

Entrevista: clínica ampliada: dos territórios de saúde aos serviços escola¹

Entrevistado: Gustavo Cunha Tenório²

Transcorria o ano de 2011. O PAAS havia surgido como projeto de formação e serviço escola a partir da reestruturação da área da ação social, que substituiu a designação anterior como extensão universitária. Neste momento o PAAS se colocava em uma nova questão: como tornar o processo de formação e a assistência prestada no serviço escola mais articulado e comprometido com a política de saúde no nosso país? Uma das decisões foi trocar o nome para demarcar a diferença de proposta e intencionalidade: retirava-se de cena o Projeto de Ação Ambulatorial para dar lugar ao Projeto de Atenção Ampliada à Saúde. Outro movimento importante foi chamar interlocutores para qualificar e ajudar na composição de novas estratégias e práticas. Tanto colegas da própria Unisinos como colegas de fora da instituição. Foi através desta proposta que Gustavo Tenório Cunha, que recentemente tinha publicado um livro com título *Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*³ foi convidado a estar com o PAAS. Neste encontro, mais do que respostas prontas, Gustavo nos ajudou compor novas questões, deslocou princípios e nos deixou pistas importantes de como seguir. Este momento reverberou ao longo dos anos seguintes e nas formas que o PAAS encontrou para dar conta do objetivo de estar mais inserido na rede e afirmando uma formação e uma assistência ampliada em saúde.

1 Foram preservados eventuais erros de coloquialidade com o objetivo de tornar a leitura mais agradável.

2 Entrevista disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=AykYgaF0SBQ>.

3 CUNHA, G. T. *A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec, 2005. v. 1. 212 p.

Neste décimo volume, depois de doze anos do primeiro encontro, estamos muito contentes porque encontramos novamente com o Gustavo. Ele gentilmente acolheu nosso convite para uma entrevista a ser realizada para o Cadernos. Não por acaso, mas de forma muito bem pensada e justificada, para falar sobre Clínica Ampliada, qual seu “estado da arte”, como ele tem acompanhado os desdobramentos, afirmações e desafios desde que nos encontramos pela primeira vez?

O que se segue é o resultado desta entrevista, que, novamente, nos deixou muito contentes na composição desde décimo volume e sua condição simbólica de marcar um ciclo, um tempo de vida, seus percalços e suas conquistas.

Gustavo Tenório Cunha é médico, professor do Departamento de Saúde Coletiva da FCM/UNICAMP (RDIDP) desde 2016. Temas prioritários: Apoio à Gestão, Atenção Básica, Clínica Ampliada, Grupos Balint-Paidéia, Gestão da Clínica; Humanização do SUS. Consultor da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no Ministério da saúde por seis anos. Professor desde 2004 na disciplina MD945 (Planejamento e Gestão da Clínica) no internato do curso de graduação da Faculdade de Medicina. Professor desde 2010 na disciplina Ações em Saúde Pública I e II, professor e coordenador desde 2010 nesta mesma disciplina, ambas para o primeiro ano dos cursos de graduação de Medicina e Fonoaudiologia. Professor desde 2012 e coordenador entre 2015 e 2016 na disciplina GS003 (Gestão e Subjetividade) para o curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde. É coordenador da Residência de Medicina Preventiva e Social desde 2011 e professor na Residência de Medicina de Família e Comunidade desde 2015. Participa do grupo de pesquisa Saúde-Paideia, com prof. Gastão Wagner de Sousa Campos, com atividades de extensão (curso Balint Paideia) para municípios. A partir de 2021 ocupa a vice-coordenação do convenio Unicamp-Universidade de Ciências Médicas de Habana (Cuba) que busca estimular e apoiar parcerias entre ambas as instituições. Membro da diretoria da Adunicamp, o sindicato dos docentes da Unicamp, desde 2018.⁴

4 Texto extraído do Currículo Lattes.

Cadernos:

Preparamos um roteiro de perguntas, mas no sentido de uma conversa, gostaríamos que você nos contasse sobre a sua trajetória e também pensar sobre o tema clínica ampliada.

Gustavo:

Bem, eu fiz medicina. Então, sempre fui muito próximo da saúde pública, das questões do SUS e isso foi um tema que sempre me chamou atenção. Participei de movimentos não sociais de conferência de saúde ainda quando era estudante, e entrei na faculdade em 89. Foi bastante importante, teve uma campanha eleitoral muito importante, enfim, tinha toda uma movimentação política.

Gustavo:

Eu fui fazer residência preventiva. Embora eu tivesse um foco mais na questão da saúde pública, da gestão. Eu acabei me encantando com a prática clínica e fui trabalhar com o médico de família e comunidade. E bom, tinha toda uma literatura crítica da saúde coletiva, enfim, da reforma psiquiátrica, principalmente. Todo um pensamento ali de questionado, Todo o modo de fazer clínica tradicional que vinha da saúde mental.

Gustavo:

E quando eu fui para a atenção primária, eu percebi que o conhecimento é predominante, baseado na bio medicina no diagnóstico, ele tinha limitações muito grandes. E na prática clínica, não ajudava em muita coisa. Então, eu comecei a sentir necessidade de estudar esse tema, estudar a clínica em si, dos profissionais de saúde, estudar as relação da gestão com a prática clínica. Como a gestão induz determinados tipos de prática com que a rede, a existência dela ou não, induz, permite determinados títulos de prática clínica e tentar compreender tanto o que faz a gente agir de determinadas maneiras de um modo global os profissionais de saúde.

Gustavo:

Como é tentar promover outras maneiras melhores, e, principalmente de enfrentar problemas. E aí, nesse sentido, o meu orientador, ele justamente sensível a toda essa temática, escreveu um texto na década de 90.

Gustavo:

Que fala, chama clínica dos sujeitos. Que ele vai fazer uma crítica mais conceitual, a medicina. Ele vai dizer, olha, todo esse recorte. O diagnóstico é qualquer que seja o recorde diagnóstico, não é suficiente. Ele tem limitações porque as pessoas são sempre mais complexas. Somos nós, tentam nos entender, e sempre a gente vai ter mutações, e qualquer encosta profissional ele vai ter uma lente, vai ter uma leitura, vai ter uma potência, mas também vai ter um limite. E então, a gente tem que pensar a clínica a partir dessa limitação, e a gente precisa tentar compreender.

Gustavo:

Como superar isso na medida das necessidades singulares. Então, os diagnósticos existem um conjunto de diferenciais da medicina.

Gustavo:

Como vocês estão na área de saúde mental, vocês já saem de um ponto privilegiado de determinada maneira. Não é porque vocês já partem de uma superação de um certo limite, pelo menos uma parte dele. É da medicina que é todo mecanicismo.

