o encontro cuidador e mesmo assim ele está acontecendo, independente de nós termos esse controle sobre ele. Podemos percorrer essa espiral em vários sentidos e abrir um leque muito grande de possibilidades de nomear o que é cuidado, e aí eu comecei a fazer algumas outras pesquisas paralelas. Abrindo um parêntese, “falar de Cuidado”, eu mesmo ficava pensando, “mas de novo”? A gente está com tanta coisa nova e importante, novas epistemologias, novas problemáticas da sociedade, nós temos um mundo numa tensão muito grande, será que falar de cuidado, mais uma vez, não é anacrônico? Até hoje não tenho uma resposta para isso, mas comecei a achar intrigante que você olha para certas coisas, como, por exemplo, a coordenação do cuidado, e percebe que tem uma produção científica razoável na saúde coletiva, produção que se divide um pouco entre a saúde coletiva propriamente dita e a medicina de família. Por quê? Porque a coordenação do cuidado tem uma relação, no seu início, com um conceito da Barbara Starfield, que é o conceito de coordenação da atenção.

E nós fizemos uma pesquisa, que é uma revisão de escopo, onde o objetivo era entender a coordenação do Cuidado. Será que diz a mesma coisa em várias publicações onde ele aparece? Quem usa? Diz o que acha que é coordenação do cuidado, ou seja, define ou não define a coordenação do cuidado, e quando define? O que aparece ali? E aí foi muito surpreendente essa pesquisa, porque nos ajudou a ver que não havia um consenso mesmo, tem sentidos diferentes. Muitas vezes havia uma intercambialidade entre a coordenação da atenção que aparece nos atributos da APS lá na formulação da Starfield, que é fundamental para nós, enquanto uma integração dentro de uma rede com comunicação entre médicos, enfim, médicos e médicas, mas uma certa visão de como você estrutura esses serviços, cria rotinas, cria protocolos assistenciais para que isso aconteça, já usando conceitos nossos de hoje, tem toda uma formulação que vai tomando um outro nome, em alguns momentos ela assume o conceito de coordenação do cuidado. Já a formulação brasileira, que aparece na Política Nacional de Atenção Básica, é a formulação que você compara com a da Bárbara Starfield e ela incorpora alguns elementos dessa integração, mas ela começa a trazer outras coisas, começa a dizer que a coordenação do cuidado é você compartilhar a atenção a partir de projetos terapêuticos singulares entre vários serviços de saúde da mesma rede, e coloca no centro o PTS. No Atlas de coordenação do cuidado da Califórnia você encontra uma formulação já também diferente da formulação da Starfield, e que traz também outros elementos. Enfim, a coordenação do cuidado não é só uma formulação brasileira, mas a formulação brasileira é muito singular, e em si não é um consenso. Então eu acabei achando que sim, estudar o cuidado novamente vale a pena, nem que fosse para mim, para que pudesse aliviar um pouco minha própria curiosidade, que eu conseguisse saber sobre o que eu estou falando e entender um pouco, tentar rastrear um pouco qual é o sentido que está sendo dado nos textos que eu leio, quando eu faço as minhas revisões, quando fazemos as nossas pesquisas bibliográficas, para poder entender um pouco isso e também - o mais importante para mim, enquanto motivação - tentar descobrir o quanto que você diferenciar o cuidado de qualquer prática em saúde pode ser transformador

para as práticas de saúde ou não, inclusive para a formação. Será que é ou não é um dispositivo, o cuidado enquanto algo que não é somente o procedimento, para que você possa o tempo todo qualificar tanto o trabalho em saúde assim como a formação de pessoas que vão trabalhar nesse setor?

C: Instigante a sua fala. Inclusive, vou também propor para quem está nos acompanhando, se tiver interesse de partilhar alguma questão ou pergunta, por favor, ela é bem-vinda à contribuição para essa conversa que o Helvo está nos proporcionando. Eu tenho algumas coisas que gostaria de partilhar, não sei se posso já partilhar contigo, daí tu segues, ou tu queres continuar no teu fluxo?

H: Não, não, fique à vontade.

C: Certo. Fico muito tocado com alguém que está dedicado a “pensar o cuidado”, porque assim sabemos que não estamos sozinhos. Essa vontade, esse desejo de entender, buscar e contribuir também toca muitas pessoas. Na minha tese, investiguei a produção de vínculo e tive que retomar essa concepção do que você está chamando também de dispositivo. Fiz esse percurso de “regresso” e passei pela integralidade, porque também é inevitável, ao falar do cuidado tratar da integralidade. Quando fazemos imersões, vamos notando que precisamos conectar conceitos que estão aí, às vezes, aparentemente soltos, mas que têm conexão. A minha tese e até virou um livro⁴⁴ na Rede Unida com prefácio do professor Emerson, e basicamente fala da produção de vínculos na relação dos médicos cubanos e usuários a partir do programa Mais Médicos. A época em que os médicos cubanos chegaram, não sei se vocês vão recordar, houve muitas críticas, a mídia brasileira foi um veículo que dispensou, junto com alguns órgãos de classes, colocar em questão, entre tantos pontos, a qualidade dos médicos estrangeiros. A pesquisa revelou que,

⁴⁴ Slomp Júnior H, Franco TB, Merhy EE (orgs). Produção de vínculos. In: Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida; [data não informada]. Disponível em: http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/producao_de_vinculos.pdf

apesar dos obstáculos da barreira da língua, eles conseguiam constituir e fomentar vínculos muito fortes. Lembro de um exemplo comentado por uma médica cubana afirmando que não comprehendia todas as palavras que ouvia. Ela citou: “uma chinelada”. Chinelada, no sentido de pegar o chinelo para bater no outro. Ela disse que não entendia quando a mãe falava: “vou te dar uma chinelada, fulano”. Mesmo assim, ela se mostrava interessada no que a usuária falava. Nessa pesquisa, consegui chegar a uma outra compreensão pouco partilhada entre pesquisadores e trabalhadores, a noção de que o vínculo nem sempre é positivo. E o vínculo não sendo só positivo, o vínculo também pode ocasionar efeitos negativos. E isso vai ao encontro do que você estava falando, do cuidado que é fragmentado. Então, que tipo de cuidado que se tem? Ele pode ser muito fragmentado e não constituir cuidado integral. Assim como o vínculo também pode ser negativo e, a partir desse vínculo construir caminhos que não vão colaborar ou potencializar o indivíduo. Isto porque não vai escutar ou não vai incorporar noções do desejo do outro. Porque posso entender, na minha concepção, que a melhor oferta de cuidado está num determinado lugar ou com um determinado conjunto, mas a pessoa não reconhece aquilo como lugar dela ou de pertencimento daquilo. Outra coisa instigante neste percurso do cuidado como central para o PTS, foi o que a saúde mental no Brasil conseguiu, do meu ponto de vista, inaugurar e contribuir nesse cuidado mais amiúde, singular. A saúde mental nos exige, diferentemente da noção nosográfica, entender que as pessoas são muito além de um determinado diagnóstico, pois cada um é um, então, não tem como montar um projeto que não seja singular. Outra coisa que coloca em questão o cuidado é a equação com o tempo. O tempo de cada serviço e de cada pessoa neste serviço. Posso oferecer, com o meu conjunto de colegas profissionais, naquele serviço, uma série de ofertas, mas ao fazer esse percurso na rede, esse usuário, essa pessoa, ela pode ser que se depare com uma porta fechada ou com outros elementos que são contrários ou contraditórios àquele serviço. Então, o cuidado não é só uma dimensão singular, né? Ele também se dá por coletivos, por organização

de coletivos. Porque se eu não conseguir criar essa linha do cuidado com outro serviço, talvez tudo aquilo que eu constituí pode ser que afaste a pessoa de um outro passo que ela poderia dar. Como um “projeto terapêutico pós-alta”. Pode ser que para alguns casos, a melhor forma de estar no serviço é não estar no serviço. Porque se estou na rede, se estou na comunidade, é porque aquilo deu conta. Rompeu uma fronteira que se dá, às vezes, naquele usuário, naquele serviço. Ele já está operando com outros elementos. Claro que não temos isso constituído no Brasil como uma coisa majoritária, mas o cuidado deveria ser um cuidado comunitário, feito entre diversas pessoas. E que não necessariamente só pelo profissional da saúde. Na história temos as benzedeiras, as parteiras, os curandeiros, não é? São outras narrativas sobre formas de cuidado e que, de alguma maneira, nos últimos tempos, talvez pela influência do neoliberalismo, da questão da comunicação instantânea, tudo isso vai diminuindo ou reduzindo essas trocas que se dão com esse tipo de cuidado que não é só no serviço de saúde ou o profissional de saúde, mas que se dá nessa camada coletiva. A própria loucura ganha uma outra roupagem se a comunidade incorpora aquilo como algo de pertencimento àquele indivíduo e não como uma excentricidade ou como um problema, alguma coisa isolada. E quando fragmentamos isso, isolamos as coisas, dificulta criar conexões. Dá para pensar a partir dessa provocação, a noção também do integral, que é num só tempo, individual e coletivo.

H: Uau! Bastante coisa, Carlos. São vários elementos. Sobre o vínculo, nós publicamos em 2019, a partir de uma pesquisa⁴⁵, encomendada pelo Ministério da Saúde, chamada “Rede de Atenção Compartilhada”, que abrangia várias cidades no Brasil. Era uma pesquisa, justamente em 2019, depois de todo um processo que você falou das redes, de todo um tempo de

⁴⁵ Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, orgs. Políticas e cuidados em saúde: Livro 1 – *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2016. v. 1. 440 p. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Livro-Politicas-e-Cuidados-em-Saude-Livro-1-%E2%80%93-Avaliacao-Compartilhada-do-Cuidado-em-Saude-Surpreendendo-o-Instituido-nas-Redes.pdf>

uma avaliação desse projeto “Redes de Atenção à Saúde”, que desde 2011, com o Decreto 7508, que regulamenta a Lei 8080. O Ministério da Saúde vinha estimulando algumas pesquisas para tentar entender esse projeto de Redes de Atenção à Saúde, essa proposta, esse modelo que tem sido implantado: como ele funciona no cotidiano? Como é a efetividade desse modelo? Que é uma preocupação que o Ministério com certeza tem que ter mesmo, a efetividade em termos de produção de saúde, de impacto epidemiológico, de todos, enfim, os resultados que se espera de qualquer política/programa do SUS.

Uma das pesquisas foi essa que participamos, que era uma pesquisa em várias cidades (30 e poucas) A grande questão era com o cuidado. Para resumir, que diferença as Redes de Atenção à Saúde fizeram para as pessoas e comunidades que estão buscando o cuidado? A gente tinha que, a partir de uma proposta metodológica, olhar para isso. E é curioso porque um dos artigos que o nosso grupo, que estava mais ligado ao sul, publicou era justamente chamado “O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde”⁴⁶. Usamos uma ferramenta de investigação que se chama “usuário guia”, que é um pouco diferente de você estudar o itinerário terapêutico, tem outros olhares que nós agregamos nesse caminhar junto com o usuário pelos vários serviços. O que nós percebemos? Você tem toda razão Carlos, tudo na saúde coletiva tem dois lados, você produzir vínculo, e aí nós poderíamos até trazer o Foucault também para conversar, você produz vínculo, você ganha um certo poder sobre a vida do outro, sobre o corpo do outro, mesmo que o vínculo seja uma ferramenta de cuidado imprescindível para várias situações. Eu acompanho médicos do programa Mais Médicos também, desde o Paraná, e aqui no estado do Rio de Janeiro também, e nós percebemos que, muitas vezes, temos que trabalhar com eles o tema do vínculo, quando eles enfrentam questões muito sensíveis. Há tempos estávamos lidando no programa com o problema da dependência de benzodiazepínicos, um problema que parece endêmico ali,

