

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

SINDAYA ROSE CARVALHO BELFORT

**PARA ADIAR O FIM DO SUS:
estórias de mulheres em (trans)formação na saúde coletiva aracajuana**

SÃO CRISTOVÃO -SE

2025

SINDAYA ROSE CARVALHO BELFORT

PARA ADIAR O FIM DO SUS:
estórias de mulheres em (trans)formação na saúde coletiva aracajuana

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe como requisito para obtenção de título de Mestre em Educação.
Linha de Pesquisa: Educação, Cultura e Diversidade
Orientadora: Profa. Dra. Michele de Freitas Faria de Vasconcelos

SÃO CRISTOVÃO - SE

2025

SINDAYA ROSE CARVALHO BELFORT

PARA ADIAR O FIM DO SUS:
estórias de mulheres em (trans)formação na saúde coletiva aracajuana

COMISSÃO AVALIADORA:

Profa. Dra. Michele de Freitas Faria de Vasconcelos (orientadora)

Profa. Dra. Livia de Rezende Cardoso (PPGED/UFS)

Profa. Dra. Maria Cecília Tavares Leite (DSS/UFS)

Dra. Célia Adriana Nicolotti (SES/RS)

SÃO CRISTOVÃO - SE

2025

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

B428p Belfort, Sindaya Rose Carvalho
Para adiar o fim do SUS: estórias de mulheres em (trans)formação na saúde coletiva aracajuana / Sindaya Rose Carvalho Belfort; orientadora Michele de Freitas Faria de Vasconcelos. – São Cristóvão, SE, 2025.
97 f. ; il.

Dissertação (mestrado em Educação) – Universidade Federal de Sergipe, 2025.

1. Educação. 2. Mulheres – Emprego - Saúde. 3. Trabalhadoras - Aracaju. 4. Memória coletiva. 5. Trabalhadoras – Educação (Educação permanente). 6. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Vasconcelos, Michele de Freitas Faria de, orient. II. Título.

CDU 37:331.5-055.2(813.7)

Para minha mãe. Sem ela, nada existiria

AGRADECIMENTOS

Às divindades que me guiam e protegem.

À Sialinete, minha mãe (in memoriam), uma mulher à frente do seu tempo e que nos deixou cedo demais. Orgulho imenso de ser sua filha.

À Sheilla (in memoriam), Niúra, Nayara, Sumaya e Junior, irmãs e irmão, que sempre chegam nas horas em que mais preciso.

À Marcelo, meu amor e meu par nesta vida, colo que acolhe minhas luzes e sombras, pausa quando a vida se apressa demais, abraço que ajeita minha confusão. Agradeço por nunca duvidar e me amar sem me aprisionar.

À Rodrigo, sobrinho querido, e Elaine, amiga do coração, vocês são minhas inspirações afetuosas.

À Leticia, sobrinha querida e ajuda preciosa para as gravações.

À Michele Vasconcelos, mulher maravilhosa, que acolhe, (des)orienta e acredita. A caminhada com você se faz possível.

À Cecília Leite, Celia Nicolotti e Livia Cardozo, que estiveram na banca de qualificação e generosamente contribuíram para ampliar o meu olhar e a escrita deste texto.

À UFS, universidade pública, onde fiz a graduação, para onde retornei após tantos anos, onde me sinto em casa. Que siga forte, pública e cumprindo seu papel social de democratizar o conhecimento.

Ao SUS, política pública sonhada e construída coletivamente, que me constituiu como cidadã. Sigo na luta por seu fortalecimento, sempre.

À Cintia Cristina, amiga-irmã e minha bruxinha preferida, que interpreta sonhos, lê cartas e corações. Que lindeza ter você na minha vida.

À Chenya Valença Coutinho, melhor contadora de histórias que já tive a sorte de conhecer e parceira linda que o SUS me deu.

À Katia Menezes de Aragão, que fez/faz parte do SUS Aracaju desde quando ele ainda era sonho e abriu os caminhos para as mulheres que vieram depois.

À Wagner Mendonça de Moraes, pela partilha amorosa de sala e afetos.

À Elcio Luiz e Felipe Sena, uma amizade que nasceu do jeito que precisava: sem nenhum planejamento.

Às mulheres que generosamente contaram suas vidas e abriram seus corações para que esse texto pudesse acontecer. Que honra ter minha estória entrelaçada com a de vocês.

A todas as mulheres que vieram antes e abriram caminho, na vida e no SUS.

Para adiar o fim do SUS: estórias de mulheres em (trans)formação na saúde coletiva aracajuana. 2025. Dissertação (Mestrado em Educação – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2025).

RESUMO

A mulher, materializada e reificada como educadora e cuidadora, é o substrato básico sobre o qual se dá a trama patriarcal, colonial, capitalista, moderna. No Sistema Único de Saúde (SUS), pelo SUS e com o SUS, mulheres demoram-se sobre as palavras mulher e cuidado, problematizando-as na indissociabilidade entre produção de saúde e subjetividade. Considerando que as mulheres correspondem a 74% da força de trabalho do SUS, ouvimos estórias de mulheres no e do SUS Aracaju em seus protagonismos da produção de saúde e em reinvenção de si, ainda assim, como mulheres cuidadoras. Tendo em conta que a formação nas graduações tende a não preparar profissionais para o SUS, aprendemos com essas estórias de mulheres a importância de reduzir distâncias entre a academia e o cotidiano dos serviços por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS), estratégia político-pedagógica que objetiva, em ato, transformar práticas profissionais, fazendo saúde por meio da produção de redes cogidas de análise e negociação. Esse trabalho busca, assim, cartografar caminhos trilhados por mulheres trabalhadoras e feitoras do SUS Aracaju. Suas memórias, colhidas em rodas de conversação, dizem dos perigos do esquecimento das lutas sociais que vieram antes e deram vazio à implantação de um sistema de saúde para todas e cada uma, dos prejuízos do desmantelamento da Educação Permanente, da precarização dos processos de trabalho como estratégias neoliberais de destruição do SUS como política pública e de coletivos. Para adiar o fim do SUS, contamos estórias como modos de resistência, estórias de atenção e gestão em saúde produzidas no cotidiano dos serviços, incluindo e tensionando diferentes saberes e modos de fazer, num trabalho político-educativo que constitui um território de luta comum pela vida de todas e cada uma, brasileiras. Estar e trabalhar no SUS para estas mulheres significa inventar a si e ao mundo permanentemente, ampliar o olhar, entendendo que produzir saúde envolve olhar no olho das desigualdades sociais brasileiras, numa atitude transdisciplinar que produz abertura a novas sensibilidades.

Palavras-chave: Memória, Oralidade, Mulheres Trabalhadoras, Sistema Único de Saúde, Educação Permanente em Saúde.

Postponing the end of the SUS: stories of women in (trans)formation in the collective health of Aracaju. 2024. Dissertação (Mestrado em Educação – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2024).

ABSTRACT

The woman, materialized and reified as an educator and caregiver, is the basic substrate on which the patriarchal, colonial, capitalist, modern plot is built. In the Unified Health System (SUS), through the SUS and with the SUS, women dwell on the words woman and care, problematizing them in the inseparability between health production and subjectivity. Considering that women account for 74% of the SUS workforce, we heard stories of women in and from the SUS Aracaju in their leading roles in health production and in reinventing themselves, even as women caregivers. Considering that the undergraduate courses tends not to prepare professionals for the SUS, we learn from these women's stories the importance of reducing distances between the academy and the daily routine of services through Permanent Education in Health (EPS), a political-pedagogical strategy that aims, in action, to transform professional practices, making health through the production of co-managed networks of analysis and negotiation. This work thus seeks to map the paths taken by women workers of the SUS Aracaju. Their memories, collected in conversation circles, speak of the dangers of forgetting the social struggles that came before and produced a health system for each and every one of the losses of dismantling Permanent Education, of the precariousness of work processes as neoliberal bio necropolitical strategies for destroying the SUS as a public and collective policy. To postpone the end of the SUS, we tell stories as modes of resistance, stories of health care and management produced in the daily routine of services, including and tensioning different knowledge and ways of doing, in a political-educational work that constitutes a territory of common struggle for the lives of each and every Brazilian woman. Being and working in the SUS for these women means constantly inventing themselves and the world, broadening their perspective, understanding that producing health involves looking into the eyes of Brazilian social inequalities, in a transdisciplinary attitude that produces openness to new sensibilities.

Keywords: Memory, Orality, Working Women, Public Health System, Permanent Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária em Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEMAR – Centro de Especialidades Médicas de Aracaju

CEMCA – Centro de Especialidades Médicas da Criança e do Adolescente

CEPS – Centro de Educação Permanente em Saúde

CES – Conselho Estadual de Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde

CUT – Central Única dos Trabalhadores

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

NUPRIN – Núcleo de Projetos Inovadores

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNEPS – Política nacional de Educação Permanente em Saúde

PSF – Programa Saúde da Família
PSS – Processo Seletivo Simplificado
PT – Partido dos Trabalhadores
RAS – Rede de Atenção à Saúde
REAP – Rede de Atenção Primária
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES – Secretaria de Estado da Saúde
SMS – Secretaria Municipal da Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. PARA COMEÇO DE ESTÓRIA	12
2. O SUS QUE AJUDEI A CONSTRUIR E QUE ME CONSTITUIU	24
2.1. O fiar feminino da democracia e do SUS no Brasil	26
2.2. O fiar do SUS com sotaque sergipano	31
3. PARA FAZER DURAR O SUS: MEMÓRIAS DESEJANTES COMO APOSTA METODOLÓGICA	39
3. 1. Vozes Femininas do e no SUS	44
4. O SUS POR UM FIO: A FEMINIZAÇÃO DO SUS	50
4. 1. Uma velha aprendiz	56
5. (DES)APRENDIZAGEM E LUTA NO SUS ARACAJU	59
5. 1. Trabalho em equipe e interprofissionalidade: espaços coletivos de (des)aprendizagem no SUS	72
6. ENCONTROS EM UM SUS QUE (TRAN)SFORMA	77
7. PARA CONTINUAR	82
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICES	96

1. PARA COMEÇO DE ESTÓRIA...

Somos ávidas por histórias de composições, de articulações, de bons encontros desdobrados “em forma de trabalho e brincadeira que nem sempre deixam ver suas bordas ásperas e os problemas em curso” (Haraway, 2023, p. 45). Somos ávidas por colher, tramar e contar, passar adiante histórias, como um modo de vida, um método, um caminho entre arte, ciência e política, uma prática e um processo. Dar aos ouvidos, criar enlaces entre vozes e silêncios, pausas e recomeços, ouvir e ser ouvida em roda, assim, se cria uma imagem de continuidade em meio à degradação também pelo esquecimento das histórias. Essa pesquisa e essa escrita é, então, (a)feita de/por histórias. Sem h, porque não estamos interessadas nos estratos, nas origens imutáveis e nada bifurcáveis, nos fatos masculinizados ou ainda nos universais, ou numa narrativa historiográfica que remete apenas ao passado. Nosso interesse é pelo modo de narração, pois, “importa as histórias que contamos para contar outras histórias. [...] Importa quais histórias produzem mundos, quais mundos produzem histórias” (Haraway, 2023, p. 27).

Final de 2022, início de 2023. Arrancada do local que fora minha casa por 21 anos, a Atenção Primária à Saúde do município de Aracaju/SE, lembro de me sentir sem chão, desterritorializada: o que faço com todo conhecimento construído ao longo dos últimos anos? Como e com o quê seguir conjugando tais conhecimentos? Conhecer-Narrar-Criar-Bifurcar-Educar-(Trans)Formar. De volta à Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe, espaço onde minha história no Sistema Único de Saúde (SUS) teve início, ainda com a sensação de estranheza, sou recepcionada com ar de tranquilidade por uma trabalhadora na Coordenação de Recursos Humanos, que informa que tenho três meses de licença prêmio disponíveis e que, caso deseje, posso dar entrada na aposentadoria. Aproveito a licença prêmio para ganhar tempo e conseguir decidir com calma. Durante este período, converso com amigas, retomo contatos perdidos há anos e faço novos, na tentativa de descobrir um local para minha nova lotação ou tomar a decisão de aposentar-me. Não estava, ainda, pronta para a aposentadoria.

Sim, faço parte do contexto moderno da organização da vida pelo trabalho. Mas, apesar dessa sina, ainda mais extrativista e fatigante pelo extremismo da precarização a que chegamos nas relações de trabalho, foi também por meio do meu ofício como trabalhadora de saúde no SUS, sanitária, que produzi sentidos outros para a vida. Decido, portanto, permanecer em um espaço que me era ‘familiar’ e onde poderia continuar a luta pela defesa e fortalecimento do SUS: o Núcleo Estadual de Educação Permanente em Saúde.

Voltemos um pouco no tempo, para os anos 1983/1984. Vivenciei o movimento Diretas Já no último ano da faculdade de Serviço Social na Universidade Federal de Sergipe e continuei vinculada à luta pela democracia: filiada à sindicato, participando de grupos de estudos junto à recém-criada Central Única dos Trabalhadores (CUT) e votando em Lula (e em Dilma e Haddad/Manuela) para presidente desde 1989. Entrei na saúde pública em 1987, por meio de concurso público, indo trabalhar em um hospital estadual, onde fiquei até 2001, quando fui para o Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Aracaju.

Em 2001, a Constituição Cidadã tinha apenas 13 anos e o SUS, pouco mais de 10. A política de saúde de Aracaju estava passando por um momento de grande efervescência e transformação: com um prefeito eleito filiado ao maior partido de esquerda do país, uma equipe de sanitaristas e técnicos militantes do SUS na gestão da Secretaria Municipal de Saúde e por ser o momento da municipalização da saúde¹ e ampliação do PSF. Aracaju, desde o início, incluiu Serviço Social e Odontologia nas equipes multiprofissionais da ESF; a inserção de profissional de Odontologia na equipe mínima foi efetivada pelo Ministério da Saúde (MS) logo no início, mas a categoria de Serviço Social somente foi inserida via Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008. A capital do menor estado do Brasil inicialmente dispunha de 1 profissional de Serviço Social para cada 3 equipes de Saúde da Família, mas, por volta de 2003, reduziu para 1 profissional por unidade com ampliação de carga horária de 30 para 40 horas nas Unidades com quatro ou mais equipes.

A ESF visa a reorganização da Atenção Primária no país de acordo com os princípios do SUS. Considerada a porta de entrada do sistema, é estruturada a partir das seguintes diretrizes: territorialização, com foco em um espaço delimitado e todos os condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades residentes naquele território; população adscrita, que se refere à todas as pessoas presentes no território definido da Unidade de Saúde da Família (USF); resolutividade do cuidado, por meio de uma clínica ampliada², efetivada por equipe multiprofissional, capaz de construir vínculos com as pessoas e realizar intervenções resolutivas, de forma a sanar a maioria dos problemas de saúde das pessoas; longitudinalidade

¹ Segundo Teixeira (1991), a municipalização dos serviços de saúde é parte do processo de descentralização política, técnica e administrativa do SUS, que compreende a transferência de poder dos níveis centrais para os níveis periféricos (do governo federal para os municípios) e implica em uma reestruturação ampla de cada nível de governo.

² De acordo com a Política Nacional de Humanização, clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem do processo saúde-doença-cuidado, que considera a pessoa em sua singularidade e permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde (Brasil, 2013).

do cuidado, que implica na responsabilização por parte da equipe do acompanhamento dos usuários ao longo do tempo. As USF possuem equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médica (generalista, ou especialista em Saúde da Família ou Família e Comunidade), enfermeira (generalista ou especialista em Saúde da Família), auxiliar ou técnica de enfermagem e agentes comunitárias de saúde. Além destas, podem ser acrescentadas as profissionais de saúde bucal: cirurgiã-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar/técnica em Saúde Bucal (Brasil, 2017).

A primeira USF onde trabalhei ficava em um dos 13 bairros da zona norte, área periférica da cidade, onde a ocupação tem ocorrido de forma desordenada, com o agravante de serem áreas sensíveis do ponto de vista ambiental e maior concentração de domicílios em situação de pobreza (Aracaju, 2019). A USF tinha a estrutura física das unidades básicas de saúde dos anos 1970: um corredor longo, sem ventilação ou iluminação natural, ladeado por consultórios, paredes com pintura escura e sem nenhuma cadeira. Pessoas amontoavam-se naquele espaço insalubre³ aguardando os atendimentos com os profissionais de uma das 6 equipes de Saúde da Família (eSF). Lembro do choque imenso quando cheguei: saíra de um hospital com uma infraestrutura moderna, climatizado, sala privativa com telefone e apoio administrativo, para trabalhar em uma sala quente, com móveis velhos e um aspecto empoeirado. Só depois, entendi que, uma infraestrutura hospitalocêntrica - sem foco na promoção de saúde e prevenção de doenças, sem olhar para o território onde o processo saúde-doença-cuidado ganha sentido, onde a vida se passa - guardava poeiras e insalubridades muito piores.

Além disso, não conhecia nada da ESF e me sentia perdida: o que vou fazer com as demandas que chegam? A (des)aprendizagem foi acontecendo em ato: gestão colegiada⁴ com reuniões semanais da equipe da USF e mensais com o recém-criado Conselho Local de Saúde⁵. As colegas assistentes sociais de outras unidades foram de uma ajuda imensa, ao compartilhar

³ Naquele momento, não havia a preocupação com ambiência, uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, que orienta que sejam criados espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que atendam as necessidades das usuárias e usuários e das trabalhadoras e trabalhadores do SUS, como estratégia de melhoria do trabalho e do cuidado em saúde (Brasil, 2013). Somente em 2004, com a primeira versão da Cartilha Ambiência, parte das publicações sobre o HumanizaSUS, adotou-se o conceito de Ambiência na Saúde para a arquitetura dos espaços do SUS, o qual refere-se ao “tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (Brasil, 2006b).

⁴ A gestão colegiada ou cogestão é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização e implica na inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão das tarefas de gestão e é lugar de formulação e pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo (Brasil, 2013).

⁵ Os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde são instâncias colegiadas, de caráter deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários do SUS que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância governamental correspondente (Brasil, 1990b).

com quem estava chegando o que já fora construído antes. “*Eu tenho a maior gratidão a essa colega que me acolheu, porque eu não tinha experiência nenhuma. Já tinha internet nessa época, eu baixava tudo que era manual, ia para a secretaria de saúde futucar aquelas revistas Radis⁶, estudava, estudava...*”⁷. Nos anos seguintes, trabalhei em três unidades diferentes, mas todas com 6 equipes de saúde da família e localizadas na zona norte da cidade.

Pouco antes da instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em 2004 (Brasil, 2004), como estratégia de formação e desenvolvimento das trabalhadoras do SUS, mas com as discussões sobre o tema em andamento no nível federal, o Centro de Educação Permanente em Saúde de Aracaju foi criado em 2002. As ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) para a construção dos Protocolos de Saúde tiveram início com a participação dos membros das equipes de todas as unidades. Inúmeros outros encontros, sobre os mais variados temas, aconteceram nos anos seguintes. A riqueza da produção e compartilhamento de conhecimentos em saúde coletiva⁸, SUS e controle social⁹ durante meus primeiros anos na ESF foi algo que me marcou e me constituiu como trabalhadora e como cidadã. Havia o sentimento de compartilhar com colegas cada coisa aprendida e de construir coletivamente todas as ações realizadas no território.

“Cada lugar é, à sua maneira, o mundo” (Santos, 1999, p. 252). As relações que se estabelecem entre pessoas que estão próximas fisicamente, como aquelas que estão na área adscrita da unidade de saúde, podem criar solidariedade, laços culturais e, a partir destes, uma identidade. O lugar, ou território como denominado na ESF, é compreendido como um cotidiano compartilhado por diversas pessoas em que cooperação e conflito são a base comum. Apreender esse universo e as relações que se estabelecem, se movem e se reestabelecem entre as pessoas e entre elas e o território e, a partir deste conhecimento, construir possibilidades de produção de saúde, é matéria da ESF.

As políticas públicas transversais ao SUS foram outro espaço de construção de saberes extremamente frutífero: o Programa Bolsa Alimentação (posteriormente transformado em Programa Bolsa Família¹⁰) e as condicionalidades de saúde foram campo para diversas

⁶ A revista Radis é fruto de um programa nacional e permanente de jornalismo crítico e independente em saúde pública, iniciado em 1982, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

⁷ O uso do itálico no texto é usado para indicar fragmentos de fala colhidos nas rodas de conversação, o que será explicado com mais detalhes no capítulo metodológico.

⁸ “A Saúde Coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde” (Paim; Almeida Filho citados por Osório e Schraiber, 2015).

⁹ O controle social é um dos princípios do SUS e refere-se à participação da comunidade na gestão do sistema.

¹⁰ O Bolsa Família é o maior programa de transferência de renda do país e integra políticas públicas na área da saúde, assistência social e educação. Mais informações disponíveis no link <https://bolsafamiliacalendario.com.br/>

atividades de educação em saúde com as famílias beneficiárias; o Programa Saúde na Escola¹¹, que além das ações definidas pelo MS junto às/aos alunas/os, incluiu o planejamento conjunto (equipes de saúde e da escola) das atividades e oferta de ações para professoras e responsáveis legais pelas crianças.

Inspiradas e transbordando saúde coletiva pelos poros, experimentamos um fazer em matriciamento¹² com o Centro de Atenção Psicossocial¹³ (CAPS) da região, com encontros mensais que duravam um turno, com participação de todas as equipes, inclusive as trabalhadoras de serviços gerais, com temas pré-definidos. Discutia-se não apenas os casos das usuárias que eram comuns às equipes dos dois serviços - CAPS e ESF - mas o novo olhar para o cuidado em saúde mental a ser construído e pactuado, considerando as necessidades de saúde do território e as singularidades das usuárias. Nosso cuidado em saúde (mental) tornava-se o centro da análise. O cuidado fazia-se caso e esse era o mote: produzir um cuidado em saúde (mental) de base territorial capaz de substituir o modelo asilar. Um cuidado inspirado não numa clínica que busca a doença, mas em uma clínica do “encontro, da invenção e da produção de sentidos” (Yasui, 2006, p. 103), de uma ampla rede de cuidados que implica, para além das profissionais e serviços de saúde, “os familiares, os amigos, os colegas de escola, do trabalho” (idem, p. 104).

Outra experiência que me marcou como trabalhadora foi a preceptoria, “uma prática pedagógica que ocorre no ambiente de trabalho e formação profissional, no momento do exercício clínico, conduzida por profissionais da assistência, com cargo de professor ou não, com o objetivo de construir [...] conhecimentos” (Rocha; Ribeiro, 2012, p. 346). Dessa forma, tendo-se preceptorias concernentes a cada área de atuação, o serviço guia o ensino no processo saúde-doença-cuidado. Apaixonada pelo SUS e por todas as possibilidades de cuidado que

¹¹ O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma iniciativa intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação, com a finalidade de contribuir para o pleno desenvolvimento dos estudantes da rede pública de ensino da educação básica por meio da articulação entre os profissionais de saúde da Atenção Primária e dos profissionais da educação. Mais informações disponíveis no link <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-saude-na-escola#:~:text=O%20Programa%20Sa%C3%BAde%20na%20Escola,da%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20e%20dos.>

¹² Matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes constroem, de forma compartilhada, uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf.

¹³ Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde abertos, com equipe multiprofissional, que atendem as necessidades decorrentes de saúde mental das pessoas, inclusive aquelas relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>

podiam ser construídas na Atenção Primária à Saúde¹⁴ (APS) e na ESF, o lugar da preceptoria dava a possibilidade de compartilhar e construir com outras pessoas, manter viva a ideia de um projeto de sociedade que o SUS trazia, discutir sobre o conceito ampliado de saúde, os princípios do SUS e o cuidado organizado em Redes de Atenção à Saúde, temas fundamentais para o conhecimento, fortalecimento e manutenção do sistema e que raramente eram abordados em outros espaços fora do SUS. As Redes de Atenção à Saúde (RAS), modelo de organização do SUS a partir de 2010, é um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de apoio técnico, logístico e de gestão que buscam garantir atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. É composta por pontos de atenção à saúde que se relacionam de forma horizontal, com centralidade na APS. Exemplos de pontos de atenção são as unidades básicas, os domicílios, os centros de apoio psicossocial, entre outros, sendo cada um deles igualmente importante.

A lógica do cuidado em redes ressalta a clínica ampliada, o poder terapêutico da escuta e da palavra, da educação em saúde e do apoio matricial. Outra orientação importante é a valorização do trabalho vivo, compreendido como aquele que é produzido nas relações estabelecidas pelo ato de cuidar como o vínculo, a escuta, a comunicação e a corresponsabilização com o cuidado (Brasil, 2010b). Assim, o cuidado é construído de e por pessoas e estabelece uma nova relação entre os serviços/pontos de atenção, que passa a ser de encontros entre saberes diferentes – e não só os acadêmico-profissionais-especialistas - e que pensa o território como algo vivo e dinâmico, onde outros espaços de produção de vida e os saberes populares podem ser acionados e incorporados à RAS, como as Redes Intersetoriais, a família, os espaços de manifestação religiosa, entre outros. É conhecimento que se produz em ato, é saber que se faz complexo, dinâmico e sempre inconcluso, é exercício de deslocamento que provoca desestabilização de modos e formas habituais, ao tempo que permite a invenção de novos sujeitos, novos mundos, novas conexões.

Por entender a importância desse aprendizado para as futuras trabalhadoras do SUS, por desejar contribuir para deflagrar “no aprendiz uma curiosidade crescente, que pode torná-lo mais e mais criador” (Freire, 2011, p. 26), constituí-me em educadora/educanda e assumi as funções de supervisora de estágio obrigatório de Serviço Social, preceptora de campo do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) e preceptora da Residência

¹⁴ A Atenção Primária à Saúde é o primeiro nível de atenção e se caracteriza por um conjunto ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saiba-mais-sobre-a-aps>

Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Por meio da preceptoria, me des/reconstruí inúmeras vezes, ao reconhecer que “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender” (Freire, 2011, p. 25). Neste espaço, sentia o SUS mais real, materializando-se em pequenos gestos, mais pulsante. A preceptora, que se sentia insegura ao avaliar a primeira estagiária, chegou às últimas turmas de residência multiprofissional experienciando o formato de avaliação em que todas se olhavam (residentes, preceptoras, tutoras) e melhoravam umas às outras por meio de um acompanhamento avaliativo. Desta forma, mantínhamos vivo o sonho de Paulo Freire (2011) com o momento em que a educanda pudesse participar da avaliação. Do mesmo modo, sonhamos que a usuária possa participar da produção de seu cuidado em saúde.