Gustavo:

Uma dinâmica, uma certa comparação com a máquina. É uma dinâmica muito de intervenção, que a própria palavra paciente pressupõe essa passividade no outro, intervenção sobre o outro.

Gustavo:

Então, nossa saúde mental, ela tem uma tradição, ela foi recuperada, em do ponto de vista de de saúde pública, com a reforma psiquiátrica, que é de uma clínica mais compartilhada, uma clínica mais dialogada. Uma clínica que pressupõem que o trabalho, para ele acontecer, implica que o outro vai construir um certo caminho. E o que eu vou fazer as coisas pelo outro.

Gustavo:

Então, isso é algo bastante forte, na tradição da psicanálise, de que a prática clínica implica um caminho do outro e não apenas do profissional sobre o outro. E então, esse texto do Gastão, traz essa crítica e aponta um conjunto de limitações que essa tradição tem, principalmente, obviamente, para a saúde mental, que é com quem ele está dialogando inicialmente.

Gustavo:

E na clínica de uma forma geral. Então a gente sabe todas as violências que esse tipo de reducionismo, quando não é adequado, reduzindo a pessoa a um diagnóstico ou a um determinado tipo de problema. O quanto que isso pode ser ruim pra vida das pessoas, quanto com isso pode ser limitante do ponto de vista da prática clínica. Então, a partir dessa reflexão do Gastão, dessa crítica. Eu comecei a trabalhar as possibilidades. O que que a gente costumava fazer? Que a gente podia fazer diferente? Por que que a gente fazia de determinadas formas?

Ou seja, que referenciais filosóficos que nos alimentam sem a gente perceber e fazem a gente desejar que as coisas funcionem determinada maneira. E elas não funcionam.

Quando elas não funcionam, por que fazem funcionar?

Gustavo:

E então foi um pouco esse caminho. Com o tempo, você vai ganhando contornos diferentes. Esse caminho da clínica ampliada dentro da Biomedicina, ele digamos assim, não é o único esforço que existe. Existe um mundo em direção ao tensionamento dentro da Biomedicina em relação à prática clínica dos profissionais biomédicos, médicos, enfermeiros, fisioterapeuta. Então a gente tem um método clínico centrado na pessoa.

É que dizemos são experiências, é que que foram formulados em várias regiões do mundo. No sentido de falar: reduzir pessoas a um diagnóstico e fazer uma abordagem muito centrada na doença. É, não é suficiente.

Gustavo:

E então a gente tem esforços, além da clínica ampliada e a clínica ampliada é dialoga bastante bem com os outros enfoques. Talvez em relação a alguns, ela tem uma vantagem de que ela não é centrada no médico, ela não voltada exclusivamente para a figura do médico. Ela dialoga com todas as profissões de saúde, porque ela está partindo desse pressuposto de que as pessoas são mais do que qualquer tipo de recorte que a gente possa fazer. E que a gente está lidando com singularidades, não é?

Gustavo:

Então, o meu caminho foi um pouco esse. Ele segue, segue um pouco nesse sentido. É porque eu trabalho com residências de família e comunidade, com residência de medicina preventiva, com atenção primária. Então os desafios eles foram, a gente a gente não muito difícil ainda, de dificuldades com o SUS, um momento político difícil, que dificulta pra gente falar de democracia, de diálogo, de respeito.

Essas questões ficaram mais importantes, mas também não ficaram mais fáceis no decorrer do tempo.

Gustavo:

E a gente tem questões hoje, né? Que que avançam para todos nós, né? Acho que nunca para saúde mental também foi acometido por toda essa lógica, biologizante, a neuropsiquiatria, há uma questão das evidências tomadas de uma forma, como se fosse um novo, tem evidência disso ou daquilo, e acabou a discussão. Não tem singularização, né?

Então, o momento hoje é talvez um pouco mais difícil do que tenha sido em outros momentos, a gente tem também um cenário de fragilização da atenção primária, né? É uma dificuldade de trabalhar em equipe e tudo isso traz dificuldades para para prática clínica, e uma clínica mais singular, né?

Gustavo:

Então, basicamente os desafios aumentaram no decorrer do tempo, mas a minha motivação inicial, ela segue, porque a gente vê as dificuldades. Talvez um dos temas que tenha sido muito caro para mim e para muitos pesquisadores da saúde coletiva tendo sido, é como fazer uma clínica que diminui os danos, que diminua a heterogenia. Então essa primeira preocupação, ela está aumentada. A gente está numa situação que as heterogenias estão bastante estruturadas e tem sido difícil falar de nisso e conversar sobre essa percepção de danos dentro da saúde, essa ideia de que a gente pode causar danos. É uma ideia que tem sido difícil, e ela é muito necessária para a gente pensar as práticas de saúde, qualquer intervenção pode trazer problemas, né? E a gente tem que estar atento a eles e em termos de saúde pública, isso é muito visível. Isso é muito claro.

Gustavo:

Eu penso que a situação está um pouco mais difícil com todo esse avanço da medicalização, né, toda essa abordagem neuropsiquiátrica. A expansão de um conjunto de diagnósticos, transtorno disso e transtorno daquilo, incluindo as pessoas com muita facilidade em diagnósticos que são muito amplos. Eles acabam tendo outros efeitos e a gente tem tido dificuldade de conversar sobre os danos que isso pode produzir, as limitações e o diagnóstico.

Gustavo:

É um pouco esse o meu percurso, continuar atento aos problemas que a gente tem produzido e vivendo essas dificuldades e problemas. Essa abordagem e outras, acho que estão bastante atuais e importantes na rede como um todo.

Cadernos:

Gustavo, eu acho que tu trazés para nós diversas provocações aqui, questões bastante importantes para que a gente possa construir. Essa discussão a respeito da clínica ampliada e para compreender os processos de saúde, adoecimento dos sujeitos também. Então, acho que nesse momento a gente gostaria até de te pedir assim, se pudesse alargar um pouquinho mais essa discussão desse conceito, até transitando um pouco pelo próprio livro que tu trás na discussão da construção da campanha ampliada na atenção básica para a gente poder investir um pouquinho mais nessa discussão.

Gustavo:

Qual aspecto que você quer que eu aborde um pouco mais?

Cadernos:

A própria questão da construção da clínica ampliada em termos mais conceituais, a tua compreensão, a discussão, essa tua caminhada, muito no sentido de alargar um pouco mais esse conceito, tu trazés um pouco essa discussão da questão de transitar por diferentes áreas. Eu acho que para nós é super importante, o quão caro essa discussão é para as questões de pensar a saúde do sujeito como um todo.