⁴⁶ Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Slomp Jr H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2019 Jan 21 [cited 2024 Jun 18];23:e170627. Disponível em: https://doi.org/10.1590/Interface.170627

e estávamos trabalhando justamente com a importância do vínculo para uma coisa que é realmente cuidar, pois o vínculo se pode usar, também, para diminuir a autonomia, depende muito de como é utilizada uma ferramenta com essa potência, que só é produzida realmente quando há um encontro intercessor. O vínculo depende da relação, ele é uma tecnologia leve, como diria o Emerson Merhy, então, obviamente que as tecnologias leves podem levar para vários lados a relação cuidadora. É por isso que sempre insistimos muito nessa ideia de que quando nos abrimos para o encontro a gente faz um investimento afetivo na direção do vínculo, é claro que precisamos ter também um norte, o que tem sido chamado de projeto ético, estético e político. E ético é justamente ter sempre esse cuidado, agora cuidado no sentido de cuidar com certas ações nossas, até que ponto a gente vai realmente respeitar, como você disse, qual é o desejo, quais são os saberes que o outro traz para o encontro. Enfim, como diria a Laura Feuerwerker, que foi minha orientadora também no doutorado, garantir que o outro seja um interlocutor válido, até escrevemos juntos uma vez sobre isso. Também um componente estético, no sentido de que, claro que o estético também passando pela arte, pela beleza, mas muito mais do que isso, nessa relação cuidadora trata-se de uma dimensão estética que vai dizer respeito àquilo que se apresenta realmente na experiência, ou seja, uma coisa é eu trazer os meus “a prioris” e querer encaixar a vida do outro e tudo aquilo que está acontecendo neles, outra coisa é eu, a partir daquele sofrimento que está à minha frente, daquela vida que está à minha frente, conseguir trazer as ferramentas que eu preciso para cuidar, diante daquela problemática efetivamente que se apresentou. O estético é muito mais nesse sentido, e o político também. Eu vou acrescentar, não sei se é o que você quis dizer, mas acredito que é mais ou menos nesse sentido que você trouxe, as relações horizontalizadas, porque fazer uma relação entre a unidade básica de saúde e o hospital, como é essa relação entre as equipes? Porque o usuário está circulando de um para o outro, e essas relações são simétricas, essas relações são colocadas no mesmo nível, ou nós ainda temos a preponderância da

pirâmide na organização das redes? É bem interessante isso que você coloca e o vínculo que se vai produzindo, principalmente aquela pessoa que em um PTS que é compartilhado entre equipes de lugares, de serviços diferentes, um cuidado que não depende só de profissionais de saúde, que é intersetorial, que vai para outros setores do poder público, como assistência social, educação, até segurança pública, dependendo da região onde você trabalha, e outros, que eu estou esquecendo certamente, outros saberes, os saberes originários também, as outras epistemologias que a gente possa o tempo todo trazer. É muito difícil fazer essa gestão do próprio trabalho em saúde, tem que estar muito aberto para isso, tem um investimento pessoal e grupal, é um projeto de vida nosso, também, o cuidado. Há tempos alguns alunos trouxeram um questionamento, porque na formação médica tem um pouco isso, o quanto que você se envolve com um caso que você está atendendo e qual o efeito disso para você, porque de repente você tem também um crescente, enfim, epidemiologicamente, têm surgido situações como transtornos mentais comuns, síndrome de burnout, e outras situações entre profissionais de saúde e entre os médicos(as), que é a área em que trabalho, também acontece muito isso. E daí, será que esse “abrir-se para o outro”, para produzir o vínculo, não está justamente me expondo a um ponto que, na verdade, eu posso ter um desgaste ainda maior do que eu já tenho pela quantidade de trabalho? Orientei uma dissertação de mestrado no ProfSaúde, de Curitiba, de uma aluna que está na Suíça. Ela foi bolsista de extensão comigo na Universidade Federal do Paraná, orientei o trabalho de conclusão de residência, depois orientei o mestrado. E é curioso que ela queria saber isso, como médica de família, se eu tiver como pressuposto que a medicina de família é uma das especialidades que mais investe no vínculo, isso tem efeitos para o próprio médico. E aí ela, a Nicole Nicolaiko, fez exatamente essa pesquisa que também está publicada na Interface⁴⁷. Ela entrevistou médicos de família de três gerações: R2, porque tinham pelo menos um

⁴⁷ Temperly NK. O vínculo do médico de família com seu paciente: cartografias do cuidar [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2019. Disponível em: <https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/tcm/vinculo-medico-familia-seu-paciente-cartografias-cuidar>.

ano de formados e já poderiam ter construído alguma longitudinalidade, e ela queria encontrar situações em que o vínculo e a longitudinalidade já estavam acontecendo; depois ela estudou uma faixa em torno de 10 anos de formados, então entrevistou vários médicos e médicas; e fez a mesma coisa com um conjunto de médicos com 30 anos ou mais de formados, alguns já se aposentando. E então ela cruzou esses dados, e o curioso, o mais interessante, é que a abertura para o vínculo acaba sendo, para a maioria desses médicos entrevistados, um fator protetor. Porque é tão gratificante, embora você se aproxime mais do sofrimento, sim, claro, existe isso, mas é tão gratificante você sentir que o cuidado está fazendo a diferença para aquela pessoa, ainda que você não consiga oferecer tudo o que ela está precisando naquele momento, e que isso acabava funcionando para muitos dos entrevistados e entrevistadas dela, como se fosse uma proteção. E aí, para ela, que era uma grande questão de pesquisa, isso foi muito esclarecedor, porque ela trazia essa dúvida para ela mesma “nossa, mas eu vou me abrir a esse ponto? O que acontece?” Enfim, fui longe Carlos e Fabiane, vou deixar com vocês aí.

F: Muito bom tudo isso que você falou. Tenho uma dúvida, aproveitando que você falou sobre as tecnologias, que o Merhy fala muito, tecnologias leves, leves-duras e duras, e tem um trecho ali do artigo que vocês falam, que por mais que nós possamos ser levados a acreditar que um trabalho em saúde, quando ele é orientado pelas tecnologias leves, ele necessariamente vai garantir um cuidado cuidador, então está no caminho certo, nem sempre é assim, então ele pode ser orientado pelas tecnologias leves e não necessariamente garantir um cuidado cuidador então eu queria que tu falasse um pouquinho sobre essa linha tênue que existe na utilização dessas tecnologias no trabalho em saúde.

H: Já aconteceu comigo de atender uma pessoa, numa época em que eu estava com muita atividade clínica, e ela me dizer, olha, esse problema começou a surgir há 15, 20 anos atrás, depois que eu fui a uma consulta e o médico fez um

comentário desse tipo para mim. Eu fiquei muito impressionado com isso, fiquei muito impressionado, de ficar pensando em tudo que eu falo, quando eu estou, por exemplo, o que será que eu falei? Será que aconteceu isso, de pessoas lembrarem por muitos anos aquilo que eu falei, que foi uma fala de segundos, uma fala que certamente quem falou nem lembra, mas que contribuiu, sem saber, para um processo de adoecimento que se somou àquele que já vinha acontecendo naquele momento? Tanto que quando alguém, brincando agora, quando alguém chega pra mim e diz “eu nunca esqueço do que você me falou!” Eu fico morrendo de medo, querendo saber o que eu disse. Isso também é tecnologia leve, Fabiane. Para dar um exemplo, tecnologia leve é quando há um encontro, é uma intercessão que produzimos, no caso pela fala. Quando há encontro, há a produção de um “entre” as pessoas, e isso produz muitas coisas, até o cuidado. Então, às vezes podemos estar também num dia difícil, eu posso ter falado coisas que não foram interessantes para quem ouviu, com certeza, agora, isso precisa ser um aprendizado. O Carlos falou da saúde mental, que é uma área que eu também trabalho, dou aula aqui na saúde coletiva e na saúde mental, na UFRJ/Macaé. Na saúde mental você tem, principalmente quando se constrói o vínculo, uma possibilidade muito grande de influenciar comportamentos, e assim, usamos isso para o cuidado. Por isso o projeto é ético, estético e político, porque precisamos ter um norte para manejar esse tipo de ferramenta, porque sim, ela é poderosa, e ela não é necessariamente é do bem. O Emerson sempre fala isso, porque é uma tecnologia leve, ela é sempre do bem, as outras tecnologias não são do bem, não tem nada a ver, precisamos das várias dimensões tecnológicas do trabalho e a questão é como tudo isso está sendo arranjado em cada situação singular, qual pacote que foi ofertado, é um pacote só com tecnologias duras e leve-duras, têm tecnologias leves, mas como que essas tecnologias leves estão sendo trabalhadas, isso tudo é importante na análise do cuidado. Por exemplo, fazemos pesquisas, e trabalha justamente para conversar muito com as pessoas, com as equipes, com os usuários, sobre isso, para tentar compreender um pouco como as equipes conseguem inventar modos de cuidar para situações difíceis de enfrentar.

C: Helvo e Fabi, fico intrigado, porque esse debate nos coloca na possibilidade de analisar os modelos de cuidado hoje no SUS, não é? De alguma maneira, tentam dialogar com essa concepção até que citaste da longitudinalidade, da coordenação do cuidado e dos princípios da APS, mas que são tão difíceis de acabar tendo sustentabilidade, porque para ter longitudinalidade é preciso também naturalmente pensar nos vínculos que tem, empregatícios inclusive, os vínculos de trabalho das pessoas para poder se garantir naquele arranjo. Para poder oferecer, oferecer-se também naquele espaço. Há muitos atravessamentos e colocam em questão o próprio modelo de cuidado existente, que acaba se centrando muito, na minha concepção, nos próprios serviços ao invés de centrar-se nos usuários. Ele coloca um modelo de tempo, de organização do processo de trabalho que se realiza, vamos dizer assim, ele coloca uma certa homogeneização das coisas para poder, talvez, atender a todos ou buscar essa, no horizonte, atender a todos. A equação universalidade/equidade/integralidade é muito difícil de se conseguir alcançar, porque, no meu ponto de vista, a integralidade e o cuidado exigem tempo, que é aquilo que falei em um comentário anterior. Nesse modelo universalizante ou do acesso universal, ele acaba, pela quantidade de pessoas, tendo que fazer escolhas nos modelos que se tem. Nós usamos a ideia de prevalência, aquilo que mais aparece e as singularidades, os casos complexos, eles acabam ficando em segundo plano, porque estimular as equipes de saúde da família a fazer um debate de um caso que envolve uma família, que envolve diferentes componentes da rede ou complexidades diversas, é dedicar-se tempo a isso, dedicar-se a tentar olhar aquilo com detalhes. E é um caso, às vezes, ou uma família, né? Enquanto há uma gama de outras necessidades do próprio território que a população está nos dizendo. Fico intrigado a pensar o cuidado e essa noção de dentro dos modelos que temos hoje. A saúde mental diria que consegue acomodar melhor isso, porque já lida com uma lógica, por conta dos próprios desafios que estão inerentes à atenção psicossocial, diferente. Agora, na atenção básica, incorporar essa noção, ela vai se deparar com as situações do cuidado na prática que vão colocar as equipes em certo tipo de atrito. Acho que atrito é

exagerado, mas em questão. Vamos olhar o que temos no global e vamos deixar o específico para outras situações. E o específico, muitas vezes, acaba ficando até esquecido. A questão do cuidado na lógica da atenção básica também deve ser analisada pelo viés do imperativo neoliberal dos empregos e vínculos, porque isso também influencia na construção do cuidado e vínculo, porque senão vamos ter equipes permanentemente rodando, por exemplo. Outra coisa que dá para levar em conta, na questão estética, é a questão da humanização, de muitos serviços, nos últimos tempos, incorporar a noção estética da humanização e não política e ética. Não é porque tenho um espaço que digo que é um acolhimento humanizado que ele simplesmente, pela própria ambiência, se resolve o cuidado naquele espaço. Vai além dessa roupagem estética, ela tem que estar na postura. Na postura daquela equipe, daquele profissional e daquela rede, que é tão difícil, claro, de contagiar com essa concepção, porque envolve essa interferência que você estava dando um exemplo do trabalho da sua orientanda, que é o quanto você, ao mesmo tempo que vai fazer uma imersão, também vai sentir os efeitos colaterais disso que você toca. Enfim, só para instigar o nosso debate.

