

2º Seminário Nacional de Humanização

Conferência do Sr. Gastão Wagner de Sousa Campos:

Respeitável público! Só pode ser. Para onde olho? Para cá? Esse é o problema da vida, sempre temos que dar as costas para alguém. Não tem jeito. Quero começar agradecendo esse convite para participar desse Segundo Seminário do Humaniza SUS. Particularmente, eu queria muito agradecer por estar aqui nessa hora. Deu um branco total! Preparei tudo, mas esqueci e não sei o que vou falar. Tenho que enrolar vocês durante algumas horas. Vocês sabem aquela piada do goiano? (Risos.) Eu queria agradecer muito. De fato, há alguns momentos na vida da gente que são mais importantes do que os outros. Minha vida, felizmente, tem tantos momentos importantes que é quase a vida inteira, mas esse momento é muito importante na minha vida. Por tudo! Que vocês sabem e eu não preciso falar. Isso que o Dario disse de conseguirmos montar tudo isso e... Eu queria começar fazendo um agradecimento importante a toda a equipe que me convidou para estar aqui. Agradeço os organizadores. Faço uma saudação e um reconhecimento de todo esforço, de toda militância. Inclusive, o primeiro tema sobre o qual quero começar a falar sobre trabalho é a militância. Quero fazer uma homenagem a todos os seres humanos brasileiros que ao longo de 30, 40 anos vêm se esforçando em defender a vida das pessoas, a saúde. Dentro desse caudal, desse rio imenso, com certeza, estão os ativadores, os apoiadores do Humaniza SUS. Quero saudar todos vocês, mas quero fazer uma referência a Regina Benevides, ao Adailton de Almeida e ao Dario. (Palmas.) Também quero fazer uma homenagem aos antecessores. Quando criamos a política de humanização, havia um programa de humanização de hospitais, com perspectiva mais restrita, mas que de certa maneira também fez parte da nossa árvore, da nossa construção. Ninguém escreve a história a partir do zero. Mudamos muita coisa, mas devemos à equipe de psicanalistas, psicólogos. O povo psique tratava pelo Brasil afora, tentando humanizar os hospitais de forma muito lateral, muito isolada, mas já vinham trabalhando sob a coordenação da Dra. Eliana Ribas. É isso. Acho que valeu a pena o esforço. Como o Eduardo Passos colocou ontem, o Humaniza SUS tem conseguido. É um espaço estatal, é um espaço de governo, é uma política estatal do SUS, do Ministério da Saúde, mas que se tornou híbrida

misturada com o espaço de militância que nem o Dario, a Regina Benevides, o ministro e eu conseguimos controlar. E essa é a idéia mesmo, que isso seja apropriado, que a extensão seja dissolvida pela incorporação da militância. Vou falar sobre trabalho em saúde hoje, a reorganização do trabalho em saúde. Vou falar para vocês que trabalhar em saúde hoje, diretamente, atendendo a pacientes, a comunidades, com clínica, com saúde coletiva ou na gestão, como o Humaniza SUS faz, como vários de nós fazemos, a gente tem conseguido ao longo desses anos criar uma nova forma de militância. Só um parêntese, hoje, pensei em funcionar como espelho de vocês, em cumprir a função de espelho, que é falar sobre o que vocês já sabem. Quando a gente olha no espelho a gente vê a imagem da gente, mas isso pode nos ajudar a refletir de uma forma narcisista. Vocês vão olhar para mim e pensar que o povo do Humaniza SUS é o melhor do mundo, é o mais generoso, o mais solidário, o mais militante, o mais perseguido, o mais sofrido, mas como sou um espelho especial, eu sou igual ao espelho da madrasta da Branca de Neve, eu vou dizer: “Não! Mais ou menos! Não é bem assim!” É a ideia de fazer uma reflexão sobre a nossa trajetória, fazer uma narrativa sobre o nosso território de forma crítica e depois a gente continua essa conversa pela roda. Inventamos, ao longo desse tempo, uma nova forma de militância em vários sentidos. Temos que mudar essa palavra ‘militância’, porque ela se refere a militar, obedecer, mas enfim, temos conseguido combinar a militância com o nosso trabalho, o que é um privilégio muito grande, porque isso cria sentido para o nosso trabalho. Isso é uma saída. Nós não vamos reorganizar o trabalho e a saúde no sentido necessário para prevenir, promover, curar, reabilitar se a paixão que os militantes em geral têm pela mudança, pelo bem estar social, pela humanidade, por valores, não estiver presente, não estiver misturada. Então, um aspecto novo dessa militância que estamos reinventando, diferente da militância tradicional, é que nós não militamos em nome do SUS, mas militamos em defesa da vida, das pessoas, nós pertencemos a vários partidos, a nenhum partido, a várias igrejas, a nenhuma igreja. Outra diferença da nossa militância é que o militante em geral tem o discurso, tem a postura, tem a síndrome do positivista, o militante é cheio de razão. Sou militante ecologista, sou cheio de razão ecológica, o mundo inteiro está errado. Sou cheio de razão sanitária, sou cheio de razão antifumo, antitabaco. Sou cheio de razão política a favor disso e