Gustavo:

Então assim, eu acho que atenção primária, ela tem um lugar bastante especial para a gente pensar uma clínica, porque atenção pri-

mária deveria ser um lugar que não está tomado por um recorte a priori. Ela deveria ser um lugar que tem a potencialidade de olhar as pessoas independente das pessoas estarem doentes ou não, ou delas estarem sendo acompanhadas em outros serviços ou não. A atenção primária tem ali aquela responsabilidade de estar olhando para as pessoas e estar fazendo uma conta. Do ponto de vista ali da pessoa, suas relações imediatas, sua agente social, sua família, seu território. Ela está, digamos assim, aumentando sua saúde no sentido amplo ou não, a partir de todos os problemas que ela traz e as intervenções que são feitas.

Gustavo:

Então a atenção primária, tem um lugar muito especial e ela traz contribuições para toda a rede, potencialmente muito importantes, porque ela tá convidada pelo tipo de compromisso que ela tem. Ela traz uma provocação para ela mesmo, para uma clínica diferente, e traz uma convocação para a rede, principalmente na medida que ela deveria se relacionar com a rede para construir um projeto terapêutico que contemple. Ela precisaria estar conversando com todo mundo que é no cuidado de alguém, que está sob sua responsabilidade. A atenção primária tem um lugar é potencialmente especial na prática clínica, em relação à rede. Porque a rede, ela tende a ser tomada por determinadas especificidades. Então, um ambulatório de psicologia tem um recorde, né? As pessoas vão a esse ambulatório a partir de um recorte, e a atenção primária tem essa perspectiva.

Gustavo:

Do ponto de vista da formulação da clínica ampliada a gente trabalha com vários aportes, um dos aportes que eu não consigo evitar de falar aqui para vocês, pois é muito próximo de vocês, é o aporte, obviamente, da psicanálise. Então a psicanálise, por um lado ela traz uma questão que é muito antiga, mas extremamente atual e cada vez mais atual. Que é de uma clínica que ela para se efetivar, ela precisa que o outro construa um caminho.

Então essa ideia, é uma ideia que é muito forte na psicanálise, desde as suas origens. Mas é a ideia de que não é possível fazer uma clínica para o outro, sendo outro, e apesar do outro. Eu vou fazer alguma coisa, mas é alguma coisa que é muito empobrecida do ponto de vista da saúde mental. Mas essa ideia no plano da clínica, de uma forma

geral, é uma ideia muito importante, mesmo em situações que se destaca muito esse plano de biológico, é que a gente tem muito o que fazer junto com a pessoa e a sua rede social.

Gustavo:

E outra ideia muito importante do ponto de vista da clínica ampliada, é o reconhecimento de que existe um inconsciente, de que existem afetos. E que esses afetos, eles precisam ser reconhecidos pelos profissionais. Então provavelmente isso para vocês, parece uma coisa muito elementar e para a saúde mental é muito elementar. Mas em pontos de vista é do que é dominante nas práticas clínicas, isso não é elementar, e o contrário é elementar né?

Gustavo:

Eu posso objetivar, eu sou neutro, eu posso lidar de uma forma que eu estou distante e protegido dos afetos que a relação clínica vai me trazer ideias e das questões que fluem nas relações clínicas e interprofissionais, e que estão inconscientes. Inclusive as relações institucionais

Gustavo:

Então a clínica ampliada vai trazer um pouco desse aporte da psicanálise e vai falar: “olha, não tem jeito, a gente vai ter que lidar com isso” e a gente vai lidar melhor se a gente lidar junto e a gente vai lidar melhor se a gente não colocar embaixo do tapete, não no fingir que essas coisas não existem, que não nos afetam, que a gente não tem dificuldades. Então, um espaço de equipe, um espaço de apoio, de supervisão, são privilegiados pra gente poder lidar com essa dimensão da subjetividade, que tem um componente institucional, que tem um componente gerencial, que tem um componente individual dos profissionais, tem um componente das corporações profissionais que tendem a olhar determinadas maneiras determinados tipos de de situação.

Gustavo:

Esse é um aspecto muito importante e, embora a psicanálise seja muitos mundos e sejamos muito diferentes, esses aspectos elementares e fundamentais ainda são muito importantes para a maioria dos profissionais e essa é uma ideia muito importante.

Gustavo:

Ainda em relação a esse comentário, da dimensão do acolhimento, que para a atenção primária é muito importante e para a saúde mental também, que tem a ver com estar presente, de poder oferecer um suporte, com uma certa disponibilidade de suportar inclusive, suportar a negação, os conflitos, a negação do adoecimento, a negação do ao tratamento, tudo isso é muito amparado por Winnicott e a gente tem proximidade com essa força que os profissionais têm de estarem presentes e disponíveis para uma escuro.

Gustavo:

E a gente verifica que isso tem um efeito muito grande e que esse tipo de elaboração de uma das vertentes da psicanálise é importante na Clínica Ampliada.

Gustavo:

Outra parte que é muito importante é a questão dos saberes. A produção de conhecimento tem um conjunto de filósofos que fazem uma crítica à ideia de verdade absoluta, tomando determinado conhecimento como, a priori, mais válido. Então é a necessidade que a gente tem de lidar com pessoas a partir daquela da hipótese que o Gastão levanta, a partir da primeira vez que ele pensa na clínica dos sujeitos, sobre dialogar com críticas à produção de conhecimento científico para poder fazer clínica.

Gustavo:

Se a gente admite que não tem um olhar que é suficiente, pelo menos o tempo todo, não tem um recorte, um paradigma, uma lente que seja suficiente o tempo todo para dar conta da complexidade das pessoas na sua singularidade, a gente precisa ser capaz de transitar entre olhares entre paradigmas, de reconhecer que existem outros olhares possíveis e que esses outros olhares, em determinados momentos, podem ser mais importantes, embora às vezes eles sejam úteis apenas para aquela situação específica, para aquela pessoa específica naquele momento de vida.

Gustavo:

Eu sempre brinco que quanto melhor é um projeto terapêutico, menos evidências teremos das condutas que a gente vai pensar para ele.

Gustavo:

Na cultura biomédica de hoje, isso parece uma heresia: “mas como que você vai tomar a conduta sem evidência?”. Mas não é que você seja contra as evidências, só que a gente tem que ter uma crítica sobre como as evidências são produzidas.

Gustavo:

Tem uma pesquisadora da atenção primária, Barbara Starfield, que fala que para você produzir uma evidência, você tem que fazer ensaio clínico, a amostra tem que ser homogênea e você tem que excluir pessoas que tenham fatores de confundimento.