H: Muitos elementos também. Tem um outro artigo que escrevemos depois, meio que nessa, vamos dizer assim, na espiral caleidoscópica. Ela provocou muito em mim. Falar de cuidar de novo, se debruçar sobre isso, né? Isso parece uma coisa dada, todo mundo já está usando como um conceito, enfim, que não tem novidades. Mas ao mexer com ele, começamos a pensar um pouco nessa realidade cotidiana mesmo. E aí escrevemos esse artigo “Slow Care, a redução de danos como uma estratégia para ralentar o cuidado”⁴⁸. É onde a gente usou o tema do tempo. E fico muito intrigado com esse tema do tempo do cuidar. Se temos uma demanda muito grande de serviço, de trabalho, como que equilibrarmos tudo que estamos ali fazendo com o cuidado? Como que a gente consegue essa proeza? É claro que é uma longa discussão isso. Eu

48 Slomp Junior H, Gomes MPC, Franco TB, Merhy EE. Slow care: a redução de danos como uma estratégia para ralentar o cuidado. Ciência e Saúde Coletiva. 2025;30(2):1-6. Disponível em: doi:10.1590/1413-81232025302.12012023.

sempre comento com os alunos e alunas que na medicina em família existe uma ideia da fonte habitual, quando se discute a longitudinalidade, como algo que vai criando uma aproximação com aquele usuário, com aquela família dele, com as pessoas de quem você está cuidando, a tal ponto que às vezes, naquela correria da unidade de saúde cheia, de uma fila enorme para atender, você até consegue cuidar em cinco minutos com qualidade. Você só consegue cuidar em cinco minutos porque você cuida dessa pessoa há muito tempo. Às vezes, essa pessoa está precisando de questões pontuais naquele momento, mas uma pequena conversa que acontece ali está emendando com toda uma negociação que já vinha acontecendo, que vai desembocar depois num outro momento mais calmo, quando essa pessoa então consegue sentar contigo e poder realmente se aprofundar nas questões, na problemática de sofrimento que ela traz. Tem alunos e alunas que às vezes me perguntam “mas professor, olha só o trabalho que dá fazer um PTS, como que nós vamos fazer PTS para todo mundo?” Então acho que vai um pouco ao encontro do que você está trazendo, ou seja, eu digo para eles(as) que o fato de fazerem um estudo de caso real que gera um PTS tem uma finalidade, pelo menos como objetivo, que é sensibilizar para o cuidado. Então você sensibiliza para o cuidado, para a integralidade, para tudo que nós estamos trazendo aqui, para o vínculo, e isso acontece mesmo. Agora, eles vão se debruçar para construir um PTS completo para todo mundo? Certamente que não. Certamente que eles não terão possibilidade de fazer isso, mas que sim, eles poderão lançar mão dessa filosofia de cuidado do PTS. Mas, e quanto à motivação para esse artigo de ralentar o cuidado? Qual foi a ideia desse artigo? Foi uma continuação daquele outro que já comentamos, mas já olhando um outro aspecto, um pouco preocupados que estávamos com essa realidade que você traz, que é o aspecto temporal. Porque o tempo é fundamental. E aí eu propus ali para os colegas que participaram, que novamente é o quarteto que escreveu o anterior, o professor Emerson Merhy, o Túlio Batista Franco, a Maria Paula Cerqueira Gomes. Nós juntos fizemos esse artigo e eu propus que a gente discutisse essas duas dimensões

do tempo. Temos o tempo “cronos”, que é o tempo do relógio, do ponteiro está ali passando, é a duração “cronos” enquanto duração quantificada entre dois eventos. E precisamos lidar com o tempo “cronos”, porque temos X pessoas para atender até tal hora, e por várias outras razões também. E o próprio tempo “cronos”, na verdade, é diferente para mim hoje, para a pessoa que eu atendo, para outras pessoas da minha equipe. Ou seja, o próprio tempo cronológico, que é o que nós percebemos, não é o mesmo, as pessoas têm tempos diferentes e a cada momento. Eu, por exemplo, como sou uma pessoa muito ansiosa, admiro muito as pessoas que lentificam o tempo quando vão lidar com certas coisas, que conseguem, apesar de tudo, apesar da pressão, uma certa lentificação. E aí neste artigo propus um neologismo. Eu trouxe o verbo do italiano, o *rallentare*, porque *rallentare* é usado nas partituras. Então, quando o movimento da música sinfônica vem andando, quando ralenta, não é só uma desaceleração, muda a atmosfera. Você cria uma atmosfera por dentro do tempo “cronos”, que é, daí discutimos ali, o tempo dos acontecimentos, o “aion”, o tempo que explica por que em cinco minutos pode até acontecer o cuidado, mas não vai acontecer o cuidado com todo mundo que eu atendo só por cinco minutos. Óbvio que cinco minutos é pouco para uma consulta, por exemplo, mas pode acontecer com alguém que eu atendi a semana passada, que eu atendi o mês passado, que eu estou acompanhando? Pode, porque aí eu estou operando uma certa composição temporal. Agora, é muito difícil, e por isso ralentar, ralentar na ideia de que *rallentare* é você não só desacelerar, mas você entrar num outro registro temporal, como se você saísse um pouco fora do “cronos” para voltar para ele. E assim como fazer a gestão dos vários tempos “cronos” que todos nós estamos vivendo, nós temos temporalidades mistas. Isso dá para ver muito, assim, quando você vê a chefia com uma temporalidade X, ela precisa daquele relatório para hora tal, e quem está trabalhando ali na equipe com outra temporalidade, está atendendo, está vivendo outras coisas, prioriza outras questões, vai dividir o seu tempo em função dessa demanda de um outro jeito. Então, essa foi uma das possibilidades de discutir um pouco que o cuidado também se dá nesse quase

parar o tempo um pouco, de você conseguir respirar. Trazemos um pouco isso da sociedade do cansaço, proposta pelo Byung-Chul Han, na discussão. Eu falo com médicos e médicas do Mais Médicos, eles são jovens, às vezes eu penso que eu não suportaria por muito tempo hoje, com a minha idade, alguns ritmos de trabalho que eles(as) estão enfrentando. Aí que estão as temporalidades: como você faz a gestão do tempo? Acho que isso que você traz é muito interessante. Tem certos momentos em que eu me questiono “quem eu devo e consigo priorizar hoje”? Então, quando, por exemplo, eles querem discutir alguns casos comigo, eu sugiro o seguinte, que para este caso eles se organizem de tal maneira que quando a pessoa tiver um retorno eles consigam um tempo maior, para eles escreverem um pouco mais e me trazerem um pouco mais de informação para a gente poder ter sobre o que discutir. Enfim, só para contribuir, Carlos, que certamente não tenho respostas para isso que você trouxe.

F: Acho que já encaminhando o nosso encontro para o final, esse artigo tem muitas camadas, particularmente li ele umas quatro vezes, e cada vez que eu li fui entendendo coisas diferentes, então acho que é bem interessante e recomendo para quem está nos acompanhando aí no YouTube ler também, que eu acho que tem muita coisa para aprender com essa leitura. Quero agradecer ao Helvo pela participação, agradecer a todos que estão assistindo o nosso encontro, também dizer que esse é o último “Diálogos em Saúde Coletiva” do ano de 2024, que teve nove encontros ao decorrer desse ano. Agradecemos a participação de todo mundo que acompanhou ou ao vivo ou posteriormente a gravação, ao pessoal que ajudou a construir o “Diálogos em Saúde Coletiva”, o pessoal da Rede Unida, o Daniel, que está sempre conosco aqui também, o Prof. Carlos, que está aqui mediando comigo esse encontro, e é isso, vocês querem fazer uma fala final, Helvo e Carlos?

C: Faço minhas palavras da Fabi, esse projeto nos alegra muito. Ele vem de uma história que começou na pandemia, do “Diálogos de Quarentena”,

quando produzimos com várias pessoas naquela época um debate e se tornou inclusive um Ebook publicado pela Rede Unida, e ele nos inspirou a continuar esse debate, porque temos a oportunidade no virtual de convidar pessoas com diferentes lugares e diferentes experiências e nos oportunizar essas trocas, que, às vezes, se dão por eventos e as pessoas nem sempre participam e assim podem participar. Continuamos alimentando isso com um grupo, estamos muito felizes de ter conseguido esses encontros. Você mesmo falou, sugeriu que o ano que vem a gente consiga o Prof. Emerson para estar conosco. Tenho certeza de que vamos viabilizar, agenciar esse encontro ainda e tem tantos outros que nós gostaríamos também de partilhar as palavras e experiências. Temos também a convicção que esse material também possa se tornar um outro Ebook, pois alimentamos a ideia de transformar essa palavra falada em palavra transcrita. Assim, poder chegar com uma produção para as pessoas lerem. Esse é o nosso desejo. Contamos com essa sua contribuição de hoje.

H: Foi um prazer. Agradeço mais uma vez a Carlos, Fabiane, à Rede Unida. A Rede Unida é fundamental para nós, é uma grande rede que abre esses espaços.

Apoio institucional e matricial no SUS: a que será que se destina?⁴⁹

Gastão Wagner de Sousa Campos
Liane Beatriz Righi
Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.: Olá, a todos e todas. Bem-vindos e bem-vindas ao nosso encontro do “Diálogos em Saúde Coletiva”. Nós desenvolvemos esse trabalho em uma parceria entre a Rede Unida, a Escola de Saúde Coletiva de Araranguá/SC e o Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva (NUPEBISC), pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e neste encontro também com a parceria do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), campus Santa Maria/RS e Palmeiras das Missões/RS. O “Diálogos em Saúde Coletiva” acontece desde 2024 e a cada encontro debatemos sobre uma temática específica. Sou o Carlos Severo Garcia, professor da UFSC e nós vamos ter a satisfação, honra e prazer de escutar dois grandes pensadores, entusiastas da saúde coletiva brasileira, falando sobre “apoio institucional e matricial no SUS, a que será que se destina?”. Essa é a provocação do encontro. Vou apresentar, embora daria para dizer que nem precisaria apresentar, porque são duas personalidades que transitam na rede, no SUS, em congressos e eventos, na militância, mas como protocolo vou fazer a apresentação. Digo a vocês que estou um pouquinho nervoso, porque é uma responsabilidade grande, mas daqui a pouco a gente se solta e fica mais leve. Está conosco o professor Gastão Wagner de Sousa Campos, graduado em medicina pela Universidade de

⁴⁹ Disponível em: https://www.youtube.com/live/tJe_W2YMiuk?si=rHiGl_lzLD7tiLVX

Brasília, em 1975, mestrado em medicina preventiva pela Universidade de São Paulo em 1986, doutor em saúde coletiva pela Universidade de Campinas, em 1991. Atualmente é professor titular da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Tem vasta experiência na saúde coletiva, ênfase em planejamento e administração, atuando principalmente com os temas de SUS, políticas de saúde, política pública, gestão em saúde e clínica ampliada. Foi também presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), entre 2015 e 2018. Temos a professora Liane Beatriz Righi, nossa amiga querida, que possui graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em 1984, doutorado em saúde coletiva pela UNICAMP em 2002. Atualmente é professora associada da UFSM, lotada no Departamento de Saúde Coletiva. Tem experiência em saúde coletiva, com ênfase em gestão municipal e regional, atuando principalmente nos temas de gestão de saúde, integralidade, apoio institucional, urbanização e gestão do SUS. É vice-presidente da ABRASCO no período de 2024 a 2027. Como vocês devem ter notado, a provocação é “a que será que se destina, o apoio matricial e o apoio institucional”. Para quem não reconhece ou não captou a referência, estamos falando de uma frase, parte da música do Caetano Veloso, que se chama “Cajuína”. Para quem não conhece, recomendo fortemente que procurem essa música e vão se apaixonar por essa letra maravilhosa. Ele inicia dizendo “Existirmos: a que será que se destina?” Essa indagação filosófica também serve para pensarmos o apoio institucional, ou apenas o apoio. Então, a que será que destina o apoio? Quem quiser saber um pouco mais vai encontrar uma entrevista⁵⁰ feita pela professora Liane com o próprio professor Gastão publicada na Revista Interface, em 2014, sobre o apoio institucional e apoio matricial. Essa produção completa 11 anos. A intenção, já que temos muitas pessoas de diferentes campos, estudantes, pós-graduandos, trabalhadores, gestores, é tentar entender ou tentar entrar em pontos que não foram até então

50 Righi LB. Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Souza Campos. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2014;18(Suppl 1):1145-1150. Disponível em: doi:10.1590/1807-57622014.1146.

partilhados, a própria gênese do apoio com o que ainda não foi comentado, por isso, essa é a provocação. Assim, passo a palavra à professora Liane. Pergunto: o que não foi contado ainda sobre o apoio e o que ainda pode ser? O que pode ser o apoio para nós no SUS, em 2025? Muito obrigado, a palavra é nossa.