daquilo e vou civilizar os bárbaros, vou conscientizar. A nossa militância é mais prudente. Somos mais precavidos. Somos mais humildes. De tanto criticar esse tipo de militância arrogante, autoritária, dona da verdade, pastoral, que no fundo despreza a potência, o conhecimento da vida dos outros, da realidade dos outros, dos valores dos outros, às vezes, a gente cai no extremo oposto que é pensar que não temos nada a fazer. São os novos Sócrates: “Só eu sei que nada sei. Só os outros que sabem.” Então, a gente acaba não tendo oferta, não tendo apoio, não tendo papel, como se cada comunidade, como se cada equipe de saúde se bastasse, como se ninguém precisasse da história, como se ninguém precisasse da experiência, como se ninguém precisasse de Freud, de Marx, de Deleuze, de Lacan, de Eduardo Passos etc. Nós precisamos dessas coisas, nenhum de nós é completo, nenhum de nós é integral. Estamos reconstruindo uma militância que pensa o apoio, que pensa a solidariedade. O grande segredo da possibilidade do Humaniza SUS, e fora do Humaniza SUS, educação e saúde, popular e saúde, o trabalho da atenção primária de promoção à saúde, o nosso grande segredo é conseguirmos, ao trabalhar, trazer uma contribuição para a humanidade, garantir o nosso salário, mas também criar sentido e significado para a nossa própria vida. Quem trabalha de uma forma burocrática, alienada, tende a sofrer muito. Temos que propor reformas, temos que propor uma reorganização do trabalho em saúde que coincida, que coproduza, que bata – bata no sentido de encontro – com o desejo, com a perspectiva da maioria dos trabalhadores que são diferentes da gente. Boa parte de vocês diz que são do movimento da diferença, mas nós temos muita dificuldade com a diferença, o diferente é muito complicado. Diferente de mim é o crente da igreja pastoral. Diferente de mim é o médico ortopedista formado numa perspectiva positivista que trabalha como ortopedista há não sei quanto tempo, porque sou clínico, não sou ortopedista. Enfim, temos que reinventar uma nova forma de militância. Essa militância está ligada ao trabalho. E estamos fazendo isso. Acho que o caminho é por aí, uma militância crítica. Eu penso que a reconstrução, que a reforma, que a reorganização do trabalho em saúde tem a ver - ainda que seja um tema específico e focal o trabalho em saúde - com a construção da sociabilidade, da vida em sociedade, que alguns atualmente chamam de vida em rede no terceiro milênio. Não é uma tarefa simples e banal. Como vamos viver na

sociedade, no terceiro milênio, tendo em vista a força do mercado, tendo em vista os 30 anos de hegemonia do neoliberalismo, tendo em vista o fracasso e a crise de uma série de proposições supostamente humanitárias com função de bem estar que redundaram em tiranias, que não conseguiram construir o bem estar chamado socialismo real etc., tendo em vista uma certa desmoralização, um certo enfraquecimento da atividade política. Hoje, se fizermos uma pesquisa de opinião, poucos entre nós acreditam na política como a forma de construção de bem estar social. A política será capaz de salvar o planeta Terra da catástrofe climática ecológica? E sem a política não nos salvaremos. Por meio da política conseguiremos redistribuir a renda, criar bem estar e fazer uma inclusão social segundo um novo paradigma de inclusão social do povo da África, do povo da Rocinha, de dois terços dos brasileiros que estão fora de uma série de direitos, de uma série de coisas. Fora da política não há salvação. E nós não acreditamos que não há caminho. Salvação não há mesmo. Eu queria repensar o trabalho em saúde nessa perspectiva, ainda que não fugindo do tema, que é o trabalho em saúde. Está muito chato? Estou enrolando até agora porque deu branco. Vocês se lembram que falei que deu branco? Escrevi aqui, mas não estou conseguindo ler. Estou nervoso. Vou propor algumas categorias, algumas diretrizes, que não serão surpresa para vocês, para repensarmos o trabalho em saúde. Acho que temos de repensar a vida em sociedade. Uma dessas categorias é a cogestão, de democracia radical da vida, de como podemos construir uma sociabilidade, uma vida em sociedade, não só no espaço macropolítico, mas institucional das relações de trabalho, da relação com o usuário, de poder compartilhar. Então, uma categoria forte que quero trabalhar com vocês é a cogestão. Quero trabalhar a categoria da democracia, da democratização da vida, das relações políticas institucionais de trabalho, familiares e de gênero não só como uma forma de compartilhamento de poder, de botar, de decidir - é também isso, se não, não é cogestão -, mas como uma forma de compartilhamento do enfrentamento de problemas, de enfrentamento de dificuldades. Vamos construir projetos, programas, ações de forma horizontal e longitudinal de uma maneira compartilhada. Para fazer isso, temos trabalhado uma metodologia de apoio, uma metodologia diferente do apagamento, uma metodologia que aposta na potência do outro, mas aposta na potência da oferta, reconhece a

carência do ser humano, reconhece a existência de necessidades sociais, reconhece a dependência social que nós temos em várias instâncias da vida, que outros seres humanos têm potências e recursos que nós não temos. A cogestão com apoio parte exatamente do reconhecimento de que é impossível igualar, horizontalizar as relações de poder. Democracia não é uma equivalência universal das cotas de poder. A cogestão e a democracia são formas menos ásperas, menos doloridas que dificultam o controle social, que dificultam a pressão de lidar com diferença de poder. Conceito de cogestão e conceito de trabalhar com a idéia de apoio com a idéia, de apoio institucional. Outro conceito forte sobre o trabalho em saúde, acho que temos de pensar o trabalho em saúde como neoartesanato, pensar o trabalhador de saúde como um neoartesão. Comecei a usar, com os meus alunos, os conceitos de neoartesão e neoartesanato como uma provocação, para obrigar as pessoas a dizer: “Professor, isso não é possível no terceiro milênio.” Só que agora eu assumi. Não é provocação, é um objetivo, é uma meta. Vamos pensar o trabalho de saúde como neoartesanato. Vou tentar comentar isso com vocês mais à frente. Isso significa pensar o trabalho em saúde como uma concepção ampliada e compartilhada de saúde. Chegaremos aí. Não conseguirei chegar à formação. Fica para o terceiro encontro... (Risos.) Todo esse tempo é formação. Depois tem uma mesa de formação e se der tempo eu comento alguma coisa. Foi uma opção que fiz. Quando penso em cogestão, penso que é uma gestão compartilhada do poder, da elaboração de projeto, da realização do trabalho. Em saúde, temos que pensar a democratização na relação de trabalho. Eu tenho usado, cada vez mais, o conceito de clínica compartilhada, de saúde pública compartilhada. Compartilhada entre quem? Entre o trabalhador, o profissional, os trabalhadores, a equipe e os usuários individuais. A clínica compartilhada é uma clínica que vai tentar compartilhar a construção do diagnóstico, as deliberações terapêuticas, a implementação da terapêutica. Ou seja, é toda uma nova cultura de relação dos trabalhadores de saúde com o usuário, com o paciente. Nós temos de ter uma cogestão – por isso é neoartesanato, não é só o artesanato. Hoje, ninguém é artesão isolado em saúde, em educação. Nós trabalhamos em rede, em sistema, em equipe de saúde. Não sei se vocês já pensaram isto: há uma contradição, há uma oposição, há um mal estar entre a liberdade de cada um de nós e o meter-se