Gustavo:

Mas quando você está lidando com pessoas reais, os estudos têm limitações para falar sobre aquela pessoa real, porque as pessoas reais muitas vezes não traduzem estudos. Não porque os estudos sejam ruins, mas porque às vezes os resultados não são tão evidentes. Então, por exemplo, quando a gente fala de dados muito óbvios, como morreu ou não morreu, internou ou internou, teve melhora ou não, aderiu ao tratamento ou não, essas são coisas muito mais fáceis de você expressar.

Gustavo:

Eu sempre me lembro o Oliver Sacks tem um livro em que ele começa contando que ele tinha um paciente com epilepsia que ninguém mais queria trabalhar com ele. Esse paciente não tomava medicação porque era músico e a medicação o atrapalhava o rendimento dele. E aí ele fazia uma coisa que do ponto de vista neurológico é um absurdo, que era um acordo de nos dias que o paciente ia a se apresentar, ele não tomasse a medicação.

Gustavo:

Então você adequar uma conduta para a singularidade de uma pessoa, não significa que você está propondo que vai fazer isso para todas as pessoas. Mas você não vai buscar evidências necessariamente, como fazer um estudo com todos os músicos que têm epilepsia para ver se faz sentido esse tipo de coisa.

Gustavo:

Quando a gente tá falando de projeto singular, a gente tá falando de como a gente estrutura um conjunto de propostas que fazem mui-

to sentido para uma pessoa, mas que talvez não faz sentido algum para outra. Em todo caso, a gente sai do lugar de querer falar uma verdade, de uma “vontade de verdade”, como diz o Nietzsche, uma verdade como se fosse uma moral.

Gustavo:

A gente precisa estar muito atento com uma crítica ao saber e a uma relação que a gente como profissional muitas vezes estabelece com determinado saber, que nos faz desconsiderar o outro e outros profissionais, junto com outros saberes. Então é uma dimensão importante que a gente precisa parar para pensar na prática clínica sobre como lidar com saberes e os limites deles, inclusive como reconhecer conhecimentos que são produzidos em outras cosmologias, de outras nacionalidades médicas, e que, apesar de não terem nenhum tipo de diálogo com, por exemplo, a medicina, conseguem ter uma resposta terapêutica.

Gustavo:

Nesses tempos, vejo um desafio que se coloca também em toda essa tradição crítica. Eu me lembro que há muitas décadas existe toda uma crítica, por exemplo, no modo como a indústria farmacêutica funciona, como ela financia os estudos sobre medicações. Isso tudo é muito antigo e as propostas para lidar com isso são muito antigas também. E sempre se defendeu que a gente precisa ter estudos que não tenham conflito de interesse, que não sejam financiados.

Gustavo:

Estou falando dos ensaios clínicos, dos estudos de medicação, de terapêuticas que grandes vendedores estão implicados no financiamento. Então sempre se criticou esse tipo de estudo e sempre se propôs uma alternativa como o financiamento público de pesquisa para se ter mais segurança de que essas pesquisas não são influenciadas pelo pagador.

Gustavo:

E hoje em dia não tem pesquisas com o banco de dados. Grandes indústrias fazem estudos multicêntricos no mundo todo com pequenos grupos de pessoas, em cada canto do mundo. Depois elas juntam os dados, mas não publicam o banco de dados inteiro.

Gustavo:

Esse tipo de crítica que sempre nos levou a ser atentos à tendência a intervenções que são feitas com esse tipo de estudo comprometido com a indústria farmacêutica. Também houve todo o momento político radical que a gente viveu, de pensar que esses estudos não valiam nada, não prestavam. Então a gente precisa defender um outro lugar, com crítica, mas sem simplesmente jogar tudo fora, porque o conhecimento biomédico tem o seu valor também.

Gustavo:

Eu gosto muito de dar o exemplo, que no caso do Brasil é um exemplo muito drástico, que é a questão do cuidado ao parto. Nós temos taxas de parte cirúrgico altíssimas, não é médio no Brasil. Mas isso não significa que o parto cirúrgico não seja uma coisa fantástica, pois é uma das melhores invenções que a humanidade já já produziu foi o parto cirúrgico, se a gente imaginar o quanto era drástico a porcentagem de crianças e bebês que iam para parto normal e que morriam.

Gustavo:

Então o parto cirúrgico é uma invenção fantástica e que não para pela nossa cabeça jogar fora essa invenção. Mas isso não significa que a gente não deva fazer uma crítica ao banco cultural que se produziu ao desestimular e criar uma cultura que é antagônica ao parto natural. Aos danos que o próprio procedimento em massa e sem indicação produz, para os bebês e para as mulheres. A gente vive um momento em que precisamos fazer uma crítica, mas também defender um lugar em que fazer a crítica não significa que a gente está jogando fora o que tem de positivo, o que demonstra resultado. A gente está querendo evitar e iatrogenia, está querendo evitar danos.

Gustavo:

Eu vou poder dar muitos exemplos em que a gente precisa fazer uma crítica, por exemplo. Mas é muito difícil a gente encontrar estudos para falar em outro exemplo bem concreto: é difícil encontrarmos estudos sobre a medicalização do colesterol, das alterações lipídicas, que não sejam financiados pela indústria farmacêutica, que não estejam com arquivos fechados. No entanto as pessoas continuam prescrevendo como se fosse uma verdade absoluta, como se

não merecesse crítica. A gente não está dizendo que que não tenha que ter um cuidado, que não tem problemas, mas a gente está dizendo que precisa ter dúvida.

Gustavo:

Acredito que estamos em um momento que a gente precisa retomar esse lugar, que é preciso ter crítica, é preciso ter dúvida, em relação ao conhecimento científico em relação ao lugar do conhecimento, que é de poder, de silenciamento. Além disso, que é avesso a críticas, avesso a dúvidas. E na saúde a gente vê que ser avesso a dúvidas, avesso a prudência, leva a problemas. Então, do ponto de vista do conhecimento, a gente está em um momento bastante delicado, em que a gente precisa fazer crítica à Biomedicina, mas isso não significa que a gente deseje eliminar as coisas que tem que importância, que conseguem demonstrar resultados e práticas.

Cadernos:

Diante da amplitude da própria proposta, eu acho que tu vens destacando na tua fala diversos pontos que também nos convocam, nos provocam a diversos questionamentos, tu trazes a questão de uma clínica ampliada que está para além do foco da doença, dos medicamentos, do tratamento. Depois veio trazendo uma construção do próprio projeto singular, aquilo que faz sentido para a pessoa, o que o contexto vai trazendo, olhar para a prática da clínica, para a relação com os saberes. Eu acho que essa discussão, essa construção da tua fala, seguindo nessa linha, olha para as questões de também podermos nos permitir questionar o conhecimento e os saberes científicos. Acho que para nós é super importante na Academia, uma vez que a gente precisa pensar em questionar essas questões.