Liane Beatriz Righi: Obrigada Carlos, obrigada Gastão por ter aceitado o nosso convite, vou rapidamente falar um pouco do contexto. Primeiro queria comemorar e dizer que esse encontro com o Carlos e com a UFSC, Campus Araranguá, tem sido uma marca. Depois de dez anos do desastre da “Boate Kiss” e de trabalharmos juntos na Política de Humanização, nós voltamos a nos encontrar em torno de temas que seguem fazendo sentido, e o apoio institucional/matricial é, para nós, um grande tema. Dito isso, queria dizer também que nós estamos participando de uma pesquisa coordenada pela ENSP⁵¹, com a participação da UFSC e da UFSM, sobre apoio, e na última reunião revisitamos o conceito de apoio na obra do professor Gastão. Assim, tive a oportunidade de contar para o Gastão que estávamos bisbilhotando a obra dele e vou falar um pouco disso, sobre o que nós encontramos em relação ao apoio. Ainda neste contexto, nós temos o acúmulo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e, neste momento, se apresenta o desafio de desenvolvermos experiências de apoio com o trabalho das equipes multiprofissionais no escopo da Portaria que instituiu as equipes multiprofissionais. Portanto, trata-se de inventariar os acúmulos do NASF: o que acertamos, o que erramos e quais dilemas estamos trazendo para este momento, pois chegamos aqui com acertos e com dúvidas. A análise das experiências do NASF é importante no contexto da implantação das equipes multiprofissionais, mas também é necessária para outros espaços onde o apoio se desenvolve; por exemplo, apoiadores do CONASEMS e técnicos das coordenadorias, que se deslocam para apoiar o município. O que caracteriza a ação de quem apoia nesses contextos? Se perguntarmos para os

⁵¹ O projeto chama-se “A função de apoio institucional na gestão da atenção primária à saúde: condicionantes, formação e perspectivas na contemporaneidade” está dentro do “Estudos Estratégicos em Atenção Primária à Saúde para suporte à qualificação da APS no Brasil. Eixo: Apoio Institucional”.

apoiadores da eMulti, para os trabalhadores da eMulti, a que é que se destina o apoio, provavelmente, a primeira resposta seria que se destina à ampliação da clínica. Como fazer essa ampliação convoca a outra perspectiva que você explora, professor Gastão, que é o tema da relação entre apoio e democracia institucional. Esse apoiador está ali para apoiar, para ampliar a clínica, mas ele também provoca mudanças na gestão do trabalho da equipe; a forma como ele propõe a discussão de casos, como dá pistas para a recomposição do trabalho induz maiores coeficientes de democracia institucional, pois a clínica e a gestão são indissociáveis. Combinei com o Carlos que faria uma contextualização e acho que devo ficar por aqui, porque dedicamos um tempo para a sua exposição e depois reservamos um tempo para que as pessoas possam perguntar e quem está nos acompanhando pelo YouTube pode colocar as questões que estaremos acompanhando. A palavra é sua, professor Gastão, muito bem-vindo a esse espaço, bem-vindo a Araranguá e a Santa Maria.

Gastão Wagner de Sousa Campos: Bom dia, todo o pessoal que está nos ouvindo, vou começar agradecendo o convite do Carlos Severo, da Rede Unida e da professora Liane Righi, para estar aqui. Gostaria de parabenizar a Liane e sua equipe pelo dia 9 de maio, o lançamento de um novo mestrado em Saúde Coletiva, que representa uma conquista para a universidade. Fico muito honrado, Carlos, de estar aqui. O Carlos me disse antes que está nervoso, porque é uma grande responsabilidade, mas podemos relaxar, porque é um espaço de diálogo, se pode dizer, desdizer, repensar, perguntar, enfim, acho que é o espírito do apoio. É muito instigante o título que vocês deram: a que é que se destina? Apoio institucional, matricial, a que é que se destina, o que é? Acho que é uma discussão importante. Vou comentar algumas coisas, procurando referencial teórico, mas vou falar dessa proposta no contexto atual, brasileiro, mundial, do SUS. O que está complicado. A que é que se destina? Essa proposta do apoio, como a Liane já falou - o apoio institucional, o apoio matricial e a perspectiva do trabalho em equipe, multiprofissional, trabalho

compartilhado, inclusive com os usuários, com as comunidades - são três estratégias metodológicas que buscam viabilizar a operacionalização da democracia institucional em políticas públicas, especificamente falando da área da saúde. O trabalho em saúde tem uma especificidade, entre outras: é um trabalho complexo, porque envolve uma determinação social e cultural complexa, é subjetivo, afetivo e ao mesmo tempo técnico, científico, baseado em evidências - não só, mas também. Essa complexidade vem também da variedade de situações de cuidado e de gestão. Precisamos de diretrizes políticas, mas essas diretrizes precisam ser implementadas cuidando das especificidades e singularidades, inclusive uma delas é a desigualdade - regional, estrutural, de gênero, de etnias, enfim, desigualdades de risco. As pessoas têm risco desigual, têm vulnerabilidade desigual, têm dores desiguais, então a tarefa da saúde é muito complicada. O apoio matricial, o trabalho compartilhado em saúde, o cuidado compartilhado, a clínica compartilhada, são propostas dentro de um modelo de gestão alternativo. A gestão no SUS está muito ligada à política, ela não se separa da clínica e nem da política. Nós temos uma relação de interdependência, a nossa política macro é o direito universal à saúde, a integralidade, que tem um nome sintético de SUS - Sistema Único de Saúde. A implementação dessa política, envolvendo toda a rede, com as várias modalidades de cuidado, serviços e formas de organização existentes, nessa heterogeneidade regional, cultural, étnica, que é o Brasil, é uma gestão muito complexa. Nesse cenário, tem predominado três modalidades de gestão que o apoio se propõe a superar. Essas estratégias partem de uma perspectiva de gestão democrática, de democracia institucional, da ideia de associar o nome do SUS a uma gestão onde o poder é compartilhado entre vários atores. Essa é a ideia central, o poder compartilhado entre os dirigentes políticos do Estado brasileiro, que representam o SUS, nos vários níveis e instâncias da federação, com os gestores de rede, os gestores locais, com os trabalhadores em suas equipes, na sua interprofissionalidade, mas centralmente com os usuários, quer no atendimento individual, familiar, quer nas intervenções comunitárias,

coletivas, populacionais. Então, a gente pretende, com essas metodologias, uma estratégia de implementação pragmática para que a cogestão e a democratização institucional atinjam os objetivos da saúde. Nos objetivos da saúde, o primeiro compromisso é com a sociedade, com os usuários, com o paciente individual, com a comunidade, nas épocas de pandemia, de acidentes, de desastres. É óbvio que quando se assume esse compromisso, entende-se que o ser humano é um ser social, cultural, então é um compromisso também com o clima, com a natureza, com a ecologia, com a urbanização, com a desigualdade econômica. Enfim, é com o ser humano e seu contexto, mas também com os trabalhadores da saúde. E é um compromisso com o SUS, o SUS precisa de energia, de esforço para que funcione, que exista, que seja implementado. O SUS até hoje tem uma implementação parcial. A gente fala que a reforma sanitária avançou muito nesses 35 anos – e até mesmo antes da criação do SUS, ao longo dos anos 1980, 1970, no século passado –, mas ainda está em implementação e é preciso defendê-lo, porque ele também está em desconstrução. Temos uma oposição estrutural ao SUS desde os anos 1990, quando é o ano “um” da sua implementação. O SUS é implantado num contexto que a gente chama de política econômica e de cultura, de sociabilidade, chamada de neoliberalismo e cada vez mais é um ultra neoliberalismo, uma radicalidade acompanhada de desconstrução de políticas públicas. Esses 30 anos, se puxar mais uns 20 anos para trás também, 50 anos, nós assistimos no mundo inteiro e no Brasil, do governo Temer para cá, uma desconstrução do direito ao trabalho, da dignidade do trabalhador. Apesar do Brasil ser muito desigual, tinha no direito ao trabalho a antiga CLT, a fase populista de Getúlio Vargas era uma ditadura, mas tinha uma preocupação de ter apoio dos trabalhadores, dos desempregados e dos camponeses. A gente tem essa desconstrução, essa precarização dos trabalhos, o direito à saúde foi chamado de privilégio, privilégio não é a concentração de renda, não é os ricos não pagarem impostos, privilégio é o direito à saúde, direito a descanso, o direito a não sofrer acidentes, direito a ser bem remunerado, direito a ter dignidade

pessoal, profissional. Estou pegando esse exemplo porque isso cruza o SUS, o SUS é uma política pública, e é uma política pública muito ousada. O Brasil tem algumas políticas públicas que estão sendo atacadas, outra é a previdência social. A política de aposentadoria no Brasil vem sendo muito desgastada, esse ataque da política de negócios, da corrupção, do clientelismo, agora o INSS, já vem de um maltrato crônico - entra governo, sai governo - com os idosos, com as idosas, com os aposentados, com os acidentados, para tirar licença de saúde, enfim. Então, o contexto de implantação de uma política tão ousada, com essas diretrizes ético-políticas do SUS, precisa de um modelo adequado ao trabalho em saúde e adequado às políticas públicas. Na gestão no SUS, o que predomina hoje, Liane e Carlos, são três modelos. Um modelo é a administração pública tradicional, que é uma espécie de taylorismo na área pública, fayolismo, burocrático, que se comunica por ofício, muito hierarquizado, que aposta que o trabalhador da ponta, que quem atende, que quem está com o usuário, nas várias áreas, vai seguir os protocolos, de se montar linhas de produção. Falo linhas de cuidado como eufemismo, mas trata-se de montar linhas de produção mesmo. Isso na melhor das hipóteses, mas é mais frequente uma gestão voltada para a política pensada como negócio. É uma tradição anterior ao SUS, o clientelismo, o patriarcalismo, a burocratização do atendimento, que esse modelo da administração pública tradicional atende. Mas a gente tem um modelo de gestão, até porque os gestores no Brasil, os locais, gestores locais de unidade básica, de saúde mental, todos, de vigilância, são cargos de confiança, ao contrário de outros países que têm sistema público, que têm critérios de seleção interna, tem que ter experiência na área, não são cargos de confiança de prefeitos, governadores, ministros, secretários, etc. Então, isso facilita muito a existência de uma gestão de interesse político-partidário, pior do que isso, mais restrito, grupal, de interesse grupal. E uma terceira modalidade para reagir à ineficácia, à baixa efetividade desses dois modelos de gestão, o burocrático tradicional, o taylorismo aplicado à área pública, ou esse do clientelismo, do empreguismo. Está crescendo no Brasil o que os europeus, os

sociólogos chamaram de gerencialismo, que é uma gestão muito utilizada na área privada, de superação do taylorismo tradicional, da burocratização, que é chamada de gestão de resultado, gestão baseada na performance. Você tem uma desregulamentação das organizações junto com a precarização dos direitos ao trabalho, chama os trabalhadores de colaboradores, cada um é empreendedor de si mesmo, e o que constrange, o que controla, são as metas. As metas são indicadores de avaliação e as metas interferem no honorário, no recebimento, na promoção e no próprio orçamento público. No governo Bolsonaro, tentaram criar uma avaliação na atenção primária, que era o gerencialismo, que regulava o orçamento de cada município. Quanto mais dificuldade o município tivesse, quanto mais precários fossem os indicadores que eles consideravam como meta, menor era o orçamento recebido. Isso é darwinismo social, é antipolítica pública. A política pública, usando a expressão bíblica, é o filho pródigo, você cuida mais de quem tem mais risco, de quem tem mais vulnerabilidade. Então, é o absurdo do absurdo, e a pós-graduação no Brasil funciona assim, agora que estamos mudando, mas durante 30 anos, a pós-graduação do CNPq, da Capes, reproduziu esse modelo de gerencialismo, com uma concentração de orçamento, de repasses federais, de bolsas, nas universidades que têm mais recursos, Universidade de São Paulo, Universidade de Campinas. Enquanto isso, era uma dificuldade muito grande para implementar novos serviços em regiões como Santa Maria, Amazônia etc. Então, você tem uma concentração, é a lógica do mercado aplicado ao sistema público. Ou seja, são três modelos absolutamente inadequados para o SUS, do ponto de vista da qualidade do atendimento, do cuidado, isso junto com a precarização do trabalho. Grande parte desse gerencialismo do SUS hoje é feita junto com terceirização e precarização do trabalho. Não há concurso, não há seleção pública, não há inclusive contrato de trabalho, nem regime CLT, mas organizações sociais, os consórcios privados, que são feitos por municípios, porém com o regime privado. Então, se adota o sistema do clientelismo, de fazer tudo que o chefe manda, que o poder executivo quer, valorizar o