Em 2018, fui convidada para assumir a Coordenação de Serviço Social da Rede de Atenção Primária (REAP) da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) do município de Aracaju, onde fiquei até o final de 2022. Foi um espaço onde tentei manter a construção coletiva, com reuniões mensais com a equipe de assistentes sociais, participação no Controle Social, desta vez como conselheira gestora do Conselho Municipal de Saúde e membro de comissões de Educação Permanente e de Saúde Mental. Enquanto estive na gestão, participei, individualmente e com técnicas das diferentes redes, de processos de acolhimento de trabalhadoras que chegaram no SUS Aracaju, de atividades pedagógicas com gerentes de unidades básicas e com alunas inseridas nas Redes de Atenção, e compartilhei experiências em aulas do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe. Nestes momentos formativos, a história e as histórias de construção do SUS nacional e local sempre esteve/estiveram na pauta.

No momento da minha saída da SMS, em dezembro de 2022, as mudanças em curso já eram imensas: vínculos de trabalho mais frágeis, organização de trabalho nas unidades de saúde com decisões verticalizadas e ações de educação na saúde praticamente inexistentes. Quase metade do grupo de assistentes sociais das 45 Unidades de Saúde da Família de Aracaju tinha vínculo precário, não mais por concurso público, e sim via Processo Seletivo Simplificado (PSS), o que implica em precarização do trabalho e ‘esquecimento’ da força política, da história de construção do SUS, das histórias tramadas no cotidiano dos serviços nas relações entre pessoas e do que essa política pública, muito mais do que um ganho setorial, significa em termos de salvaguarda ética-política-democrática.

O Processo Seletivo Simplificado para contratação de pessoal de 2020¹⁵, por exemplo, instituiu um sistema de avaliação trimestral com alguns critérios, como produtividade que, se não cumpridos, poderia implicar em desligamento e substituição imediata da trabalhadora. Por outro lado, as servidoras concursadas já tinham algumas conquistas garantidas em lei, a exemplo da estabilidade e da não vinculação da mesma à produção de metas. A diferença dos direitos e deveres relacionados à diversidade de vínculos trabalhistas contribui para dificultar as relações entre trabalhadoras e entre elas e as gestoras, além de inviabilizar a constituição delas como coletividade articulada por lutas e pautas que sejam comuns. A esse cenário, some-se a escassez de disciplinas e espaços de discussão sobre o SUS na graduação, com currículos organizados “em torno de disciplinas fragmentadas, compartimentalizadas, com pouca ou nenhuma articulação” (Yasui, 2006, p. 155), que tendem a discutir, quando discutem, de maneira pontual sobre saúde coletiva, políticas públicas de saúde, Reforma Sanitária e Psiquiátrica (ibid., 2006), perdendo-se toda uma história de aposta coletiva na transformação social como prática de produção de saúde.

Outro aspecto que contribuía para fragilizar a integralidade do cuidado em saúde era o acolhimento de novas trabalhadoras. Inicialmente, este momento era realizado em conjunto, com as diversas categorias profissionais das diferentes Redes de Atenção e toda a estrutura organizacional e serviços da SMS eram apresentados. Posteriormente, passou a ser realizado por cada coordenação, separados por categoria profissional, o que descaracteriza a lógica de cuidado em equipe multiprofissional¹⁶. Esta lacuna poderia ser preenchida posteriormente nos encontros de educação na saúde, mas estes, quando aconteciam, não mais tinham como direcionamento a construção coletiva do cuidado dentro da lógica de Redes de Atenção, cuja efetivação implica o conhecimento dos pontos de atenção, que são os serviços e equipamentos de saúde existentes no território, e de como a comunicação entre eles ocorre, de forma a garantir a integralidade do cuidado. Acredito, inclusive, que nos encontros de acolhimento das outras categorias profissionais, exceto assistentes sociais, os princípios do SUS e a determinação social e econômica dos níveis de saúde, que estão relacionados ao acesso à alimentação,

¹⁵ Edital nº 01 de 10 de janeiro de 2020, disponível no site da prefeitura municipal de Aracaju no link <https://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/pdf/2020/editais/Saude/EDITAL-N01-2020-Processo-Seletivo-Simplificado-Categorias-da-Saude-SMS-Assinado.pdf>.

¹⁶ A proposta do trabalho em equipe multiprofissional no SUS busca a integralidade do cuidado ao articular os saberes de diferentes categorias profissionais. Para Peduzzi (2001) o trabalho em equipe é caracterizado pela busca pela construção e negociação de um projeto assistencial comum que atenda às necessidades de saúde das usuárias e dos usuários.

moradia digna, educação, saneamento básico, trabalho, renda, lazer, bens e serviços essenciais, não eram mais abordados.

Nesse cenário, prevalece a tendência de reprodução de práticas e saberes biomédicos hegemônicos, onde o saber e as condutas médicas prevalecem, o que se desdobra na dificuldade das profissionais que chegam aos serviços do SUS de efetivar um cuidado que “proporcione, minimamente, um espaço de acolhimento ao sofrimento, à diferença” (Yasui, 2006, p. 63). Silvio Yasui ainda considera que as profissionais de saúde são formadas para o mercado privado da saúde e não para a saúde coletiva e, portanto, o trabalho com outras categorias profissionais, em equipe multiprofissional, é aprendizado necessário, que implica na ampliação do olhar, na transformação de modos de pensar, em uma atitude solidária e dialógica. Compreender as limitações da formação e a importância da acolhida das novas profissionais é apostar nos bons encontros que produzem e abrem espaço para “utopias ativas e possíveis” (ibid., p. 153). Mas como manter tal aposta num cenário de tamanho desmonte e precarização?

Outra decisão da gestão, a implantação em 2018 do sistema de Prontuário Eletrônico na Rede de Atenção Primária, seguida da criação do sistema de agendas online de profissionais das unidades básicas, acessível para as usuárias dos serviços, por meio de um aplicativo eletrônico, abriu espaço para a inserção de algumas mudanças que gradualmente modificaram os processos de trabalho naqueles serviços. A organização das agendas saiu das mãos das equipes de saúde da família e passou a ser controlada pelas coordenações, que definiam o tempo para cada tipo de atendimento. Pautada na ideia de “modernização”, a gestão, por um lado, publicizava a ampliação do acesso da população aos serviços, ao tempo que ignorava as limitações para tal acesso, como a existência de internet, de telefones celulares compatíveis com os aplicativos, habilidade no manuseio, entre outros. A APS, espaço privilegiado de acolhimento à pessoa em sofrimento em função do vínculo que é construído entre os profissionais e as pessoas que são acompanhadas, de repente precisa lidar com agendas engessadas e cronometradas que insistem em afirmar que a vida cabe em 30 minutos de atendimento ou que se pode individualizar um cuidado que nasceu coletivo. A gestão naquele momento priorizava muito mais os sistemas eletrônicos, que se tornavam estratégias de controle, e menos as pessoas. Cercava-se de gestores emudecidos pela relação de poder e um modo de gerir que considerava o/a trabalhador/a como um “problema”, que centralizava as decisões, que impedia a autonomia e a criatividade.

Por meio desse cenário, pode-se afirmar que está em curso uma política neoliberal de esquecimento da história do SUS, feito de muitas mãos, de suor e labuta, histórias de vida e de

morte, encharcadas de luta coletiva. Essa política de esquecimento, também poderia ser chamada de “política da pós-política”, posto que visa não à constituição, mas à dissolução de qualquer possibilidade de mundo compartilhado, afastando cada vez mais o/a trabalhadora da ideia de construção de uma sociedade solidária, inclusiva, democrática. O trabalho é, mais do que nunca, alienado da vida e do viço, trabalho morto, trabalho como imperativo universal de sobrevivência no mundo capital.

Marie e Andrade (2019) assinalam que o neoliberalismo afasta a democracia da soberania popular, que a democracia popular é apunhalada pela reforma do Estado segundo a gestão da empresa privada, submetendo o Estado ao modelo do mercado. Estado-empresa pede por trabalhadoras individualizadas, desarticuladas, empreendedoras de si. Estado-empresa coloniza o público, precarizando para privatizá-lo. As autoras assinalam, ainda, a agudização na crise política atual das desigualdades de gênero. Mediante privatização e mercantilização mais ampla de diferentes setores da vida, uma agenda moral vai ladeando a agenda pró-mercado, um neoconservadorismo recobre a cena, tornando-se imperativo produzir famílias funcionais, responsabilizando, novamente, mulheres por tarefas de que o Estado se esquivava, especialmente, na esfera do cuidado. A política do esquecimento, a política da pós-política desdobra-se em feminização das políticas sociais, no sentido do desprestígio, outorgado às mulheres espraiando-se para as esferas em que elas se fazem maioria, como no caso das políticas assistenciais. Não é de se espantar a ‘naturalidade’ como se lida com os baixos salários de profissionais de saúde, afinal, cuidado é coisa de mulher que, até bem pouco tempo, nem recebia para tal tarefa-sina feminina.

A precarização dos vínculos de trabalho dá-se, entre outras formas, através da não realização de concurso público e adoção de Processo Seletivo Simplificado (PSS), com trabalhadoras que tinham o contrato assinado por apenas um ano, podendo ou não ser renovado por mais um ou dois, mas que podiam ser desligadas a qualquer tempo. Saliente-se, ainda, o enfraquecimento e esvaziamento de sentido do Centro de Educação Permanente em Saúde (CEPS) e da EPS como projeto político de formação para o SUS Aracaju, agora resumido a encontros de educação continuada, capacitações pontuais e descontextualizadas das demandas dos serviços, para recebimento de informações sobre fluxos, protocolos e engessamento de agendas. Outra estratégia que contribui para que as novas trabalhadoras desconheçam o SUS, sua organização, sua história e o que ela significa no sentido de acesso a direitos para a população brasileira, passa pela não valorização do trabalho da preceptoria e da articulação

ensino e serviço pela maior parte das instituições de ensino e pela gestão local do sistema de saúde.

Como a trabalhadora pode desprender-se e aprender aos poucos a trabalhar em equipe, compreender a importância dos saberes e fazeres do território, despir-se dos jalecos mentais para entender que há outros saberes tão importantes quanto aquele que traz da academia, pensar a produção de saúde como tarefa ético-política, se o que encontra no SUS são vínculos frágeis, ausência de EPS e não fortalecimento da preceptoria no SUS? Esse cenário, pelo contrário, produz trabalhadoras resignadas, que não questionam, que não reconhecem as injustiças e explorações sofridas e, portanto, não se reconhecem como parte importante e fundamental para a existência e fortalecimento de qualquer política pública.

Onde foi que nos perdemos? O que aconteceu com os espaços de compartilhamento e construção coletiva? Quando deixamos de valorizar e lutar por estes momentos? Faltou inspiração? Cansamos? Nos acomodamos? Como um SUS tão forte, tão novo, perdeu tão rapidamente suas forças? O que fazer para defender esse legado, esse patrimônio sanitário de luta pela saúde e pela vida de todas e cada uma?

Tem saída? A resistência capitaneada por mulheres parece sinalizar para outras formas de ação política. Mulheres, especialmente pobres e de periferia, mulheres trabalhadoras das políticas públicas, mulheres do SUS são potência de criatividade, inventividade e superação de suas condições, nas formas de vida e nas organizações sociais em seus territórios e em seus ambientes de trabalho, fazendo deles espaços de resistência, de luta política. Trata-se de uma disputa de projeto de si e de mundo. As mulheres do SUS aracajuano, das artes à arte de inventar práticas de si, sociais e políticas, articulam-se, experimentam relações de solidariedade para manutenção da vida do SUS.

A decisão de tentar o mestrado e contar histórias de trabalhadoras que, apesar do cenário descrito acima, se mantêm na luta por um projeto de sociedade pensado lá atrás e que estava em andamento até bem pouco tempo, surgiu neste momento de afastamento da APS e da necessidade de falar sobre a peleja que é para cada uma destas trabalhadoras manter-se nessa trilha. Uma saída: mulheres ocupam e reinventam a si, a política, o SUS, a democracia. Cartografemos, juntas, esses (nossos) movimentos. Partejemos aprendizagens-protestos! O que podemos e podemos fazer no espaço de uma vida no SUS?

O texto a seguir traz essa cartografia, fiada a partir da produção de memórias por meio da colheita de histórias narradas em rodas de conversa, atualizadas entre mulheres trabalhadoras, histórias que contam um processo de educação e formação no e para o SUS e que nos ajudam a

compor a história do SUS Aracaju, pois contar histórias é parte desse educar-se/fazer-se/aprender-se/(trans)formar-se. Os relatos das mulheres foram costurados no desenrolar dos fios do texto, organizado de forma a possibilitar a reflexão sobre temas e questões por elas apontadas. As falas estão identificadas sempre em itálico, sejam trechos curtos ou mais longos: até três linhas, estão inseridas no texto, em itálico e com aspas; quando aparecem com o recuo e separadas em outro parágrafo, por serem mais longas, permanece o uso do itálico, mas optamos por manter a fonte 12, e não 10, como orienta a norma, por entendermos que são parte da construção do texto e não algo separado. As outras citações longas de autores/as seguem as normas do recuo, espaçamento simples e fonte tamanho 10.

Optamos também por escrever esse texto no feminino, porque feminina é a maior parte da força de trabalho que labuta hoje nos serviços de saúde: mulheres correspondem a 74% da força de trabalho do SUS¹⁷. Apesar disso, perpetua-se o histórico de invisibilidade e inferiorização do trabalho realizado por mulheres, que inclui o ofício do cuidado, tema que será detalhado posteriormente neste estudo.

Começamos com **O SUS que ajudei a construir e que me constituiu**, em que discorremos brevemente sobre a Reforma Sanitária no Brasil e em Aracaju e sobre a participação das mulheres na luta pela democracia, na tentativa de trazer o que esteve no início e fez parte da constituição dessas trabalhadoras. Continuamos com **Para fazer durar o SUS: memórias desejanter como aposta metodológica**, que apresenta os conceitos e referências que guiam a fiação das memórias vividas-escutadas, quem são as mulheres que participam-compõem a história do SUS Aracaju e como foi feita a escolha de cada uma delas. Prosseguimos com **O SUS por um fio: a feminização do SUS**, que fala da força feminina do SUS hoje e do movimento de desprestígio das políticas de atenção em saúde bem como assistenciais de maneira geral. Avançamos com **(Des)Aprendizagem e luta no SUS Aracaju**, onde assinalamos o desafio que permanece de formar para o SUS e dar continuidade a essa formação, principalmente, quando a Educação na Saúde perde força. **Encontros em um SUS que (trans)forma** descreve as estratégias utilizadas pelas trabalhadoras para seguir na luta pela construção de uma sociedade em que desejamos nos incluir. E para não finalizar, **Para continuar...** pois a luta das mulheres do/pelo SUS nunca termina, enquanto houver vida, respiração, inspiração e mulheres reunidas.

¹⁷ Matéria publicada no site do Ministério da Saúde na abertura da primeira oficina do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no SUS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/julho/ministerio-da-saude-realiza-primeira-oficina-do-programa-nacional-de-equidade-de-genero-raca-e-valorizacao-das-trabalhadoras-no-sus>.

2. O SUS QUE AJUDEI A CONSTRUIR E QUE ME CONSTITUIU

Embora estejamos malfeitos, ainda não estamos terminados; e é a aventura de mudar e de mudarmos que faz com que valha a pena esta piscadela que somos na história do universo, este fugaz calorzinho entre dois gelos.
(Eduardo Galeano, 2019)

“Quando ela disse: vamos falar de SUS, eu [voz embargada] ... porque é uma história que se confunde com a nossa vida, né? São 36 anos”. Para ela, para mim, para inúmeras outras que, no cotidiano, acolhem, cuidam, realizam escutas e produzem mudanças nas vidas das pessoas que acessam os milhares de serviços de saúde do país; para o que viríamos a nos tornar, piscadelas na história, esta é a certeza, uma estória, uma emoção: “um gesto ao mesmo tempo exterior e interior, pois, quando a emoção nos atravessa, nossa alma se move, treme, se agita, e o nosso corpo faz uma série de coisas que nem sequer imaginamos” (Didi-Huberman, 2016, p. 26). Neste capítulo, tentarei fazer um breve histórico do SUS com o objetivo de localizar a construção do SUS Aracaju e trazer mais detalhadamente o contexto que atravessou a vida das mulheres trabalhadoras que são o corpo e o viço deste texto.

Assim como Paim (2016), penso ser importante compreender o que havia antes do SUS para ser possível avaliá-lo, aperfeiçoá-lo, valorizá-lo e permanentemente (trans)formar sujeitos que manterão a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) em andamento. Segundo o autor, antes de 1930, não havia a concepção de direitos sociais no país e, somente a partir daquele ano, instituiu-se o direito à assistência médica aos/às trabalhadores/as urbanos/as com carteira de trabalho assinada. O direito conquistado excluía trabalhadores/as sem contrato formal de trabalho e os/as do campo, das águas e das florestas, para os/as quais restavam a caridade de serviços religiosos ou filantrópicos. Nos anos seguintes, até o surgimento do SUS, os serviços de saúde existentes não eram suficientes para a população, além de serem mal distribuídos no território brasileiro, com ofertas centralizadas nas maiores cidades.

O SUS foi gestado nas décadas de 70/80 a partir de um movimento social, que respirava e transbordava o desejo por democracia, espalhado pelo país, composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores/as e profissionais de saúde, donde surgiu o movimento pela democratização da saúde, conhecido como RSB. “Muitos dos principais movimentos sociais da segunda metade dos anos 70 nasceram [...] das necessidades cotidianas de sobrevivência: transporte, moradia, saneamento básico, saúde” (Yasui, 2006, p. 23), o que permitiu a identificação de interesses comuns que uniram pessoas e grupos. Esta junção de pessoas em torno de ideias e necessidades presentes no cotidiano das cidades possibilitou a emergência de um novo sujeito social e histórico, sujeito que se fez coletivo nos sindicatos, nas

fábricas, nas instituições públicas e nas organizações de bairro, que buscou construir sua autonomia e alargar as fronteiras da política “através de suas formas de organização e de luta” (Sader, 1988, p. 313, *apud* Yasui, 2006, p. 24), sujeito esse que iria ter um papel importante no processo de redemocratização do país.

Yasui (2006) traz o pensamento de Sergio Arouca, um dos principais nomes do movimento de construção do SUS, de que estar na luta e defesa de um sistema público de saúde extrapola os limites da atuação profissional e de uma questão setorial: se a saúde é determinada socialmente, a luta é pela transformação da sociedade, o que passa pela problematização da docilidade política e utilidade produtiva das massas de trabalhadoras/es, ou seja, passa por um processo de emancipação política e de abertura para a gestão coletiva das cidades. “A saúde [...] é componente fundamental da democracia e da cidadania” (Yasui, 2006, p. 44), ela diz respeito à disputa e negociação de diferentes concepções de mundo que são próprias das lutas de classes sociais e de comunidades tradicionais e camadas mais populares da população brasileira. Com o e no SUS, ensejamos, no próprio interior da máquina mercadológica-estatal hierarquizante e excludente de saberes e mundos, experimentar um modo de reparação pela manutenção do comum e do incomum no mundo do trabalho com e pela saúde (Blaser, 2018). Como fala uma das trabalhadoras escutadas: “*eu digo que o SUS faz parte da minha educação como cidadã, como usuária da vida. A minha formação ética, [...] ela se constrói a partir da minha vivência no SUS*”.

Um dos eventos mais importantes do período de germinação do sonho SUSista foi a VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986, a primeira a contar com a participação de grupos organizados da sociedade civil, que trouxeram toda a riqueza das discussões sobre saúde e promoção de vida dos movimentos sociais surgidos naquele momento histórico, cujo relatório final, que tinha como ideia central o direito à saúde, inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição de 1988 e, posteriormente, as leis orgânicas da saúde - Leis 8.080/90 e 8.142/90 (Paim, 2016).

O maior sistema público de saúde do mundo possui princípios e diretrizes definidos na Lei 8.080/1990 (Brasil, 1990a) que orientam o seu funcionamento: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, que inclui todas as ações e serviços em todos os níveis de complexidade; igualdade de assistência, que implica a noção da equidade; descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; e participação da comunidade na gestão do SUS, por meio das suas instâncias colegiadas que são as Conferências

de Saúde e Conselhos de Saúde. Além disso, a Lei 8.080/1990 apresenta o conceito ampliado de saúde, reconhecendo, no Art. 3º, que:

[...] os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais (Brasil, 1990a).

Desta forma, fica evidente que o SUS sozinho não poderia ser a resposta para todos os problemas e necessidades de saúde, fazendo-se necessária a articulação do setor saúde com outras políticas econômicas, sociais, culturais e ambientais que possam incidir sobre tais determinantes. Descrito desse modo, pode-se entender o SUS como um conquista político-histórica:

Uma política pública construída pelos movimentos sociais que lutaram pela democracia. O SUS ‘não é’ um mero meio de financiamento e de repasse de recursos federais para estados, municípios, hospitais, profissionais e serviços de saúde. Não é um programa de saúde pública, nem um ‘plano de saúde’ para pobres. Também ‘não é’ um sistema de serviços de saúde destinado apenas aos pobres e ‘indigentes’. Não se reduz a uma política de governo – federal, estadual ou municipal –, muito menos a uma proposta política exclusiva desse ou daquele partido. Enfim, não é caridade de instituição beneficente, organização não governamental, prefeito, vereador, deputado, governador, senador ou presidente. (Paim, 2010, p. 96)

Mas, qual foi a participação das mulheres nos movimentos pela redemocratização do país, na RSB, na construção do SUS e na disputa pelo alargamento dos espaços que podem e devem ser ocupados por mulheres? Quais os efeitos dessa luta na mudança do conceito de saúde da mulher e na legislação? Falar sobre essa caminhada é fundamental para compreender a importância da luta das mulheres e manter essa memória feminina e feminista viva.

2.1. O fiar feminino da democracia e do SUS no Brasil

Em nome das nossas antepassadas, diretas ou não, nos tornamos feministas porque houve mulheres que foram duramente oprimidas, mas também porque no passado existiram lutadoras incomuns, pessoas que se tornaram exemplos, mulheres a quem devemos nosso lugar.
(Tiburi, 2018, p. 31)

Costa, Bonan e Rodrigues (2024) apresentam o que havia antes do SUS e os caminhos trilhados para iniciar mudanças importantes na política de saúde da mulher no MS ainda na década de 1970. Desde a década de 1960, utilizava-se da estratégia de planejamento familiar

para controle de natalidade implantada de forma verticalizada e, em alguns momentos, sem o conhecimento das mulheres e, ainda, tomando-se como parâmetro o modelo nuclear e cis heteronormativo de família. A estratégia baseava-se no controle-medicalização do corpo da mulher, por meio da distribuição de contraceptivos hormonais, implantação de Dispositivo Intrauterino (DIU) e esterilização cirúrgica de mulheres, em sua maioria negras e pobres, sem nenhum acompanhamento posterior. Importante ressaltar que o governo federal considerava que poderia resolver a pobreza do país com controle de natalidade da população mais pobre, ou seja, controle biomédico do corpo da mulher em situação de pobreza (Costa; Bonan; Rodrigues, 2024).

A ideia de construir uma política integral das mulheres começa a surgir na Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil do MS, a partir do incômodo sentido por Ana Maria Costa - médica sanitária e técnica do MS que fez parte do movimento da Reforma Sanitária - diante da violação de direitos e do risco à saúde das mulheres que o controle de natalidade implicava. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) nasce embasado na tentativa de construir mudanças de dentro da própria máquina governamental, mais especificamente, do MS, e de modificar a política de contracepção e planejamento familiar pela concepção do direito reprodutivo, autonomia das mulheres e redução de riscos. O PAISM traz a proposta de diretrizes orientadoras em oposição à verticalização da política anterior e inicia a reflexão do conceito de integralidade do cuidado, considerando os diferentes modos de existência das mulheres e a concepção de saúde como espaço de formação e fortalecimento da cidadania das mulheres (Costa; Bonan; Rodrigues, 2024).

O lançamento do PAISM em 1983, portanto, rompe com o modelo existente anteriormente, centrado na assistência médica, avança na construção da ideia de saúde determinada socialmente e antecipa as mudanças que se efetivariam posteriormente com o SUS. O PAISM amplia e redefine as responsabilidades governamentais ao inserir:

[...] ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínicas ginecológicas, no pré-natal, no parto e puerpério, no climatério, no planejamento [reprodutivo], no que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), ao câncer de colo de útero e mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (Costa; Bahia; Conte, 2007, p.16).

Paralelamente, os movimentos feministas brasileiros, que se reorganizaram na década de 1970, avançavam em sua maioria, vinculados a grupos de influência marxista que se mobilizavam em oposição à ditadura no país. Apesar da organização dos feminismos brasileiros não ter acontecido sem conflitos e divergências, considerando que as pautas iniciais ignoravam

a violência historicamente sofrida pelas mulheres negras e indígenas, havia uma pauta no campo da saúde que articulava a luta das mulheres, um ponto em comum: a reapropriação dos seus corpos, a construção da noção de direito ao próprio corpo, expressa na consigna “nosso corpo nos pertence”.

Os feminismos brasileiros, por estarem envolvidos nas lutas pela democracia, desenvolveram características próprias e ampliaram a concepção dos direitos sexuais e reprodutivos, que passaram a ser compreendidos como direitos sociais que, assim, não estariam reduzidos à liberdade individual de fazer escolhas: considerava-se fundamental, para além da autonomia sobre o próprio corpo, que as decisões tomadas fossem amparadas em informações seguras sobre todo o processo de reprodução e sexualidade e que o acesso aos recursos necessários para a garantia da concretização das decisões tomadas fosse garantido (Silveira; Paim; Adrião, 2019).

A década de 1980 foi momento de aprofundamento de análise e formulação de um novo conceito de saúde e de saúde da mulher nos inúmeros encontros feministas que aconteceram. Rejeitava-se o sistema existente, fragmentado, de caráter privatista e com programas voltados para a área materno-infantil que reduziam a mulher à condição de reprodutora. Discutia-se o direito de decidir ou não pela maternidade; abordava-se a questão da violência contra a mulher e a discriminação no mercado de trabalho. As bandeiras levantadas incluíam outras questões mais amplas como a necessidade de creches públicas e o direito à participação em partidos políticos e centrais sindicais. Os movimentos feministas continuaram na luta por mais espaços políticos, o que contribuiu para a criação, pelo governo federal, do Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM) em 1985, e posteriormente, os Conselhos Estaduais de Direitos da Mulher e as Delegacias de Defesa da Mulher. Além disso, articulavam-se representações de mulheres no legislativo, tanto federal quanto estadual (Costa; Bahia; Conte, 2007).