Cadernos:

E aí, já trazendo um pouco das nossas provocações para que tu possa contribuir um pouquinho conosco, Gustavo, como que o SUS pode acolher e compreender uma clínica ampliada? Como que tu percebes essas questões? Olhando também para própria construção dos desafios e das possibilidades de se pensar uma clínica ampliada no Brasil, por exemplo, diante de tantas adversidades que nós percebemos ao longo do mundo?

Gustavo:

Então, a gente está muito, muito curioso por conta de todo esse avanço da inteligência artificial, da saúde digital. Estão se desenvolvendo programas e aplicativos que supostamente vão fazer abordagens e cuidados clínicos, então a gente está em um momento em que algumas coisas vão ficando mais claras, né? Primeiro que tudo que vai se produzindo em termos de protocolo, em termos de inteligência artificial, está baseado numa leitura que aborda as médias. Os estudos, que são os ensaios clínicos, são os estudos que avaliam o efeito das intervenções. Eu acho que a gente tá num momento muito interessante, porque tudo que a gente sempre defendeu que era limitado, que a gente dizia assim: olha determinadas práticas são muito limitadas, elas não têm o alcance que é necessário para cuidar das pessoas, para ter um impacto, ter adesão, evitar danos, lidar com conflitos, produzir uma adesão dos trabalhadores e dos usuários dos serviços. Acredito que uma das coisas que está ficando evidente é o trabalho mal feito da prática clínica, independente de ser no setor público ou no setor privado.

Gustavo:

O trabalho mal feito, um trabalho, digamos assim, centrado na doença, a inteligência artificial vai fazer. Ou seja, apontar a principal hipótese que os sintomas trazem, a inteligência artificial vai fazer. E como os algoritmos vão funcionar, que interesses eles vão atender, isso vai ser uma questão que está colocada para todos nós, não só na área da saúde. Mas enfim, o que os algoritmos fazem conosco e quem define pra onde vai o algoritmo, por exemplo. Uma discussão está colocada nas grandes máquinas, para o Google, para o YouTube, porque eles são editores, né? Eles definem o que as pessoas vão ver, eles definem o que vai ser visto e, portanto, eles definem um conjunto de movimentos coletivos.

Gustavo:

Da mesma forma os algoritmos da saúde, eles vão estar implicados mais ou menos com esse aspecto, digamos assim, mais duro da prática clínica. Então essa clínica centrada na doença, com o tempo, talvez ela não seja alguma coisa que diferencie muitos profissionais. O que as pessoas vão demandar de nós é uma clínica que seja capaz de fazer as duas coisas. que seja capaz de entender o problema do

ponto de vista do que existe de conhecimento, sob vários focos, sob vários enfoques e paradigmas para aquela situação, e, ao mesmo tempo, trabalhar com questões que são singulares e, portanto, não estão prescritas a priori, que vão ser inventadas ali.

Gustavo:

Tinha um poema da Cecília Meirelles que falava assim: “a vida só é possível reinventada”. Então a clínica também. Ela tem uma parte enorme que ela tem que ser singular, ela tem que ser inventada ali, naquele diálogo, naquela construção. E tem que ser um caminho singular. A gente está num momento que é interessante, no sentido de explicitar que existe uma outra coisa que os profissionais fazem, que não é seguir protocolos, que não é seguir a “receita” de bolo, né? E se ele não fazem isso, enfim... Tem um computador que vai fazer, para dizer qual que é a probabilidade maior e qual a segunda probabilidade e quais são as condutas pra uma e pra outra. O computador diz, não é, assim como a gente olha os protocolos, os guias, os livros, para tomar decisões, mas o trabalho do profissional é mais do que isso. É um trabalho interpessoal, trabalho em que tem ali uma produção de uma relação clínica, então isso traz uma questão que ela é muito importante.

Gustavo:

Uma outra questão que está misturada com isso, e que é uma questão que a clínica ampliada traz muito forte, é a questão política, dos poderes, das relações de poder. Então, as relações entre os profissionais são relações de poder. As relações entre as instituições e as pessoas, elas são relações de poder. E as relações entre os profissionais e a instituição que eles estão, também são relações de poder. Então tem todo um conjunto de decisões gerenciais, por exemplo, que define quantidade, modo de funcionamento, a quantidade de atendimentos, cardápio de ofertas. É todo um conjunto de coisas que determina, também influencia a prática clínica e a capacidade dos profissionais e dos serviços. Aí entra na especificidade muito importante do SUS, quando a gente vê a lei 8080, a primeira função do SUS, o primeiro objetivo do SUS, é perceber e divulgar os determinantes sociais em saúde, a gente perceber que outros fatores estão produzindo adoecimento.

Gustavo:

Por exemplo, hoje tem toda uma avalanche de ampliação do escopo de determinados problemas de saúde mental na infância que encaixam adultos e crianças em praticamente tudo, de algum transtorno você não escapa. E eu, pelo menos não escapo de vários. Mas assim, qual que é a situação, qual é o tempo que hoje, com o modelo de trabalho que a gente tem na sociedade, com a precarização do trabalho, com o tipo de organização que a gente tem com o sistema de transporte, com a carga horária de trabalho, com a cidade que a gente tem, qual que é o tempo que as famílias têm para ficar com as crianças?

Gustavo:

Então a gente comprou sinal de saúde e nem sabe disso. E como a gente tem menos tempo do que a gente gostaria, profissionais da saúde, em geral, trabalham muito também. É então é um conjunto de determinantes e de contextos sociais que produzem sofrimento, produzem dificuldades para as crianças. Dificuldades de vários tipos e elas permeiam, elas, apresentam essas dificuldades, mas e aí quanto que não é olhar para essas dificuldades estruturais, para esses problemas estruturais e individualizar problemas convertidos em diagnósticos. E isso é uma coisa que a elite já dizia na década de 70, que uma das funções do diagnóstico era camuflar problemas sociais, inventar diagnósticos era uma forma de você camuflar e esconder problemas coletivos. Então se individualiza o problema, aquilo vira um problema individual, misterioso ou com causas biológicas, genéticas, sei lá o quê, e você escamoteia, você esconde da própria sociedade as causas coletivas. Então, na saúde coletiva, quando a gente tem um problema que é muito frequente, em geral ele tem causas coletivas, a gente sempre parte desse princípio. E ali estão colocados em relações de poder sociais, então existem na sociedade relações de poder entre as classes sociais, entre os grupos sociais, entre os gêneros, né? E essas relações de poder, elas muitas vezes são minimizadas pela prática clínica, não que seja possível em termos individuais a gente colocar essas questões todo o tempo, mas é necessário que a gente possa ter isso em mente e pensar como atuar coletivamente sobre problemas coletivos, né?