produtivismo, esses indicadores, em geral, não são de qualidade de atendimento, de cobertura. Então, por que eu estou falando isso? O apoio institucional, o apoio matricial, apoio à gestão, é para criar um modelo diferente disso, um novo modelo de gestão. Então, é preciso briga, luta de classe, de luta institucional, de luta. O SUS tem uma marca, que é uma marca boa. O SUS foi criado e ele existe até hoje, em grande parte, pelo ativismo do tal movimento sanitário, de parte da sociedade, mas, principalmente, dos profissionais, dos trabalhadores, em algumas áreas, isso é mais forte na saúde mental, na atenção primária, na humanização, que vai ser desmontada, mas continua existindo nas redes, no nosso coração, na nossa cabeça. Então, o SUS tem uma tradição diferente de outros sistemas públicos do mundo afora, são vários fatores que explicam a existência do SUS, mas um é o ativismo dos trabalhadores e é um ativismo que não é voltado só para interesse dos trabalhadores corporativos, que são legítimos ter esse movimento, é um ativismo em que se discute modelo de cuidado, modelo de gestão, apoio, clínica ampliada e compartilhada, trabalho interprofissional. É de baixo para cima que veio a estratégia de saúde da família, a reforma da saúde mental, agora a pressão sobre a área especializada, sobre as filas, sobre os hospitais. Então, a que é que se destina o apoio? O apoio e a cogestão, a democratização institucional e o modelo que a gente chama de cogestão, gestão participativa, de gestão integrada, se destina a acentuar, radicalizar, ampliar, potencializar esse clima dialógico, de diálogo, de conversa, de negociação, que existe dentro do SUS. Apesar de toda essa gestão autoritária, conservadora, clientelista ou gerencialista, não mataram a nossa capacidade de conversar, a nossa capacidade de criar, independente de diretrizes dos gestores. A gente está com uma dificuldade muito grande no seguinte contexto: durante os primeiros 20 anos do SUS, o Ministério teve um grande papel de coordenação e liderança. Ele atendia, acolhia. Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família, inspirado no Sul do Brasil - no Rio Grande do Sul – e também no Nordeste, como em Fortaleza, no Ceará. O Programa de Saúde Mental só virou programa nacional em 2011, depois de Santos/SP, de Bauru/SP, de Florianópolis/

SC, de Porto Alegre/RS, de Campinas/SP, de Belo Horizonte/MG, fazer uma série de modificações. Mas, de qualquer forma, o Ministério da Saúde tinha esse papel de coordenação. O Ministério da Saúde foi paralisado pela gestão Bolsonaro, mas não se recuperou. Portanto, há uma resistência da maioria dos municípios e do COSEMS. O COSEMS era um aliado na implementação do SUS, hoje é um adversário na implementação do SUS. Apostou no gerencialismo, apostou em paralisar o Ministério da Saúde. E os estados também, metade dos governadores são de ultradireita e ultra neoliberais; outros 25% são da política de negócios, chamada “Centrão”, que não tem projeto. Temos menos de 20% dos estados apoiando o SUS. E nas duas últimas eleições, para governadores e para prefeitos e vereadores, a população votou, elegeu esse Congresso que está lá, as câmaras municipais que estão aí, com a maioria de adversários das políticas públicas, com a maioria de misóginos, homofóbicos, machistas, homens brancos, fazendeiros, empresários. O SUS é uma política pública e o poder executivo tem um papel importante. Estou falando isso porque eu ando por aí como um profeta, desarmado, mas armado de fato, dizendo o seguinte: temos que retomar a potência, a pujança, o fortalecimento desse movimento da base. O apoio tem que ser implementado e executado pelas equipes e enfiar “goela abaixo”, ou melhor, “ouvido abaixo” é menos grosseira, criar uma imposição institucional de graus de democracia, de coeficientes de democracia. A defesa do SUS passa por votar melhor, eleger melhor, não votar em quem é contra o SUS, contra a política pública, quem é racista, quem é contra os direitos dos povos indígenas, não votar nessas pessoas, sabe? Porque a composição está muito difícil, o atual governo federal, “Lula 3”, apesar de ter propostas boas – como a retomada do NASF, que havia deixado de ser financiado, mas não foi totalmente encerrado – enfrenta desafios. O governo Bolsonaro tinha tirado 40 bilhões de reais do SUS, e no primeiro ano do novo governo foi retomado graças ao investimento federal. Agora, a capacidade do governo federal para atuar nesses programas, mesmo os existentes e já aprovados, como a Estratégia de Saúde da Família, está muito baixa. E para

interferir na gestão, é preciso construir uma gestão mais interativa, fortalecer os colegiados existentes, a tripartite, bipartites, conferências, conselhos, os conselhos locais, enfim. A que é que se destina, então, o apoio? É pensar com a gestão. A gente tem um dilema na história da humanidade e no segmento da esquerda, socialista, social-democrata, que apostava em política pública ou no socialismo em geral ou em pedaços dele, que são as políticas públicas. Quando começou a reforma sanitária no mundo - na Grã-Bretanha, nos anos 40, 50, 60, depois em Portugal e na Espanha; e, nos anos 70, na Itália - se dizia “socialização da saúde”. Por quê? É um sistema público, com um certo “modelão” que foi criado, atenção primária, rede de serviços. As diretrizes do SUS, 80% são semelhantes às do NHS (National Health Service), são semelhantes às de Cuba e às do sistema público do Canadá. Nós inventamos algumas coisas. A multiprofissionalidade no SUS é maior. A nossa atenção primária é bem multiprofissional. A gente inventou o controle social, que é uma estratégia institucional de gestão participativa, conselhos, conferências, e a nossa proposta é radicalizar, elevar essa democratização institucional que está na Constituição brasileira para cada atendimento, para a clínica compartilhada, para o cuidado compartilhado, para cada equipe. O apoio matricial é uma estratégia de trabalho interprofissional, em rede, em que uma equipe conversa com a outra, o trabalho ocorre de maneira interativa. A clínica compartilhada e o cuidado compartilhado são uma estratégia de cuidado, de atendimento. E a cogestão é uma estratégia de gestão compartilhada, de gestão participativa. O apoio é uma proposta, e a Liane Righi estava aqui junto quando a gente estava formulando isso. Inclusive, essa nomenclatura, e isso está no livro que eu desenvolvi, foi proposta por ela. Eu estava discutindo com os alunos, contando essa coisa de cogestão, como é que a gente chamaria a metodologia de trabalho. Qual é a metodologia de trabalho? A gente ficava em um dilema, que é o seguinte: quem é democrata, procura não intervir, só escutar. Inclusive, isso na pedagogia é muito claro, uma parte da pedagogia construtivista, ensino baseado em problemas, método Freinet, várias dessas linhas pedagógicas,

mesmo na saúde mental, seguem a ideia de não fazer nada, o profissional fica quieto, facilitando a vida dos outros. Essa coisa do facilitador é uma oposição ao apoio, que é mais interativo, não é só interdialógico, mas interativo. Você fica meio parado, e espontaneamente, quem está sendo cuidado, quem está sendo atendido, quem está sendo formado... Então, o apoio, a estratégia da cogestão, do apoio institucional e da clínica compartilhada, se propõe a haver uma inter-relação. Nem o professor passivo, nem o aluno passivo, mas interativos. Nem o cuidador, nem o profissional, nem o usuário passivo, mas interativos. E o gestor, a mesma coisa. Não o gestor tradicional, verticalizado, do protocolo verticalizado que vem de cima - seja nacional, estadual, municipal ou mesmo da gestão da unidade básica - até quem trabalha, mas sim alguém que cria situações interativas, de conversa. Mas, como é gestão, como é governo, é também um espaço de deliberação. Aprendi isso muito com um filósofo antigo chamado Sócrates, que trabalhava, ensinava filosofia, ensinava a viver para as pessoas, e ensinava de forma interativa. Ele fazia muito mais perguntas. Ele escolhia o tema, por exemplo, vamos discutir a verdade. O que é a verdade? O que é a justiça? O que é a ética? Começava perguntando ao grupo, ao coletivo que estava trabalhando, e a partir daí ele ia fazendo perguntas. Alguém dizia "justiça é atender os meus interesses". E ele respondia: "bom, e o dos outros?"

- Isso dizia Sócrates. Mas ouvia o que as pessoas falavam. Então, o apoio precisa de democracia institucional a algum grau, para permitir esse diálogo e para permitir deliberar conjuntamente. Deliberar sobre o quê? Aquilo que está na mão de cada um. Quando eu proponho isso aqui no começo, as pessoas falam assim "então, se essa é a democracia, nós podemos mudar a equipe de atenção primária de Campinas ou a equipe de cirurgia pode mudar a diretriz do SUS?", não, não pode. Pode propor mudanças. O coletivo, o grupo, formar coletivos, isso é parte do apoio, é criar espaços coletivos, dialógicos, de interação, de deliberação compartilhada e de interferir na realidade. Uma equipe propõe coisas para outra equipe, não delibera para outra equipe. Uma unidade básica pode propor para si mesma, mas não propõe para a rede toda.

Não propõe para o município todo. Tem conferência, tem secretário. Agora, pode - e deve - pensar para além do próprio umbigo. O próprio umbigo é a própria equipe. Então, o apoio nasce com o enfrentamento desse dilema. As pessoas que lutaram pela implementação do socialismo, as pessoas, os países, os movimentos, quando chegam no poder, se transformam em autoritários. O primeiro exemplo é o stalinismo: cria o coletivo, o “soviet”, que é uma assembleia coletiva, mas na prática é um partido, é um grupo do partido, é o secretário-geral, é o primeiro-ministro, que passa, cria, a estratégia democrática em nome do social. Isso acontece nas políticas públicas também. E isso provocou um afastamento do socialismo em relação às suas populações, com a formação de uma burocracia, de um autoritarismo. E nas políticas públicas, burocratiza o trabalho, aliena os trabalhadores. As pessoas precisam do SUS, precisam do NHS, mas há estudos demonstrando a desumanização do cuidado, do acesso, a impessoalidade do tratamento. Então, a gente tem uma história de alienação dos trabalhadores, de degradação, que é fortalecida pelas estratégias de gestão conservadoras, neoliberais. Essas gestões que eu falei, seja o neotaylorismo aplicado à administração pública, o clientelismo ou o gerencialismo, são estratégias de alienação. Você não tem que fazer nada, só tem que fazer consulta, realizar procedimento, ir lá e fazer a cirurgia, e acabou, não vai discutir, não vai consensuar novas técnicas. Isso não acontece nunca na prática, porque os trabalhadores reagem, os usuários reagem. O Ken Loach, diretor inglês, já tem dois ou três filmes, um deles, inclusive, é sobre usar o NHS. O personagem é um cidadão que sofre um infarto, tem direito à aposentadoria, ao NHS, mas é penalizado, acaba perdendo direitos à renda, ao cuidado. Mesmo havendo possibilidade de atendimento no NHS, de fazer o tratamento, de manter a sua renda familiar, sua dignidade como pessoa, num sistema socializado ainda, pouco terceirizado, pouco privatizado. Então, a que se destina o apoio? O apoio é uma descrição mais metodológica, por isso que eu falei ferramenta, mais operativa, de como é que se faz isso, de estratégias gerais. Então, o gestor deve ter projeto, a gente chama de “oferta”. Onde nós