em rede, meter-se em sistema, em viver de forma social. Quanto mais integrados à rede, quanto mais integrados ao sistema... Tem gente me olhando com cara feia. Dizem que se usarmos a palavra a rede, a gente elimina esse paradoxo. Não elimina. A sociabilidade em sistema, em rede, não elimina esse paradoxo. A liberdade total não tem nada a perder, não tem relação nenhuma com ninguém. Essa liberdade não existe para a forma que nós nos reproduzimos. Nós vamos construindo relações sociais de gênero, para a reprodução, para o prazer, para a produção de alimentos, para a produção de saúde. A cogestão é uma forma que a gente propõe para lidar com esse paradoxo de tentar combinar, articular ou a autonomia à liberdade ou a sociabilidade ou a rede ao sistema. Ou os dois. Precisamos manter um certo grau de autonomia, um certo grau de liberdade, e precisamos nos meter em equipes de saúde. Uma equipe de saúde que é um coletivo, que não há espaço de singularização para o ortopedista, para o enfermeiro, é um espaço insuportável. O grau de mal-estar é um espaço insuportável. Nós temos de levar a cogestão às instituições, às organizações. Nós temos que democratizar as relações da composição da região de saúde entre municípios e estado, dos serviços de saúde entre as várias equipes. Nós temos que criar toda uma tradição de funcionamento democrático das instituições de saúde. Então, democracia e cogestão dos serviços, das instituições, da rede, das equipes e na relação trabalhador/usuário. Como fazemos a cogestão? Em Campinas, quando fui Secretário de Saúde pela segunda vez, imaginou-se lá a metodologia do orçamento participativo, que é para trazer os usuários, a sociedade civil para deliberar sobre o orçamento e resolveu-se que o espaço coletivo onde ocorreria a cogestão seria o espaço exclusivo dos usuários. O prefeito, o Secretário de Saúde, os trabalhadores de saúde teriam, quando muito, voz, mas não teriam voto. Ou seja, não era uma cogestão, era uma autogestão dos usuários sobre o trabalho de saúde. Não é esse tipo de cogestão que defendo. Não defendo a omissão do profissional em relação ao usuário, do gestor em relação à equipe. Eu defendo que haja uma relação dialógica, na qual o prefeito apresenta as suas razões, porque o prefeito se propõe a concentrar investimento no centro da cidade, para recuperar o centro que está degradado, porque o prefeito propõe recuperar independentemente da concentração da população, da divisão de dinheiro pelo denominador

popular, ele concentra investimento numa região degradada, urbana de favela, da periferia. Se tem uma visão de conjunto, se tem uma política, ele tem obrigação, ao montar uma Ágora para discutir orçamento, de tencionar o interesse particular das pessoas com seus territórios. Tem que chegar e dizer qual é o sentido coletivo de investir no centro para a maioria das pessoas que estão ali, qual é o sentido de fazer um projeto de urbanização singular na favela tal e vamos investir três vezes mais por habitante durante dois, três anos do que investi no outro bairro de classe média etc. Essa é a ideia de cogestão, essa é a ideia de apoio, mas ele pode perder. O espaço coletivo tem que ter autoridade, norma, regra de debater essa ideia. A mesma coisa ocorre na clínica compartilhada, eu não defendo que no trabalho em saúde não tenhamos uma relação diferenciada, uma relação passiva do trabalhador de saúde frente ao usuário. Se o usuário procura a ajuda de alguém é aquilo que eu dizia... Porque há uma carência ortopédica, eu fracturei um braço... A humanidade criou uma tradição, um trabalho morto, um conhecimento acumulado que me faz procurar aquilo que vira um direito à saúde, mas tem de haver uma possibilidade de diagnóstico. Vamos tentar uma redução ou um ato cirúrgico? Eu não sei isso, mas ele pode me explicar porque é sobre o meu corpo. Vamos tentar uma redução sem ou com a cirurgia? O ortopedista e o enfermeiro não devem decidir isso sozinho. Essa é a relação dialógica de cogestão com que sonhamos, que eu imagino que deveríamos construir. Somada, agregada à ideia de apoio, de articulação, de oferecimento, à ideia de que vivemos em rede, de que vivemos em estruturas de dependência. Em linhas gerais, o conceito de cogestão é esse e o de apoio institucional é esse. Não sei se consegui ser claro e compartilhar com vocês. Ontem, foi comentado e bastante discutido que culturalmente, politicamente, eticamente, a cultura da cogestão, da democracia organizacional institucional, da democracia nas relações de trabalho entre as equipes, entre os gestores, não é a tradição dominante. Ao contrário. Estou propondo lutar pela cogestão, trabalhar na relação com o outro na linha de apoio institucional, de apoio para ter ideia, de ter oferta, de negociar, de deliberar junto, de se arriscar, de botar o corpo junto, de botar a mente junto. A cogestão implica em deixar-se afetar. Quando a gente constrói um diagnóstico juntos, um projeto juntos, a tendência é mudar os dois, é mudar o ortopedista e o usuário, é mudar o gestor e a equipe, é mudar dentro da