Pensando, por exemplo, a partir da atenção primária, ela tem uma responsabilidade, ela tem condições de pautar problemas para o território, de pautar problemas para os outros setores da área pública, de pautar problemas para o próprio SUS e pensar em como lidar com eles, né? O exemplo mais antigo que a gente tem, que é um exemplo paradigmático, mas que vai para outros problemas menos óbvios é quando a gente pensa no problema de saneamento básico, o conjunto de doenças e problemas de saúde que isso pode produzir uma comunidade, com doenças agudas e de vários tipos, além da busca e procura das pessoas pelo serviço de saúde. Você pode, por exemplo, fazer ações educativas, que ajudem as pessoas a lidar com aquele determinante, no sentido de consumir água, de não andar descalço no esgoto, enfim. Mas você sabe que a solução, digamos assim, determinante e mais importante é que aquelas pessoas tenham acesso a um direito básico, que é água tratada, esgoto, só que isso não é da sua alçada como profissional de saúde, nem como serviço de saúde. Mas isso tem que estar no seu horizonte, porque se não estiver no seu horizonte você está, digamos assim, pactuando com uma situação que, por mais eficaz que você seja nos cuidados paliativos, ela nunca vai ser tão eficaz quanto uma política pública de dar acesso à água tratada, esgoto e tal. Esse exemplo talvez seja muito óbvio e muito antigo, né? Ele serve pra outros problemas de saúde que tem forte determinante social e que muitas vezes a gente fica preso a uma abordagem individualizante, né? Então, é importante que a gente não reproduza na área da saúde, no SUS, as relações de poder que estão dadas socialmente, né? Então as pessoas adoecem por relações de trabalho, né, com a precarização, elas são cada vez mais adoecedoras. A gente percebe isso, a gente enxerga isso, mas a gente tem que dizer nisso, dizer isso nos canais e nos lugares em que a gente pode e deve dizer isso. E, muitas vezes, para as próprias pessoas que estão adoecendo. É importante elas saberem que aquilo não é só uma questão individual. É claro que quando um conjunto de pessoas estão submetidas a uma situação adoecedora, quem vai adoecer mais e quem vai adoecer primeiro são as pessoas mais vulneráveis. Então é lógico que tem motivos individuais que fazem aquelas pessoas adoecerem primeiro. Mas, a gente não pode deixar de olhar os motivos coletivos, né? E aí eu acho que o SUS tem uma potência que a gente ainda está por explorar toda a potência que o

SUS tem, porque o SUS é uma rede de serviços e ele tem serviços de vigilância, ele pode desdobrar ações que são maiores de grandes políticas públicas.

Então, basicamente, a gente precisa aprender a olhar determinado território, a olhar determinado problema, que é muito frequente, que é muito comum, que é muito prevalente e aprender a olhar políticas públicas fazendo diagnóstico das políticas públicas que estão ou co produzindo aquele é adoecimento ou faltantes, né? Então isso vai desde sei lá, né? Se a gente pensar num, sei lá pegar um problema, né, que é muito individualizado e não devia, né? Falando da obesidade, por exemplo, ela tem a ver com política agrícola, ela tem a ver com a política de transporte, ela tem a ver com carga horária de trabalho, ela tem a ver com política urbana, de acesso ao lazer, de praça, de política de segurança, né? Se tem iluminação, se tem... segurança mesmo para estar na rua. Política de trânsito, né? Então, você pega um tema e ele tem um conjunto de determinações que são diagnóstico de outras políticas públicas. E isso vale para vários problemas, problemas de saúde mental, né, com muita força. A gente viu depois da pandemia o aumento de problemas de saúde mental de uma forma geral, porque os problemas de saúde mental são caudatário assim... vão refletindo a nossa dinâmica social, né, nossa vida social e na medida que outras políticas públicas ou elas são feitas de forma a não buscar o melhor, né, a produção de saúde das pessoas ou, ao contrário, são feitas com um certo descaso com vida das pessoas. Isso vai produzindo adoecimento de vários tipos. E então a gente tem esse desafio de pensar as relações de poder, tanto nossas em relação aos usuários, a capacidade de fazer uma clínica que é compartilhada, que consegue dialogar, que consegue tomar decisão conjunta, que consegue entender as prioridades do outro. Mas, também, as relações de poder que estão na sociedade que precisam pelo menos que a gente não as invisibilize, né, não coloque debaixo do tapete através de um diagnóstico, de um processo de medicalização social. A gente vive, hoje, todo um processo, inclusive dentro das universidades, de adoecimento, de aumento de planos de saúde mental, mas num processo de medicalização muito forte, né? Então você tem drogas de rendimento para todo tipo de rendimentos que as pessoas quiserem. Você tem drogas que, a partir de um processo de medicalização de de ampliação do escopo

diagnóstico, se encaixa qualquer pessoa em qualquer diagnóstico e aí você tem uma demanda por um uso de substâncias que, de uma certa forma, atrapalham um processo de autoconhecimento ou de compreensão dos problemas e das causas do sofrimento, né? E não estou dizendo que as pessoas não estejam sofrendo e que as pessoas não tenham queixas, mas tô dizendo que há uma abordagem muito superficial dessas queixas, né, muito sintomática, por exemplo... de tirar o sintoma, “ah, tô com tal sintoma”, não tinha os sintomas, né? “Ah, não consigo dormir”, então toma o remédio e dorme. “Ah não consigo acordar”, então toma um remédio e acorda. Então, isso vale a é pra tudo, para o trabalho, para a vida afetiva, para tudo. A gente está num momento em que esse tipo de alienação se contrapõe a clínica que tem um certo compromisso com a produção de autonomia, com a compreensão dos problemas, com a causa em ajudar as pessoas a se compreenderem, a participarem do processo terapêutico, né? E entenderem, inclusive como que elas estão fazendo parte de um processo que é maior do que elas. Então, essa energia, essa missão que eu acho que a clínica ampliada traz que são as relações de poder. E como a gente está sempre pensando a pólis, né? A nossa relação na pólis, portanto, clínica e política, né? Elas têm uma intersecção muito grande, né? A gente está sempre nas relações que se estabelecem entre os profissionais e os pacientes, até as relações entre os profissionais e os gestores das instituições, os pacientes e a sociedade. Nessas Então a gente está imerso em relações de poder e a gente precisa estar atento a isso, né? Então, essa uma outra linha de trabalho, né, da prática de como a gente pensa a clínica ampliada é olhar para as relações de poder.