pegamos oferta? Da ideia de presente. Você traz uma proposta que pode e deve ser modificada pela roda, pelo espaço coletivo com o qual você está dialogando, baseada em outras experiências, na singularidade, na diferença. Então, assim, para criar a democracia institucional, tem que criar espaços coletivos, rodas de conversa - é bem simples, nome simples, mas não é só conversa, não é só escuta. Aumentar a capacidade de escuta, sim, só que também de diálogo, de fazer perguntas, de trazer suas ideias, de acrescentar coisas, sem atropelar o outro, sem desmoralizar o outro, sem dizer que o outro é ignorante. Enfim, é todo um aprendizado. Na verdade, o modelo de atenção, o modelo de cuidado, precisa se adaptar a isso. O apoio institucional, o apoio matricial e a riqueza compartilhada são espaços de formação. Formação em quê? Aprender a viver na democracia. Por isso chamei de “Paidéia”, essa ideia peguei nos gregos, nessa época do Sócrates. Eles pensaram, no mundo ocidental, a democracia de forma formal. Várias comunidades de povos originários tinham e têm, há muitos anos, antes dos gregos, estratégias comunitárias, de participação, conselhos de idosos... Os vikings tinham estratégias de participação, de incorporação das mulheres, outras eram mais misóginas, enfim. Mas os gregos pensaram a democracia em três aspectos, a democracia representativa e direta. Representativa é o seguinte, chega de ter rei, rainha e príncipe pelo sangue, vamos escolher, democracia representativa. Não só os governantes de Atenas, como os juízes também. Eles elegiam com mandatos, depois roda, sai, volta para onde estavam. Mas vão fazer democracia direta, os temas importantes têm que ir para a Assembleia, tem que ir para a ágora, que eles chamavam praça. Atenas fez isso. Vão fazer reforma agrária ou não? Os fazendeiros eram contra a maioria do povo era a favor, foi aprovada, fizeram reforma agrária, contra a elite. Discutida na ágora, com conflito, não teve guerra civil, mas bastante conflito. Vão assinar a guerra contra os persas ou não vão? Vão aliançar com Esparta ou não vão? Tudo isso era votado. O SUS pega essa ideia de democracia direta, com as conferências, os conselhos, a gestão participativa ou institucional. A outra diretriz deles era a cidadania. Uma visão muito

restrita de cidadania, era só para homens, só para cidadãos atenienses. Mas a ideia de que o ser humano tem direito a algumas coisas, independente do seu mérito, de ter dinheiro, do seu mérito individual, do seu empreendedorismo, é a ideia de política pública, que a reforma ampliou. Direito universal à saúde, integralidade. E a terceira ideia que os gregos tinham, que não passou para nós e que eu fui tentar resgatar, é assim: o ser humano não é Deus. A gente erra, analisa de acordo com os interesses, com a experiência, não enxerga, tem dificuldade de ter uma visão ampliada, de compreender os fenômenos, o interesse dos outros. Então tem que ter um esforço para formar as pessoas, para viver em democracia. Eles chamavam isso de Paidéia. E essa escola começa onde? Na escola, na vida, no cotidiano. Quem é professor um dia é professor, outro dia é aluno, um aprende com o outro. E tinha o conceito de transdisciplinaridade. Com quem os guerreiros têm que aprender filosofia? Com os filósofos. Com quem os filósofos têm que aprender a cuidar do corpo, a fazer ginástica? Com os guerreiros. Com quem tem que aprender a saúde? Com os clínicos da época. Não tinha enfermeiras, só os clínicos. Mas os clínicos têm que aprender com as pessoas. Tem que aprender com as pessoas o que é dor, onde dói, os efeitos colaterais, a dificuldade. Ou seja, o apoio está fundado nessa coisa do Paideia. É ruim ter esse termo em grego. Mas a ideia é do apoio, seu espaço de formação, você está aberto. Inclusive, um psicólogo precisa entender demais sobre o orgânico, sobre medicação. Não vai receitar psicofármacos, mas trabalha com pessoas que a metade usa psicofármaco, de forma crônica, receitada pelos psiquiatras e pelos médicos de família. Mas estão lidando com essas pessoas, então tem que saber de efeito colateral, de sobrecarga, de chamar o psiquiatra, o médico de família, e falar “olha, a dose está muito alta, está com uma camisa de força química, de remédio, não consegue acompanhar, não consegue trabalhar, não consegue acompanhar a escola, está agressivo”. Então, no apoio, primeiro você tem que construir espaços coletivos. Isso é democratização institucional. Que não é só de educação permanente, é de formação, de deliberação. E é uma cultura para

quem delibera, para quem está no espaço coletivo. Faz uma assembleia de usuários do território, com a comunidade. Vem cem usuários, duzentos? Está lá o gestor da unidade, a representante das equipes. A pergunta que me faziam era: “isso é deliberativo?” Falei: “para quem estiver lá, precisa ser. Para quem não está lá, não é”. Para fazer uma mudança, o processo tem que ser deliberativo, e a assembleia não precisa necessariamente ser formalizada. “A assembleia tem que ter 10%, a população de cada território, tem que ter um código...”. Pode até fazer isso também no conselho - o conselho tem isso, as conferências têm isso - mas no dia a dia, o espaço coletivo, os compromissos, os contratos, têm que ser mais fluidos. Tem pouquíssimas pessoas, então vamos ampliar. A deliberação é ampliar, chamar mais gente. Não vamos deliberar nada ainda, mas vamos começar a entender, fazer o convite a partir do que estamos pensando. Assim, já se cria uma provocação: temos que ir pensando em mudar o acesso. A reunião tinha dez pessoas, uma médica e três agentes comunitários. A gestora não veio, mas nós estamos percebendo que está muito burocratizado, o acesso está inadequado, as ações comunitárias estão na atenção privada, estão muito ausentes. Que ação comunitária pode ter? O que é prioritário? O que é atividade comunitária? O apoio institucional é gestão, é organização do processo de trabalho. O apoio matricial foi desenvolvido na mesma época, mas se pensou na reunião de equipe, ou na reunião entre equipes, é mais interprofissional. O NASF com a Estratégia de Saúde da Família. A e-Multi agora com o CAPS. Essas são estratégias de apoio matricial, que a intervenção é direta com o usuário, e, se possível, inclua o usuário, que aí já é a clínica compartilhada. Você vai intervir numa família? Vai fazer uma ação na família? Precisa conversar com um pedaço da família. Precisa fazer um acordo. Vamos fazer um processo terapêutico com a família, ou de gestão de conflito na família. Cerca de 20% das famílias na região metropolitana, ou em cada cinco famílias, uma tem violência doméstica, encontramos isso em Campinas, São Paulo, Fortaleza. Violência doméstica, inclusive física, dentro da família. Cada cinco, uma tem. O que a atenção primária está fazendo com isso? Vai lá fazer

geomapas? Genogramas? É pouco. Vai cobrar das médicas de família, competência cultural? É pouco. E aí a clínica compartilhada inclui você fazer o trabalho de família compartilhada. Se a família tem quinze membros, você consegue conversar com três? Faz com os três, mirando que tem quinze membros, olhando, pensando. Vamos passar para cinco, vamos fazer outras rodas. O horário não dá, então vamos fazer duas aqui, mais o trabalhador de saúde, mais o profissional, a agente, vamos vir à tardinha, à noitinha, no sábado de manhã para conseguir lidar, conversar, trocar ideia com os cinco, sobre a violência, sobre o desgaste. Ou seja, é uma proposta de proatividade, não só do gestor. Pergunta: quem faz cogestão? Todo mundo. O gestor é núcleo, principalmente isso. Só pensa quase que nisso. A gestão é aplicada. Mas o trabalhador da saúde também tem que fazer gestão. O Foucault e mesmo os psicanalistas, os nietzschanos, falam que a terapia boa é a que ajuda cada um, cada família, cada grupo a fazer a gestão de si mesmo na vida, a partir do contexto real. Tenho distúrbio bipolar, como é que melhoro a minha gestão na vida? Tomo um remedinho, mas não tomo demais, presto mais atenção no que falo,uento até dez antes de responder alguma coisa, tendo a ser impulsivo, agressivo, me afasto. Eles chamam isso de empoderamento. A que é que se destina? É democratizar o poder. A nossa definição de humanizar. O Carlos sabe, porque era humanizador aliado também. O centro do nosso HumanizaSUS era o poder, vamos reequilibrar as relações de poder entre gênero, entre trabalhadores e usuários, gestores e usuários. Isso é humanizar. Agora, você cria o espaço coletivo, mas o uso dele continua desequilibrado. O pessoal mais habermesiano perguntava para mim quando é que vai construir a horizontalidade numa reunião de equipe? Ou no conselho local? Eu falei: “nunca, sempre vai ter desequilíbrio”. Por isso que tem que ter conselho. Desequilíbrio por ser universitário, por ser técnico, pelo tempo de experiência que está lá, por ser homem, por ser mulher, por ser idoso, por estar aposentando, por não estar aposentado. A gente sempre vai ter desigualdade e por isso que precisa de gestão democrática, de apoio institucional. Quem é que faz a oferta?

É só o apoiador? Essa função do apoiador não é uma função burocrática. Na nossa proposta a gente colocou nas funções do gestor o apoio institucional, acrescentou uma, não tirou as outras, coordenação, direção, avaliação, mais ou menos, acrescentou isso. O trabalhador que vai trabalhar em equipe, pode ser, ele faz oferta. Não tem um apoiador especializado em toda reunião de equipe, mas os profissionais da atenção primária, da terapia intensiva, precisam se apropriar da técnica de fazer oferta, de escutar, de negociar, de dar prazo, de fazer experiência, de ganhar e perder. Sua opinião pode ser considerada e você pode perder. Tem que se acostumar com isso, não pode sair xingando e fazer guerra civil, a não ser que seja uma coisa antiética, um crime, passar para o crime, aí você desvia, sai fora. Mas, em geral, discute caso, é apoio, é uma reunião de apoio. A gente propõe que todo serviço de saúde tem que ter, pelo menos, duas horas por semana de discussão de casos, de trabalho. A discussão de casos é ampliada, não só do caso; ela serve para discutir o processo de trabalho. Então, o apoio foi abandonado pelo Ministério da Saúde. E não foi o Bolsonaro, não - foi antes. Quando o HumanizaSUS foi desativado pelo Ministério, o primeiro passo foi esse: “Não, o HumanizaSUS ainda existe, mas é só pra dentro”, ou seja, só podia atuar internamente, não trabalhava mais na rede. Isso foi no finalzinho do governo “Lula 2” e início do “Dilma 1”. Tiraram isso, e o Ministério desativou o pouco de apoio que ainda existia. O último programa do Ministério que teve um apoio importante foi a Rede Cegonha, apesar do nome, que é o que mais funcionou, promoveu mais mudança, diminuiu a mortalidade materna, melhorou a qualidade. Colocava o apoiador do Ministério dentro das maternidades, com financiamento. Se você fizer isso, ganha um plus. Agora o Ministério está com essa proposta do “Mais Especialistas”, que é supercomplexa de ser implementada, com esse grau de conflito entre os municípios, estados e o Ministério. É um reordenamento de poder entre hospitais, dentro do hospital, entre as várias áreas, ambulatórios de policlínica... Lugares que pouco mudaram no SUS até hoje. E sem apoiadores do Ministério, muitos deles, isso não vai acontecer. A maioria dos municípios,