equipe os profissionais médicos, enfermeiros, os generalistas, os especialistas etc. Essa não é a cultura dominante. Estou propondo, para usar uma palavra antiga, que é um movimento de contra-hegemonia. Isso significa o seguinte, não é simples, não é fácil, não vamos receber medalha sempre. Só depois dos 58 anos. Aí você ganha uma medalha e alguns processos da justiça. A contra-hegemonia é isso. A luta da contra-hegemonia, essa militância misturada ao trabalho, não pode ser um apelo. Hoje, alguns colegas do Amapá falavam-me no hotel que trabalham com cirurgia plástica e me diziam que o segredo desse envolvimento com o trabalho, envolvimento com a cogestão, é... Eles não usaram essa palavra. Eu ia usar esse conceito aqui, mas fiquei com vergonha de vocês. Todo mundo tem superego, eu tenho meus superegos que me controlam. Eu assisti ao filme que conta a história do Che Guevara, numa entrevista a jornalista pergunta: "Che, para ser revolucionário precisa de quê?" Ele fala: "Amor." Se ele falou de amor, eu também posso falar. (Palmas.) Na cogestão, nesse apelo á militância, nesse envolvimento, precisamos considerar o outro não só na sua cultura, na sua ética, mas, principalmente, na possibilidade de fazer coisas amorosas, de manter relações amorosas, que não elimina o conflito nem a aspereza da vida, mas temos que aumentar o coeficiente de amor. No trabalho em saúde, no trabalho pedagógico, sem amor é complicado. Não vai só com protocolo, só com controle social, sem envolvimento, sem implicação. Há vários nomes técnicos para fugir desse conceito de amor. E não é um amor de renúncia, é um amor de gozo. Não é o amor pregado assim: vou renunciar a tudo em nome... Para nós, cria sentido e significado esse jeito que eu tenho de ser. Eu não faço isso só por masoquismo, não só para me punir, meu pecado original e dos outros que fui cometendo ao longo da vida. É óbvio que faço muita coisa por culpa, mas faço isso porque me dá grande prazer. Sinto grande alegria poder estar aqui falando para vocês hoje. Essa dimensão é muito possível. A maioria de nós que escolheu trabalhar em saúde reclama muito do trabalho em saúde. Falei em artesão e vou entrar agora em outro conceito, o do neoartesanato. A maioria de nós tem a possibilidade de ao curar, ao reabilitar, ao prevenir, ao trabalhar, criar sentido e significado para a própria vida. Ao ser gestor, montar um grande serviço de queimados, de prevenção de acidentes de barcos, de escalpe de crianças no Amazonas, de diabético, de hipertensão. Além de ganhar o salário,

além de ter as férias, temos uma possibilidade de realização pessoal muito grande. A possibilidade concreta de isso acontecer no cotidiano, no SUS, com toda tradição autoritária, precisa ser aumentada. Isso depende de cada um de nós. Temos os nossos bloqueios, as nossas repressões, as nossas dificuldades internas, mas também temos as dificuldades institucionais para viver desse jeito. A máquina de subjetivação de produção de cultura do neoliberalismo estimula-nos a viver o tempo todo em olimpíada, ganhando, competindo, produzindo, sem significado para nós, sem significado para os outros, então, há que se opor a essa máquina em alguma medida, de alguma forma. Cogestão, método de apoio, não ter vergonha das nossas ofertas, colocar as nossas ofertas na roda, ofertas de diagnóstico, ofertas terapêuticas, ofertas de gestão, ofertas de outras experiências, estar aberto ao outro. Sócrates era um grande demagogo. Quando ele dizia que nada sabia, ele estava enganando, mentindo, ele sabia um monte de coisa. Ele não sabia tudo, ele tem que respeitar o dos outros, se não, não tem potência. A nossa potência é exatamente a potência de oferta, de criar rede, de fazer essas coisas. Reconhecer a potência do outro é reconhecer a nossa potência. O trabalho em saúde tem algumas especificidades. Viram que não estou contando piada? Está todo mundo sério, porque a função do espelho é manter vocês sérios. O pessoal me deu *chopp* ontem, minha capacidade de contar piada diminuiu. O trabalho em saúde tem várias especificidades, mas eu queria comentar algumas com vocês. Uma especificidade do trabalho em saúde é o próprio processo saúde/doença, que é complexo, é a tal teoria da complexidade. É absolutamente verdadeiro que viver com certo grau de saúde; que enfrentar o risco, a vulnerabilidade; que conviver com o risco, doenças, enfermidades, conceituar doenças, desconceituar doenças, redefinir é um processo bastante complexo, porque envolve implicações orgânicas. O orgânico existe, a genética existe, o envelhecimento existe. Existem seres humanos com e sem útero. Existem o orgânico, a genética, 3 anos, 70 anos, 50 anos. Existe hipertensão arterial. E existem condições orgânicas que aumentam o sofrimento humano, que diminui a possibilidade de continuar vivendo. Estamos chamando essas coisas de risco de doença. Também existem a implicação subjetiva, afetiva, o modo de vida, o estilo de vida. Existem a sociabilidade, a rede, o sistema. Vivemos num espaço complexo. Estou falando da formação agora. O tempo