Cadernos:

Nós tínhamos um roteiro, mas tua fala foi compondo de uma maneira excelente. Todas as questões que tínhamos pensando foram respondidas. Na medida em que tu foi colocando toda a tua experiência junto com o desenvolvimento do tema clínica ampliada. Queremos agradecer muito pela tua possibilidade de estar aqui falando conosco. Gostaria também de poder te perguntar: como que tu pensa que poderíamos finalizar esse encontro? Considerando a possibilidade de seguir pensando sobre esse conceito da clínica ampliada num serviço escola que prima também pela formação dessas pessoas, desses profissionais que vão se inserir dentro da da saúde

pública, dentro das suas práticas. Então, que mensagem que tu deixarias para nós para que possamos seguir investindo dentro dessa temática e no trabalho e de uma clínica ampliada também.

Gustavo:

Então, uma coisa que eu acho que vocês têm como tarefa assim falando de uma saúde mental, de uma forma geral, né. Os profissionais de saúde que não são da saúde mental, eles são interlocutores privilegiados assim de vocês, né, da saúde mental como um todo, no sentido de que tem coisas que são muito, como eu falei no começo, né, coisas são muito preciosas, são muito elementares para vocês, são muito difíceis para a maioria dos profissionais por conta do tipo de formação, é que predomina ainda na maioria das profissões Biomédicas. Então o médico, enfermeiro, fisioterapeuta, ele vem de uma formação que traz muitas dificuldades para eles de lidar com afetos, de lidar com o inconsciente com pessoas para além do diagnóstico biomédico e do recorte diagnóstico, né? Então, a gente tem entre os profissionais biomédicos, uma cultura muito forte do diagnóstico e da conduta biomédica como se isso fosse um objeto de trabalho. Como se faz? É a partir da doença e não das pessoas que eventualmente eu consigo cuidar melhor. Se eu tiver um diagnóstico, ou seja, a doença, como um instrumento de trabalho e não como objeto de trabalho. Então, eu acho que a saúde mental, ela tem uma tarefa que é uma tarefa muito difícil que é de uma educação permanente dos profissionais no sentido de ajudá-los a incorporar, fazer um apoio no sentido deles incorporarem ferramentas de abordagem das pessoas que é são muito elementares para a saúde mental, mas que são muito pouco conhecidas e utilizadas pelos profissionais em geral. Então a ideia de trabalhar em rede significa, do ponto de vista da saúde mental, como conseguir ajudar as equipes, como conseguir ajudar os profissionais a compreenderem melhor as pessoas, compreenderem melhor o que está acontecendo com as pessoas que adoecem, o que está acontecendo com as dificuldades que elas têm de lidar com esse adoecimento, o que está acontecendo com a relação clínica, né? Então esses dias a gente tava discutindo um caso, eu tinha uma paciente com tuberculose que se recusa a tomar medicação. Se recusa entre aspas, ela tem um conjunto de queixas que não estão na lista de efeitos colaterais da das medicações. E isso é muito perturbador para as equipes, né? Alguém que está

com uma doença tá evoluindo mal com a doença e não consegue ou não quer fazer um tratamento, né? Então, isso é extremamente perturbador. E os funcionários muitas vezes não tem recursos para lidar com isso. Eles não sabem o que fazer, né? Porque eles estão tomados muito assim, “a minha tarefa é, tem um diagnóstico Eu dou o remédio”. E quando isso não funciona, isso gera uma crise que acaba gerando um conflito, em vez de um acolhimento, né, um rechaço, um ataque ao paciente. Vou dar um exemplo estranho, mas assim, eu acho que é a saúde mental tem uma tarefa para além dos pacientes é que é um diálogo, um apoio aos cuidadores de outras áreas, da Biomedicina, no sentido de ajudar nessa formação, nesse manejo para além dessas ferramentas que são os que, em geral, os profissionais é, valorizam mais, e muitas vezes são as únicas que eles têm e que isso gera muita limitação, gera muita dificuldade, gera muito etrogenia. Gera muita frustração dos dois lados. Não é tanto entre os profissionais quanto para os pacientes.

Gustavo:

Então eu acho que a saúde mental tem essa tarefa de fazer um apoio, de ajudar os profissionais a perceberem que eles podem lidar com os afetos, inclusive os próprios afetos, de frustração, de medo, da morte, de identificação de medo do adoecimento de frustração de uma maneira é que eles não precisem é sucumbir junto com o paciente, né? Eles podem não precisar ficar se defendendo o tempo todo das dores e precisam estar focalizando e negando que existe além de um diagnóstico biomédico de uma pessoa de saúde, de seus desejos, nas suas questões. Então eu acho que isso é uma tarefa que a saúde mental tem, porque ela traz isso na sua formação. Mas, isso não está na prática clínica dos outros profissionais e isso gera muito problema, né? Isso gera muito problema para as pessoas, gera muito problema para os profissionais, gera muita medicalização. É, então acho que isso é um desafio e não é fácil, não é fácil, e é um desafio que a saúde mental tem pra lidar pra trabalhar em rede, é um desafio de apoiar mesmo, né?

Gustavo:

Então, não sei, eu acho que é um fechamento com questões que me agonia nesse momento, enfim, tá muito difícil por várias questões estruturais, inclusive, né? Mas, culturais também do ponto de vista

dos desafios, né? Do conhecimento, do modo como a gente tem lidado com as questões da ciência, com as questões de poder. Então é. Acho que essa contribuição ela é vital na verdade, né? Assim como a clínica ampliada sempre, né?

Gustavo:

Se constitui um diálogo com toda a produção da saúde, muito mal, principalmente da reforma psiquiátrica, né? Ela continua sendo fundamental para a clínica ampliada, então não tem como pensar em clínica ampliada em todo esse aporte, né? Da psicanálise com todas as suas infinitas e profundas diferenças entre as várias linhas, mas, ainda assim, juntando todas elas é são fundamentais pra gente pensar os desafios e os problemas que a gente tem no cotidiano, né? Nos serviços de saúde, ainda que a gente precise superar essa dicotomia, né? De mente e corpo, né? Que é uma dicotomia que tem as suas funções, mas que também a gente sabe que tem muitas limitações, né, inclusive. Até do ponto de vista neuroendócrina a gente sabe que é uma dicotomia falsa, né? Mas é. É Ela ainda é muito forte. E a gente precisa ajudar a lidar com os limites que ela traz não é? É essa separação radical, né? Mente e corpo, ela é antiga, mas ainda é muito forte e que ainda permite que uma parte, né? Do sistema de saúde, trabalhe como se estivesse lidando, como se tivesse consertando carro, né? De uma forma mecanicista e objetivadora, né, então? É, eu acho que é isso. Talvez, se vocês quiserem comentar ou perguntar alguma coisa. Estou à disposição.