Importante destacar que as mulheres desempenham um papel fundamental na promoção da saúde e no controle social. Elas são as principais cuidadoras da família e, muitas vezes, responsáveis por garantir o sustento para seus lares, e ainda, o acesso aos serviços de saúde para si mesmas e para suas filhas e filhos. Além disso, as mulheres têm uma maior incidência de doenças crônicas e são mais vulneráveis a determinadas condições de saúde, como a violência doméstica e agravos concernentes à saúde sexual e reprodutiva.

Ainda ressoam e podemos escutar os ecos; ainda nos inspiram, solicitando a confiança de mãos estendidas para passar adiante; ainda nos tocam os fios de estórias de muitas mulheres que se encontraram para discutir em pequenos grupos sobre questões de saúde; mulheres que

se juntaram para reivindicar melhorias nas ofertas de serviços públicos de saúde; mulheres que ocuparam e ocupam as coxias das conferências e também locais de liderança e poder, para intentar a germinação de outras ideias de cidadania, de democracia, de saúde, de mulher, uma outra vida (im)possível afirmada, nascida do tecer de mãos femininas, com a encantaria das mulheres que se unem produzindo outros movimentos, gestando movimentos sociais, gestando a si mesmas.

As discussões sobre o tema da saúde tiveram continuidade na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, apontando para a necessidade de um novo modelo de sociedade que demandava reformas sociais, ampliando a ideia de cidadania e democracia, em uma sociedade comprometida com a eliminação das desigualdades sociais (Silveira; Paim; Adrião, 2019). Entre as propostas que foram incluídas no relatório final da Conferência, havia a garantia da instituição de uma Assembleia Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva e a criação de um grupo composto pelo governo federal e sociedade civil com a responsabilidade de aprofundar as teses debatidas na Conferência e subsidiar a Assembleia Constituinte (Brasil, 1986).

Nesse contexto, as mulheres organizadas nos movimentos sanitaristas e feministas precisavam garantir que suas ideias e direitos fossem contemplados no texto em construção da nova Constituição. O CNDM foi importante nesse momento, realizando encontros em diversos estados. O grupo percorreu o país e ouviu mulheres brasileiras com a campanha “Constituinte pra valer tem que ter palavra de mulher”. Em 1986, consolidou as reivindicações em um documento: a “Carta da mulher brasileira aos constituintes”, que apresentava propostas mais amplas no sentido da construção de uma sociedade democrática como ensino público, reforma agrária, criação do SUS, defesa da justiça social, além de outras mais direcionadas às mulheres como a atenção à saúde para além da dimensão materno-infantil, extensão de direitos trabalhistas para as empregadas domésticas e trabalhadoras rurais e estabilidade no trabalho para a mulher gestante. Todas as contribuições foram consolidadas em propostas e emendas populares que foram encaminhadas pelo CNDM ao Congresso Nacional. Essa mobilização garantiu a inclusão de propostas formuladas pela articulação entre mulheres no texto da nova constituição, a exemplo da igualdade jurídica entre homens e mulheres, o que evidencia a relevância dos movimentos feministas, bem como a participação de mulheres em movimentos sociais para as conquistas de direitos consagrados na Constituição, tanto na área da saúde quanto nas questões mais amplas (Silveira; Paim; Adrião, 2019).

O SUS foi, portanto, fruto de uma luta feminina e feminista, de muitas Anas, Marias, Joanas, Raimundas, Franciscas, Cristinas e inúmeras outras, representadas como remetentes na Carta entregue aos Constituintes. De mulheres como Ana Maria Costa, que em pleno regime ditatorial-militar, no início da década de 1980, ousou conceber e elaborar uma política de saúde da mulher inovadora e revolucionária, o PAISM. Da organização de mulheres que não aceitaram o destino e o lugar a elas impostos por uma sociedade moderna-colonial-patriarcal que as violentava e segue violentando efetivamente todos os dias, sendo que uma dessas múltiplas violências diz respeito à violência política perpetrada contra as poucas que conseguem alçar os espaços no legislativo e no executivo. Mulheres que ousaram ir às ruas, subir aos palanques, ocupar espaços no legislativo para defender o direito à “educação, à saúde, à segurança, à vivência familiar sem traumas” (Mulheres Brasileiras, 1987, p. 2) e exigir “um sistema político igualitário e uma vida civil não autoritária” (ibid.).

A efetivação do SUS nos governos que seguiram a sua criação apresenta alguns avanços, ao tempo que enfrenta inúmeros desafios. Entre as iniciativas que o fortaleceram, Paim (2010) cita algumas em cada um dos períodos. No governo Fernando Collor/Itamar Franco (1990-1994) foi promulgada a Lei Orgânica que cria o SUS; construído o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como estratégia transitória para o PSF; implantadas, a Norma Operacional Básica (NOB) 91, que continua o processo de regulamentação do SUS, e a NOB 93, que regulamenta a descentralização das ações e serviços. Realizou-se, ainda, a 9ª Conferência Nacional de Saúde e desenvolveu-se o PSF, hoje denominado ESF, que reorientou a APS.

No governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) foram implantados a NOB 1996, que avança na reordenação do modelo de atenção à saúde; o Piso Nacional da Atenção Básica (PAB), que definia o custeio dos serviços de APS por parte do governo federal; e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), que estende as responsabilidades dos municípios na APS; ampliou-se a municipalização e o PSF; realizou-se as 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde; e implantou-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Com a chegada de Lula em 2003, a expansão do PSF foi mantida, criou-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a Reforma Psiquiátrica foi desenvolvida e foram criadas várias políticas nacionais, como a de saúde bucal, atenção básica, entre outras. Em 2004, foi publicada a Portaria nº 198/GM que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadoras/es do SUS, política na qual essa pesquisa se centra, como mais um modo de ir deixando fios de histórias que

possam manter vivas a memória de um SUS feito por mãos de mulheres cuidadoras e educadoras, que se fortalecem por meio de processos educativos, que são sempre processos de articulação político-ética, especialmente, quando são realizados por e entre mulheres.

2.2. O fiar do SUS com sotaque sergipano

O movimento da redemocratização do país foi construído no seio da retomada da cidadania: a reconquista do direito à organização dos/as trabalhadores/as em associações, sindicatos, centrais sindicais; a valorização dos espaços de produção de conhecimento além das universidades; e a organização da sociedade civil em associações de bairro e outros grupos. Em Aracaju, a RSB seguiu caminhos semelhantes ao restante do país, conforme aponta Maria Cecília Tavares (2009). A autora cita a importância da criação em Aracaju, no início da década de 1980, do núcleo sergipano do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)¹⁸ para as discussões sobre a RSB, a qualidade dos serviços de saúde do município e as condições de trabalho e remuneração. O grupo foi composto por vários movimentos sociais, além de diversos/as profissionais e estudantes da área da saúde, muitas/os das/os quais participaram de forma ativa na construção do SUS Aracaju. Paralelo às discussões que aconteciam no CEBES, ocorreram várias greves e movimentos de trabalhadores/as da área da saúde que demandavam melhores salários, condições de trabalho e participação na construção do novo sistema de saúde que se desenhava, ao tempo que redescobriam as ruas como espaço de luta.

Tavares (2009) descreve que os serviços de saúde no estado, no início da década de 1980, como no restante do país, seguia o modelo hospitalocêntrico e médico-centrado, com grande concentração de profissionais e serviços na capital. Uma das iniciativas do recém-eleito governador João Alves Filho em 1983 foi instituir o Programa de Interiorização da Medicina com o objetivo de descentralizar as ações de saúde, ampliar o quantitativo de profissionais de medicina nos municípios e qualificar a assistência prestada. Apesar do nome e do foco ser a prestação de serviços médicos, o programa incluiu outros/as profissionais, como odontólogas/os, enfermeiras/os, assistentes sociais, farmacêuticas/os etc. No entanto, não houve mudança de modelo de atenção; além disso, não houve a responsabilização por parte da gestão municipal que manteve o hábito de encaminhamento de pessoas adoecidas, via ambulâncias, para os municípios de maior porte, principalmente para Aracaju.

¹⁸ CEBES: instituição civil sem fins lucrativos, de âmbito nacional, fundada em 24 de setembro de 1976 com a missão histórica de lutar pela democratização da sociedade e pela defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde. Fonte: cebes.org.br.

A partir do segundo semestre de 1985, como resultado da indicação do prefeito José Carlos Teixeira, mais aberto às demandas apresentadas pelos profissionais e pela população, foram estabelecidos canais de diálogo com as associações de bairro, o que permitiu à SMS naquele momento elaborar um diagnóstico das questões de saúde. Como resultado, foram identificadas e enfrentadas as questões mais emergenciais, como a compra de medicamentos, ampliação de horário de funcionamento de serviços e contratação de mais profissionais.

Tavares (2009) relata as mudanças que aconteceram em 1986, após Jackson Barreto, filiado ao PMDB, apoiado pelos movimentos de esquerda e primeiro prefeito eleito em Aracaju, assumir a prefeitura. Naquele ano, a pasta da SMS foi ocupada por um médico, sindicalista e ligado aos movimentos da saúde, ao mesmo tempo que várias pessoas ligadas ao movimento da RSB assumiram cargos na gestão da SMS. Iniciou-se um processo de construção coletiva de uma proposta para a saúde do município, com a participação de profissionais de saúde e lideranças comunitárias. Realizou-se a I Conferência Municipal de Saúde em março do mesmo ano, que apontou para a necessidade de reestruturar a rede básica e a melhoria da qualidade dos serviços, entre outras questões. Também em 1986, aconteceram várias greves e mobilizações por parte dos/das servidores/as públicos/as que demandavam isonomia salarial. Apesar dos esforços, os problemas de financiamento, aliados às pressões da comunidade e dos/as profissionais levaram ao desgaste do grupo que compunha a gestão da SMS, culminando na renúncia do secretário no início de 1987.

Yasui (2006) analisa o processo de inserção de ativistas em espaços de gestão de institucionalização da RSB, pontuando que o objetivo é realizar mudanças no sistema de saúde, mas se corre o risco de, na posição de Estado, confundir-se com Ele ou, como no caso daquele grupo, não conseguir efetivá-las. Uma das trabalhadoras escutadas aborda também a questão da falta de preparo para se compor espaços de gestão: “*Tem uma parte que a pessoa da saúde não é treinada nem a gente tem formação para pensar na parte financeira, na dureza dos números [...] a gente vive em uma sociedade com base no capital, então, tudo para existir precisa de dinheiro.*” Apontando também essa ausência de formação para a gestão do SUS na graduação, outra trabalhadora assinala os desafios de se chegar na gestão sem conhecimento de seu funcionamento:

Na faculdade é uma disciplina só, Saúde Pública, então, a gente vai para a gestão sem saber nada. Perdida, literalmente perdida. [...] Assumi a coordenação de Atenção Primária e a de Saúde Bucal e o Conselho em um município de 20 mil habitantes. A gente assume tudo, vai assumindo o que tiver de espaço de gestão. Foi ali que eu conheci

o que era gestão e pude conhecer algumas pessoas que para mim, dentro da SES, foram referências, que deram meu caminho.

Segundo Tavares (2009), os anos de 1987 e 1988 foram marcados por novas mobilizações dos/das trabalhadores/as da saúde, com vitórias importantes, entre elas a criação do Conselho Estadual de Saúde (CES) em 1987, que concretizou, conforme definido pela Lei 8.142/1990, a participação popular na formulação e gestão do SUS/Sergipe e cuja eleição mobilizou diversas entidades no estado. Outra vitória destacada pela autora foi a adesão de Sergipe (o último estado a aderir) ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1988, estratégia do governo federal de transição para o SUS.

A adesão ao SUDS implicava em algumas mudanças na organização dos serviços de saúde, como detalha Tavares (2009), considerando os novos papéis a serem assumidos por municípios e estados, como a municipalização dos Serviços Básicos de Saúde. A partir deste momento, Aracaju foi dividida em 5 Distritos Sanitários, organizados de forma a oferecer ações nos níveis primários e secundários à população, e cada um contava com uma unidade de atendimento que deveria funcionar 24 horas. O modelo assistencial estabelecido trazia vários dos princípios que futuramente fariam parte do SUS: integralização das ações, universalização dos atendimentos, descentralização da gestão, adscrição de clientela à unidade do território e gestão colegiada. No entanto, a autora avalia que o fato de a reestruturação da rede municipal ter sido elaborada por técnicos/as da SMS, sem a participação de outros sujeitos sociais, impediu a efetivação dela para além da divisão dos Distritos, mesmo reconhecendo alguns ganhos, como o olhar ampliado para o sistema como rede pensada para garantir o acesso.

A partir de 1990, com a criação do SUS, Tavares (2009) traça o caminho percorrido pelo controle social no município. Realização da II e III Conferência Municipal de Saúde (1990 e 1993, respectivamente), ocorrendo na última a constituição do Conselho Municipal de Saúde (CMS) através da Lei Complementar nº 13 de 30/11/1993. No entanto, a composição do CMS não contemplava o definido na Lei 8.142/1990¹⁹ e contava com um representante da Câmara Municipal de Aracaju, o que impediu a sua efetivação até a realização da IV Conferência Municipal de Saúde em 1995, quando a composição foi regularizada. Segundo Tavares (2009), a irregularidade na composição do CMS impediu seu funcionamento e, desta forma, atrasou o processo de municipalização da saúde em Aracaju, que somente teve início em 1997.

¹⁹ A Lei 8.142/1990 define que os Conselhos de Saúde é órgão deliberativo e é composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.

Tavares (2009) segue o fio da história e relata que a realização da V Conferência Municipal de Saúde em 1998 ocorreu em meio a vários conflitos entre a gestão da SMS e movimentos populares para a eleição dos/as delegados/as. Após a conferência, a gestão da SMS “adotou como modelo de atenção à saúde o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF)” (idem, p. 157), o que de imediato ampliou a cobertura para 47% da população de Aracaju.

Ainda de acordo com Tavares (2009), a demora para a efetivação da municipalização em Aracaju e as discussões realizadas com os diversos componentes no CMS desde 1994 até 1998 favoreceu uma pactuação maior com usuários/as e trabalhadores/as, o que resultou na conformação de uma equipe ampliada, com a inclusão do/a assistente social e do/a odontólogo/a²⁰. Em 1998, foi efetivada a habilitação plena da APS, ficando o segundo e terceiro níveis de atenção sob a responsabilidade do governo do estado, com a implantação de 11 equipes de Saúde da Família em algumas das unidades básicas existentes, com posterior ampliação para 49 equipes, o que, segundo Santos (2006), foi realizado de forma aleatória, sem pensar o território, considerando apenas a infraestrutura da unidade. Neste momento, foi instituída a autogestão das unidades pelas equipes, o que foi uma grande vitória e um imenso desafio, considerando que não houve discussão aprofundada e os profissionais não possuíam experiência ou conhecimento em gestão.

O ano de 2001 em Aracaju foi de grandes mudanças. O SUS Aracaju não começou neste ano, mas as mudanças maiores e mais efetivas do modelo de atenção se efetivaram a partir deste momento por vários fatores, que serão detalhados a seguir. Como resultado da eleição para prefeito, assumiu o candidato do Partido dos Trabalhadores (PT), Marcelo Déda Chagas, reeleito em 2004, que permaneceu no município até o ano de 2006, quando foi eleito governador do estado. A indicação do secretário de saúde, como relata Tavares (2006), gerou muitas disputas nos grupos locais, tanto no PT quanto na base aliada. Desta forma, buscando autonomia na condução da SMS e objetivando fugir das pressões locais, o prefeito escolheu Rogério Carvalho Santos, um médico que, apesar de ser sergipano, encontrava-se fora do município há 8 anos, mas possuía experiência e formação em saúde pública, além da militância no partido desde os tempos de estudante.

²⁰ A equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF), antigo PSF, é composta por profissional de medicina, enfermagem, técnico/a de enfermagem e agente comunitário/a de saúde. A profissão de odontologia foi inserida posteriormente na equipe mínima, mas, desde 2003, possui política própria, a Política Nacional de Saúde Bucal. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>.

Tanto Tavares (2009) quanto Santos (2006) relatam que o início da gestão do secretário escolhido encontrou resistência por parte dos grupos de militantes da saúde. A construção e efetivação do projeto de sociedade, do qual o SUS é parte fundamental, e que deveria ser algo comum a todos/as aqueles/as que o defendem, torna-se objeto de disputa, segmentando e enviesando a luta. Em vários momentos da minha caminhada no SUS, presenciei episódios onde a oposição ao outro, fosse gestor/a ou trabalhador/a, era mais importante que a necessidade de pensar a política mais ampla e sustentar o comum que articula nossas práticas e desejos.

“Quando eu me formei, não tinha SUS. Eram aqueles grandes ambulatórios, tuberculose é aqui, vacina é ali. A formação foi bem assim, tudo muito dividido, sem esse olhar mais integral.” Este foi um dos grandes desafios que a gestão que assumiu o município em 2001 encontrou: profissionais formados para outro modelo, sem nenhum conhecimento dos princípios que norteavam o SUS e a sua dimensão de política pública.

Santos (2006) descreve como o município se encontrava em 2001: gestão plena da APS, 22 unidades de saúde com PSF implantado, distribuídas de forma aleatória no território e atendimento restrito à população adscrita, o que gerava inúmeros conflitos com a população do entorno, pois o acesso a todos os serviços era negado, inclusive nas urgências. Além disso, as agendas dos/as profissionais, voltadas para os programas (hipertensão, diabetes, crianças de 0 a 6 anos de idade, gestantes etc.) não permitiam a inserção de demandas que surgissem no dia a dia. O autor aponta que a ausência de uma gestão local em cada unidade para assumir a responsabilidade e dar respostas às demandas da população dificultava a interlocução entre usuárias/os e a gestão da SMS, gerando muita repercussão negativa na mídia.

Como já dito, havia também a disputa pela condução política do SUS Aracaju: de um lado, um grupo representado por médicos - aqui o masculino é proposital, expressando um modo bem específico de fazer política para controlar a vida - para o qual “a saúde se faz com atendimento individual, centrado no médico, focalizando a realização de procedimentos” (Santos, 2006, p. 50) e do outro, o grupo que Santos (2006) reconhece como o “legítimo representante da reforma sanitária brasileira em Sergipe” (p. 51), mas que, segundo o autor, até aquele momento não avançara na implantação do SUS em Aracaju mesmo no breve período em que estivera à frente da SMS.

Apesar do desafio de apropriar-se da conjuntura local, buscar e construir articulações para a efetivação de um SUS universal, integral e equânime, o cenário para que isso acontecesse era bastante favorável. O prefeito eleito era do mesmo partido do presidente e gozava de muita legitimidade, tinha o desejo de reproduzir em Aracaju o caminho do PT em outros municípios,

aceitara o desafio que significava se utilizar de critérios técnicos, e não, pelo menos não somente político-partidários, para a escolha da equipe gestora da SMS, apoiando as decisões que o secretário da saúde tomou durante todo o percurso (Santos, 2006).

Esta gestão foi decisiva para a construção do SUS Aracaju, pois soube ocupar espaços de decisão, construir articulações com a base trabalhadora, grupos políticos e o controle social para sustentar politicamente o processo de efetivação do SUS, além de utilizar-se de uma estratégia fundamental para mudar a lógica de cuidado: a Educação Permanente em Saúde. Mas, como isso foi possível?

Santos (2006) relata que a gestão esteve presente e buscou construir pontos de negociação em todos os espaços de debate em que o município tinha assento, seja nas comunidades, na Secretaria de Estado da Saúde (SES), no Conselho Estadual de Saúde (CES), na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e no Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Ele afirma que essa aproximação com os coletivos já existentes foi sempre “uma relação dialógica, de confiança e de produção de alianças”, pautada na “compreensão de si e do outro no interior de um processo histórico” (ibid., p. 66-67). Além disso, em função da história de militância política e na saúde do secretário, ele mantinha contatos com membros que formulavam as políticas para o SUS no nível federal, o que significava uma rede de apoio fora de Aracaju.

A equipe técnica da SMS foi formada por alguns/umas convidados/as de outro estado, com histórico de militância no movimento estudantil e movimento sindical, e por pessoas que já atuavam em serviços de saúde do município, escolhidas a partir da competência técnica e afinidade com o projeto da gestão, mesmo que não tivessem experiência prévia em gestão ou com a proposta a ser implantada. Santos (2006) ressalta que a escolha das gerências das unidades de saúde a partir de 2003 foi feita prioritariamente entre profissionais que demonstravam comprometimento e envolvimento com o trabalho e com perfil técnico, e não por indicação político-partidária.

A primeira providência da gestão naquele momento foi o diagnóstico da realidade local, realizado a partir de visitas às unidades de saúde, avaliação da organização do processo de trabalho, identificação do modelo assistencial que era praticado pelos/as profissionais, infraestrutura dos serviços e quantitativo de profissionais. O diagnóstico permitiu ao município mensurar que investimentos seriam necessários para reforma, ampliação e construção de novas unidades, norteando o remapeamento da cidade em regiões de saúde. O compromisso assumido pela gestão de ampliação da oferta de serviços básicos, que tinha como base continuar a

implantação do Programa Saúde da Família, foi cumprido e o município passou a contar com 40 unidades básicas no mesmo ano de 2003.

Paralelamente, logo no início de 2001, o município decidiu iniciar o caminho para a habilitação da gestão plena de Aracaju. Como parte do processo, realizou-se a VI Conferência Municipal de Saúde, o que foi precedido pela realização de pré-conferências em cada uma das unidades de saúde, com participação da população. A metodologia utilizada pela gestão nas pré-conferências permitiu que os/as usuários/as apontassem problemas reais do território, como a “ausência de sistema de urgência- emergência, de regulação, de resgate, inexistência de rede de saúde mental, inexistência de equipamentos de alta complexidade, falta de pessoal” (Santos, 2006, p. 85). Todos estes pontos levantados foram levados para a VI Conferência Municipal de Saúde, contribuindo para que a gestão tivesse o apoio dos/as usuários/as para a habilitação plena que foi finalizada após dois anos.

O SUS Aracaju foi organizado em Redes Assistenciais, com implantação gradual dos serviços em cada uma delas. Rede de Unidades de Saúde da Família com 44 unidades, distribuídas no território de forma a permitir maior cobertura e acesso. Rede de Atenção Psicossocial, com a implantação de 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 2 serviços para adultos com transtornos mentais, 1 para adultos com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e 1 para crianças e adolescentes com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 1 serviço de emergência em saúde mental em hospital geral e residências terapêuticas. Rede de Urgência e Emergência, que teve início com a implantação do SAMU e de prontos-socorros em hospitais já existentes, seguidos da construção de dois hospitais municipais, um na região norte e outro na região sul da cidade. Rede de Serviços Ambulatoriais Especializados de Média e Alta Complexidade, que contava com 3 serviços próprios: 2 Centros de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR) com atendimento para adultos, e 1 Centro de Especialidades Médicas da Criança e do Adolescente (CEMCA), distribuídos no território de forma a facilitar o acesso da população. Rede Hospitalar que incluía leitos em hospitais próprios e contratados, nas diversas especialidades como leitos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, pediátricos psiquiátricos e de UTI.

A estruturação do SUS Aracaju, no entanto, não seria suficiente para a mudança do modelo de atenção se não fosse a aposta da gestão de utilizar a Educação Permanente em Saúde como política estratégica para transformação da atitude profissional, como aponta Santos (2006). Apesar da PNEPS só ter sido implantada no ano de 2004, a gestão do SUS Aracaju criou o CEPS já em 2002 (Santos, 2006, p. 155) e, no mesmo ano, “realizou o primeiro processo de

educação permanente dos trabalhadores da Rede de Unidades de Saúde da Família” (ibid., p. 156). A metodologia utilizada considerava todos as/os trabalhadoras/es como educandas/os e a aprendizagem seria construída coletivamente por todas as categorias profissionais presentes nos serviços da rede, a partir das questões e temas surgidos no chão dos serviços, no chão do SUS com sotaque sergipano. A esse respeito, Santos (2006, p. 154) assinala: “os trabalhadores (educandos) têm de assumir a função de verdadeiros condutores do seu processo de aprendizagem e, para tanto, têm de acumular uma habilidade fundamental – ‘aprender a aprender’”. É sobre esta caminhada de “aprender a aprender”, o que envolve também desaprender um longo histórico cristalizado de entendimentos individualizados e individualizantes sobre práticas de saúde, que falaremos a seguir.

3. PARA FAZER DURAR O SUS: MEMÓRIAS DESEJANTES COMO APOSTA METODOLÓGICA

O líder indígena, ambientalista, filósofo, poeta, escritor da Academia Brasileira de Letras Ailton Krenak (2019), que inspira o título deste trabalho, nos instiga a refletir sobre nossa ideia de humanidade: como podemos nos considerar uma humanidade, se mais de 70% de nós está alienada do mínimo exercício de ser? Ele entende que a maioria de nós foi arrancada de seus coletivos, de seus lugares de origem e jogada em favelas e periferias, e neste processo, perdemos vínculos com a Terra, com os outros viventes não humanos, com o chão em que pisamos, com nossa memória ancestral, com as referências que dão sustentação à vida e aos seus sentidos. Para ele, este processo é adoecedor porque leva a uma concepção de natureza separada da humanidade:

[...] fomos nos alienando desse organismo de que somos parte, a Terra, e passamos a pensar que ele é uma coisa e nós, outra: a Terra e a humanidade. Eu não percebo onde tem alguma coisa que não seja natureza. Tudo é natureza. O cosmos é natureza. Tudo em que eu consigo pensar é natureza. (Krenak, 2019, p. 10)

Krenak afirma ainda que o tempo em que vivemos é especialista na criação de ausências, como o sentido da vida em sociedade e a própria experiência de vida, do prazer de estar vivo, de cantar e de dançar. Essa humanidade zumbi não tolera fruição de vida e prega o fim do mundo como estratégia de desistência de nossos sonhos. Ele nos provoca. Seu assinalamento de que “adiar o fim do mundo é exatamente sempre poder contar mais uma história. Se pudermos fazer isso, estaremos adiando o fim” (Krenak, 2019, p. 13) conduz essa contação de estórias que sustenta essa dissertação.