das regiões dos estados e dos grandes hospitais, universitários etc., está assinando o contrato para entrar nessa proposta da atenção integral. Por quê? Porque teria um aumento de 40% do valor dos procedimentos. Só que agora você não vai mais pagar por procedimento isolado. Por exemplo, no caso de câncer de mama, não vai pagar só a mamografia ou só a cirurgia - vai pagar o cuidado integral. Reabilitação física após um acidente vascular cerebral, também vai ser paga como um pacote completo. O que é um grande avanço, pela primeira vez no SUS isso entrou na agenda. Conversei com o pessoal no Ministério, mais de dois terços dos gestores regionais e locais dos hospitais vão implementar. Mas quem vai fazer a integração? Para a integração, o Ministério tinha que levar apoio com essa oferta, ajudar o povo a montar espaço coletivo. Quem é que integra? Porque até agora é assim, o SUS pagava por item: mamografia, quimioterapia, terapia hormonal, cirurgia, pegando o exemplo do câncer de mama. No nível local, não tem um gestor comum dessa suposta linha de cuidado, chama-se de linha de cuidado, mas é suposta. Não tem um gestor comum. Então, quem é que vai fazer essa integração no local? Porque é tudo fragmentado. Estamos supondo que são os gestores locais, que vão articular o "pedaço" que faz diagnóstico de imagem, mamografia, o outro que é cirúrgico, o outro que é anestésico. Esse projeto depende de uma integração complexa de redes especializadas, hospitais, serviços de diagnóstico por imagem - o que é muito difícil, considerando a grande competitividade e o fato de que o poder está muito concentrado nos médicos e especialistas, muito mais do que no restante do SUS. Sem apoiador, o dinheiro vem. O SUS conseguiu 6 bilhões a mais por ano para implementar esse projeto. Ainda faltam dois anos do governo Lula, o que poderia permitir implementar isso em 20%, 30%, 40% da rede brasileira e assim mostrar o quanto funciona melhor, para não haver retrocesso. Agora, eu acho que, sem apoiador, o Ministério está apenas passando as diretrizes e prometendo liberar o dinheiro se o projeto for implementado. E como enfrentar esses conflitos? Como lidar com os especialistas? Como criar os espaços coletivos para isso? Viabilizar, formar,

reforçar? Então, a que é que se destina? Salvar o SUS, salvar a democracia, salvar assim, fortalecer. Salvar é muito, é salvacionismo. É fortalecer, aumentar a resistência do SUS ao ultraliberalismo, que entra por essas modalidades de gestão conservadora, gerencialistas, também pelas OS, não só pelo problema de financiamento. Tudo isso entra na ideologia e nas práticas ultraneoliberais dentro do SUS, na fragmentação, na lógica de mercado, etc. Quem vai fazer isso? Nós. Discuti muito com o Ministério da Saúde, gestão Nísia (ex-ministra da Saúde) e gestão atual, sobre esse negócio de apoio. Alguns dos dirigentes do Ministério concordam, mas não conseguem implementar. Dirigentes importantes da SAES (Secretarias de Atenção Especializada à Saúde), inclusive nossos, ou seja, do governo que eu apoio, eram contra o apoio. Eu apoio o governo federal, e apoio às suas várias secretarias, independente de quem está lá, os vários projetos. Mas tenho dificuldade, tento acrescentar uma coisa, acrescentar outra, não sinto receptividade. Alguns programas, em alguns estados, ainda têm apoiador. Alguns municípios ainda têm estratégias locais de apoio, para avaliação, para planejamento participativo, para algumas coisas. As metodologias de apoio ganharam muita influência ideológica e cultural na área de saúde coletiva, na área de saúde da família e na área de saúde mental. Todos falam em apoio matricial e apoio institucional. Não é todo mundo, não, retiro. Mas muitos profissionais, muitos gestores. Por que o Ministério está tendo essa dificuldade? O Ministério não está a fim de ir para a ponta e brigar com o secretário bolsonarista, fascista. Grande parte dos secretários municipais são isso. De ir para os conselhos, defender essas propostas. Esse curso que estamos montando - nós estamos fazendo um curso, a Liane é professora, eu também - era para o NASF, para a eMulti agora. Estamos com um curso para 3 mil pessoas, 110 turmas. Formamos os professores antes, professor apoiador, ou seja, a lógica do apoio na pedagogia. Essa lógica interativa, de oferta, de escuta, de ouvir a demanda, a experiência, mas ao mesmo tempo trazer as diretrizes do apoio matricial. A gente faz com os trabalhadores, um critério para se matricular é ser trabalhador da atenção primária, com autorização dos

secretários ou dos prefeitos locais. O pessoal do Ministério falou “Gastão, você não quer negociar com os secretários?” Eu não sou nada, não sou nem assessor. “É porque o clima para a gente negociar está muito ruim, se for o Ministério, eles vão dizer que é contra. Se for os professores da UNICAMP e da ENSP, a chance é maior”. Aí nós fomos falar. O que os dirigentes do CONASEMS falaram para nós? Nós não vamos nos opor, a gente vai assinar as autorizações, mas não vamos levantar uma pena para apoiar isso. Não vamos divulgar, não vamos levantar uma pena. Eu devolvi para o Ministério isso. Só que esse compromisso de autorizar os alunos não foi cumprido. Em Campinas, a Secretaria Municipal é um governo conservador e só autorizou seis pessoas. A cidade de São Paulo, com um SUS daquele tamanho, autorizou quatro. Dificultaram, não autorizaram, fizeram fila, deixaram passar o período de matrícula, mas saiu o curso, tinha 3 mil vagas, conseguimos preencher com 2.700. Bom, vamos ouvir o debate.

C: Não nos cansamos de ouvi-lo. Obrigado pelo seu tempo e fala. Podemos puxar vários pontos. Temos várias pessoas que mandaram perguntas no chat, também tenho algumas e, certamente, a Liane também tem algumas a fazer. Vou aproveitar, antes de abrir para o chat, colocar a palavra à disposição para a professora Liane.

L: Vou destacar, rapidamente, uma questão: o Gastão sempre nos convoca a pensar o complexo, conflitivo, contraditório, e nós nos aproximamos do Mário Testa, que também acho que é uma referência importante na formação, e é muito importante pensar a realidade como complexa, conflitiva e contraditória. Em relação aos pequenos municípios, parece que lá ainda é mais difícil. Muitas pessoas que estão aqui viveram a reforma sanitária; testemunhamos, por exemplo, a 9ª Conferência Nacional de Saúde, onde a gestão municipal reuniu força para indicar que “municipalizar é o caminho, cumpre-se a lei”. Contudo, esse consenso, essa aproximação com o SUS não

se dá no campo do que denominamos modelo de atenção e gestão, ou seja, no âmbito do como fazer. Atualmente, o apoiador e a apoiadora são pessoas jovens, com muita disposição para fazer mudanças. Contudo, o apoiador do próprio COSEMS atua em espaços de muita diversidade e de muita disputa, onde se estabelece um novo, e perverso, consenso que indica que dá para mudar o modelo de atenção sem reforçar o público. Nós sabemos que não dá para mudar o modelo sem a perspectiva de reforçar o público. Várias pessoas que estão aqui acompanharam e apoiaram municípios que sofreram os efeitos dos desastres. Nós temos a experiência da Boate Kiss e, mais recentemente, das enchentes. Precisamos de trabalhadores experientes e que conheçam o território em que atuam. Na contramão, muitos gestores estaduais e municipais, apostam em terceirizações e tentam sustentar o trabalho da APS com contratos emergenciais. Então, nós estamos disputando isso, porque nós pensamos em relações mais estáveis. Esse apoiador, apoiadora, é um sujeito que encontra uma unidade de produção. Gastão, acho que o teu texto, que é lá da década de 1980 ainda, que é “O anti-Taylor”⁵², é um texto onde você traz essa perspectiva da democracia institucional e localiza, na estrutura das organizações, o ator que você denominou como supervisor matricial, alguém que vai dando suporte. Os argentinos traduziram apoio por suporte. O apoiador e apoiadora são sujeitos que vão dando suporte e que, simultaneamente, suportam o processo de um grupo. E é muito interessante, porque você também faz essa aposta de que o grupo é um grupo interprofissional, que é um grupo que tem diversidade. Então, é um desenho muito bonito, é uma proposta muito interessante. E eu sempre lembro que é uma proposta também para a gente ser mais feliz. Então, nós pensamos que um coordenador de política e o apoiador do COSEMS, chegam em lugares que são às vezes muitos hostis, com uma expectativa diferente da perspectiva do apoio. Nesses espaços, o apoio vai se dar em contextos de fragmentação e descontinuidade. É necessário desenhar o apoio

52 Furtado JP, Campos GWS, Oda WY, Onocko-Campos R. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(7):e00087917. Disponível em: [doi:10.1590/0102-311X00087917](https://doi.org/10.1590/0102-311X00087917).

do apoio, ter alguma estrutura, alguma metodologia, algum espaço regional ou estadual, que dê suporte, que consiga problematizar, consiga ouvir, consiga saber o que as pessoas que fazem apoio estão vivenciando e que dilemas estão vivendo. Em relação ao trabalho das equipes multiprofissionais, a composição da clínica com o apoio não pode ser mais um dilema. O apoio para a ampliação da clínica inclui o atendimento individual no seu núcleo, a discussão com a equipe. Isso não é ruim, não pode ser excluído. Agora, eu penso que o que nós deveríamos garantir, sustentar algum processo de apoio que tenha continuidade. Qual é a unidade de produção que está sendo apoiada? Que dilemas vive essa equipe gestora ou essa equipe de município? E como é que a gente acompanha essa não desqualificando, não desvalorizando os dilemas, as crises, as disputas que ali estão. Eu queria falar um pouco sobre isso. A Patrícia Silva, nossa apoiadora, que sustenta a rede HumanizaSUS, pergunta o que muda com o reconhecimento da humanização como um princípio do SUS. Ela também pergunta se a eMulti vai efetivar melhor a relação com a equipe que o NASF. O NASF e a PNH trouxeram grandes acúmulos. Gastão tem usado a expressão “vamos que vamos”, e vamos com os nossos desafios, com os nossos dilemas. Por isso, defendo a existência de espaços mais solidários para colocar em discussão essas experiências. Espaços mais protegidos, inclusive, para que as pessoas que se expõem nos territórios, que se expõem a essas equipes, possam ter um espaço protegido para sua própria formação.

C: Obrigado, Liane. É muito bom poder ver as pessoas se manifestando, mostra o quanto o professor Gastão e você, Liane, são pessoas queridas e que nos provocam a pensar. O professor Gastão trouxe a questão dos trabalhadores e os impactos relacionados aos modelos e arranjos de gestão. Também falou que em diálogo com o atual governo tentou colocar o apoio como um método importante para dentro da gestão, para poder realmente conseguir dar viabilidade, tornar os processos mais dialógicos com os espaços da intervenção especializada. Porque não são só os recursos financeiros que

fazem com que a roda gire. O governo entende a importância, mas ainda não consegue ver incorporando essa metodologia no trabalho. Assim, parece que o apoio do apoio tem limitações governamentais, mas é diferente da perspectiva formativa - temos o Ver-SUS, residência multiprofissional, PET saúde e outras tantas que acabam criando, induzindo uma militância para o SUS, para o fortalecimento do SUS. Contudo, a gente tem na rede trabalhadores que acabam não experienciando esses tipos de vivências, na qual ajudar a dar sentido para o trabalho. Então, muitos trabalhadores que estão na rede estão no seu fazer cristalizado ou desmotivado e não encontram um apoio ou até uma tentativa de colocar o apoio em movimento porque não tem sentido para eles. Gostaria de saber como é que a gente pode contagiar essas pessoas que, às vezes não têm uma formação prévia e já estão um certo tempo na rede, para que eles possam se sentir apoiadores ou abertos realmente ao apoio, para que eles possam entrar e estar nos serviços com essa ideia de democratização na gestão.