todo estou falando em formação. Temos que formar militantes em saúde. Todo o tempo, estou falando da militância. Nossos alunos têm que ganhar essa perspectiva de construir sentido e significado, de viver e fazer saúde em cogestão, de usar o método de apoio, de ter oferta, mas respeitar a potência, a cultura, o valor, o desejo, o interesse dos outros, de combinar, de enfrentar, de negociar, de parar, de ter limite, de respeitar a regra etc. É muito complicado. Lidar com problemas complexos implica em acumular informação, implica em cognitivo, implica em formação. Para lidar com hipertensão há que saber sobre hipertensão. Para lidar com o sofrimento da mulher na periferia das cidades brasileiras contemporâneas há que se saber sobre a história da mulher, sobre gênero, sobre subjetividade, sobre relações de marido, sobre desemprego, sobre migração, sobre a desconstrução da família nas grandes cidades do Sul e do Sudeste, onde há família reduzida, não é a aquela família ampliada do interior, Galdéria, goiana. Isso ficou nas memórias dos literatos etc. É uma sociabilidade fragmentada. Nós vivemos num mundo de redução do outro a objeto. Então, é complexo. E intervir nisso é muito complexo, por isso trabalhamos em equipe, por isso trabalhamos com conceito de clínica ampliada, de saúde coletiva ampliada, por isso trabalhamos com a ideia de interdisciplinaridade, de transdisciplinaridade. Não dá para ficar só com conhecimento orgânico ou só com o psi ou só com o social, ainda que tenhamos focos, ainda que tenhamos responsabilidades sanitárias diferentes, que exigem recortes diferentes dessa complexidade. A formação de uma equipe de atenção primária é diferente da de uma equipe que trabalha com oncologia, ainda que haja muitos elementos em comum. Apesar da transdisciplinaridade, temos que nos autorizar a trabalhar com núcleo de responsabilidades dentro de um campo interdisciplinar. Às vezes, a gente se perde. Vocês estão vendo que no trabalho em saúde eu uso mais o conceito de ampliação, de complexidade, do que o de integralidade. Conceito de integralidade é um conceito muito forte para pensar política, programa, então, temos que ter uma oferta teórica integral. Cada região macro de saúde brasileira precisa ter uma oferta integral para enfrentar o câncer, o problema da mulher na periferia, o problema da violência na escola, da hiperatividade na escola, o problema de enfermidades crônicas. Esse conceito é muito forte. Essa complexidade vai exigir de nós várias formas de trabalho em saúde,

várias formas de atenção em saúde, várias formas de cuidar de saúde: promoção, prevenção, cura, reabilitação, alívio do sofrimento, atendimento individual ou em grupo. E o que é necessário? Já falo sobre isso. Os conceitos de integralidade e de ampliação nesse sentido. Agora passo para uma outra especificidade do trabalho em saúde, além da complexidade e da determinação complexa, há algo que complica muito a nossa vida, e o ser humano tem uma dificuldade em fazer isto... Dizem que há apenas um sambista paulista, que é o Adoniran Barbosa. É verdade, Eduardo. É mentira. Eu sou de São Paulo. E Goiânia que só faz música caipira e não tem nenhum sambista? (Risos.) O Adoniran Barbosa dizia que o problema das horas é que as horas 'vareia'. Além da complexidade do processo de saúde e doença, do processo de intervenção, de termos núcleo, campo etc., há uma coisa na vida em geral, não é só na saúde: o negócio 'vareia'. Cada caso é um caso, existem singularidade, projeto terapêutico singular. Os casos de hipertensão arterial são diferentes entre si, apesar de terem pontos em comum. Quanto ao problema das mulheres da periferia, isso é uma generalização que não existe, é abstrata, para identificar uma prioridade de saúde, uma linha de intervenção. Cada família tem uma história de vida diferente, problemas orgânicos diferentes, reflexões no corpo do subjetivo diferentes, relações com a violência, com a agressividade, com a dependência química diferentes. Esse é o problema da nossa formação. Como conseguimos sair e como construímos conhecimento? Construímos conhecimento, padronizando, fazendo ontologias das doenças, dos riscos, dos modelos de atenção. Dizem assim: "Com hipertensão arterial grave, a gente age assim. Com diabetes tipo um, a gente age assim, é o protocolo." Só que quando vamos mexer com cada diabético, há o João, a Maria, é obeso, é magro, é superativo, trabalha, não trabalha, bebe pinga, não bebe pinga, tem hipertensão, não tem hipertensão, está com câncer, não está com câncer, está com vontade de se curar, não está com vontade de se curar, tem adesão, não tem adesão, é pobre, é rico. 'Vareia' tudo. Enfim, é tudo diferente. Nós, seres humanos, temos uma dificuldade muito grande de fazer esse trajeto. Dario, quando acaba? Vocês estão agüentando? O ser humano precisa de reconhecimento. Vocês têm de rir de vez em quando. Estão com a cara muito feia. Além de desejar aos outros, o ser humano quer o reconhecimento dos outros. Eu não quero só gostar do meu filho, eu quero que o meu filho goste de