Adiar o fim do SUS passando adiante os fios de estórias de mulheres no e do SUS aracajuano. Um esperar nesse cenário em que se ergue impávido colosso um Estado neoliberal ultraconservador que tem sua política de precarização do trabalho e do bem público como as políticas públicas; de desmantelamento e destruição dos comuns, da vida compartilhada, de qualquer laço de solidariedade e de luta por dignidade; da articulação de pautas de vida no e pelo trabalho. É um Estado que aliado do mercado almeja um trabalho morto que nos mortifique, uma trabalhadora zumbi que trabalha apenas para sobreviver sob o imperativo, agora em sua versão empreendedora, do trabalho universal. Mais do que nunca o trabalho é alienado e alienante. No SUS, isso se faz, dentre outras estratégias, como a da precarização dos vínculos trabalhistas, pelo esquecimento da força de sua história coletiva, pelo

desenredar desses fios de estórias, por um processo cotidiano de ceifar essa memória ancestral suada e sangrenta de luta pela saúde de todas e cada uma.

Airton Krenak (2019) acrescenta que a estratégia utilizada pelos povos originários para resistir à colonização e chegar “ao século XXI ainda esperneando, reivindicando e desafinando o coro dos contentes” (ibid., p. 14) deve-se ao fato de não serem indivíduos, mas “células que conseguem transmitir através dos tempos sua visão sobre o mundo” (ibid., p. 14). As “centenas de narrativas de povos que estão vivos, (que) contam histórias, cantam, viajam, conversam” (ibid., p. 15) contribuem para nos ensinar que não somos os únicos interessantes no mundo e a reverenciar outras companhias que fazem essa viagem cósmica conosco. Krenak fala sobre a importância de manter nossas singularidades:

Definitivamente não somos iguais, e é maravilhoso saber que cada um de nós que está aqui é diferente do outro, como constelações. O fato de podermos compartilhar esse espaço, de estarmos juntos viajando não significa que somos iguais; significa exatamente que somos capazes de atrair uns aos outros pelas nossas diferenças, que deveriam guiar o nosso roteiro de vida. Ter diversidade, não isso de uma humanidade com o mesmo protocolo. Porque isso até agora foi só uma maneira de homogeneizar e tirar nossa alegria de estar vivos (Krenak, 2019, p. 16).

A mestria de Krenak em confluência com nosso desejo de adiar o fim do SUS oferece algumas pistas metodológicas: conhecer conjuga-se com narrar, fiar e passar adiante o fio de estórias que consigam encantar as gerações futuras na luta por adiar o fim do mundo; adiar o fim do mundo acelerando o fim deste mundo do trabalho precarizado e sem sentido, nele fazendo barricadas do comum entre mulheres que ousam passar adiante suas estórias; singularizar as multiplicidades que estão em questão, mantendo o comum, mas também o incomum nessas estórias insistentes e insurgentes no mundo do trabalho em saúde.

Na busca por ilhas de pertencimento e compartilhamento em oceanos de individualização e entorpecimento, pela vida de que as narrativas femininas estão prenhes, trazemos um percurso metodológico que segue o fio das memórias, colhidas em rodas, numa ciranda de mulheres trabalhadoras do SUS Aracaju em suas trilhas abertas para um tornar-se mulher, trabalhadora. “Através de que relações nos constituímos, a cada momento, como sujeitos que recordam, esquecem, silenciam?” (Conde Rodrigues, 2004, p. 28). A fim de fazer frente à política neoliberal de esquecimento e silenciamento em voga, interessa manter vivas as memórias da história e das estórias – aquelas miudinhas, singelas colhidas aqui e ali com ouvidos de escutar os ecos que fazem estrondo nos extratos históricos - de construção coletiva de um sistema de saúde aracajuano que se fez pelas mãos de tantas mulheres.

Desta forma, sigo o caminho da produção de uma memória do SUS Aracaju tramada por vozes femininas, pela composição de narrativas mulheris, atualizadas e articuladas em rodas de conversa. Conjugando o verbo conhecer com o verbo narrar foi o recurso para amplificar a voz de mulheres do SUS Aracaju e para registrar suas formas singulares de existir e resistir ao apagamento e esvaziamento de suas lutas. Busco fazê-lo sabendo do risco de (sobre)implicação com o problema de pesquisa, pois as histórias colhidas atravessam e transversalizam a minha. Dessa forma, essa escrita é feita de dentro da experiência dos bons e maus encontros vividos no SUS Aracaju e do desembaraçar de linhas fiadas nestes encontros (Olegário, 2015).

Conhecimento-narrativa-memória. A abordagem aqui experimentada ampara-se na ideia de que as histórias de vida, as histórias ouvidas e colhidas em rodas, não são feitas para serem arquivadas ou guardadas em gavetas, pois a memória oral, ao desdobrar e alargar os horizontes, faz crescer com ela quem pesquisa e quem lê/escuta. Elas funcionam como um guia para a nossa história recente, fiada coletivamente pelos testemunhos de pessoas vivas, que nos levam para além dos registros oficiais, por entre bifurcações e atalhos, de volta aos episódios que marcaram a vida das mulheres escutadas e a de todas as outras tocadas por elas (Bosi, 2003a).

As memórias são de uma riqueza insubstituível e trazem pontos de vista diferentes sobre os acontecimentos, porque elas escolhem os lugares de onde colhem as lembranças: os sons, as cores, as alegrias e os medos, todos são acessados quando se inicia o fiar das memórias, que despertam outras e outras e ampliam, até mesmo transmutam, dimensões de fatos já conhecidos (Bosi, 2003a). Uma das mulheres, ao lembrar o início de suas vivências no SUS, nos transporta para as dificuldades de deslocamento que eram enfrentadas em função do envolvimento com a construção de uma política pública no seu nascedouro: *“Eu fiquei no Projeto Belas da Noite em outro município, ia para a unidade de saúde pela manhã em Aracaju e de tarde eu ia para o Belas da Noite, pegando ônibus... esse detalhe aí, é uma vida”*.

Bosi (2003b) considera a memória oral como um instrumento precioso, pois ela é capaz de trazer o que a história política hegemônica despreza, sem tornar-se o avesso dela: por meio da memória oral, camadas excluídas da história, entre elas as mulheres, tomam a palavra, materializam-se, ampliando os registros oficiais que não conseguem trazer o que de vida há por trás de cada evento. As atas de reuniões de Conselhos Locais, por exemplo, dificilmente trariam informações como *eu fiz muitas reuniões do conselho local à noite porque o povo não podia de dia*. O tempo da memória dança e multiplica horas vivas, mantém energia e força, pois a pessoa ao lembrar, não apenas revive imagens do passado, mas o faz com intensidade porque a

memória se reapresenta ao coração e à consciência e “cada fato bruto é lapidado [...] até que desprenda luz” (ibid. p. 34).

A “memória, onde navegam as histórias de vida narradas, é um engenho delicado para todos. Ela é e precisa ser imprecisa e inventiva, pois muito da plasticidade da existência cabe a ela. [...] A fruição da memória faz eco aos fluxos e ao imponderável da vida, ofuscando o que é convencional, individual ou socialmente. O que importa ao sujeito é a forma como a coisa foi vivida, ou seja, como determinada vivência pregressa compõe com os fatos e elementos afetivos atuais” (Soares, 2023, p. 73)

Conhecimento-narrativa-memória-criação. Nossa memória não existe apenas nos espaços oficiais, como os museus, as bibliotecas, os arquivos oficiais: ela se recria constantemente e é transmitida e reproduzida pelos repertórios orais e corporais, por gestos e hábitos que, desta forma, preservariam saberes. Ela existe em um tempo que não é linear, cronológico e progressivo, mas um tempo curvo, descontínuo, com movimentos de retroação e de avanços, um tempo espiralar, em que a “nossa experiência do presente depende do nosso conhecimento do passado” (Martins, 2021, p. 26).

Nesse “tempo que se curva para trás e para a frente, simultaneamente” (Martins, 2021, p. 14), sempre espiralando, o “passado pode ser definido como o lugar de um saber e de uma experiência acumulativos que habitam o presente e o futuro, sendo também por eles habitado” (ibid. p. 87). O conhecimento acumulado e experienciado nesse tempo não linear, de ressonâncias e recorrências, não possui um modo exclusivo ou privilegiado de ser registrado, como por exemplo, a linguagem discursiva escrita. Esses saberes são cantados, dançados, pintados, falados. Desta forma, a oralidade, a narrativa, a palavra falada têm o poder de preservar saberes, histórias, memórias coletivas e assim fazer durar modos de fazer/saber e resistir ao apagamento imposto pela selvageria neoliberal pois “palavra não é um querer ser sozinho” (ibid., p. 63).

Somos trabalhadoras do SUS constituídas como sujeito por meio das histórias que contamos. “Mais que um lugar onde se ‘recorda’ a história, a memória se torna, aqui, pensável (e indispensável) ‘como’ história” (Conde Rodrigues, 2004, p. 43), como resistência ao processo de apagamento e esquecimento das lutas pela democracia no país.

Para pensar memórias e oralidades com mulheres, retomo Rago (2011) que, ancorando-se numa perspectiva foucaultiana, nos apresenta a busca por um estilo de existência que assegura o testemunho pela própria vida como o escândalo da verdade. A autora traz as narrativas de mulheres e a feitura de outros modos de viver em oposição à ausência de autobiografias femininas. Afirmo que as “mulheres, ao narrar, borram as fronteiras entre público

e privado, ficção e realidade, intimidade e política, o eu e o mundo, especialistas que são na arte da transgressão e do questionamento dos mecanismos de sujeição” (idem, p. 2) e “questionam a força e os modos da linguagem estabelecida social e culturalmente, linguagem que tem o masculino branco como referência e norma” (idem, p. 2). Acrescenta que “com os feminismos, as mulheres passam a desconstruir as narrativas que controlavam as suas vidas e buscam produzir novas cartografias existenciais” (idem, p. 2). Assim, a escrita de si, a colheita e a amplificação das vozes, das estórias de trabalhadoras do SUS Aracaju “não visa apenas garantir uma tranquilidade interior pelo reconciliamento consigo mesma, mas é uma tarefa política” (idem, p. 11).

As memórias das mulheres do SUS misturam-se umas com as outras e com a história da luta coletiva pela democracia no país. Ao narrarem suas reminiscências, marcam sua própria temporalidade e afirmam sua diferença no presente, ousando “mergulhar nas profundidades íntimas de suas experiências vividas e reinterpretá-las” (Rago, 2011, p. 2). Olhar para o passado e narrá-lo, longe de ser apenas um relato confessional, traduz o desejo de renovar-se e de afirmar a liberdade de existir diferentemente no presente, ao tempo que respeita e valoriza as histórias de si e de outras, contando-se, ampliando-se, resistindo.

Passos e Barros (2009), ao falarem sobre a pesquisa em saúde, lembram que “toda prática em saúde se faz no encontro de sujeitos, ou melhor, pelo que se expressa nesse encontro” (idem, p. 151). A decisão de realizar a produção de dados de maneira coletiva partiu da aposta de que, bem ao modo do SUS, na roda, a fala de uma poderia ativar a fala da outra, o que, por sua vez, possibilitaria desdobramentos em outras falas em cada uma delas (Santos; Mendes, 2016). O Método da Roda, ou Paideia, pensado por Campos (2013), foi inspirado em outras rodas: dos pedagogos para iniciar o dia nas escolas, de samba, do candomblé e da ciranda; elas têm em comum a ideia de que “cada um entra com a sua disposição e habilidade sem desrespeitar o ritmo coletivo. O Método da Roda: a roda como espaço democrático, um modo para operacionalizar a cogestão. Mas também a vida girando e se movimentando, sempre: a roda” (idem, p. 4).

Ainda para Campos (2006), o Método da Roda propõe a produção de saúde com as pessoas e não sobre elas. Para isto, objetiva ampliar a autonomia das pessoas através do aumento da capacidade de análise e de intervenção delas sobre o mundo e sobre si mesmas, contribuindo para processos de construção social com grau crescente de democracia e de bem-estar. É uma aposta em um novo modo de fazer gestão no espaço institucional, que considera que cogerir é tarefa de todos/as. Para isso, adota-se como diretriz metodológica a instalação de

espaços coletivos de análise de problemas e deliberação. Neste espaço, trabalha-se sujeitos com diferentes saberes e fazeres, um movimento interferindo e modificando o outro todo o tempo, o que permite o aumento de autonomia e implicação dos/das envolvidos/as.

As rodas, método utilizado inúmeras vezes pelas mulheres deste estudo, nos seus espaços de trabalho em saúde, mas não só, permeiam nossas vidas, são espaço coletivo de aprendizagem-ensino, de troca de ideias e afetos, de respeito, de olho no olho, de escuta, de solidariedade. As rodas têm caráter dialógico e de partilha horizontal, onde cada uma que chega traz consigo suas experiências, inclusive de outras rodas e encontros, e são motivadas a compartilhar no coletivo as reminiscências de suas vivências, experimentando-as, mais uma vez, na roda, coletivizando-as. Como diz Paulo Freire (Freire; Guimarães, 2013), tão importante quanto aprender com a própria estória, é aprender com a estória do outro. Tão importante quanto aprender com a sua e a estória do outro, é, juntas, outrar-mo-nos.

Ao lembrar, narrar episódios, acontecimentos, dores e alegrias, é possível lançar um olhar novo para a própria trajetória, revisitar experiências e perceber-se em movimento. Ao fazê-lo em roda, ouvindo narrativas de momentos comuns que se cruzaram, entrelaçaram, ou até mesmo conhecendo, reconhecendo outros modos de fazer, processa-se coletivamente afetos e emoções, sentidos são fortalecidos e/ou produzidos, pois roda é espaço de criação. Quando a roda é composta por pessoas que estão disponíveis para compartilhar os caminhos percorridos e interessadas na escuta das reminiscências que as outras trazem, a palavra circula livremente e os detalhes do fiar no e com o SUS se fazem perceber. Como falam Ceccim e Kreutz (2016, p. 26), “cada narrativa destinada ao outro produz outros olhares sobre as histórias, histórias de outros olhares, olhares outros de outras histórias sobre as histórias”.

Inspirada em Krenak (2019), na estratégia de contar mais uma história para adiar o fim do mundo; em Bosi (2003a, 2003b), na recuperação do fluxo circular da memória através da narrativa e da oralidade; em Martins (2021), em um tempo espiralar, curvo, recorrente e anelado que retorna, restabelece e transforma o antes e o agora; em Rago (2011), na escrita de si com mulheres em sua afirmação de liberdade; em Campos (2013), na democracia das rodas, a aposta foi em realizar a produção de dados em rodas de mulheres, possibilitando, com suas nossas histórias de cada uma, adiar o fim do SUS. Fazer durar o SUS, tecer em cada passo, em cada roda, com nossas memórias desejanter, qual pode ser a força de um SUS tramado por suas trabalhadoras, mulheres.

3.1. Vozes femininas do e no SUS

me levanto
sobre o sacrifício
de um milhão de mulheres que vieram antes
e penso
*o que é que eu faço
para tornar essa montanha mais alta
para que as mulheres que vierem depois de mim
possam ver além.*
(Kaur, 2018, p. 213)

Escolho ouvir mulheres. Como uma delas, eu senti na pele que me foi forjada o que é crescer em uma sociedade machista e patriarcal que quer governar nossos corpos, moldar nossas falas e sentimentos, nos furta o pensamento com palavras e imagens de ordem. Que faz com que nos sintamos inadequadas em vários espaços até descobrirmos que as barreiras não são nossas, mas fabricadas. Que produz rivalidade entre mulheres, quando elas mesmas se julgam e julgam outras que ousam desafiar os limites da prisão imposta.

Escolho ouvir mulheres trabalhadoras. Aqui nessas terras, mulheres, especialmente mulheres pobres e negras, assim como a terra e as águas, é substrato básico, o fino fio, a matéria-prima para a costura extrativista, brutal, colonial, capital, moderna. Aqui, mulher sempre trabalhou, extenuadamente. Ao pensar a mulher trabalhadora, não podemos ignorar sua dupla, às vezes, tripla, jornada de trabalho: cuidadora, no trabalho na rua (pouco remunerado) e nos trabalhos em casa (não remunerado, costumeiramente chamado de amor); mãe, maior responsável, quando não a única, pelos serviços domésticos. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) aponta, em estudo publicado em 2023, que o cuidado com as crianças e com idosos, denominado trabalho não remunerado, permanece sendo assumido majoritariamente pelas mulheres nas famílias avaliadas.

Escolho ouvir mulheres trabalhadoras do SUS. Conforme já indicado, mulheres representam a maioria da força de trabalho do SUS: elas são mais de 2,1 milhões, o que corresponde a 74% deste grupo²¹. Escolho ouvir e narrar as memórias de suas trajetórias na vida, no SUS, memórias que dão vida ao SUS e sentido ao mundo do trabalho, como forma de resistir à política neoliberal de precarização e privatização que funciona produzindo individualização, automatização e esquecimento, contribuindo assim com a produção de “novas cartografias existenciais” (Rago, 2011, p. 2), alinhando sentidos no presente pela introdução de um passado próximo, não apenas pessoal, mas coletivo, das lutas pela transformação social,

²¹ Matéria publicada no site do Ministério da Saúde na abertura da primeira oficina do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no SUS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/julho/ministerio-da-saude-realiza-primeira-oficina-do-programa-nacional-de-equidade-de-genero-raca-e-valorizacao-das-trabalhadoras-no-sus>.

o que inclui transformação das condições de vida das mulheres brasileiras. Dessa forma, essa pesquisa sustenta-se em linhas de conversação e articulação com mulheres que ousaram mergulhar e compartilhar as experiências vividas, reafirmando sua recusa em assumir o “destino supostamente biológico que lhes foi imposto” (ibid., p. 2), alinhando, SUS adentro e afora, cuidado e política. Se nos foi determinado cuidar, por meio desse imperativo, escavamos espaço de participação e deliberação na esfera pública, problematizando os próprios sentidos do cuidar e atribuídos a quem cuida. É nesse sentido também que solicitamos ampliação do sentido da clínica e da saúde.

Escolho compor memórias de mulheres trabalhadoras do SUS Aracaju. Elas trilham caminhos que não estavam escritos, arriscaram-se “sair do que se é, para criar outros possíveis de ser” (Corazza, 2007, p. 105). Escolho escutá-las em roda por entender que o (bom) trabalho em saúde é construído no coletivo, possibilita coletivizar, nos encontros, entre trabalhadoras, gestoras e usuárias dos serviços. “*São encontros, as memórias que tenho são essas de encontros. E de mudança no jeito de trabalhar, que eu acho tem a ver com mudança na gente mesma*”. “*Vamos trocando, vamos fazendo, vamos aprendendo [...] o que eu aprendo com o outro e trago para a minha vida?*”.

Escolho narrar com essas memórias desejantes de um SUS forte e vivo em nós, nas nossas práticas, memórias que se misturam com a história do SUS Aracaju, como valorização e assinalamento da contribuição de mulheres que vieram antes, como estratégia de fortalecimento de uma história que é contada por vozes femininas, para que elas não sejam esquecidas e possam compor linhas de futuro para pessoas outras que virão, para o que em nós pode vir a ser aqui e agora, para não esquecermos.

Mas que mulheres do SUS escutar? A lista inicial foi criada por meio da minha memória político-afetiva: fiz uma lista de mulheres que me inspiraram no SUS Aracaju e, ao fazer contato com elas e convidá-las para a roda, acrescentava na lista também mulheres que lhes foram inspiração. Mulheres que participaram da construção do SUS e nele permaneceram; que conheceram o SUS na militância dos movimentos sociais e estudantil; que se aproximaram do SUS através da academia. Mulheres que se encantaram e encantaram, que seguem participando do SUS, sustentando-o mesmo nesses tempos de fragilização. Buscou-se trazer uma diversidade traduzida pelas categorias profissionais, espaços ocupados e experiências vivenciadas como trabalhadoras do SUS. Como trabalhadoras do SUS, essas experiências as alinhavam num campo em que se articulam e se reconhecem como sanitaristas. Tal nome traz consigo a marca da luta política pela saúde de todas e cada uma, pela saúde como espaço de transformação

social, invenção de si e de mundos, criação de modos de cuidar e de fazer política. Essa busca resultou em 16 nomes, entre os quais foram escolhidos 9, e os encontros aconteceram com 8 delas.

Desde que a metodologia do estudo foi definida, o número máximo de mulheres para a roda foi estipulado em 9, levando em conta algumas questões: o tempo disponível para a pesquisa, considerando o período do mestrado e o desejo de aproveitar ao máximo as contribuições de cada uma das mulheres escutadas. Sabíamos que, quanto maior o número de mulheres, maior seria o volume de informações, o que nos obrigaria a deixar de fora muitas memórias compartilhadas. A lista inicial foi maior porque imaginamos que teríamos algumas negativas, o que não aconteceu: todos os convites enviados foram aceitos.

Os primeiros convites enviados e aceitos, em um total de 9, foram para mulheres com quem compartilhamos a caminhada em um determinado momento das nossas histórias: uma experiência que acompanhamos de longe, mas que nos tocou e inspirou; mulheres que eram referências para várias outras em áreas específicas; mulheres que exercitavam um saber-fazer coletivo que é parte do SUS desde sua concepção.

Os convites foram enviados em 24/11/2023 através de aplicativo de mensagens de celular. A primeira mensagem era: “Oi, tudo bem? Estou precisando conversar, tenho um convite para você”. Quando recebia a resposta, informava que o convite estava relacionado à minha pesquisa de mestrado. Acrescentava que enviaria o convite e, se elas se sentissem tocadas, poderíamos conversar mais sobre o assunto. Todas as 9 aceitaram o convite inicial e, em seguida, a mensagem com mais informações sobre a pesquisa foi enviada, com a solicitação de participação nas rodas de conversação.

Assim, iniciou-se um movimento para decidir datas e horários que pudessem contemplar todas, considerando que desejava realizar uma roda com todas as participantes. No entanto, a ideia inicial de fazer apenas uma roda com todas as trabalhadoras não foi possível por motivos os mais variados. Como cartografar é pensar em arranjos diferentes o tempo inteiro, alternar estratégias, refazer os passos (Santos; Mendes, 2016) e seguir os movimentos que surgem no caminhar da pesquisa, ajustamos a trajetória e marcamos duas datas, com quatro mulheres em um dia e cinco em outro. Lembretes foram enviados, também por mensagem, no começo da semana e na véspera dos encontros.

A primeira roda aconteceu em 09/12/2023. Quatro mulheres foram convidadas, três compareceram. Uma das mulheres, apesar de aceitar e concordar com a data e horário, não respondeu às mensagens enviadas como lembretes no começo da semana, na véspera e no dia.

Considerarei como desistência e respeitei, sem insistir mais. A segunda roda aconteceu em 14/12/2023: eram cinco convidadas, compareceram três. Uma delas teve a mudança para outro estado antecipada para o dia da roda, mas concordou em receber o material por e-mail e responder da forma como achasse mais conveniente (texto, áudio ou vídeo). Recebi as respostas às perguntas da pesquisa por texto via e-mail em 17/01/2024. A segunda que não compareceu, informou que tivera problemas com a agenda de trabalho e outra data foi marcada. Esta conversação entre duas pessoas aconteceu em 04/01/2024.

Antes das rodas de conversação, as mulheres preencheram um formulário impresso com as seguintes informações: nome completo, idade, raça/cor, formação, ano que finalizou a graduação, pós-graduação/qual, natureza do trabalho atual (gestão, serviço, ensino, outro), ano que entrou no SUS. Além disso, também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

As duas rodas e a conversa entre duas pessoas foram gravadas. As transcrições das gravações foram feitas e revisadas durante o mês de janeiro de 2024 e durante toda a escrita do texto. As perguntas pensadas serviram como guia durante as rodas, no sentido de funcionarem mais como pontos de partida para a troca que ali se daria; desta forma, não foi possível utilizar todas. Na conversa entre duas pessoas e no material enviado por e-mail utilizamos todas as perguntas. O guia de perguntas incluiu as seguintes: como chegou no SUS e que percursos fez nele? Nesse seu caminho pelo SUS, compartilhe situações marcantes, pontos de virada, pontos de conflito, mudanças na sua maneira de trabalhar. Na trilha do SUS, o que lhe guia/inspira? O que aprendeu no SUS? Como estar no SUS construiu/modificou seu fazer em saúde, suas práticas educativas, sua atuação clínico-política? Que tensões e atravessamentos foram vivenciados no exercício da coexistência com outros sujeitos e coletivos? Que componentes contribuem para sua formação e atuação no SUS? Considerando que a formação para o SUS acontece de maneira transversal, coletiva e no território, que estratégias utilizou/utiliza para encurtar a distância entre a formação acadêmica e a vivência no cotidiano do SUS? O que lhe moveu/move para permanecer no SUS?

Foram oito mulheres com idades entre 62 e 36 anos, enfermeiras, médicas, assistentes sociais, musicoterapeutas, fisioterapeutas e psicólogas; no quesito raça/cor se autodeclararam brancas (3), preta (1), pardas (3) e indígena (1). Todas as mulheres que participaram da pesquisa possuem experiência em redes e espaços diversos, a exemplo da Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, hospitais, maternidades, saúde mental e espaços de gestão, no nível municipal, estadual e federal. Algumas estão vinculadas aos SUS desde a luta pela sua

construção e outras aproximaram-se dele, mais recentemente, por meio dos movimentos acadêmicos ou sociais, o que faz com que tenhamos uma diversidade de idades e de início formal, via vínculo de trabalho, na saúde pública e no SUS: aquela que primeiro chegou nessa caminhada, o fez em 1986 e a que se juntou ao grupo das trabalhadoras por último, chegou em 2012.

Mulheres que constituem, cada uma delas, constelações de gente linda, que não são iguais, que em suas diferenças, compartilham e fiam o espaço do SUS (Krenak, 2019); mulheres espalhadas pelo SUS Aracaju, que cantam, dançam e fazem chover força, resistência, persistir a alegria por onde passam. Contar essas histórias é minha maneira de honrar o que elas foram/são, as pegadas que deixam e que inspiram outras, para assim adiar o fim de uma luta que vai muito além da defesa de uma política pública de saúde, uma luta de vida, da alegria de estarmos vivas a fiar, pelo nosso trabalho, possibilidades de vida outra, para nós, e para o SUS. Foram histórias compartilhadas, confiadas a mim em duas rodas de conversa, uma conversa bi-pessoal e presencial e outra à distância.