G: O que é complexo tem que tratar com várias linhas de interferência, porque senão não dá certo. Por exemplo, a Liane Righi, ela vai ajudar na enchente, ela vai usar a metodologia de apoio. Independente do secretário estadual, do governador do Rio Grande do Sul, ela interage com as pessoas locais, ela vai com propostas de atuar, vai com algum recurso. A Liane é uma encarnação viva da metodologia de apoio. É verdade isso. Nós estamos falando de dengue, independente da orientação geral do Ministério, da epidemiologia, da Secretaria Municipal, os agentes que estão combatendo a dengue devem trabalhar com a estratégia de apoio. Levar propostas para as equipes de saúde da família, para os agentes de saúde comunitários, ouvir as pessoas, os usuários que estão sofrendo, as famílias. Então, tem um nível de constituição do apoio que é o apoio é uma forma de existência. É uma forma de existência interativa, é interativo. Você não fica passivo nem ativo. Fazer sexo usando a metodologia do apoio é o quê? É ser interativo. Aquece, recebe carinho, faz isso, faz aquilo. Essa é a ideia. Estou brincando, mas estou falando sério. Essa estratégia

modifica o trabalho em saúde. Ele torna o usuário, a família, a comunidade, o sujeito que a gente tem que ouvir, tem que escutar, tem que perguntar, mas tem que levar alguma proposta. Agora, vocês estão levantando algumas perguntas. O apoio ou o apoiador? Na UNICAMP, durante muito tempo, a gente fez curso de formação de apoiador na metodologia. Para o pessoal do NASF, para o pessoal da Estratégia de Saúde da Família, para gestores, gestores da saúde mental, para as equipes de saúde mental. A gente precisa investir na formação para as pessoas terem iniciativa e recursos pedagógicos, dialógicos, aprender a escutar, aprender a negociar, aprender a lidar com conflito, não escalar conflito, mas tentar encontrar uma saída. Escalar conflito é guerra civil. Fora da guerra civil, tem que tentar compor para continuar vivendo, para continuar existindo. Então, é muito importante. HumanizaSUS virou lei, ajuda? Óbvio que ajuda. O slogan do Gilson, um dos pioneiros do SUS, era “coragem de cumprir a lei”. O SUS já é lei. A ação do neoliberalismo, mais do que anular uma série de leis do SUS, está sendo anular na prática através de modelos de gestão, do gerencialismo, da gestão burocrática, da precarização do trabalho em saúde. Então, é bom que o HumanizaSUS tenha virado lei. A eMulti tem as mesmas potencialidades e as mesmas dificuldades do NASF. A norma não mudou nada, só mudou de nome e foi restaurada. Por que mudaram o nome de NASF para não sei o quê? Tentaram mudar o nome do NASF até mesmo antes dele existir, ainda quando eu estava na gestão, vários gestores estaduais, mesmo do Ministério, me disseram que não era um núcleo de apoio, era um chamado “núcleo integral”. Então, atenção, tudo do SUS é integral. O SUS é ampliado. Depois tiraram o nome de apoio e botaram ampliado. Toda ação do SUS é ampliada. Visa a integralidade. Então, a formação de apoiadores é importante. Muito importante. Entre gestores progressistas - federais, estaduais - uma parcela importante deles, pessoas importantes, entenderam que o apoio é uma forma de intervenção. E é, né? Isso leva a oferta, leva a proposta, é interativo. E aí entra a ideia de a que autonomia municipal não caberia isso, que o Ministério seria intervencionista, as Secretarias Estaduais seriam

intervencionistas se usasse estratégias de apoio. Estou falando, por exemplo... Não vou falar o nome, mas, enfim... Pessoas influentes no movimento sanitário têm essa defesa. Que o apoio corre o risco de ser intervencionista. Você vai levar uma oferta, e essa oferta pode ser “Quem está fora é inimigo. Quem está dentro está...” então, óbvio que tem um risco, toda cogestão tem um risco. Falei, os espaços coletivos, quem compõem um espaço coletivo, uma equipe multiprofissional, em geral, a enfermeira fala mais do que a gente, opina mais do que os agentes de saúde comunitários. Em geral, nem sempre. Tem gente que é super ativista, que interfere, que fala. Então, não é porque apoio que é melhor, mas o apoio cutuca a burocratização, problematiza a alienação de cada um de nós, da equipe, da unidade, traz a experiência concentrada. A Estratégia de Saúde da Família é uma experiência concentrada, brasileira, consensualizada. Então, é um apoio seguro. A Política de Saúde Mental do SUS, a partir de 2011, a reabilitação psicossocial, redução de danos, tem peso histórico de experiência. E aí, o CAPS que estiver inaugurando isso, ignorando isso, está errado. Tem que considerar. Pode-se adaptar a redução dos danos? Pode e deve. As suas capacidades, as características da dependência aqui, naquela região, a cultura. Então, mesmo as estratégias nas nossas políticas, tem que ser incorporada como oferta. As equipes de aids, a gente estimulou fazer com a gestão, eu me lembro, aí chega protocolo da OMS, internacional para diagnóstico e cuidado de aids. Aí a equipe local recebe e diz assim: “vamos fazer uma reunião para criar um consenso em relação ao protocolo da OMS”. Pode parecer arrogante, mas não é. Esse item aqui, fazer consulta a cada 15 dias, não consegue. Fazer visita para todo mundo que estiver abandonado, nós não conseguimos. Então, nós vamos nos adaptar. Ou seja, não é porque veio de um protocolo internacional, não é porque a atenção primária no NHS é desse jeito, que a gente vai simplesmente copiar. Quando a gente traz a oferta de conhecer a atenção primária de Portugal, da Inglaterra, não é para copiar, é para fazer a antropofagia, para fazer a proposta decolonial. A gente só pega e adapta para cá. Mas eles têm experiência. Não é porque é lá na Europa

que não serve de nada. Enfim. Então, a gente tem essa dificuldade com os gestores, eles se sentem ameaçados. Quem aprovou a Estratégia de Saúde da Família fica ameaçado. Se mexer com qualquer coisa, é heterodoxo, é inimigo, é adversário. Às vezes, modifica tanto que fica contra. Por exemplo, a e-Multi não mudou quase nada. Não tinha ênfase no apoio matricial na eMulti, porque tiraram do nome, mas colocaram... – e muita gente reclamou, eu inclusive – como primeira diretriz da eMulti fazer apoio matricial. Saiu do nome, mas ficou como estratégia metodológica, para trabalhar em equipe, trabalhar com as outras equipes, para definir prioridades, para levar estratégias. Tem que ter oferta, não imposição. Critério de risco, de acesso, combina. Vamos combinar. A eMulti não resolve sozinha. Resolve com a Estratégia de Saúde da Família local, com o NASF local, com os gestores locais. Agora, o que eu estou a propor daqui? Cada um começa a trabalhar na linha da interdependência, do dinamismo, ou seja, põe apoiador. Você vai fazer saúde pública, vigilância, faz com apoio. A proposta original da vigilância até hoje é que a população vira objeto. Não sei se já pensaram nisso. A gente aplica as normas, aplica as vacinas. Põe um pouco de cogestão na vigilância, sabe? Vai fazer vigilância valorizando a cultura local, as realidades. Vamos dar mais trabalho para os gestores. Essa é a minha proposta.

C: Muito bem. Vou passar a palavra para a Liane, acho que a gente pode encaminhar essa conversa de hoje para as palavras finais.

L: Quero agradecer ao Carlos por ter provocado esse encontro, por ter dado as pistas, ter dado a direção, o Gastão por ter aceitado. Professor Gastão foi apresentando os desafios reais da perspectiva do apoio e da cogestão. Eu também apostei na presença de apoiadores, apoiadoras – muitas mulheres apoiadoras, jovens – que têm uma certa liberdade para estar no município. Acho que tem uma pista importante, que é começar, ir até o município, reunir com o grupo, voltar no mês seguinte. Há textos do professor Gastão tratando

da metodologia do apoio. Então, nem tão refém de uma oferta, mas com capacidade para fazer ofertas; importa a valorização dos espaços coletivos e a aposta na ampliação da capacidade de análise, valorizando processos e dando visibilidade para os acordos e contratos que definem o processo de trabalho da equipe. Importa como a equipe identifica problemas, como reconstruta mudanças e também quais os novos problemas que a solução encontrada trouxe. O professor Gastão, a partir do Leminski, nos provoca a identificar quais são os problemas das nossas soluções. A cogestão também produz sujeitos. O professor Gastão falava aqui no apoio como forma de existência, mais leve, autorizada a perguntar como se chegou à situação atual e quais os problemas que persistem. Trata-se da valorização daquilo que é a experiência local com a qual nós estamos em contato. Quero agradecer pela oportunidade. Obrigada, Carlos, Gastão e Daniel. Nós estamos no meio de processos, pensando como vai ser amanhã, como a gente faz; então encerro registrando que há um desafio importante para as universidades, pois os docentes têm possibilidade de dar algum suporte para coletivos/equipes. Agradeço especialmente à Rede Unida.

C: Obrigado, Gastão e Liane, por vocês estarem conosco. Quero dizer a todos que esse vídeo fica como memória no canal da Rede Unida. E também estará com um projeto de lançar um e-book. Assim quem tiver esse interesse, depois poderá acessar isso tudo. Além disso, quero agradecer ao Daniel que não apareceu para todos que estão no vídeo, mas ele está de suporte para essa interação virtual. Então, obrigado, Daniel. Muito obrigado a todos da Rede, obrigado por estarem dando esse apoio. Deixamos nosso agradecimento. E passo a palavra para o Gastão se quiser encerrar nosso encontro.

G: Agradecer ao Carlos, à Rede Unida, à Liane e ao Daniel, no suporte e no apoio. Começamos com o Caetano Veloso, a que será que se destina ao apoio, a ser apoiador? Quero terminar com o Milton Nascimento, que diz que o artista tem que ir onde o povo está. Apoiador tem que ir onde os gestores estão,

onde as equipes estão. Tem que passar lá, conversar, ver onde as famílias, os usuários estão. É assim que forma espaço coletivo. É assim que se escuta e abre o olho para observar. A gente não aprende só conversando com as pessoas. A gente olha, escuta, vê, observa. E depois, tem que entrar na roda. Então, vamos onde os trabalhadores estão, o apoiador tem que ir onde os gestores estão, tem que ir. Muito obrigado.

Sobre os autores

Alcindo Antônio Ferla - Doutor em Educação. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Carlos Alberto Severo Garcia Jr. - Doutor em Ciências Humanas. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, coordenador do Mestrado Profissional em Saúde Mental e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, polo Araranguá, da mesma instituição.

Elda Coelho de Azevedo Bussinguer - Doutora em Bioética. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Direito da Faculdade de Direito de Vitória.

Elisandro Rodrigues - Doutor em Educação. Professor do Departamento de Estudos Básicos da Faculdade de Educação e do Programa de Pós-Graduação em Educação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Erick Cardoso da Rosa - Mestre em Saúde Coletiva. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina.

Fabiane Perondi - Fisioterapeuta pela Universidade Federal de Santa Catarina. Residente em Saúde da Família e Comunidade na Escola de Saúde Pública do Ceará.

Frederico Viana Machado - Doutor em Psicologia. Professor do Bacharelado em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Gastão Wagner de Sousa Campos - Doutor em Saúde Coletiva. Professor da Universidade Estadual de Campinas.

Helvo Slomp Junior - Doutor em Medicina, ênfase em Saúde Coletiva. Professor do Instituto de Ciências Médicas do Centro Multidisciplinar da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social da mesma instituição.

Juarez Pereira Furtado - Doutor em Saúde Coletiva. Professor do Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo.

Juliana Sampaio - Doutora em Saúde Pública. Professora do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Liane Beatriz Righi - Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria.

Lorrainy da Cruz Solano - Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Saúde da Família. Enfermeira assistencial na rede básica de saúde de Mossoró, Rio Grande do Norte.

Maria Inez Padula Anderson - Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e do Mestrado Profissional Prof-Saúde da mesma instituição.

Marta Inez Machado Verdi - Doutora em Enfermagem. Professora da Cátedra Giovanni Berlinguer. Professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da mesma instituição.

Mirelle Finkler - Doutora em Odontologia. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e da Cátedra Giovanni Berlinguer de Bioética e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Olímpio Barbosa de Moraes Filho - Doutor em Tocoginecologia. Professor da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade de Pernambuco e diretor médico do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros.

Ricardo Burg Ceccim - Doutor em Psicologia Clínica. Professor do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições, da Universidade Federal Rural do Semiárido e do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Inovação em Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Ricardo Donato Rodrigues - Doutor em Saúde Coletiva. Foi professor do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. In memoriam.

Roger Flores Ceccon - Doutor em Enfermagem. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, do Mestrado Profissional em Saúde da Família e do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Suliane Motta do Nascimento - Mestre em Epidemiologia. Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Catarina.

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes

Ética em pesquisa

Participação Social e Políticas Públicas

Pensamento Negro Descolonial

Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde

Educação Popular & Saúde

Saúde Mental Coletiva

Atenção Básica e Educação na Saúde

Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Saúde & Amazônia

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Vivências em Educação na Saúde

Clássicos da Saúde Coletiva

Cadernos da Saúde Coletiva

Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade

Conhecimento em movimento

Arte Popular, Cultura e Poesia

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Branco Vivo

Saúde em imagens

Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-224-0



9 786554 622240