mim. (Palmas.) Tenho mais duas horas e meia, depois vou falar um pouco sobre Cuba... Como fazemos com essa variação? Dizem que na Suíça os trens chegam sempre no horário, mas no Brasil as coisas variam. Na Suíça, os fenômenos também variam. Há duas alternativas mais frequentes dominantes, mais hegemônicas, uma é nos enquadrarmos, usamos métodos de gestão, métodos clínicos protocolares de mecanização, de normatização do trabalho em saúde ou vamos para o extremo oposto que poderíamos chamar de dissolução total, de enfrentar as situações, os encontros, de peito aberto, sem nada estruturado, sem protocolo. A proposta que trago para vocês, a ideia da cogestão nisso é de fazermos a circulação entre essas duas alternativas, de usar o método clínico. Isso que estou dizendo aqui chamo de Teoria Paideia. Na verdade, devo muito ao método clínico, à clínica original da Escola de (?) e não a clínica positivista de hoje. Qual era a ideia da clínica original? Clínica é uma palavra grega que significa inclinar-se. Podemos ter uma interpretação sacana: esses médicos são tão arrogantes que vão se inclinar um pouquinho na do enfermo para não parecer tão arrogante. Estou falando da Grécia antiga. Há outra interpretação, original, depois Aristóteles vai retomar essa discussão, que é o método de combinar. É uma teoria, é um método para combinar o conhecimento padronizado, estruturado, com a variabilidade infinita das circunstâncias das situações da vida. A ideia de inclinar-se, da clínica, é a seguinte: por que inclinar-se? Inclusive, foi a primeira metodologia que combina ciência com prática nessa perspectiva. Não pode deitar ou sentar junto com o paciente se não vira família, o sofrimento fica fraterno, você perde a referência a uma certa objetividade, ao padrão, à experiência anterior, a outras pessoas que tiveram hipertensão, aos outros colegas que me ensinaram a lidar com pressão alta, com o sofrimento não sei das quantas, mas ao mesmo tempo, se fico só em pé, fico com os colegas, fico com a medicina, fico com o protocolo, fico com a ciência. Nem deitado junto com o doente nem inclinado. E fisicamente é uma posição insustentável, a gente cai. A estrutura tende a nos puxar ou a gente tende a cair no senso comum, no sofrimento, que também é conhecimento – não estou dizendo que não é conhecimento. O nosso desafio na cogestão, na gestão, no trabalho em equipe, no atendimento clínico, na saúde pública, é manter essa tensão dialética sem sínteses, com sínteses provisórias, cada caso é um caso. Como singularizo mantendo uma segurança

que aquele paciente não tem, se eu vou atender a alguém com hipertensão? Citei hipertensão porque sou médico, mas pode ser para qualquer coisa, reabilitação física, por exemplo. O profissional tem que ter lido mais, tem que saber mais, tem que ter estudado mais, tem obrigação de ter feito isso para poder interagir. A tradição da gestão em geral é tentar transformar os trabalhadores em seres mecânicos e automáticos que vão reagir de forma automática, padronizada, mecânica, cibernética aos programas feitos no nível central, desconhecendo a singularidade dos casos. Isso, na fabricação de sapatos é razoável, consegue-se fabricar sapato bem, na saúde é um desastre, porque a variação é muito maior. Na pedagogia e na gestão urbana é um desastre. Existem algumas áreas de trabalho onde essa metodologia de desvalorizar singularidade, a variação dos casos, cria métodos de gestão eficientes. Na saúde, estamos enfrentando agora, temos que enfrentar, com a informática isso aumenta, temos que enfrentar o seguinte, como é que combinamos o tema dessa variação de cada caso com... E as soluções que nós inventamos, inclusive a esquerda, todas desconfiam do trabalhador. Se a gente assume esse método clínico como método de fazer política, de fazer gestão, esse método, esse método Paideia, que trabalha com o estruturado e com o desestruturado, com o singular, com as duas coisas, quem é o ator principal? Depende de quem? Em quem temos que confiar? Há o artesão no meio, há um criador no meio. Quem vai tomar essa decisão? Se a gestão desconfia dos ortopedistas não tem saída. Se nós imaginamos que vamos criar um método de planejamento de controle social, de linha de cuidado - o nome que tiver -, que vai estruturar toda a integralidade da tensão num campo e que nós vamos enquadrar por avaliação de resultado, por avaliação de desempenho, os trabalhadores, nós vamos ter, primeiro, trabalhadores infelizes porque a capacidade de criar e fazer tudo aquilo na militância diminui; segundo, a potência terapêutica, a potência da promoção e da prevenção caem, diminuem. Na saúde, temos que ter parceria com os trabalhadores de saúde. Que não seja ingênua. Ontem, aqui, ouvi alguém falando que o nosso sonho, o do Humaniza SUS, é criar um novo ser humano. Digo a vocês que duvido dessa possibilidade. Não existe essa possibilidade. O ser humano já tem muito tempo de história registrada e somos essa meleca mesmo. Somos esse híbrido de amor, de violência, de composição, de respeito, de desrespeito, de ciúme. A

gente não entende alguma coisa de ciúme. Quando alguém descobre um negócio que estou muito perto de chegar, eu não entendo aquela pessoa. Leva um, dois anos. Nós somos assim. Nós somos desejadores e o outro? E a lei que protege o desejo do outro? Vamos criar um mundo de potências e desejos, agora, um mundo de respeito ao outro. Aí essa combinação é fundamental. Quando fazemos leis, protocolos, normas, estamos tentando passar para esse artesão, para esse novo trabalhador de saúde uma certa orientação de defesa do paciente, do usuário, de desmedicalização, de não entupir o hipertenso de remédio, você faz isso, faz aquilo, já estudamos isso. Agora, no limite, o trabalhador tem que lidar com esse protocolo com um certo grau de autonomia. Outro dia, havia um pessoal discutindo a linha de cuidado de diabetes tipo 1. O que é isso? É um programa dinâmico, mais flexível, aí você define tudo da integralidade para atender a um diabetes 1: médico de família, enfermeiro de família, endocrinologista, apoio psicológico, apoio subjetivo, rede social. Que diabético 1 vai precisar daquela linha de cuidado inteiro? Se houver um artesão pensando o caso do diabetes 1, quase nenhum. Por isso, o programa de saúde, o protocolo, a linha de cuidado são importantes para saber a integralidade, a região de saúde, mas tem que ter a equipe clínica que trabalha aquilo como um campo de cuidado e não como uma linha de cuidado. E nesse campo selecionar algumas coisas, o processo terapêutico singular. Essa é a idéia do projeto terapêutico singular. Por isso a proposta de organização do trabalho em saúde passa por equipe de referência, profissional de referência e apoio matricial. O que é apoio matricial? Sai da linha de cuidado como obrigatório e entra como alternativo para alguns casos. Quem vai saber se aquele caso precisa de acessar aquele campo de cuidado? A clínica compartilhada, o profissional responsável de referência, usuários, usuárias, família, rede próxima etc. São formas. O que é equipe de referência? É alguém que faz a longitudinalidade, que vai lidar com a complexidade. Quem são os apoios matriciais? Compõem o campo de cuidado conforme o projeto terapêutico. Na região de saúde, para o diabético 1, é necessário haver tudo aquilo que a linha de cuidado previu, mas não tem que passar todo diabético 1 por lá. Isso é medicalização. Isso é controle social. É gasto desnecessário. O neoartesão é isso, temos que investir num certo grau de autonomia, com controle, com avaliação de desempenho, com discussão de equipe, com elaboração coletiva