O que pretendo com este texto é lançar um olhar, sempre incompleto e limitado, mas que almeja o ilimitado da vida de mulheres, sobre os encontros e acontecimentos narrados por elas, buscando sentir a pulsação do que transborda, inspira, move todas e cada uma. São histórias de si, partes da minha própria incluída neste mosaico de reminiscências, de experiências que nos tocaram e nos aconteceram (Larrosa, 2002), e que compõem um pouco do SUS Aracaju.

Ao trazer as falas, por questões éticas, por desejar ressaltar um território comum constituído por essas memórias e pelo atuar no SUS, escolho não identificar nenhuma delas. Deixo-me guiar pelas narrativas de si dessas mulheres, entrelaçadas com risos e choros, que falam de uma coragem imensa, nem sempre percebida e valorizada, de estar no mundo e insistir, ousar em se fazer no coletivo, ousar fazer coletivo. “*O SUS modificou a minha vida, eu me reconheci nesse lugar como um ser coletivo. Por que lutar por algo individual se eu sou uma pessoa do coletivo?*”. Para essas mulheres, estar no SUS é não haver separação entre o trabalho e a vida, pois se trata do trabalho como vetor de existencialização, como afirmação da vida; é ser perpassada permanentemente pelo desejo de vida na definição de caminhos, na orientação das escolhas e no alargar do olhar que amplia si e mundo.

4. O SUS POR UM FIO. A FEMINIZAÇÃO DO SUS.

Ao reconhecer que “vivemos em uma fase neoliberal do capitalismo, marcada pela superexploração do capital” (Borges, 2024, n.p.), o autor alerta para o risco de desmantelamento do SUS, utilizando-se, por exemplo, do discurso de que o sistema se tornou inviável face à realidade econômica e administrativa do país e que deveria ser reorganizado de forma a se restringir ao atendimento das pessoas que não podem pagar por seguros de saúde privados. O autor assinala a cilada que essa visão do sistema, que seria um processo de privatização disfarçado de modernização, significa para o SUS. A tese de que o SUS deveria adotar um formato híbrido, no qual o setor privado poderia trazer soluções mais eficientes em áreas que o sistema encontra dificuldades, como as de alta complexidade tecnológica, na verdade resultaria, como observado no Sistema Nacional de Saúde Britânico, na fragmentação do sistema, na perda do controle público sobre a saúde e no aumento dos custos administrativos (Borges, 2024).

As ameaças ao SUS tiveram início desde sempre, antes mesmo do seu nascimento; na promulgação da Constituição de 1988, quando o sistema começou a ser minado e desfinanciado, e permanece atualmente com a restrição fiscal que reduz sua capacidade de atender as necessidades de saúde da população. A proposta de adoção de um modelo híbrido, na verdade, é a saída que o setor dos seguros de saúde, que segue a tendência de limitar cada vez mais a cobertura para quem compra seus serviços, busca para continuar se beneficiando às custas do SUS. O que sabemos é que o SUS, apesar do subfinanciamento crônico, cuida de 75% da população do país com apenas 40% do recurso total de gasto público. Os 60% restantes dos recursos vão para 25% da população que contrata seguros privados de saúde, mas utiliza o SUS para os serviços não realizados pelo setor privado, como a vigilância em saúde, o SAMU, os transplantes e outros inúmeros tratamentos de alta complexidade (Borges, 2024).

Empobrecido, esvaziado, subfinanciado, atacado por todos os lados, pelos novos modelos de gestão de lógica privatizante (organizações sociais, organizações da sociedade civil de interesse público, fundações estatais de direito privado), por processos seletivos simplificados, interesses político-partidários orientando decisões, fragmentação de uma formação que deveria ser voltada para a construção coletiva do cuidado, o SUS agoniza. Contudo, sua força de trabalho é de grande magnitude:

A relevância da força de trabalho vinculada ao sistema de saúde brasileiro é bastante visível em termos de abrangência, diversidade e participação nos níveis de empregabilidade no país. Em fevereiro de 2021 (DATASUS, 2021) estavam vinculados a serviços públicos e privados no Brasil aproximadamente 3,4 milhões de trabalhadores, sendo: 13,5% médicos, 9,3% enfermeiros, 23,6% pessoal técnico de enfermagem, 8,44% Agentes Comunitários de Saúde; 36,8% com formação mínima

de graduação, 27,5% com formação técnica; 25,5% em atividades administrativas. (Ferla et al., 2021, p. 32)

Esta força de trabalho, segundo Teixeira et al. (2021), passa por um processo de feminilização, observando-se um aumento no número de mulheres no mercado de trabalho em saúde no Brasil, fenômeno verificado no período pós-70. Esse processo de feminilização é acompanhado por um processo de feminização do Sistema.

Yannoulas (2011) sinaliza uma importante distinção entre o conceito de **feminilização**, que corresponde ao significado quantitativo, ou ao aumento relativo do sexo feminino na composição de uma profissão ou ocupação (com mensuração e análise por meio de dados estatísticos), e o conceito de **feminização**, que está relacionado ao significado qualitativo, aludindo às transformações na esfera dos valores sociais. Segundo a autora, existe uma intensa relação entre o acesso massivo de mulheres a uma profissão ou ocupação (feminilização) e sua transformação qualitativa (feminização), pois à medida que aumenta a presença feminina, diminui o prestígio social da profissão. (Yannoulas, 2011, *apud* Teixeira et al., 2021, p. 43)

Com o processo de feminilização, assiste-se justamente à diminuição do prestígio social do trabalho em saúde, que se caracteriza por:

[...] extensas jornadas, com duplos e muitas vezes triplos vínculos, associadas às dificuldades decorrentes do trabalho noturno e dos desafios temporais típicos do trabalhado em turnos, como o “desencontro” de horários em relação àqueles praticados socialmente e o desajuste fisiológico, se somam às atividades voltadas para o âmbito doméstico, majoritariamente feminino. (Teixeira *et al.*, 2021, p. 44)

Os pontos evidenciados acima atingem as mulheres trabalhadoras da saúde de uma maneira mais intensa, o que repercute na saúde física e mental delas, considerando, ainda, a responsabilidade socialmente imposta pelas tarefas domésticas, que envolvem o cuidado com a casa, as crianças e os idosos em prol do cuidado, traduzido aqui, na estruturação e manutenção da família funcional para o progresso da pátria amada, mãe gentil.

A pandemia da COVID-19 acentuou ainda mais as desigualdades de gênero já existentes no mundo e no Brasil, reduziu a qualidade de vida das mulheres e evidenciou a predominância delas nas equipes de saúde (Hernandes; Vieira, 2020). No mundo, este percentual chega a 70%. O Brasil acompanha esta tendência, conforme dados do relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) de 2020 apresentados pelas autoras: naquele ano, 78,9% da força de trabalho na saúde (serviços públicos e privados) era formada por mulheres. Nesta análise, as categorias profissionais incluídas foram apenas médicas, agentes comunitárias de saúde e profissionais de enfermagem e, com exceção da categoria médica, onde as mulheres correspondem a cerca de metade da força de trabalho, nas demais categorias as mulheres representam maioria absoluta. A avaliação realizada aponta outro dado importante: as mulheres

médicas, mesmo com características de trabalho similares aos homens, como carga horária, número de plantões e especialização, recebem remunerações menores que seus colegas. O estudo conclui que o fato somente pode ser associado à discriminação de gênero.

Conforme sinalizado anteriormente, segundo dados disponíveis no site do Ministério da Saúde, a força de trabalho do SUS é também majoritariamente feminina e atualmente corresponde a 74% do total de trabalhadores do sistema. No entanto, o reconhecimento oficial por parte do MS da necessidade de promover um ambiente de trabalho seguro para as mulheres, livre de violências e que acolha as trabalhadoras no processo de maternagem, trabalhadoras negras, de comunidades tradicionais, trans, entre outras especificidades, somente aconteceu em 2023, no lançamento do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no SUS (Brasil, 2023). Esse reconhecimento chega em um momento em que as mulheres trabalhadoras do SUS ainda sentem, no cotidiano do trabalho, a discriminação de gênero, como sinaliza uma delas:

Sabe o que eu tenho sentido? O machismo, nas miudezas, do tipo, isso? Isso não é vigilância! Ou então assim: seja mais objetiva. Ou então: como assim você foi sem me consultar? Vindo de homens, que é diferente de vir de mulheres. Tenho sentido isso, de um jeito de não reconhecer, de achar o tempo inteiro que, quando você está sendo você, você é a louca.

Ao olhar para esta força de trabalho, que é majoritariamente feminina, que nasceu com o SUS já acontecendo, observamos que parte dela possui pouco ou nenhum conhecimento sobre saúde coletiva, equipe multiprofissional, redes de atenção ou conceito ampliado de saúde. Estas trabalhadoras passaram por escolas que não formam para o cuidado em saúde no SUS, com raras exceções de um ou outro polo educacional, uma ou outra disciplina que busca apresentar o SUS e alguma inserção das alunas nos serviços do SUS. Além disso, a academia e a gestão local do SUS ainda não valorizam a preceptoria como algo fundamental para a formação em saúde, que deve acontecer no cotidiano do SUS, e não oferecem estímulos para a trabalhadora que é também preceptora.

A trabalhadora que chega hoje nos serviços públicos de saúde tem pouco ou quase nenhum amparo legal da previdência social pela adoção, por parte dos municípios e estados, de contratos temporários que implicam em fragilidade do vínculo empregatício. Associado a isto, é quase inexistente a realização de atividades de Educação na Saúde, responsável pela compreensão da organização do cuidado em redes e pelo estímulo à reflexão sobre o cotidiano do trabalho no SUS. Consequentemente, esta trabalhadora tem pouco conhecimento sobre o

histórico de luta que resultou na conquista da política de saúde e das outras políticas públicas, tomando o SUS apenas como um empregador, para quem se entrega um serviço fragmentado, sem um olhar ampliado para as Redes de Atenção ou para o cuidado construído coletivamente por diversas categorias profissionais. Além disso, figura novamente a “antiga” ideia de um SUS para pobres, em que qualquer prática, quase como caridade, bastaria.

A precarização do trabalho no SUS é um tema sobre o qual já se discutia em 2003, quando o MS criou o Comitê Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS) vinculado à SGTES (Brasil, 2006a), como parte da política de valorização da trabalhadora e com o objetivo de elaborar políticas e diretrizes para a desprecarização do trabalho no SUS. O Comitê, formado por representantes da gestão federal e por trabalhadores/as, definiu trabalho precário como aquele “relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto” (ibid., p. 13), e “caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS” (ibid., p. 13).

A implantação de uma política que buscava a promoção de contratos efetivos via concurso público de forma a valorizar o/a trabalhador/a é crucial para a mudança de uma lógica de acesso ao trabalho não democrática. O DesprecarizaSUS, no entanto, não teve capilaridade e não alcançou o interior do sistema em função do seu desconhecimento ou não adoção por parte daqueles que sabiam da sua existência. Importante ressaltar também que não impediu os contratos temporários que ainda prevalecem como vínculos de trabalho precário na área da saúde.

O DesprecarizaSUS priorizou as questões jurídico-administrativas, ou seja, combateu a fragilidade de vínculos e o não cumprimento dos direitos sociais preconizados pela constituição, a exemplo do direito à previdência, férias e descanso remunerado e aposentadoria, mas ignorou as relações humanas e sociais que podem implicar em uma forma de precarização laboral. Não podemos ignorar que a conquista dos direitos trabalhistas, como a garantia de estabilidade, são muito importantes. Eles não são, no entanto, suficientes para proporcionar satisfação no trabalho e reduzir sofrimento: faz-se necessário compreender que os espaços de trabalho “são atravessados por políticas e relações interpessoais diversas” (Silva; Souza; Teixeira, 2017, p. 103) e investir na modificação das relações de trabalho de forma a suscitar laços de solidariedade e cooperação no cotidiano (ibid.).

Desprecarizar, portanto, demanda a realização de mudanças institucionais que ultrapassem a esfera jurídico-administrativa e incluam as relações pessoais de trabalho, de forma a promover condições favoráveis para a criação de espaços e processos democráticos de discussão e reflexão permanente sobre condições dignas de trabalho, valorização dos diferentes saberes e compreensão da dimensão subjetiva e social do trabalho (Silva; Souza; Teixeira, 2017). Ignorar a complexidade das relações de trabalho e reduzi-las à garantia de estabilidade e regularização dos vínculos de trabalho pode levar, por parte das trabalhadoras inseridas no Sistema, à não compreensão da força ético-política do SUS e do impacto das mudanças operadas por ele na sociedade. Estar no SUS, não conhecer sua história e o modelo de sociedade que ele defende, não reconhecer as mudanças operadas por ele, aliado a outras políticas públicas, no cotidiano das pessoas, implica em ter trabalhadoras que não lutam pela permanência das conquistas.

É tão difícil quando a gente vê uns colegas... eu fui para uma reunião pouco antes de me aposentar e a pessoa falou: nem precisa de CAPS²², para que ter CAPS? Porque não viveu o Garcia Moreno²³, né? Porque se for ler, vai entender. Quando eu ouvi aquela menina dizendo, 'não, por mim pode acabar', deu uma dor. Estávamos em uma discussão de que ia privatizar, porque ia fechar um... essa frase ficou. Ela trabalha lá e não defende. É muito difícil isso porque o SUS não está dado, sempre está em disputa, a gente viu Bolsonaro, né? Não está dado, a gente construiu, mas acaba e eu vi acabando.

Mas, ainda assim, gangrenando em meio a subfinanciamento, precarizações e privatizações, o SUS hoje se sustenta nos sonhos e no fazer de trabalhadoras que participaram de sua idealização, construção e que se constituíram como sujeitos, trabalhadoras, cidadãs atravessadas por ele. Mas, quando elas se aposentarem, se forem, o que restará ao SUS, do SUS? “Então, eu comecei em 86, ainda não era SUS, era SUDS”: a fala aponta para uma concretude que é o envelhecimento daquelas que fizeram parte dessa construção, mas também para quem chegou há “*pouquinho tempo, 13 anos*” e olha para quem veio depois e já se considera “*ancestral no SUS*”. Serão elas, as que chegaram antes e as que vieram depois, capazes de frear essa política de governo neoliberal pelo esquecimento?

²² Centros de Atenção Psicossociais, serviços de base territorial substitutivos ao modelo asilar de cuidado a transtornos mentais.

²³ Referência ao antigo Hospital Psiquiátrico Garcia Moreno, inaugurado em 1979 e desativado em 2007. Informações disponíveis em: [https://www.se.gov.br/noticias/governo/governador-visita-instalacoes-do-antigo-hospital-garcia-moreno#:~:text=Inaugurado%20em%201979%2C%20o%20Hospital,e%20da%20Cidadania%20\(Sejuc\).](https://www.se.gov.br/noticias/governo/governador-visita-instalacoes-do-antigo-hospital-garcia-moreno#:~:text=Inaugurado%20em%201979%2C%20o%20Hospital,e%20da%20Cidadania%20(Sejuc).)

Desde sua ousada criação coletiva, num cenário de uma democracia que já nascia de mãos dadas com a economia neoliberal, o Sistema sofre ameaças e ataques. O que, atualmente, pode contribuir para sua continuidade, permanência, existência? Arrancadas de nossos coletivos, individualizadas, sem produção de sentido e compartilhamento, como podemos dar sustentação aos nossos sonhos de um SUS que dá certo? Como adiar o fim do SUS? São perguntas que atravessam o coração desse texto e que despertam sensações diversas, que se alternam, se sobrepõem, mas que, até a data desta escrita, não fizeram abandonar a peleja que é estar no SUS e manter-me em sua defesa.

Há muitas pessoas, muitas práticas que me ensinaram, inspiraram, contribuíram para alargar o olhar nesta caminhada. Elas caminham comigo, com esse texto e essa escrita-protesto, em sonhos que possam germinar direções e saídas múltiplas para os dilemas do nosso presente. Se há bem pouco tempo temíamos por ser enfeitiçados pelas políticas públicas, não pautando o Estado, de fora; nesse momento, o que desejamos é manter as políticas públicas de pé e algum direito constitucional garantido minimamente, como o direito à saúde. O que queremos é muito: o básico.

Dessa forma, o texto faz-se da inspiração que os encontros no SUS proporcionam ao longo de sua escrita para, quem sabe, contribuir para o nascimento de outras estrelas que irão virar constelação (Krenak, 2020), brilhar e iluminar as trilhas do SUS para quem vier e quiser se juntar a nós nessa des/re/construção afetiva-coletiva. Paulo Freire (2011) lembra porque continuo me movimentando, resistindo, acreditando:

Não posso [...] cruzar os braços fatalistamente diante da miséria, esvaziando desta maneira, minha responsabilidade no discurso cínico e ‘morno’, que fala da impossibilidade de mudar porque a realidade é mesmo assim. O discurso da acomodação ou de sua defesa [...] é um discurso negador da humanização de cuja responsabilidade não podemos nos eximir. (Freire, 2011, p. 74)

Se o “amanhã não é algo pré-dado, mas um desafio, um problema” (Freire, 2011, p. 73), se não estamos no mundo sozinhos, se “andamos em constelação” (Krenak, 2020, p. 24), sigo aprendendo, compartilhando, respeitando e valorizando a luta e a história de quem veio antes, com o olhar sempre voltado para o mundo que quero deixar para quem vem depois. Entre as estrelas que apontaram o caminho, algumas delas contribuíram diretamente para que este texto pudesse existir. São as mulheres com quem conversei em busca de respostas para as perguntas acima, listadas, com autorização, em ordem alfabética: Chenya Valença Coutinho, Cristiani Ludmila Mendes Sousa Borges, Katia Maria Menezes de Aragão, Kyzze Correia Fontes, Marília Oliveira Uchôa, Mariza Lima Almeida, Priscilla Daisy Cardoso Batista e Sony Regina

Petris. Essas mulheres escrevem comigo essa dissertação. Essa é a ética que guia essa pesquisa: fazer com.

4.1 Uma velha aprendiz

Acho que “idoso” é uma palavra “fotoshopada” – ou talvez um lifting completo na palavra “velho”. E saio aqui em defesa do “velho” – a palavra e o ser/estar de um tempo que, se tivermos sorte, chegará para todos. Chamar de idoso aquele que viveu mais é arrancar seus dentes na linguagem. Velho é uma palavra com caninos afiados – idoso é uma palavra banguela. Idoso e palavras afins representam a domesticação da velhice pela língua. (Brum, 2012, n.p.).

O envelhecimento tem início no nascimento, quando o relógio biológico começa a marcar a viagem das células até nos transformarmos (se o capitalismo não nos matar antes) em “poesia em pergaminho”, como nos lembra Adélia Prado²⁴. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) afirma que, nos países desenvolvidos, velhas são as pessoas com 65 anos ou mais; nos países em desenvolvimento, como o Brasil, são aquelas com 60 anos ou mais (Sobrinho *et al.*, 2024). Somos velhas, portanto, eu e algumas das mulheres escutadas, enquadradas em leis que buscam nos proteger contra todo e qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão (Brasil, 2003b), mas que ainda não conseguem garantir acesso, para a maioria de nós, à educação, renda e nutrição, potenciais determinantes para a longevidade (Sobrinho *et al.*, 2024).

No Brasil, segundo o Censo 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nós mulheres com 60 anos ou mais somos 55,7% da população; o censo aponta que o número de jovens, categoria identificada na base da pirâmide etária, tem diminuído desde 1990, resultando na perda do formato piramidal de 2000 em diante (IBGE, 2022). Essa mudança no perfil da população pode ser associada a alguns fatores, a exemplo de:

[...] melhoria no acesso aos serviços de saúde, campanhas nacionais de vacinação, avanços tecnológicos, aumento do número de atendimentos pré-natais, acompanhamento clínico dos recém-nascidos e incentivo ao aleitamento materno, aumento do nível de escolaridade da população, maior investimento em saneamento básico e melhor percepção dos indivíduos com relação às enfermidades (Sobrinho *et al.*, 2024, p. 7).

²⁴ Páscoa, poema de Adélia Prado, poeta, contista, romancista, professora e filósofa, disponível em: <https://www.pensador.com/frase/MzQ5NTk2MA/>

No entanto, o envelhecimento atinge de maneira diferente as mulheres, principalmente aquelas pretas e pobres, porque elas estão mais expostas a cenários de violência, discriminação, abandono familiar, carências afetivas, doenças crônicas, depressão, salários menores e maior dependência de recursos externos, como de políticas públicas, o que implica em uma situação de maior risco social (Sobrinho *et al.*, 2024).

Quem é essa mulher que envelhece e que permanece sentindo todos os dias o peso da discriminação e que, se não estiver atenta, pode ser capturada e silenciada? A experiência de envelhecer pode assustar, desestabilizar, paralisar e despertar a pergunta: que territórios restam para a mulher velha habitar em “um mundo capital neoliberal do homem branco, razoável e jovial?” (Monteiro, 2023, p. 25). Cabe a essa mulher estar na academia, no mestrado, como aluna?

Lembro das várias vezes que, nas andanças pela UFS, fui chamada de professora por trabalhadores/as administrativos/as e de serviços gerais e dos sentimentos causados pela ‘confusão’: na primeira vez, susto; nas seguintes, constrangimento (e agora, tento explicar ou deixo para lá?) e diversão (que delícia ser só aluna, velha!). As memórias são também de estranhamento (meu, com certeza e quem sabe de quantas mais?). Quando, no primeiro dia de aula, sou a única velha em uma sala com cerca de 40 alunas entre 20 e 30 anos, fui tomada por constrangimentos, inclusive afetivos, afetos de constrangimento, talvez pudesse assim nominar, que permaneceram durante todo o primeiro semestre e que quase me paralisaram. Cabe a essa mulher permanecer no mundo do trabalho por escolha sem precisar encarar cotidianamente a pergunta do motivo de não ter ainda se aposentado? Ou a ela devem, obrigatoriamente, restar somente as memórias - nem sempre consideradas importantes, memórias que devem ser arquivadas, memórias que com ela deveriam estar próximas do fim - e o cuidado com as netas (se as tiver) e consigo, enquanto assim for permitido?

A sociedade (capitalista) rejeita o velho, não oferece nenhuma sobrevivência à sua obra. Perdendo a força de trabalho ele já não é produtor nem reproduzidor [...] A moral oficial prega o respeito ao velho, mas quer convencê-lo a ceder seu lugar aos jovens, afastá-lo delicada, mas firmemente dos postos de direção [...]. Que ele nos poupe de seus conselhos e se resigne a um papel passivo. (Bosi, 1995, p. 78-79, *apud* Soares, 2023, p. 82)

As mulheres do SUS Aracaju já tiveram sua inserção em serviços questionada por causa da idade, como relata uma delas:

Ficamos eu e meu marido sem emprego, isso era 2001, tem 22 anos, né? Fui me oferecer como voluntária no São Lucas²⁵. Diga, que loucura... alguém tinha que trabalhar, né? Eu tinha 35 anos na época e a pessoa que me recebeu disse: “Você está muito velha para recomeçar. Olha, você vai ser alvo de chacota, está muito velha” ...

Mas isso não as impediu de seguirem e construírem suas estórias. Elas sabem que não podem estancar o processo de envelhecimento e nem o querem, pois estariam assim estancando a própria vida. Elas desejam experimentar “mulheridades possíveis” (Monteiro, 2023, p. 26), subverter a ideia “do corpo velho como palco do adoecer e perecer” (ibid., p. 24) e tornar-se/fazer-se outras, protagonistas de vidas plurais, vidas coletivas; elas querem “viver o tempo em sua intensidade e não em sua extensão” (ibid. p. 24). Um tempo, como entendem os conhecimentos e comunidades indígenas, que não é linear, mas circular, porque é o tempo da natureza, onde existe apenas passado e presente: o tempo da memória, que dá sentido ao nosso existir, e o tempo do agora, cujos conflitos existenciais são resolvidos acessando as memórias ancestrais, colhidas e compartilhadas no tempo dos encontros (Soares, 2023).

A memória individual das mulheres escutadas, sejam velhas hoje ou em processo de virem a ser, não são isoladas ou fechadas: elas se apoiam nas memórias umas das outras para preencher lacunas, passar adiante estórias tramadas por suas mãos e compor uma memória coletiva, que se faz resistência, que desbloqueia os caminhos do ensinar/aprender, que deixa suas marcas e rastros para impedir o apagamento de suas vidas, de suas histórias.

²⁵ O Hospital São Lucas é uma instituição privada não conveniada com o SUS Aracaju.

5. (DES)APRENDIZAGEM E LUTA NO SUS ARACAJU

Aprender é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito.
(Freire, 2011, p. 68)

Mulheres trabalhadoras, matéria-prima do extrativismo e brutalismo desses tempos neoliberais e neoconservadores, somos constituídas como massa de utilidade produtiva e docilidade política, vidas sacrificadas sem escrúpulo pelo capital, cujos corpos têm sua capacidade de resistir reprimida ou desmantelada, seus afetos, linguagem, desejos, sonhos, pensamentos capturados (Mbembe, 2020 *apud* Pelbart, 2020). Quando ousamos compor os quadros dos movimentos sociais, ali também enfrentamos modos de fazer política masculinizados, endurecidos, ali também encaramos desigualdades de gênero.

Duas palavras que expressam a história das mulheres no SUS Aracaju: aprendizagem e luta. Se a luta pelo SUS tem como escopo uma transformação societária, ela envolve desaprendizagens, mudanças nas formas de nos constituirmos como trabalhadoras e como mulheres, nessa aventura de nos tornarmos o que não pudemos ser ainda.

Marcia Tiburi (2018) define luta como bom afeto, algo que inspira e instiga, uma ação poética que traz a ideia de criação (Tiburi, 2018). Nesse espaço e tempo de criação, a luta pelo SUS alinhava-se com a luta feminista; um ensaio por um modo de fazer política feminino, positivando este termo tão apequenado, entendendo nossas práticas político-clínicas femininas no SUS, seja na atenção ou na gestão, como potencializadoras de transmutações transversais que se deslocam da determinação da ‘minha’ própria vida, nomeada como de mulher e de trabalhadora, para a vida de outras mulheres, trabalhadoras, usuárias do sistema, brasileiras. Além do pessoal que é político, dos enfrentamentos nos espaços domésticos em conflito, do entendimento de que este conflito não se fecha em casa, posto que é extensão da realidade social, almejamos participação na esfera pública, ensejando novos modos de fazer política, tomando-a não somente como controle da vida, mas como manifestação de modos de vida, também de mulheres (Ribas, 2019).