Cadernos:

É muito instigante te ouvir e as coisas que tu trazes são muito presentes no nosso cotidiano no dia a dia sendo trazes realmente esses conceitos e essas indagações e essas verdades no sentido daquele dia a dia que a gente se defronta. Então, assim, nos toca profundamente, a mim pelo menos muito. Porque a gente se depara com tudo isso a cada momento, em cada acolhimento, em cada atendimento. E acho que essas indagações, ela sempre tem que persistir. Porque, enfim, estamos trabalhando com sujeitos, cada sujeito tem sua particularidade, sua subjetividade e essa relação, se coloca sempre de uma forma diferente. E eu fiquei pensando em tudo o que tu fosse falando. E, trago também. É claro que acho que isso daria uma outra conversa. Porque eu acho que a gente também se sente muito

convocado como serviço na nossa cidade, porque a gente ocupa um lugar que não somos SUS como eu falei no início. Então, somos uma entidade privada de atendimento ao público. E isso nos coloca muitas vezes num lugar onde a gente procura dar conta de alguns serviços que, no próprio SUS a gente não encontra e aí isso também nos convoca para uma outra situação que muitas vezes eu vejo que isso que tu está se referindo aos outros profissionais, a gente tem que dar conta com relação a gente mesmo. Uma postura, enfim, às vezes salvadora, às vezes de querer dar conta daquilo que o próprio sistema não dá. Da própria indagação se somos ou não somos rede. Então isso vai nos colocando na prática, na forma como a gente vai desenvolvendo as novas atividades, como a gente vai se relacionando com a própria rede, com os próprios usuários. Como que isso vai se colocando ali nessa relação estabelecida. Então, nesse exemplo que tu trazes que é um exemplo dramático. Da própria paciente não querer fazer o uso da sua medicação, enfim, a gente tem exemplos, talvez não tão dramáticos quanto esses, mas das pessoas de alguma forma procurarem acolhimento, mas não se manterem no tratamento. Então, assim, o que as faz estarem ali no acolhimento, mas que não faz com que continuem. E aí a gente se vê muitas vezes em situações em que parece que nós queremos que ela se mantenha e ela, na verdade, de alguma forma ela não se mantém.

Cadernos:

Nos perguntamos: teria o acolhimento servido para aquilo? Seria esse o momento de suportabilidade estar simplesmente no acolhimento, mas não mais do que isso. Então, essas indagações, que tu trazes de forma tão clara, pra mim pelo menos tiveram um eco imenso assim, em termos de possibilidades de discussão, para além daquilo que a gente já vem fazendo e tentando avançar em vários pontos do próprio serviço das nossas relações. Com as questões diagnósticas, com as questões subjetivas, com as questões das evidências, com a questão de preservar cada um da sua forma mais peculiar e subjetiva possível, ao mesmo tempo em que se atende uma grande comunidade. Com a formação dos nossos estagiários, que é óbvio que estamos todos em formação, mas em momentos diferentes dessa formação. Então, são muitas questões que tu nos trazes. E, obviamente, dentro de uma trajetória, em um percurso já onde tudo isso se coloca, mas enfim, segue também dúvidas

e incômodos. Muitos incômodos. Gustavo, eu acho que a gente de alguma forma partilha contigo esses incômodos. Mas é bom também saber que não estamos sós, não é nessa angústia, enfim, então, de alguma maneira, assim muito especial fazer um agradecimento. Assim, foi muito bom te ouvir muito bom assim, a dar um alento saber né, das tuas colocações, das tuas palavras é não, não sossega, o coração não fica sossegado, fica desassossegado mas enfim, eu acho que esses desassossegos nos servem. Como já nos serviram em outro momento assim para consegui ir adiante para seguir pensando cada vez mais na formação. Sendo esse um serviço também de formação e de quanta coisa a gente. Tem pela frente e isso é bom, isso instiga isso dá sempre. Um aquecimento no desejo de prosseguir de cada vez, fazer o melhor pelos nossos sujeitos, sejam eles que são os que estão em formação. E aqueles a quem se dirige o nosso trabalho de enfim de atendimento. Eu acho que é isso assim que eu tinha para pensar mais. Te digo de alguma forma, assim de toda essa minha...

Gustavo:

Deixa eu compartilhar com você uma você tem está dizendo que tem cinco minutos, não é? Mas eu acho que esse lugar da pessoa sabendo que ela tem um lugar que se ela precisar ela pode ir, só isso é muito fortalecedor. Então, eu não tomaria como um coisa ruim. Isso tem um lugar, e a gente teve experiências aqui como um apoiador de saúde mental de fazer isso assim, de olha é em vez de deixar uma fila para muito tempo, mas conseguir acolher rapidamente e perceber que muitas pessoas têm esse uso assim, olha, não, eu não vou fazer uso, mas quando eu sei o que eu preciso o fato de saber que está ali já me dá uma segurança que me dá força de lidar com as coisas de uma outra maneira. Então, isso a gente tem verificado em vários lugares e de várias maneiras como isso é terapêutico como às vezes é a gente poder estar, é fazendo uma visita domiciliar e fazendo um acolhimento só isso dispara um movimento impressionante e a pessoa saber que ela pode contar. Às vezes ela vai duas, três vezes, mas ela para. Mas só que isso já é uma, isso tem um efeito, viu? Isso é muito importante, por isso, que acho que essa questão do acolhimento eu não me preocuparia não com as pessoas que não continuam, acho que elas vão fazer esse uso né? sabendo que elas podem contar, isso tem um efeito muito grande ainda mais no mundo de

hoje, né? Que a gente, o urbano, ele é muito solitário na multidão, não é? Então, acho que tem um lugar especial essa possibilidade de acolhimento, né?

Cadernos:

Só temos a agradecer também a oportunidade de te ouvir, Gustavo, e faço das palavras da Rosana, eu acho que as minhas, as nossas, enfim, no sentido de que o encontro contigo hoje, consegue reafirmar desde as questões éticas até as questões políticas. E técnicas do fazer, assim como a gente vem de alguma maneira perseguindo. Então, enfim, acho que só para manifestar que foi ótimo, enfim, e te agradecer, agradecer a tua generosidade.

Gustavo:

Tá bom, gente, eu que agradeço poder conversar com vocês, fico feliz que vocês estão seguindo, pensando sobre os desafios do cotidiano. Agradeço também muito e fico à disposição de vocês quando quiserem conversar.

Cadernos:

Obrigada.