de projeto terapêutico, com envolvimento dos usuários, dos pacientes, no caso. Então, equipe de referência e apoio matricial. Não dá para os reguladores que estão sentados nas sedes das secretarias das capitais resolverem isso. Isso tem que estar com as equipes de referência. Os reguladores vão regular vagas, possibilidades de fluxos, mas há 'n' fluxos possíveis. Ando muito preocupado com a tendência tecnocrática e burocrática de pensar regionalização regulada de fora. Em Campinas, estão regulando o retorno das equipes de atenção primária pelo computador de fora, tirando a alternativa de fazer parte do projeto terapêutico de variar, de usar o número de visitas de ver o paciente, de consultas, de grupo, etc. Conforme o risco, conforme a fase do caso, estão retirando isso do trabalhador. Temos de nos aliar ao trabalhador para defender a autonomia nesse sentido. Temos que tencionar a relação com os trabalhadores para dizer: "Você não é completamente autônomo em relação ao conhecimento acumulado, à experiência acumulada, ao protocolo, à linha de cuidado. Você tem que considerar isso. Você tem que justificar o projeto terapêutico. Nós trabalhamos em equipe, não trabalhamos isoladamente." Por fim, para não dizer que não falei da formação, voltarei ao problema da complexidade. Certa vez, fiz um debate com os apoiadores e critiquei um pouco o acolhimento, que centralizavam o acolhimento. O Adail de Almeida me mostrou um dado, o conceito de carga de doença contemporânea, a maior parte dos problemas de saúde que exige um acompanhamento tem um perfil crônico. AIDS é um problema crônico, não tem alta nunca. Ontem, eu discutia isto com o pessoal da saúde mental: CAPS que dá muita alta é um mal CAPS, não é um bom CAPS. Serviço de referência de AIDS que dá muita alta está errado. São pessoas que precisam de apoio terapêutico a vida inteira. O apoio tem que variar, singularizar, conforme a fase, conforme a crise orgânica e a crise subjetiva e social. Quem vai fazer essa viabilidade? O paciente e a clínica compartilhada. A maior parte dos problemas de saúde não são problemas de pronto atendimento, não são problemas apenas de acolhimento. Uma parte importante da estruturação é pensar como lidar com o imprevisto, como lidar com o que não está no projeto terapêutico e na linha de cuidado. E aí entra a linha de acolhimento, como a gente recebe as pessoas pela primeira vez naquele serviço, como a gente recebe o imprevisto que não está agendado, que não está marcado, que não está no grupo de risco, como a

gente se abre para a dinâmica para ser mais acolhedor. A maior parte dos problemas de saúde é complexo. Para não dizer que não falei de formação, a formação de alguém para lidar com cogestão, ser neoartesão de saúde, autonomia e ligação com o método clínico é uma formação com os nossos pacientes, demanda tempo, vínculo, longitudinalidade. Essa é a ideia de equipe de referência, nós temos um campo de cuidado, só que tem que ter a equipe de atenção primária, atenção básica, a equipe de oncologia de alguém que está com câncer, a equipe de centro de referência de AIDS para a pessoa que está vivendo com essa doença, reabilitação física numa fase aguda. Temos que ter profissionais que durante uma parte da vida são referência para o paciente, para a família e para a outra rede de apoio matricial, que coordena o caso. A gente propõe coordenar o caso de forma compartilhada. Isso é muito importante em todos os níveis do sistema. Estou terminando a minha fala e queria propor que vocês repensassem o hospital desse jeito. Repensem o hospital desse jeito! Repensem o hospital com cogestão. O que faço para ter cogestão? Tem que ter reunião de equipe, espaço, deliberação, reflexão conjunta, corresponsabilidade. Projeto de quê? Organizacional, de diminuir a infecção hospitalar, de lidar com as famílias, lidar com o problema de saúde 'x' ou 'y', câncer tal, ambulatório, pronto socorro, discutir casos clínicos. Eu recomendo que nenhum serviço de saúde deve ter paciente sem ter um profissional de referência, uma equipe de referência. Nenhum! Gente, isso é muito radical e pode ser feito com certo grau de autonomia do gestor de plantão. Também são movimentos possíveis de baixo para cima, transversais etc. Criem uma relação personalizada com os outros especialistas, com os outros colegas, com as outras profissões, com as outras equipes. Vamos discutir caso. A relação predominante no Brasil entre médicos e enfermeiros é paranóica. Entre anestesista e cirurgião é uma relação paranóica de preconceito, de pressuposto, racista. Estou falando sério. E é bilateral. Cogestão passa por enfermeiro ter poder, colocar problema, sentar junto, fazer visita, psicólogo, fisioterapeuta etc. Reconhecer o papel do outro e propiciar condições de mudanças para os outros. Que passa até pelo constrangimento. A visita é conjunta e acabou, aprovamos isso. Você é o responsável, você é o coordenador do caso, é o profissional de referência. O que estou trazendo para vocês é o seguinte, voltando ao fim do começo de onde comecei, a militância