As histórias que dão corpo a essa pesquisa falam de mulheres que abriram caminho para novas práticas de gestão e atenção em saúde, trilhando lugares novos para si e outras, enfrentando ameaças e imposições morais e capitais de modelo de saúde, de mulher, de fazer política. E o fizeram coletivamente, aprendendo com quem chegara antes e/ou umas com as outras. A chegada de uma delas em um manicômio estadual, acompanhada de dois colegas que

faziam parte do Movimento da Luta Antimanicomial, parece mensurar o que se está tentando dizer.

Era um lugar de prisão, de tortura [...] os pacientes todos com medicação demais [...] um cheiro horrível [...] eles não tinham nome, tinham número [...] ninguém tinha talher. A gente começou o movimento de Luta Antimanicomial de Sergipe [...] a gente começou a fazer pequenas revoluções lá dentro [...] fui ameaçada de morte, os filhos do dono do hospital jogaram o carro em cima de mim [...] os hospitais não queriam saber do novo modelo.

A situação repetiu-se quando a mesma trabalhadora interferiu em um “esquema” de um político local que costumava se beneficiar ao “conseguir” benefícios sociais garantidos por lei para moradores de uma comunidade de Aracaju. “*O benefício da LOAS, qualquer benefício, as pessoas iam para ele e ele intermediava. Comecei a receber umas ameaças porque comecei a falar para as pessoas que era direito delas e não precisavam pagar nada nem trocar por voto*”.

A formação em saúde e a educação permanente de profissionais de saúde são parte do SUS desde sua criação quando se percebeu que, para efetivar a mudança da lógica do cuidado em saúde, era necessário transformar também as práticas educativas. Desde então, o tema da formação tem sido objeto de estudo de trabalhos acadêmicos e dos processos de reforma dos currículos na área da saúde. Em 2004, a EPS surge como política e agenda central do MS, tendo suas diretrizes de implementação definidas em portaria no ano de 2007. A partir daí, constituiu-se como ação estruturante da formação em saúde e estratégia fundamental para as transformações e qualificações do trabalho no SUS.

A EPS é uma estratégia político-pedagógica que toma como objetivo os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação do controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto. Objetiva, assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal (Brasil, 2018, p. 13).

Como surgiu o conceito de EPS e como ele se manteve tão forte e presente nas discussões sobre a formação no e para o SUS? Ceccim (2005) traz um pouco do caminho pedagógico da EPS, compreendida como processo de colocar o cotidiano do trabalho e a formação em saúde em análise, a partir do olhar de alguns educadores.

Inicialmente ele aponta que a EPS pode corresponder a alguns conceitos como Educação em Serviço, Educação Continuada e até mesmo Educação Formal de Profissionais, se considerarmos alguns aspectos de cada um deles. Por exemplo, os conteúdos, recursos e instrumentos utilizados para a formação técnica que objetiva mudanças institucionais ou de orientação política das ações, como no caso da Educação em Serviço. Ou a Educação Continuada, quando esta busca a construção de quadros institucionais para um serviço ou lugar específicos. E, por fim, a Educação Formal de Profissionais, quando esta apresenta-se porosa à realidade das diversas vivências profissionais e a relação destas com o mundo do trabalho e o mundo do ensino (Ceccim, 2005).

O autor segue apresentando as linhas seguidas por alguns educadores para a EPS. Para alguns, ela é um desdobramento das práticas freirianas e de seus princípios e diretrizes, das quais adotou a noção de aprendizagem significativa, que coloca o/a aluno/a como protagonista da aprendizagem, ao considerar os saberes e experiências de cada um/uma como essencial ao processo pedagógico (Ceccim, 2005).

Outros educadores consideram que a EPS seria um desdobramento dos estudos de René Lourau e George Lapassade que propuseram a mudança da noção de Recursos Humanos ao introduzir a ideia de coletivos de produção e a criação de dispositivos que possibilitem a este coletivo reunir-se e discutir sobre a reformulação de estruturas e o processo produtivo. Desta linha provem as noções de autoanálise e autogestão utilizadas na EPS (Ceccim, 2005).

Há outros caminhos, estes sem filiação, que orientam o processo pedagógico conhecido como EPS e são estes que o autor assume para si e que seriam também a fundamentação teórica deste estudo: o desdobramento de vários movimentos que buscam a mudança na formação dos profissionais de saúde e que resultam “da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde” (Ceccim, 2005, p. 162). Não pode ser ignorada, mais especificamente no Brasil, uma aproximação cultural e analítica com Paulo Freire, ao tempo em que os movimentos de mudança na educação de profissionais de saúde apontam para uma intensa produção original, com alguns nomes citados pelo autor e que aparecem neste texto, como Rogerio Carvalho Santos e Emerson Merhy.

A ideia da formação para o SUS é algo que foi pensado junto com a própria concepção do sistema e foi inserido na Constituição Federal no Art. 200, inciso III, que define que cabe ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (Brasil, 1998). A Lei 8.080/1990, Lei Orgânica da Saúde, reforça essa competência no Art. 6º, inciso III e determina

a “criação de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior”, que teriam a “finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições” (Brasil, 1990a, art. 14, parágrafo único). Além disso, determina que compete à União, Estados e Municípios a “participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde” (idem, art. 15, inciso IX). O Art. 16, inciso IX afirma que compete à direção nacional do SUS “promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde”. No capítulo específico de Recursos Humanos, o Art. 27 traz que “a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo”, e esta deve incluir “todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (idem, inciso I) e reforça no parágrafo único do mesmo artigo que “os serviços que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional”.

A partir da instituição do Sistema Único de Saúde, das competências de cada ente federativo, da reordenação necessária dos diversos níveis de gestão, fez-se necessário pensar e implantar um novo modelo de atenção, capaz de atender aos princípios da integralidade da assistência, universalidade do acesso e a igualdade da assistência sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. O maior desafio que surgiu naquele momento estava relacionado aos Recursos Humanos e à efetivação do Artigo 200 da Constituição Federal, considerando que a responsabilidade de boa parte da formação e capacitação de pessoal é do Ministério da Educação, a regulamentação das relações de trabalho cabem ao Ministério do Trabalho e o campo da regulação profissional possui leis específicas, cujo acompanhamento e fiscalização acontece através dos Conselhos Profissionais. O caminho percorrido foi orientado por dois movimentos: um político, que buscou a ampliação de espaços de discussão, negociação e pactuação nos três níveis de gestão do sistema, e outro técnico, que pensava alternativas que viabilizassem as decisões do primeiro. Os fóruns e espaços de discussão incluíram alguns já existentes, como a Comissão de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde, a Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e a Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de

Saúde (CONASEMS), e a estruturação de um novo espaço integrador e definidor de políticas como o Grupo de Trabalho Permanente de Recursos Humanos, com composição tripartite, no âmbito do Ministério da Saúde. Além disso, iniciou-se uma aproximação com o Ministério da Educação, Ministério do Trabalho, Ministério Público do Trabalho, Congresso Nacional e com as entidades representativas das diversas categorias profissionais (Brasil, 2003a).

A versão preliminar do documento “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)”, foi elaborada em 1998 pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esta versão foi objeto de discussão da Oficina Nacional de Trabalho sobre Recursos Humanos para o SUS que contou com vários especialistas na área convidados pelo CNS e que aconteceu no mesmo ano e que resultou em 2002 na publicação da segunda versão (Brasil, 2002). Em 2003 foi publicada a terceira edição revista e atualizada, cuja Resolução resolve “aplicar ‘Os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)’ como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS” (Brasil, 2005).

A PNEPS, instituída em 13 de fevereiro de 2004 através da Portaria 198/2004, é resultado portanto de um processo de construção coletiva que teve início na concepção do SUS e, mais especificamente no caso da política, estendeu-se pelo ano de 2003 e envolveu vários atores, movimentos sociais e organizações da sociedade civil convidados pelo governo federal, como instituições de ensino superior e técnico, movimento estudantil, associações de ensino, gestores das esferas municipais e estaduais, movimentos populares, todos eles com envolvimento na área de conhecimento das ciências da saúde, políticas públicas da saúde e de saberes do campo sanitário (Ceccim, 2019). O processo de construção da PNEPS é fruto da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, também em 2003, como parte da aposta do governo federal de colocar a educação na saúde como política de governo e “assumir compromissos até então postergados na área de recursos humanos em saúde” (Ceccim, 2004, p. 5). A PNEPS é a estratégia do SUS “para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor” (Brasil, 2004) e tem algumas funções, entre elas: qualificar a atenção e a gestão em saúde e fortalecer o controle social; estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde; transformar toda a rede de serviços do SUS em rede-escola; e estabelecer a articulação permanente entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde.

É importante trazer, conforme apresentado pelo MS, nos documentos relativos à PNEPS (Brasil, 2018), o conceito de educação na saúde: “produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (ibid., p. 9). Contempla duas modalidades: educação continuada e EPS, sendo a primeira relacionada a práticas mais formais de ensino que utilizam metodologia de ensino tradicional. A EPS baseia-se na aprendizagem significativa, tendo como objetivo transformar as práticas profissionais em serviço através da proposta do “aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objetos de aprendizagem individual, coletiva e institucional” (idem, p. 11), tal como aponta uma das escutadas:

[...] entrei no SUS e fui descobrindo o SUS por dentro dele. Então, a minha formação veio muito mais do SUS do que da própria academia. Foi da vivência. Por isso que a vivência, a experiência para mim tem um peso maior do que a própria academia.

Desta forma, A EPS extrapola a formação para o domínio técnico científico e é um instrumento que viabiliza a análise crítica e a construção de conhecimentos sobre a realidade local e, como tal, deve ser pensada e adaptada à cada território e suas necessidades de saúde, de forma a ser capaz de nortear novas práticas, comprometidas com a saúde das pessoas; favorecer o trabalho em equipe, com profissionais que compartilham o planejamento das ações e cuidados de saúde; e contribuir para a corresponsabilização nos processos de ensino-aprendizagem, por entender que o trabalho na área da saúde requer reflexão permanente por parte de todos os sujeitos envolvidos no cuidado (Brasil, 2018).

A EPS é processo educativo que busca romper com as “estruturas cristalizadas da formação em saúde” (Figueiredo, Gouvêa, Silva, 2016, p. 325), produzidas por “uma formação racionalista centrada na doença” (ibid., p. 326), derruba os muros de espaços institucionalizados fechados em si mesmos e sacode trabalhadores/trabalhadoras que “caminham acostumados com certos fazeres” (ibid., p. 326). O ensino tradicional com sua lógica de transmissão de conhecimentos, que tem norteadado a formação de profissionais de saúde, é descontextualizado do mundo real e produz uma prática acrítica, cerceada e emudecida. A EPS, por outro lado, propõe um “olhar transgressor sobre o cotidiano” que evoca “um potencial libertário e transformador”, e que questiona os processos educativos da formação em saúde ao favorecer a “desestabilização das relações de poder e saber, para operar a dialética do ensinar e do aprender com o outro, na qual quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”

(idem, p. 325). Desta forma, a EPS tende a não florescer em “ambientes acríticos, desconectados do mundo e da realidade, onde as formatações são rígidas e os sujeitos são percebidos como incapazes de criar e construir saberes” (idem, p. 327) pois pressupõe “postura questionadora e reflexiva” (idem, p. 328) dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, o que é mais favorecido em espaços onde relações horizontalizadas favorecem o pensar, refletir e agir.

Por entender que “conhecimento não se transmite, mas se constrói a partir das dúvidas e do questionamento das práticas vigentes à luz de questões e problemas contextualizados” (Figueiredo; Gouvêa; Silva, 2016, p. 329), a gestão que assumiu Aracaju em 2001 escolheu, antes da implementação da PNEPS, a educação permanente como “estratégia metodológica para operar a transformação dos profissionais de saúde em sujeitos” (Santos, 2006, p. 144) que pensavam a prática a partir das necessidades de saúde da população, compartilhavam experiências e saberes e aprendiam o tempo todo em uma atmosfera de mediação pedagógica. A fala de uma trabalhadora, ao citar Paulo Freire (1987, p. 39), reforça e expressa o que acontece na aprendizagem significativa: “ninguém educa ninguém; o ser humano aprende com o outro mediatizado pelo mundo, pelo contexto externo”. São várias as memórias que as trabalhadoras trazem dessa época a respeito do impacto que a estratégia metodológica possibilitou no fazer profissional.

Foi uma época fértil porque tinha muito curso de formação, muito manual, uma coisa linda aquela época. [...] Quando eu entrei em 2002 as nossas capacitações eram de uma semana, eu lembro bem, todo mundo junto [...], era valorizado, essa importância do trabalho da equipe para aprender aquele fluxo novo, aquela política. A gente passava 1 semana no CEPS.

Tavares (2009, p. 161) relata que a gestão do município realizou “um processo intenso de estruturação das ações e serviços”, tendo no CEPS Aracaju o principal “veio condutor” (ibid.) das mudanças dos processos de trabalho e das pactuações estabelecidas para a operacionalização do modelo proposto pela gestão municipal e a política de saúde. Os momentos de EPS eram pensados pela equipe gestora a partir da “escuta, compreensão e a significação das necessidades de saúde da população e a articulação de vários saberes tecnológicos para intervenção nelas” (Santos, 2006, p. 157).

Santos (2006, p. 155-56) considera o CEPS como “patrimônio pedagógico dos trabalhadores da saúde do município”: a estrutura física contava com várias salas de aula, auditório e cantina e com equipe pedagógica que incluía arte-educadores/as e estagiários/as. As

ações de EPS desenvolvidas naquele espaço, desde a implantação até o momento da escrita do trabalho de Santos (2006), foram fundamentais para mudar a maneira de fazer saúde dos/as trabalhadores/as, ao ampliar sua visão crítica da realidade. As ofertas, inicialmente com maior foco na ESF, foram estendidas para as outras Redes de Atenção após a efetivação da gestão plena por parte do município. O estabelecimento de convênio com as duas maiores Instituições de Ensino Superior da cidade abriu campos de estágio e práticas para vários cursos na área da saúde, além de residências multiprofissionais.

Além destas ações, o CEPS também desenvolveu estratégias de cuidado e educação em saúde utilizando as artes. Uma delas foi um grupo de arte-educação formado por agentes comunitários/as de saúde e atores/atrizes profissionais, que mantinham espetáculos de apresentação contínua, com exposições realizadas em serviços de saúde, escolas e outros espaços sociais. Posteriormente, em 2010, foi criado o Núcleo de Projetos Inovadores (NUPRIN), que funcionou durante sete anos e desenvolveu outras ofertas através da interface com a arte, cultura e saúde (Coutinho; Vasconcelos; Andrade, 2019). Entre os projetos desenvolvidos pelo NUPRIN, tivemos o Sons no SUS, que fazia intervenções musicais nos serviços de saúde; o Curta-SUS, que se utilizava de filmes de curta metragem, seguidos de rodas de conversa, para refletir sobre produção de vida e subjetividades (ibid., 2019); e o Cine-SUS, que consistia na exibição de produções cinematográficas, cujo conteúdo fazia alusão a temáticas de saúde, seguido de rodas de conversa, debates mediados em torno do tema proposto (Coutinho; Dias, 2016).

Ceccim (2024, p. 8790) nos lembra sobre a importância de um fazer “menos formal e mais afetivo, capaz de ativar interações mais sensíveis e mais inclusivas”. O CEPS foi capaz de produzir, por meio da arte, espaços dialógicos, cheios de linguagens desobedientes (ibid., 2024), e de aquecer “tempos sombrios e frios por meio de reverberações de labaredas de vida no SUS” (Coutinho; Vasconcelos; Andrade, 2019, p. 107).

As falas das mulheres nas rodas de conversação realizadas trazem também os desconfortos vivenciados no cotidiano do trabalho, que contribuem como catalisadores de mudança, contribuindo para a ampliação do olhar e abertura a novas sensibilidades. Uma delas traz um relato de quando, recém-saída da residência e em busca de um local para trabalhar, foi arrebatada por um encontro-acontecimento com uma usuária ao entrar em uma unidade básica de saúde.

Fui conhecer um postinho [...] O postinho mais distante que tinha [...]. Quando cheguei no posto, nunca vou esquecer Valdirene (utilizamos o

nome da usuária não para que seja identificada, mas para que não seja esquecida como autora de mudança) [...] *fui passando no corredor e vi uma mulher chorando de desespero com um negócio enfiado no pé. [...] Ela tinha minha idade [...] o encontro com Valdirene é muito importante para mim [...] o encontro com o sofrimento, sabe? Com a dor, você se vê ali também [...] a gente vira a outra pessoa, se encontra e vira uma pessoa só. A dor dela eu senti no meu corpo.*

Diante de tantas dores e desamparos clínicos, institucionais, políticos, como não desmorrar, não desistir do SUS, não fugir? Como efetivar no cotidiano a saúde como direito, fazer frente a uma lógica cruel que determina que há vidas que valem mais do que outras? Como construir no cotidiano do SUS pequenos “reservatórios de esperança” (Ceccim, 2024, p. 18), fazer transbordar existências e resistências, “manter vivas as aprendizagens sobre resistir e criar” (ibid., p. 18), diante de tanta secura e aridez no mundo?

[...] De onde vêm as dores políticas? Da violência do poder. Por isso, para que o lugar da dor se torne lugar de fala, é preciso articular a dor, reconhecê-la, colocá-la em um lugar político, aquele lugar onde o outro está incluído como um sujeito de direitos que também tem a sua dor. (Tiburi, 2018, p. 116)

Para abrir lugares de fala, reconhecer a dor de ver o SUS desmorrar desde sua gestão, mudar o fazer mais e mais uma vez a fim de sustentá-lo com unhas e dentes, com um cuidado e uma política feminina e feminista, incorporando novas maneiras de atuar na saúde, faz-se necessário, indispensável até, entrar em contato com os desconfortos que experimentamos no cotidiano do trabalho, perceber que o que aprendemos antes não é suficiente para dar conta dos desafios que vivenciamos, olhar no olho do racismo e sexismo, das desigualdades de raça/etnia e de gênero que circulam pelos fazeres em saúde, inclusive em nome da saúde. Somente através desse desconforto seremos capazes de “produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações” (Ceccim, 2005, p. 165).

A cada encontro, acontecimento, evento, somos afetadas, abaladas, porque estamos disponíveis para uma realidade que é sempre única, singular e que fala da vida real, do aqui e agora, de dores, que de outra forma, passariam despercebidas e não seriam acolhidas e ressignificadas. “*A sua sensibilidade aflora na medida que as coisas vão acontecendo e você se dá conta que uma frase que você fala impacta no usuário. É tentativa e erro [...] vai ampliando seu olhar*”. As mulheres escutadas seguem afirmando a constituição de um fazer profissional singular no percurso e na valorização da formação para e no SUS:

[...] onde foi que a gente aprendeu os valores do SUS? Lá mesmo, né? Muito do que a gente aprendeu foi lá, não foi em outro lugar. Quem disse a gente que o ideal seria assim foi o serviço mesmo. Quantas oportunidades a gente teve de apresentar trabalhos em congressos, aqueles congressos imensos de saúde pública? De fazer um mestrado, uma pós-graduação, tudo dentro do SUS. E hoje nada disso tem valor.

No SUS, elas aprendem a indissociabilidade entre clínica e política, entre fazer saúde e transmutar, inventando a si e o mundo. Talvez por ter esse posicionamento é que os desconfortos, as dores, as incertezas, os atravessamentos são tantos e tão intensos. Pude senti-los nas falas, nas lágrimas dessas mulheres e nas minhas próprias memórias que são despertadas e brotam, transbordam, criando um mundo de possibilidades em lugares e contextos, os mais precarizados.

Trabalhar no SUS operou transformações importantíssimas em minha vida pessoal e profissional. E entendo que o aspecto político é o que posso destacar como o grande marco desse processo. A dimensão clínica foi definitivamente atravessada e radicalmente modificada pela dimensão política. Aprendi a lutar para garantir dignidade e direitos. Aprendi a força das ações coletivas e dos processos democráticos. Aprendi que a promoção da saúde está indissociada da promoção de direitos e cidadania. Aprendi a escutar mais e melhor. Aprendi a transformar minha escuta em denúncia e defesa dos que sofrem violências. Aprendi como o sistema capitalista produz adoecimento, sofrimento e violências brutais. Se isso tudo vinha sendo construído antes de entrar no SUS, foi dentro dele que consegui elaborar melhor minha leitura e posição no mundo.

Somos constituídas por encontros que nos transformam, despertam em nós desejos de liberdade. Mas, no cotidiano do SUS, há também muitos desencontros permeados de afetos tristes, que nos ensinam o que não almejamos mais para as nossas já tão precárias políticas e serviços públicos. Nos espaços de gestão, o desvirtuamento das políticas pelo gestor local, seja municipal, estadual ou federal, podres poderes que despertam dores pela ameaça ao projeto de sociedade que o SUS defende; a impotência diante do avanço de uma lógica privatizante e individualizante que captura todas, inclusive as trabalhadoras, faz-nos agonizar e paralisar.

Há momentos em que recuar é estratégico. “Foi quando eu não aguentei mais de tanta pressão, já no final do impeachment, já perto das eleições, houve um desmonte muito grande e eu estava fazendo parte deste desmonte, sendo silenciada”. Ao mesmo tempo, há outras que permanecem, enxergando “a dureza do lugar de gestão”, mas “para tentar não perder muitas coisas, você se sujeita a engolir algumas coisas, ouvir algumas piadas, mas dizer para si:

ignora, ignora porque eu consigo aqui na fresta uma coisinha". Entre recuos e frestas, atravessadas por dores, essas mulheres escavam cotidianamente insistências no e do SUS: *"se você está num lugar de gestão, você é atravessada por desejos políticos de outras pessoas, e mesmo assim conseguir enxergar o que eu posso fazer no meu lugarzinho, meu buraquinho"*. Essas mulheres vão abrindo frestas, tramando fios, cavando buraquinhos para que desejos micropolíticos possam aqui e ali se expressar e assim o meu lugar coletiviza-se.

Ceccim e Merhy (2009) lembram que resistir aos saberes e poderes instituídos, a capacidade de exercitar outros modos de fazer, de estar no mundo, é da ordem da micropolítica e que ela *"não é local/individual, é força instituinte, transversalidade de processos e projetos, luta contra hegemônica e anti-hegemônica"* (idem, p. 533). Essas mulheres, por meio de seus processos de trabalho resistem à normalização do absurdo, da indiferença e da não responsabilização, ousam criar a partir do não-saber, produzir vida em cenários mortíferos de desmonte e matança, constituir territórios existenciais comuns em oceanos de individualização, entorpecimento e apequenamento da vida, espaços de respiro e compartilhamento. Seus itinerários singulares dão viço às palavras integralidade e a equidade: *"foi quando eu percebi que era necessário fazer diferente, era possível e eu ia conseguir. Mas foi com apoio, sozinha não, nunca sozinha, sozinha não vai"*. No SUS, desaprenderam, desprendendo-se, coletivamente inspiradas/apoiadas umas nas outras.

Aprendi a viver [risos], é sério. Eu vou falar do que é pra mim, da mudança que teve em mim, da minha sexualidade, entender outras coisas. Para mim o SUS é aprender a viver. A gente aprende umas coisinhas na universidade, bem pouquinho, um belisquinho, e o resto a gente aprende... e o SUS é uma escola massa.

Mas o SUS, ao mesmo tempo em que é lugar de produção de saúde e expansão da vida, é também lugar de adoecimento, reprodução de relações de trabalho hierarquizadas, alienantes, competitivas, violentas, de um governo de si e do outro por meio do trabalho, da vida tornada imposição do trabalho e de um modo de trabalhar, do trabalho-tortura que vai de encontro a todo o ideário da Reforma Sanitária. *"Você adoece e não percebe que está doente [...] o trabalho também [...] é um lugar de adoecimento"*. *"Eu conheci a maldade humana, não foi com usuário, foi com trabalhador; como a gente vai virando carrasco um do outro"*.

Merhy (2012) fala dos encontros, na ordem de bilhões, que acontecem no cotidiano do SUS, entre trabalhador e usuário e entre membros de equipes, e o que ocorre dentro deles. Segundo ele, pode-se sentir, vivenciar cada encontro de maneira diferenciada: como

enriquecimento pessoal a partir da diferença entre as pessoas, valorizando conexões e produzindo vida, ou como ameaça, o que faz com que possamos nos vincular mais “com uma produção de morte do que de vida” (idem, p. 270). O autor aponta o risco que é a apropriação de espaços públicos sob a ótica privatizante, quando a vida do outro somente interessa como consumidor e como essa lógica está na formação dos/as trabalhadores/as nos diversos níveis onde ela acontece. Ele acrescenta que a construção de modos coletivos e solidários no interior das equipes de saúde, guiados pela aposta em produção de vida “é uma das guerras mais saudáveis” (idem, p. 276).

Uma das razões apontadas pelas trabalhadoras escutadas nas rodas de conversação para tensionamentos que geram cenários mortíferos, de paralisia, entorpecimento e individualização no SUS Aracaju, está relacionada ao esvaziamento dos espaços de EPS e à fragilidade dos vínculos que avança nos serviços de saúde municipais. O último concurso público para provimento de vagas em cargos na área da saúde municipal aconteceu em 2008²⁶. Desde então, a prefeitura tem recorrido a processos seletivos simplificados (PSS) para compor sua força de trabalho. “Penso no quanto a gente perdeu de educação permanente [...] as pessoas entram agora com esses vínculos frágeis de PSS, não têm o mesmo compromisso”. Mas como construir esse compromisso se o tempo de permanência via PSS é tão curto e não há a EPS para mediar a reflexão sobre o fazer no e para o SUS? Num contexto neoliberal que incide sobre a existência de cada um/a, agora tomados como empreendedores/as de si, vindo de graduações que tendem ainda a não contemplar a aposta no SUS e sim a apostar nos especialismos técnicos apartados de discussão política, sem EPS e com PSS,

[...] tem uma galera lá no serviço que entra para ganhar dinheiro e para detonar o SUS. Nossa, é sucateado... É sucateado porque não tem investimento. Acaba sendo um lugar visado para trabalhar, mas as pessoas não querem trabalhar propriamente. Fazem serviço de excelência no serviço privado porque são cobrados e no serviço SUS fazem um serviço mediano, medíocre, ruim.

As trabalhadoras escutadas nas rodas de conversação também percebem que o fazer em saúde foi capturado pela necessidade capital de mais e mais especialistas que, formados em laboratórios apartados dos problemas da cidade e das necessidades de saúde das pessoas concretas, não atendem minimamente tais necessidades, nem sequer as escutam. Yasui (2006)

²⁶ Informação disponível no site da Prefeitura Municipal de Aracaju, onde constam as informações de todos os concursos e processos seletivos realizados. Disponível em: <https://www.aracaju.se.gov.br/index.php?act=leitura&codigo=50929>

alerta para as universidades-empresas, cujo produto é o diploma de curso superior, com pouco ou nenhum compromisso com a transformação social, mas com a lógica do mercado, cuja exigência é de mais tecnologias que somente aprimoram, intensificam a acumulação do capital.

Caramba, tem como ter mais especialista em gente e não em prescrição de impotências? Quando você pega um remédio prescrito por um colega, tome esse remédio que custa mais que sua casa todo mês... nem quero pensar que ele faz por maldade, é assim, é o que eu sei, é o que eu posso... É um apego tão grande a essa coisa egóica do saber, o que eu sei é isso, não é o que o outro precisa, não é o que eu sei a serviço do outro.

O trabalho num SUS que pode dar certo vai na direção inversa aos especialismos e individualizações, pois aposta em uma clínica que se faz ampliada, uma experiência entre sujeitos, que valoriza a construção de vínculo e confiança, que enxerga/ouve/sente vida em toda a sua complexidade e relação com o mundo:

A gente não pode restringir o olhar, se hipnotizar, de dizer que o capital quer que você olhe só para isso, cada vez mais fragmentado. O profissional médico que vai se especializar em ortopedia, mas agora ortopedia só não vale mais, você tem que se especializar em ortopedia do dedo mindinho da mão esquerda, você é hiper especializado porque o modelo capitalista lhe pede, mas o SUS lhe pede o inverso. O SUS lhe pede que você olhe o contexto macro, inclusive um contexto global.

As trabalhadoras escutadas também denunciam o olhar de uma gestão afeita à neoliberalização dos vínculos trabalhistas para o/a servidor/a, utilizando da estratégia de responsabilizá-los/as pelos problemas identificados nos serviços de saúde: “por que o problema é o servidor público? Porque ele passou por treinamentos, ele está dizendo, essa política dessa forma eu não vou fazer”. Outra acrescenta: “ele é menos obediente”. Uma trabalhadora comenta que há um desconhecimento sobre a política de saúde de uma forma mais ampla, ela o associa à

[...] militância que a gente deixou de fazer, deixou de criar profissionais em redes que são frágeis, como a saúde mental, da pessoa com deficiência, do usuário de álcool e outras drogas. Se eu não estimular essas pessoas a perceberem a diferença do papel delas hoje, vai voltar ao que era e é o que está acontecendo gradativamente.

Ainda segundo esta trabalhadora, até mesmo sanitárias acham não ser mais necessário estimular a militância em saúde e diz ter ouvido muito *“chega de militância, a gente já fez”*. Acrescenta a isso o medo de sair do SUS *“em um momento em que as coisas vão se perder, estão se perdendo”*, sendo esquecidas, apagadas pelo tempo e pelos interesses do capital. Nesses tempos difíceis, o que fazer? O que fazer para também não nos responsabilizarmos, individualmente, por coisas e questões que deveriam ser direcionamentos políticos, assegurados? Como resistir e fazer durar essa memória-vida?

Nestes tempos difíceis me parece que é hora de retomarmos a sociedade civil, atuar na ‘microfísica’ das instituições e do poder, produzir efeitos e incitar os movimentos sociais. Com o olhar, a escuta e o pensamento crítico, produzir tensões e conflitos para enfrentar a mesmice, a pasmaceira e a servidão cega e voluntária que hegemonicamente dominam nossos horizontes. É tempo de voltar a fazer política, de sermos [...] protagonistas na construção de um novo tempo. Não esquecermos que se fizemos história, foi para construir um outro rumo. (Yasui, 2006, p. 66)

Como protagonistas na produção de um espaço intervalar dentro desse espaço tempo neoliberal de colonização do público pela lógica privatista, as trabalhadoras em roda assinalam a importância de, mesmo diante de todas as limitações do momento atual, não desistir de fazer rede, de, unidas pelo ideário SUSista, cada uma, de seu lugar de trabalho, insistir, como brasa em fogueira que vai perdendo força, mas que se mantém ali, embaixo das cinzas, aguardando o momento que será revolvida e voltará a queimar,

[...] pela borda construir, tecer uma linha de cuidado que seja mais próxima, mais alinhada com o SUS. Não é o SUS que a gente deseja ainda, muito menos o que está nas portarias, mas é o que a gente consegue ter agora e é o melhor que a gente consegue ter agora. Acho que essa consciência entre o que é ideal, o que é real, o que é possível, é o que talvez permita a gente se manter na trincheira dizendo, eu vou continuar aqui.

Em tempos fraturados e fraturantes (Haraway, 2009), exige-se dessas mulheres a disponibilidade de fabular, fazer povo (Deleuze, 1992), acessar maneiras outras de estar e viver em um mundo de trabalho constituído por técnico-afetivas e efetivas, com “olhos que se abrem para dentro, esses que usamos para ver os sonhos” (Couto, 1994, p. 8) e que criam espaços para experiências de re-encantamento.

Eu lembro que entrei na faculdade em XX... entrei em contato com o movimento estudantil, fui conhecendo as coisas do SUS, foi um encantamento [risos]... meu deus isso é muito incrível. A relação com

o SUS vem desse lugar pré-trabalho, do mundo, da vida estudantil, de uma confecção de mim muito pequenininha, muito menina, era adolescente. Eu fiquei encantada com os princípios, uau, que massa isso, quero ser sanitarista.

5.1. Trabalho em equipe e interprofissionalidade: espaços coletivos de (des)aprendizagem no SUS

Entramos nós três: uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e um psicólogo... E comecei a pensar o Movimento da Luta Antimanicomial com eles... A gente se diluía muito naquele equipe... Tinha uma parte específica do Serviço Social mas, se a gente não dividisse um pouco, a gente pirava.

A organização do trabalho em equipes tem um custo efetividade importante, por facilitar o acesso da população aos serviços, produzir melhores resultados e maior satisfação profissional no cotidiano do trabalho e para as pessoas atendidas. Pode-se afirmar que profissionais tendem a trabalhar em equipe quando percebem que o resultado é mais satisfatório e apresenta resultados melhores para usuários/as, as famílias e a comunidade (Peduzzi *et al*, 2018).

A literatura aponta uma ausência de consenso na definição dos aspectos fundamentais do que constituiria um trabalho em equipe e suas variações e prefixos, a saber: multi, inter e trans. Tais prefixos apresentam o que seria:

*“um grau crescente de interação, integração e coordenação das disciplinas ou profissões segundo o termo a seguir, disciplinar ou profissional, que fazem referência, respectivamente, ao âmbito das áreas de conhecimento ou disciplinas e das práticas profissionais” (Peduzzi *et al*, 2018, p. 2).*

Nesse contexto, pensamos essa ausência de consenso como um problema, ou melhor, uma abertura para a problematização, no sentido de fazê-lo durar, em vez de nos apressarmos com respostas que tendem ao fechamento; uma abertura para a produção nada consensual de um comum entre heterogêneos; uma abertura que envolve disciplinas de campos de saberes distintos, práticas profissionais diversas, mas também transbordam das disciplinas e profissionais tomadas e hierarquizadas como ‘ciências’ da saúde, envolvendo também fazeres e saberes populares, tomados como conhecimentos igualmente indispensáveis no processo de negociação e produção compartilhada do cuidado em saúde. É sobre tais ampliações de fazeres interprofissionais em rede com fazeres populares que gostaríamos de pensar nessa parte do texto.

A crescente complexidade das necessidades de saúde - relacionada ao envelhecimento da população, ao aumento de doenças e condições crônicas e outras questões, ao entendimento de que sofrimento psíquico é ético-político, ou seja, efeito da exasperação de desigualdades sociais de classe, raça/etnia, gênero, faixa etária região - torna cada vez mais necessária uma abordagem profissional ampliada, capaz de uma distribuição afetiva, nos termos de Krenak (2023, p. 64): “Nós precisamos ter afetos com a existência, com a experiência da vida”, com a experiências da vida das pessoas e da Terra em seus territórios pulsantes, precisamos envolver-nos, escutarmos, respondermos à dureza do mundo não com mais tutela, controle, violência, mas com a delicadeza da partilha.

Talvez, assim, sejamos capazes de mudar de sentir e de perceber; de abrir nossas práticas profissionais ao movimento e ao transbordamento de nossos núcleos profissionais, de nossos serviços técnicos e formais para o encontro com o ambiente e as relações criadas bem ali onde as pessoas vivem. Dessa forma, o trabalho em equipes e a organização do sistema de saúde em redes, pede também pela ampliação do conceito de rede. O (des)cuidado da rede formal (moderno-colonial, branca e heterocisnormativa) de atenção em saúde, de atenção psicossocial e atenção básica, essa rede na qual estamos tramadas e pela qual fomos constituídas pode se transmutar pela confluência contra colonizadora entre os saberes profissionais e populares (Santos, 2018) e, assim, criarmos, intercambiarmos saberes entre profissões e com os territórios, criando redes vivas e compartilhadas de fazeres-saberes em saúde.

Campos (2000), ao refletir sobre os saberes e sua organização em práticas, propõe a distinção entre núcleo e campo profissional. Núcleo demarcaria “a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (Campos, 2000, p. 220). Ele acrescenta que núcleo e campo seriam “mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectar-se limites precisos entre um e outro” (ibid. p. 221).

Ellery, Pontes e Loiola (2013) apontam que a diversidade de categorias existentes na ESF e a inserção no território contribui para a ampliação do que seria o campo de saberes e práticas: diante da complexidade de situações de saúde, profissionais, ao não se sentirem capazes de resolvê-las sozinhas, voltam-se para outras categorias e desenvolvem práticas interprofissionais colaborativas, borrando os limites do que seria o núcleo de cada disciplina. Ao fazer isso, o que é campo comum passa a fazer parte do cotidiano de profissionais, sendo incorporado no atendimento realizado: é quando a profissional busca informações e faz perguntas que antes não faria e passa a observar as questões socio-subjetivas que podem ter

efeitos no processo saúde-doença, como as famílias se alimentam, se os animais estão imunizados, conhecer os sintomas de dengue, cuidados com pessoas idosas, situações de violência, redes formais e informais de apoio, entre outros.

O trabalho em equipe multiprofissional se faz no coletivo, onde se estabelece relações horizontais entre as diversas categorias profissionais e se configura “na relação recíproca entre as intervenções técnicas e as interações dos múltiplos agentes envolvidos” (Peduzzi *et al*, 2018, p. 7, 8). Essa relação deve ser baseada na reciprocidade e no diálogo: quanto mais dialógica é a relação, menos fragmentado e mais integral será o cuidado realizado. Mais do que isso, o trabalho em equipe interprofissional faz coletivo, espaço-tempo de coengendramento entre indivíduo e sociedade, entre conhecimento e criação, plano das forças, capaz de movimentar as formas constituídas. Para entendermos melhor, utilizaremos os argumentos de Liliana da Escóssia: o plano das formas concerne aos modos já constituídos – individuais ou coletivos. “Como formas coletivas, podemos citar os grupos sociais, as coletividades, a sociedade. O plano das forças é o plano de constituição/criação das formas, [...] plano de relações (Veyne, 1982)” (Escóssia, 2009, p. 690). Tal plano é da ordem do coletivo,

“entendido como espaço-tempo entre o individual e o social, espaço dos interstícios. Plano de criação ou de coengendramento das formas individuais e sociais, origem de toda mudança, plano do movimento” (Ibid.).

Considerando a complexidade dos processos saúde-doença para os quais usuários/as do SUS demandam atenção, maior a necessidade de trabalhadoras acessarem e comporem com outros saberes para além do núcleo profissional para forjar outros modos de fazer, outros modos de cuidar em saúde, outras concepções de trabalho multiprofissional em rede. No entanto, essas mudanças exigem que as profissionais das equipes exercitem o diálogo como estratégia cotidiana para o lidar com as tensões que surgem no processo de transformação de uma prática guiada por uma formação tecnicista e especialista, ainda fragmentada e pautada no modelo biomédico, na direção da integralidade do cuidado e da saúde como valor e direito (Peduzzi; Agreli; Silva; Souza, 2020) e como processo de criação, como a capacidade normativa de inventar sempre novas normas para si diante da infidelidade do meio (Canguilhem, 1982). Como fala uma das mulheres escutadas:

Nossa formação, ela é tecnicista, ela é baseada no fazer. Você, como enfermeira, vai aprender o núcleo de enfermagem, não vai aprender o campo. Acho que a enfermagem, inclusive, é a profissão dentro do campo da saúde, com exceção dos assistentes sociais que tão no campo

da saúde, mas também permeiam pelo campo das humanas, mas os enfermeiros eles tendem a ser os profissionais que têm o maior campo da saúde coletiva, no campo de atuação e no saber científico também, do que se aprende na universidade, nas faculdades, diferente dos outros profissionais. Médico, meu deus do céu, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, são muito tecnicistas. Você só vai aprender a abordagem do seu núcleo. Quando chega dentro de uma Atenção Primária, que tem núcleo e campo, e o campo é amplo, se perde.

Para que a articulação entre as diversas categorias tenha como resultado ações mais resolutivas e integrais, faz-se necessário que ela aconteça de forma intencional e colaborativa, que sejam baseadas na reflexão do que lhes acontece no cotidiano. Ações que sejam capazes de agregar saberes de todos os núcleos profissionais, evidenciando as potencialidades de cada um (Arnemann *et al*, 2018) e o espaço germinativo de práticas em criação que se dá no espaço-tempo entre eles, espaço-tempo do coletivo (Escóssia, 2009).

Nesse ponto, gostaríamos de afirmar que: o trabalho em equipe interprofissional pode se constituir como espaço-tempo (trans)formativo das concepções e práticas de saúde e que a residência multiprofissional proporciona um espaço de educação interprofissional, contribuindo para promover a integração entre diferentes categorias profissionais, promovendo oportunidades que favorecem o desenvolvimento de habilidades para o aprendizado conjunto, o planejamento e realização de atividades coletivas que contemplem as necessidades de saúde das pessoas em seus territórios. Esse espaço-tempo transformativo tem como fio condutor o cuidado.

Cuidar aqui tem esse sentido de acompanhamento dos processos de gênese da realidade de si e do mundo, na direção de uma abertura do coeficiente comunicacional dos sujeitos e dos grupos, o que Guattari (2004) designou de transversalidade. Analisar é abrir as formas da realidade, aumentando seu *quantum* de transversalidade, sintonizando seu plano genético, colocando lado a lado, em uma relação de contiguidade, a forma do fenômeno e as linhas de sua composição, fazendo ver que as linhas penetram as formas e que as formas são apenas arranjos de linhas de forças. (Passos; Eirado, 2015, p. 110).

Peduzzi *et al* (2018) assinalam que a comunicação é fundamental para a colaboração interprofissional e, conseqüentemente, a execução do cuidado e atenção à saúde. Unir ação instrumental (conhecimento técnico-científico) e ação comunicativa (que pressupõe a comunicação transversal entre todos os sujeitos envolvidos) para agir de forma a saber quando uma escuta mais breve com troca de informação rápida é suficiente ou quando se faz necessário acessar e compor com outros conhecimentos, sejam eles do núcleo profissional ou do campo comum, para atender as necessidades de saúde que surgem no cotidiano.

6. ENCONTROS EM UM SUS QUE (TRAN)SFORMA

a cada ela,
uma força
a cada presença,
um abraço
a cada encontro,
um carinho maior
um caminho melhor
a cada instante
partilhado,
laços mais apertados,
passos menos sós

a cada ela, eu
em cada uma,
todas nós

(Lordelo, 2024)

As memórias criadas em roda falam de vidas que se fizeram nos encontros e nas partilhas, porque *“sozinha não vai”*, porque *“são os encontros que fazem os nossos sonhos coletivos serem fortes; quando a gente sonha junto, vira realidade”*. Aprendemos com Krenak (2020), que uma constelação de mulheres, de práticas, de serviços, de redes em articulação com outros setores e com os movimentos sociais fazem do SUS uma realidade. As *“pessoas que vieram na frente, que abriram o caminho e foram me mostrando como era o jeito mais fácil de fazer”* são estrelas na constelação do SUS. Estrelas que são parte de uma memória-composição, reminiscências que dão sentido ao passado e ao presente (Conde Rodrigues, 2004).

Deixo-me guiar pelas memórias dessas mulheres, fluidas que são, vejo por meio dos olhos imensos delas todas as teias de solidariedade que foram sendo tecidas no caminhar e que deixam entrever um SUS que se faz força, resistência, criação e reinvenção porque *“é no contato com o outro que a gente potencializa coisas”*.

“Eu tive muitas pessoas que me ensinaram a olhar²⁷ [...] a academia põe a gente de frente para o mar; mas o pai que vai ensinar a olhar muitas vezes é quem está no serviço, é o preceptor”. As estrelas da constelação SUS que guiam, inspiram, que caminham com os pés no chão do espaços do SUS:

[...] são boiazinhas de referência. A faculdade lhe traz ídolos, lhe traz esses pontos de referência nesse mar que é o SUS e um modelo de

²⁷ Referência ao texto A função da arte/2 de Eduardo Galeano no livro Amares publicado em 2019.

sociedade. Talvez a importância de um preceptor bacana e de um professor que já seja sensível e demonstre sua sensibilidade.

Das inspirações que o SUS me trouxe, pela possibilidade de uma aprendizagem tecida junto aos problemas do cotidiano dos serviços, de aproximação ensino-serviço, de compartilhar experimentações, um deles foi a preceptoria. Estar no SUS e compartilhar minha caminhada-aprendizado com discentes e colegas preceptoras/es diminuiu angústias face à realidade que se apresentava e me deu a certeza que fez/faz todo sentido trilhar esse caminho labiríntico, imprevisível e apaixonante que é a saúde coletiva.

A formação em saúde, de maneira geral, reproduz práticas e saberes fragmentados, que esvaziam o conceito de integralidade, estando pautada em concepções que separam atenção e gestão, ignoram o conceito ampliado de saúde e “focalizam a intervenção profissional no binômio queixa-conduta” (Brasil, 2010a, p. 16). Como resultado, os profissionais chegam aos serviços de saúde sem o conhecimento necessário sobre as políticas de saúde, a organização do SUS em Redes de Atenção, noções mínimas sobre promoção da saúde e prevenção de doenças e, em muitos casos, sem a compreensão dos princípios que norteiam as práticas de saúde coletiva. Em espaço universitário, chegou-se a ouvir que saúde coletiva não deveria ser ciência. A quem interessa essa fragmentação do ensino? Seria uma estratégia de atender aos “podres poderes”²⁸, docilizando os futuros profissionais, minando a militância ainda semente, destruindo a possibilidade de germinar?

A preceptoria em saúde diminui a distância entre a formação e as práticas de saúde necessárias à efetivação do SUS por favorecer a reflexão sobre um fazer “passível de provocar movimentos, estabilizações e desestabilizações” (Brasil, 2010a, p. 18), por pensar os processos de trabalho como “campos de produção de saber em que não se aprende por si mesmo, mas onde estão em cena redes de saberes formulados coletivamente” (Brasil, 2010a, p. 19). Seria a preceptoria um sopro de vida para reacender brasas, dar impulso para a semente adormecida ganhar impulso para germinar? Um germinar que se faz coletivo, de preceptor/preceptado, em que não se distingue quem germina e quem faz germinar pois “nascemos imensidão, perdemos a conexão, pela doença de ouvir a voz da falsa razão [...] fechando o olho da intuição, abrimos mão de enxergar o desabrochar da vida” (Ferro, 2019a).

Trabalho e formação, conhecimento e criação para o SUS precisam caminhar juntos, tecendo práticas prenes de sentidos junto à vida dos territórios e das pessoas, ali onde aprender-

²⁸ Podres Poderes, música de Caetano Veloso, do álbum Velô, lançado em 1984 pela Philips Records.

desaprender pode transformar-se em experiências de encantamento e re-encantamento, em um percurso que produz estranhamentos ao tempo que contribui para a ampliação do olhar da preceptora-aprendiz e da aluna-aprendiz. Ferro (2019b) canta que “na calada da noite os estudantes fazem o futuro amanhecer” pois “quem aprendeu a ler e a escrever sabe que analfabeto jamais voltará a ser”. Aprendizagem da vida que somos, nos juntamos a quem “sonha sem pudor” (Ferro, 2019b) e a Yasui (2006, p. 174) que traduz bem esse lugar de aprendizagem-ensinagem: “o que buscamos com os estagiários é a construção desse lugar. Aprender fazendo. Aprender saberes e fazeres que se constroem no contato com o sofrimento do usuário, com as suas condições de vida e existência”. Nessa mesma direção, aponta uma das mulheres escutadas:

Se você não entende o que é, se você não dá nome, aquilo não existe, por mais que exista, você não vê, não enxerga. Eu acho que a grande missão da academia é fazer enxergar [...], ensinar a olhar o mar. Da academia e dos preceptores, de quem está antes, de quem é ancestral no SUS.

Outra delas relembra o encontro-acontecimento que a forçou a olhar para o próprio preconceito. Durante uma reunião de planejamento com a equipe de saúde do CAPS, após expressar seu receio de estar naquele espaço, ouviu de uma colega com o dedo em riste:

Isso aí é preconceito seu, viu? Você reveja seus preconceitos”. Eu, caramba, era. E na hora a gente se confronta, se a gente está aberta, a gente se confronta, mas a gente não se encolhe, a gente reconhece e tenta ser alguém melhor para o mundo e transformar esse mundo em algo melhor para as outras pessoas e para quem há de vir[...] então, meu olhar foi moldado ali, de um dedo de alguém que disse, olha o preconceito. E se reconhecer enquanto preconceituosa, se despir de seus conceitos prévios, entender que é um conceito prévio construído pela sociedade, pelo senso comum.

“Como começamos a vida olhando para o mundo com nossas lentes limitadas, (pelas circunstâncias, pelas crenças, pelos discursos, pelas ignorâncias), nem sempre temos o olhar mais atento para as coisas que nos cercam. É preciso ver mais longe” (Tiburi, 2018, p. 101). O SUS é um empregador importante na área da saúde, além de responsável por ordenar a formação na área da saúde. Mas, é preciso ver mais longe: qual é mesmo a função da formação no SUS e para o SUS? Apenas inserir pessoas no mercado de trabalho? Para Ceccim e Cyrino (2017), o papel do SUS na formação deve estar vinculado às instituições de ensino superior e vice-versa, aproximando academia e serviços de saúde, criando programas de pós-graduação e de pesquisa

e extensão que sejam capazes de dialogar com os movimentos sociais de luta pela saúde e com as/os trabalhadoras/es. Outro ponto fundamental é desenvolver estratégias de atualização contínua tanto para professoras/es quanto para trabalhadoras/es, baseando-se nas questões que se apresentam no chão das práticas de saúde, em diálogo com as questões do tempo presente, aproximando sempre conhecimento e criação.

A caminhada das mulheres-estrela do e no SUS está repleta de encontros-acontecimentos que se transmutaram em oportunidades de aprendizagem. Elas tornaram-se mestres em olhar e enxergar o outro, fazer do encontro com o outro uma deriva de si, fazendo emergir outras formas de cuidar em saúde, de existir. Nas palavras de uma delas: *“estar permeável à história do outro, às vezes essa história se mistura com a sua também [...] eu acho que posso dar uma gotinha de paz naquilo dali, naquele oceano todinho de sofrimento, com um pouco de cuidado, às vezes é só uma conversa, né? Não precisa nem de remédio”*.

Esse SUS que *“permite ver e viver coisas”*, *“que é projeto de sociedade”*, que ensina a *“ser alguém melhor para o mundo”*, que *“é uma coisa linda”*, que está em permanente construção, ele exige de nós um mudar de ver e de sentir porque *“não dá para pensar em SUS sem pensar em democracia”* e *“se Arouca abriu caminho, a gente vai pisando esse chão [...], na esperança de que algum dia chegue em uma sociedade que se entenda coletivamente e a gente vai olhar para essa sociedade de outro plano e vai dizer, que maravilha.”*

Ouçó essas mulheres e as palavras delas me traduzem: *“ter entrado no SUS modificou a minha vida [...], o meu crescimento, tanto pessoal quanto profissional”*; *“o SUS para mim foi uma grande escola e ainda é; eu aprendo todos os dias”*. Mas o que nos guia, inspira essas mulheres a permanecerem no SUS? Todas falam do orgulho que é fazer parte do SUS e da construção-resistência que significa estar nele e ali permanecer. *“O que me guia, me inspira é acreditar nesse modelo. Sonho com o dia que ninguém precise de plano de saúde particular”*, diz uma delas. E a outra salienta:

Vou pensar na transformação do mundo. O que eu faço hoje é saber que posso ser ancestral de quem está por vir. Quero um SUS massa para meu neto, para o neto daquela pessoa que não conheço. A pessoa não me conhece, não sabe que eu existo, mas eu estou lá, transformando a vida desse sujeito, dessa criança que está por vir.

Mulheres que, como inspira Emicida (2019), sabem que *“enquanto a terra não for livre, eu também não sou; enquanto ancestral de quem tá por vir, eu vou”*, elas continuam, e fazem da sina do cuidar aberturas de si e do mundo: *“O que me move a estar no SUS? Poder trabalhar*

e com meu trabalho ajudar alguém”. “O que me move todos os dias é acreditar no SUS”. “Não tem outro caminho que não seja a saúde coletiva”. “Não tenho registro de fora do SUS. Eu sou cria do SUS desde a faculdade, não tenho outra referência. Não tem como pensar minha existência profissional sem o SUS, e minha existência profissional é muito de mim”. “Acho que a minha formação se deu no SUS, então nem sei se me reconheceria com a formação que eu recebi na academia”.

Mulheres que precisaram cotidianamente *“ter muita inteligência emocional para ouvir muita coisa, ser descredibilizada, ser desacreditada e ainda assim seguir persistindo e fluindo feito água na fresta”*. Mulheres que buscaram linhas de fuga, inventaram/inventam *“espaços-tempo de vida”* (Miranda, 2022, p. 168), que insistem em buscar um buraquinho na parede por onde o sol entra e se faz vida-presente (idem, p. 168-169):

Eu acho que essas invenções, quando eu falo das diferenças, essas subversões possíveis, quando você escapa da lógica do modelão, elas ensinam tanto. Cadê os buracos do sistema, pera aí, ah!, é por aqui que eu vou, ah aqui pode, aqui vai rolar. Eu sinto isso das pessoas, isso é bem importante para mim. É uma entrega assim que talvez tenha a ver com a entrega nesse mundo, da sociedade, da relação com as coisas, com a vida, com os encontros.