do trabalho em saúde é ligada a nossa vocação, é uma militância ligada ao nosso pique de curar, de defender a vida, de reabilitar. Só que não pode ser uma vocação autoritária, militante, salvacionista, positivista de achar que nós definimos o que é salvar a vida longe do usuário. Qual é o grau de prevenção, de mudança de estilo de vida? Tem que ser muito negociado com o sentido da vida de cada pessoa. Temos não só que incorporar o conhecimento como a deliberação conjunta. O apelo que faço a vocês é esse. Cogestão, lidar com os outros métodos de apoio, esse apoio dialógico, esse apoio institucional, pensar o trabalho em saúde como neoartesanato, trabalhar numa perspectiva de saúde coletiva ampliada de clínica ampliada, com equipe de referência, com apoio matricial. Isso é muito mais radical do que resolver se é Santa Casa, OSCIP ou fundação público-privada ou administração direta. Apliquem isso nos quatro! (Palmas.) Meta cogestão na equipe com o usuário, com o trabalhador na equipe. Meta na OSCIP, na fundação estatal, na administração direta, na atenção primária, nas ONGs. O pessoal de ONG é todo cheio de razão, mas não faz cogestão. (Palmas.) Em geral, traz algumas perguntas parciais que são muito importantes que o setor mais estruturado do Estado não quer ouvir. Muitas ONGs fazem essas perguntas sobre o paciente, sobre o usuário, sobre clima. Agora, tem que ter cogestão também. Por que não a ideia da cogestão? Ontem, disseram que estou meio sem esperança. Minha esperança é isso que estou falando a vocês, estou apostando em nós. A última coisa é a seguinte, não conceituei trabalho em saúde, vocês viram que falei o tempo todo sobre trabalho em saúde com o sentido polissêmico. Gosto disso, de poder deslizar para lá e para cá. A gente usa muito o termo cuidado em saúde. Antes se usava atenção em saúde, agora usa-se cuidado em saúde. E o povo que usa cuidado fica cismado porque quando se encontram com os norte-americanos só falam *care*. E fala *care* para qualquer miséria. Eu queria chamar a atenção de vocês para o seguinte, trabalho é uma forma de relação humana sistematizada que implica introduzir valor de uso para os outros. Alguma coisa que a gente não produz para a gente e que outras pessoas produzem e isso é organizado de forma sistemática. No mercado tem valor de troca junto, no SUS tem valor de uso. Vou usar trabalho no sentido amplo agora, eu estava usando no sentido restrito. Quem trabalha no fundo em saúde são os trabalhadores de saúde. Por quê? Porque a sociedade reconhece valor de uso, reconhece

utilidade no que nós produzimos: prevenção, clínica, cirurgia. Agora, todo mundo cuida da sua saúde, todo mundo tem atenção com a sua saúde. Na verdade, o cuidado à saúde, a atenção à saúde não é monopólio dos trabalhadores de saúde, do SUS, do serviço de saúde. Não poderia deixar de falar sobre a ampliação. O objetivo do trabalho em saúde é defender a vida, é produzir coeficiente de saúde, mas também aumentar a liberdade e a autonomia dos outros, inclusive, em relação a nós. Ou seja, o objetivo do nosso trabalho, dentro dessa visão de reforma, de transformação radical, é aumentar a capacidade de cuidar de si mesmo, de cada pessoa, capacidade de gerir a própria vida, de se meter em rede, de escolher a rede deles e não só a nossa, de escolher um sentido e um significado para a vida deles. O objetivo do nosso trabalho em saúde é compartilhar a capacidade de cuidado, de atenção de si mesmo, das pessoas, das famílias e das comunidades. Esse cuidado semiautônomo em relação ao sistema de saúde, à instituição saúde, aos trabalhadores de saúde, ele é individual, mas ele também é coletivo. As coletividades têm capacidade de cuidar de si mesmas de forma diferente. O mesmo grupo social de uma cidade tem mais capacidade de lutar por água, esgoto, cuidar do lixo, do que outras comunidades vizinhas que estão perto. Vejo isso em Campinas. E isso é uma diferença entre as pessoas. É um desafio contemporâneo para nós. No terceiro encontro, vou falar sobre formação. É muito difícil cuidar de si mesmo. A maioria de nós, os trabalhadores de saúde, tem uma capacidade de cogestão da nossa vida muito baixa. Gestão da vida é muito arrogante. Veja o povo da atenção primária lidando e vai tentar fazer uma abordagem de clínica ampliada, é muito difícil. Falta conhecimento, conceitos. A gente fica com vontade de ter uma equipe infinita, de ter todos os especialistas, de ter todos os pedaços. É uma característica do neoliberalismo diminuir a potência, a capacidade de cuidar de si mesmo. Nós sabemos um monte de coisa sobre atividade física, de vez em quando eu preciso do educador físico, do fisioterapeuta. É um objetivo do trabalho em saúde aumentar, coproduzir autonomia, capacidade de cuidar se si mesmo e das pessoas. O trabalho de saúde não esgota o trabalho em saúde *sensu lato*, o cuidado e a atenção à saúde. É isso. Temos muito a fazer. Dá para encher a vida de vocês a vida inteira. Boa sorte. Há muito projeto acontecendo. Hoje estou sendo um espelho. Estou fazendo uma narrativa

sobre o que vocês estão fazendo. Estou tentando fazer síntese, juntar essas coisas. Minha esperança é essa. A nossa formação é aprender a fazer essas coisas, trabalhar com a complexidade, com a singularidade, em equipe, em cogestão. Vamos arrombar o neoliberalismo! Vamos mudar o SUS! (Palmas.)