Ceccim e Merhy (2009) afirmam que, se olharmos com delicadeza, iremos identificar inúmeras linhas de fuga, no campo simbólico e imaginário dos afetos, que pedem passagem, lá onde não temos mais respostas ou onde aquelas que temos não nos servem mais. Lá nesse entre, nós ousamos, criamos, fazemos, nos re-construímos como mulheres e trabalhadoras, re-existimos, abandonamos o sujeito que somos e somos afetados pelos encontros-acontecimentos, que produzem abalos, que ampliam fronteiras, fortalecendo, com fios femininos e feministas, o cuidado em saúde e o SUS. Se o SUS está por um fio, insistimos em fiá-lo diariamente por meio de encontros e afetos alegres.

7. PARA CONTINUAR...

É uma teimosia... com persistência e insistência a água vai moldando a pedra, vai moldando o caminho. O capital está aí, mas a gente segue se batendo e se jogando nessa pedra para abrir caminho, mesmo que leve anos, décadas. Se a gente pensar, o Brasil é um país jovem [...]. A gente está debatendo racismo, a escravidão acabou não tem 200 anos. 200 anos em geração é nada. Então, a gente precisa resistir, se a gente quer e sonha e almeja, quer ver chegar, não importa para quem seja.

Socorro Galiano (2021, p. 8), na apresentação de um livro-homenagem a mulheres do SUS, lembra que “no caminhar pela saúde pública, compartilhamos uma paixão: a de crer que podemos mudar o mundo”. Afirma que “saúde se constrói unindo forças [...]. Sozinhos somos bons, mas juntos somos poderosos” (ibid.). Para ela, “o trabalho em saúde é, ao mesmo tempo, técnica e afeto, razão e emoção, atuação profissional e militância ética pela vida e pela produção de saúde” (ibid., p. 10). Reforça, ainda, a dupla ênfase no percurso das mulheres homenageadas: “os fazeres do trabalho são permeados pelo cuidado e gestão, mas também pela formação e aprendizagem, pela militância e defesa das vidas” (ibid.).

Quando me refiro ao SUS, costumo dizer que ele está no meu sangue e sempre usei os espaços que ocupei para compartilhar essa visão de mundo com as pessoas que cruzaram o meu caminho. Ao ler Franco (2024), as palavras dele reverberam em mim e encontro eco para as minhas quando ele afirma que:

tenho dito há algum tempo que é necessário que as pessoas se apaixonem pelo SUS. Um projeto que visa a um grau civilizatório elevado, onde a sociedade cuida dos seus, e todas as pessoas têm os mesmos direitos à saúde e à vida. O que nos move é sobretudo um projeto de futuro. [...] Nosso mundo é a defesa da vida, da democracia e do fortalecimento do SUS. [...] devemos pensar em como mobilizar os afetos mais intensos a favor da política de saúde, mesmo contando com a adversidade dos tempos atuais (Franco, 2024, p. 2).

Franco (2024) afirma que o SUS “é o amálgama que solidifica as relações sociais e comunitárias” (p. 3) porque:

contém na sua essência o princípio generoso do cuidado, como base humanitária de um novo marco nas relações sociais na saúde; o coletivo como antídoto à autossuficiência proposta pela meritocracia; a base comunitária, contra a gestão autocrática das políticas; o sujeito solidário ao invés do sujeito da concorrência, uma invenção neoliberal para as relações de trabalho; enfim, o SUS universal, equitativo, sustentado, é um projeto antineoliberal. (Franco, 2024, p. 3)

Escrever uma dissertação por meio de histórias de mulheres “tecelãs da memória – aquelas que mantêm vivas as vozes do passado e as histórias das comunidades” (Federici, 2019, p. 12), mulheres cujas cabeças pensam “a partir de onde os pés pisam” (Boff, 2002, p. 9), que habitaram/habitam o mesmo chão que eu no SUS Aracaju, me faz perceber que somos poucas, talvez, mas que somos poderosas juntas. Poucas, não em número, mas poucas que compartilham memórias desejantes, labreadas de insistência no SUS e num projeto de sociedade em que possamos nos tornar outras, mulheres. Reacende o desejo de desacelerar o tempo, de escavar espaços intervalares nesse mundo de trabalho neoliberal, de abrir frestas de sentido e existencialização por meio do trabalho no SUS, reencontrando inspiração para nós e para outras mulheres que virão.

Olegário (2015, p. 373) assinala que “a vida é rizoma, e pode ser percorrida em diversas direções, sendo reinventada em cada viagem e por cada um que a percorre”. Para adiar o fim do SUS, ampliar sua vida e seu viço, precisamos olhar para ele com olhos outros, olhos de mulheres-estrela que, conectadas entre si por linhas em um território movente de memórias, povoam o caminho com miríades de luzes que apontam as frestas nos muros que a realidade teima em erguer para aprisioná-las. *“Eu tenho me permitido transitar pelo SUS sempre criando espaços, buscando criar espaços para as diferenças serem possíveis [...] deixa a diferença existir”*.

As memórias-narrativas me guiaram até aqui e, nesse retorno ao passado, criou-se presenças num tempo ainda por vir. Fica a sensação de que existe muito mais a ser escrito; cada revisita ao texto, um olhar se alarga. Portelli (1997) fala que a memória é uma fonte inesgotável e que a pesquisa que utiliza fontes orais sempre terá uma “natureza inconclusa de um trabalho em andamento” (p. 36). O campo problemático não se encerra com esta escrita, pelo contrário, assim como o nosso desejo movente e ardente por um SUS que pode dar certo, como aprendemos com a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2008). Se apostar no SUS é apostar em um outro pacto societário, em vidas que se fazem no coletivo, faz-se necessário tornar a resistência em uma “ação política quando, por exemplo, recusamos o individualismo já tão naturalizado em nosso cotidiano e insistimos nos encontros” (Mansano, 2009, p. 114).

Os encontros no SUS me transformaram, assim como as mulheres dessa história. Para adiar o fim do SUS, conto uma parte dessas histórias e convido outras pessoas a fazerem o mesmo. Que possamos dar asas a essas histórias e, assim adiarmos o fim por um dia e mais um. E talvez alongar o horizonte do olhar para quem está chegando agora e que enfrenta outras lutas, não menos doloridas, não menos importantes. A fala de uma trabalhadora chama a atenção para

aquelas que chegam nos serviços no momento, profissionais que são fruto da expansão e interiorização das universidades, aquelas que sempre foram usuárias do SUS porque nasceram com ele já como realidade:

A gente está falando muito das agruras do SUS, das pessoas, mas ao mesmo tempo têm umas coisas que são incríveis que têm acontecido e vale a pena a gente ver. Eu não sei quem foram as pessoas que filmaram aquele médico que estuprou uma paciente. Quem são essas pessoas? Não são pessoas famosas, conhecidas, não sei se tem gente experiente com muito tempo de estrada. São pessoas que estão olhando para esse lugar e dizendo: não basta me incomodar, a porra que vai aguentar esse incômodo sozinha, eu vou me posicionar. Isso é interessante porque tem uma geração, essa galera que está chegando não sabe o que é concurso público. São pessoas que vão se relacionar com o SUS de um jeito muito salve-se quem puder. Como a gente perdeu essa coisa do coletivo dos encontros. Mas, a gente acaba vendo uma coisa assim, de uma pessoa dizer, eu não aguento mais. Então, eu fico com a expectativa de que essa galera, essas sementinhas que estão crescendo, eles têm coisas para ensinar para a gente.

As histórias aqui contadas, as memórias aqui tramadas buscam também extrapolar os limites do SUS de uma maneira consciente e ativa, chegar a outras pessoas, outros grupos e coletivos, porque contar histórias, experimentar a oralidade, enriquece a vida de cada uma: a mais velha compartilha sua vida e des(aprendizados), a mais nova traz uma experiência vivida/sentida e, desta forma, o coletivo se constitui/fortalece (Silva, 2018).

Manter viva a história de mulheres por meio do compartilhamento de suas memórias, um gesto de confiança de que vocês, mais jovens, passarão adiante, seguirão essa trama de contação, ao tempo que não esvazia sua força, não minimiza suas dores, é nossa maneira de resistir a um Estado que insiste em utilizar-se da educação para a produção de estoque de gente para o mercado, cujo produto varia conforme a encomenda. Para nós, as memórias de trabalhadoras, educadoras e educandas do e no SUS, compartilhadas por meio da oralidade, é parte fundamental do trabalho no SUS que enlaça saúde, educação e memória: cada menina que veio, que está vindo, traz dentro de si todas as histórias das mulheres que vieram antes e que não devem, se queremos sobreviver, serem esquecidas (Silva, 2018).

Latour (2020), ao pensar o desaceleramento do sistema econômico que foi forçado, em lapsos de instantes, pela pandemia do Coronavírus, sugere uma saída a partir de um pensar-agir coletivo: desnaturalizar a relação com o mundo baseada na produção e na distribuição dos frutos do progresso e imaginar gestos-barreira que impedissem nosso retorno ao modo de vida que explora e suga até a última gota de vida do planeta, até a última gota de nosso suor de

trabalhadoras. Contar nossas estórias, registrá-las de algum modo é um gesto-barreira que deu vida ao desejo dessa dissertação, dessa escrita-memória tramada por mãos de mulheres trabalhadoras do e no SUS.

Que as trabalhadoras presentes/futuras do SUS e da vida, assim como as crianças Krenak, tenham o anseio de serem antigas, que valorizem quem veio antes, suas experiências de viver, suas histórias. Que, como elas, aprendam que o indivíduo conta menos que o coletivo, que o legado do SUS passa de geração para geração e a colocar o coração no ritmo da terra. O futuro do SUS é ancestral (Krenak, 2022).

REFERÊNCIAS

ARACAJU. Mapografia Social do Município de Aracaju - 2019. Observatório Social de Aracaju, Prefeitura Municipal de Aracaju, 2019. Disponível em: <https://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/observatorio/arquivos/OSERVATORIO-Mapografia-Social-de-Aracaju-para-o-Observatorio-Social-final.pdf>.

ARNEMANN, C. T.; KRUSE, M. H. L.; GASTALDO, D.; JORGE, A. C. R.; SILVA, A. L. da; MARGARITES, A. G. F.; PIRES, C. L.; KUPLICH, N. M.; SANTOS, M. T. dos; CONDESSA, R. L. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. 2018, v. 22, n. Suppl 2, pp. 1635-1646. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0841>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0841>. Acesso em: 4 set 2024.

BLASER, M. Uma outra cosmopolítica é possível?. **Revista de Antropologia da UFSCar**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 14–42, 2018. DOI: 10.52426/rau.v10i2.243. Disponível em: <https://rau2.ufscar.br/index.php/rau/article/view/243>. Acesso em: 1 abr. 2025.

BOFF, L. A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana. Petrópolis: Vozes, 1997.

BORGES, F. A cilada de Arminio Fraga para o SUS. **Outra Saúde**, São Paulo, 18 out. 2024. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/a-cilada-de-arminio-fraga-para-o-sus/>. Acesso em: 19 out. 2024.

BOSI, Ecléa. Memória da cidade: lembranças paulistanas. *Estudos Avançados [online]*. 2003a, v. 17, n. 47, pp. 198-211. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-40142003000100012>>. Epub 08 Ago 2008. ISSN 1806-9592. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142003000100012>. Acesso em: 20 set. 2024.

_____. O tempo vivo da memória.: ensaios de psicologia social. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde: Brasília, 17 a 21 de março de 1986: relatório final / Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf. Acesso em: 25 jul. 2024.

_____. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 21 jan. 2024.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 29 jan. 2024.

_____. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em 2 de fev. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed., rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 9 jun. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto da Pessoa idosa e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2003b.

_____. Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/pneps>. Acesso em: 21 jan. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Volume 1, Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização de Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 13 jun. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 jun. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 230 de 7 de março de 2023. Institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0230_08_03_2023.html. Acesso em: 4 fev.2024.

BRUM, Eliane. Me chamem de velha. **Revista Época**, v. 20, 2012.

CAMPOS, G. W. de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2000, v. 5, n.2, pp. 219-230. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>>. Epub 19 Jul 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>. Acesso em: 8 set. 2024.

_____. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. In: **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2006, v. 4, n. 1, pp. 19-32. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462006000100003>>. Epub 31 Out 2012. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462006000100003>. Acesso em; 27 mar. 2024.

_____. Um método para análise e cogestão de coletivos: A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições — O método da roda. São Paulo: HUCITEC, 2013.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico** [Le Normal et le Pathologique]. São Paulo: Forense-Universitária, 1982 (Original publicado em 1966).

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: comunicação, saúde, educação**. Botucatu, SP. Vol. 9, n. 16 (set. 2004/fev. 2005), p. 161-168.

_____. Educação Permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2005, v. 10, n. 4. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>>. Acesso em: 9 jun. 2024.

_____. Emergência de um “campo de ação estratégica”: ordenamento da formação e educação permanente em saúde. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, [S. l.], v. 18, n. 1, 2019. DOI: 10.36925/sanare.v18i1.1307. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1307>. Acesso em: 9 jun. 2024.

_____.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface: comunicação, saúde, educação**. Botucatu, SP. Vol. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009.

_____.; CYRINO, Eliana G. O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área. **Rede Unida Série Atenção Básica e Educação na Saúde**. Rede Unida: porto Alegre, 2017.

_____.; KREUTZ, Juliana A. Prospecção de modelos tecno assistenciais na atenção básica: protocolo de pesquisa colaborativa multissituada na Educação em Saúde Coletiva. *In*: Ceccim, Ricardo B. et al (org.). **Informes da atenção básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016, v. 1, p. 16-30. (Atenção Básica e Educação na Saúde).

_____.; OLIVEIRA, Paula Érica Batista; SOLANO, Lorrainy da Cruz; SOARES, Camila Mesquita; AVELINO, M. Artesanário popular: arte como método na informação e comunicação, o caso da saúde na pandemia de COVID-19. *In*: **Contribuciones a las ciencias sociales**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 8788–8810, 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.1-531. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/4939>. Acesso em: 20 fev. 2024.

CONDE RODRIGUES, Heliana de Barros. O Homem Sem Qualidade. História Oral, Memória e Modos de Subjetivação. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 24–46, 2004. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/11140>. Acesso em: 27 nov. 2023.

CORAZZA, Sandra Mara. Labirintos da pesquisa, diante dos ferrolhos. *In*: **Caminhos investigativos I: novos olhares na pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: Lamparina Editora, 2007.

COSTA, Ana Maria; BAHIA, Ligia; CONTE, Danielle. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *In*: **Saúde em Debate**, vol. 31, núm. 75-76-77, jan.-dez., 2007, pp. 13-24. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345310003>. Acesso em 28 ago. 2024.

COSTA, Ana Maria; BONAN, Claudia; RODRIGUES, Andreza. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, 40 anos de uma história: entrevista com Ana Maria Costa. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2024, v. 31, e2024029. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702024000100029>>. Epub 17 Jun 2024. ISSN 1678-4758. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702024000100029>. Acesso em: 30 ago. 2024.

COUTINHO, Chenya Valença; DIAS, Gustavo Ávila. Curta SUS: avaliação sobre um projeto de cinema e educação popular na promoção à Saúde Pública. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, [S. l.], v. 18, n. 4, p. 46–54, out-dez 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/16730>. Acesso em: 26 fev. 2024.

COUTINHO, Chenya Valença.; VASCONCELOS, Michele de F. F de V.; ANDRADE, Taísa B. do E. S. A. Felicidade clandestinas no SUS Aracaju: brincantes no produzir saúde e subjetividades, 89-110. *In*: PAULON, Simone M.; LONDERO, Mário F. P. (org.). **Saúde mental na atenção Básica: o pesquisar como cuidado**. 1. ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019.

COUTO, M. Estórias abensonhadas. Companhia das Letras, São Paulo, 1994.

DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 1992.

DIDI-HUBERMAN, G. Que emoção! Que emoção? São Paulo: Editora 34, 2016.

EMICIDA. Principia. Álbum Amarelo. Sony Music: 2019.

ELLERY, Ana Ecilda Lima; PONTES, R.; LOIOLA, F.. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2013, v. 23, n. 2, pp. 415-437. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200006>>. Epub 30 Jul 2013. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200006>. Acesso em: 8 set. 2024.

ESCÓSSIA, Liliana da. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 689–694, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500019>. Acesso em: 1 abr. 2025.

FEDERICI, Silvia. A história oculta da fofoca: mulheres, caça às bruxas e resistência ao patriarcado. In: **Mulheres e caça às bruxas**. São Paulo: Boitempo, 2019.

FERLA, A.; GOSCH, Cristiane; POSSA, Lisiane Bôer; PADILLA, Monica. A saúde e as mulheres: diferentes interfaces para políticas públicas de proteção do trabalho e da educação. In: **Mulheres e Saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde**. Org.: PADILLA, Monica; et al. 1 ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021.

FERRO, Flaira. Germinar. **Álbum Virada na Jiraya**. Produção independente, 2019a.

_____. Estudantes. **Álbum Virada na Jiraya**. Produção independente, 2019b.

FIGUEIREDO, Eluana B. L. de; GOUVÊA, Mônica V.; SILVA, Ana Lúcia A. Educação Permanente em Saúde e Manoel de Barros: Uma Aproximação Desformatadora. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40 (3): p. 324-331. Rio de Janeiro, 2016.

FRANCO, T. Poderá o SUS salvar nossas utopias? **Outra Saúde**, Niterói, 04 de jun. de 2024. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/podera-o-sus-salvar-nossas-utopias/>. Acesso em: 05 jun. 2024.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P.; GUIMARÃES, S. **Aprendendo com a própria história**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

GALEANO, E. **Amares**. Porto Alegre: L&PM editores, 2019.

GALIANO, Socorro G. As mulheres e a saúde: uma prioridade para o ano internacional dos trabalhadores da saúde e da assistência. *In: Mulheres e Saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde*. Org.: PADILLA, Monica; et al. 1 ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, n. 5, p. 7–41, 2009. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>. Acesso em: 5 abr. 2024.

_____. Ficar com o problema. Fazer parentes no Chthuluceno. São Paulo: n-1 edições, 2023.

HERNANDES, Elizabeth S. C.; VIEIRA, Luciana. A guerra tem rosto de mulher: trabalhadoras da saúde no enfrentamento à COVID-19. 2020. Disponível em: <<https://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulher-trabalhadoras-da-sade-no-enfrentamento-covid-19>> Acesso em: 20 mar. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. Brasília, DF: IBGE, 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos#:~:text=Considerando%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20de%20idosos,de%20%20a%2014%20anos>. Acesso em: 23 set. 2024.

KAUR, Rupí. **O que o sol faz com as flores**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2018.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

_____. **A vida não é útil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

_____. **Futuro ancestral**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

_____. **Um rio um pássaro**. Rio de Janeiro: Dante Editora, 2023.

LARROSA, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência, 20-28. *In: Revista Brasileira de Educação*, núm. 19, jan-abr, 2002. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação Rio de Janeiro, Brasil.

LATOURET, B. Imaginar gestos para barrar a produção pré-crise. AOC-Media. Disponível em: http://www.bruno-latour.fr/sites/default/files/downloads/P-202-AOC-03-20-PORTUGAIS_2.pdf. Acesso em: 1 abr. 2025.

LORDELO, Camila. **A cada ela uma força**. São Paulo, 21 fev. 2024. Instagram: @euliricas. Disponível em: <<https://www.instagram.com/reel/C3nak-uuX00/?igsh=d3drOHgwcWcwbWU=>>> Acesso em: 26 fev. 2024.

MANSANO, Sonia Regina Vargas. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade, 110-117. *Revista de Psicologia da UNESP*. São Paulo, 2009.

MARIE, Fhoutine; ANDRADE, D. Neoliberalismo, virada conservadora e a guerra contra as mulheres. In: RAGO, Margareth; PEREGRINI, M. (orgs). **Neoliberalismo, feminismos e contracondutas: perspectivas foucaultianas**. São Paulo: Entremeios, 2019. P. 161-174.

MARTINS, Leda Maria. *Performance do tempo espiralar: poéticas do corpo-tela*. Rio de Janeiro: Cobogó, 2021.

MERHY, E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades, 267-279. *Saúde e Sociedade*, v. 21, n. 2. São Paulo, 2012.

MIRANDA, Laura de A. Alguns apontamentos sobre violações de direitos humanos e gênero no Brasil. **Revista Discente Planície Científica**, v. 4, n. 1, jan/jul. 2022. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/planiciecientifica/article/view/54044/32762>. Acesso em: 20 jun. 2024.

MONTEIRO, Adriana Lima. *Apanhar desperdícios, seguir vagalumes: das travessias entre acompanhamento terapêutico, velhice e mulheres*. 2023. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2023.

MULHERES BRASILEIRAS. Carta das Mulheres aos Constituintes de 1987. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/a-constituente-e-as-mulheres/arquivos/Constituinte%201987-1988-Carta%20das%20Mulheres%20aos%20Constituintes.pdf. Acesso em: 28 ago. 2024.

OLEGARIO, Fabiane. Cartografias, fugas e fluxos do pensar. **Revista Interinstitucional Artes de Educar**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 372–385, 2015. DOI: 10.12957/riae.2015.11720. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/riae/article/view/11720>.

OSMO, A.; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade** [online]. 2015, v. 24, suppl 1, pp. 205-218. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018>>. ISSN 0104-1290. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018>. Acesso em: 10 jun. 2024.

PAIM, J. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França. **Estado, sociedade e formação profissional: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Fiocruz, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/6234>. Acesso em 27 mar.2024.

_____. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. Coleção temas em Saúde.

PASSOS, E.; BARROS, Regina B. de. Por uma política da narratividade, 150-171. In: PASSOS, E.; KASTRUP, Virginia; ESCOSSIA, Liliana da (org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E.; EIRADO, A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, E.; KASTRUP, Virginia; ESCOSSIA, Liliana. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2001, v. 35, n. 1, pp. 103-109. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>>. Epub 23 Jun 2009. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>. Acesso em: 21 jun. 2024.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse Lima Fernandes; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; SOUZA, Helton Saragor. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2020, v. 18, suppl 1, e0024678. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>>. Epub 16 Mar 2020. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Acesso em 11 set. 2024.

PELBART, P. Biopolítica e brutalismo em chave estratégica. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 17, p. 01-10, jan./dez. 2020. Universidade Federal de Santa Catarina. ISSN 1807-1384. DOI: <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2020.e72591>. Acesso em: 20 set. 2024.

PORTELLI, A. O que faz a história oral diferente. **Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**, v. 14, p. 25-39, fev. 1997. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/11233>. Acesso em: 27 nov. 2023.

RAGO, Margareth. Escritas de si, parresia e feminismos, 251-267. In: CASTELO BRANCO, Guilherme; VEIGA-NETO, Alfredo (org.). Foucault: filosofia e política. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

RIBAS, Cristina. Feminismos bastardos. Feminismos tardios. São Paulo: N-1 edições. 2019.

ROCHA, Hulda C.; RIBEIRO, Victoria B. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2012, v. 36, n. 3, pp. 343-350. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000500008>>. Epub 01 Out 2012. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000500008>. Acesso em: 14 junho 2024.

SANTOS, M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: HUCITEC, 1999.

SANTOS, R. C. Saúde Todo Dia uma construção coletiva. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SANTOS, Larissa Ferreira Mendes dos; MENDES, Valeria Monteiro. Nós e o campo: compondo o lugar de pesquisadoras-estrategistas. In: MERHY, Emerson Elias et. al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

SANTOS, A. B. **Somos da terra**. PISEAGRAMA, Belo Horizonte, número 12, página 44 - 51, 2018.

SILVA, Priscila Matos Crisostomo da; SOUZA, Kátia Reis de; TEIXEIRA, Liliane Reis. Política de desprecarização do trabalho em saúde em uma instituição federal de c&t: a experiência de professores e pesquisadores. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2017, v.

15, n. 1, pp. 95-116. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00048>>. Epub 05 Jan 2017. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00048>. Acesso em: 18 set. 2024.

SILVA, J. A potência do sujeito coletivo. **Revista Periferias**, Rio de Janeiro, p. 3-4, mai. 2018. Disponível em: <https://revistaperiferias.org/materia/a-potencia-do-sujeito-coletivo-parte-i/>. Acesso em: 28 set. 2024.

SILVEIRA, Paloma; PAIM, J.; ADRIÃO, Karla. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. *In: Saúde e Debate [online]*. Rio de Janeiro, 2019, v. 43, n. spe8, p. 276-291. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S820>>. Epub 07 Ago 2020. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S820>. Acesso em: 28 ago. 2024.

SOARES, J. Memória e Sociedade em Ecléa Bosi: Uma leitura metodológica e Sociológica. **Revista Espaço Livre**, [S. l.], v. 17, n. 34, p. 70–90, 2023. Disponível em: <https://redelp.net/index.php/rel/article/view/1328>. Acesso em: 20 set. 2024.

SOBRINHO, L. C.; MENDES, Alice Lins de Albuquerque Cavalcanti; LIMA, Ana Angélica Moreira Ribeiro; VIEIRA, F.; MENDES, Maria Stella Omezzali da Costa; CAVALCANTI, T.; LACERDA, W. Envelhecimento populacional e feminização da velhice no contexto da atenção à saúde do idoso no Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. e68369, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n2-207. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/68369>. Acesso em: 23 sep. 2024.

TAVARES, Maria Cecília. A inserção do assistente social no Programa de Saúde da Família em Aracaju: os tempos de um movimento. 2009. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

TEIXEIRA, Carmen. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 1991, v. 44, n. 1, p. 10-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671991000100003>. Acesso em 6 jun. 2024.

TEIXEIRA, Marcia (org.); NASCIMENTO, Carolina A. da C.; SANTOS, Isabela Soares; COSTA, Laís Silveira; MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; OLIVEIRA, Roberta Gondim de; CORRÊA, Roseane Maria; OLIVEIRA, Simone Santos; GERTNER, Sonia; BERNARDES, Vitória. Mulheres e saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho. **Mulheres e Saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde**. Org.: PADILLA, Monica; et al. 1 ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021.

TIBURI, Marcia. Feminismo em comum para todas, todes e todos. Rosa dos Tempos: Rio de Janeiro, 2018.

VELOSO, C. Podres Poderes. Álbum Velô. Polygram: 1984.

YASUI, S. Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. 2006. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa HISTÓRIAS DE MULHERES PARA ADIAR O FIM DO SUS: O CAMPO DA SAÚDE COMO ESPAÇO DE (TRANS)FORMAÇÃO SÓCIO SUBJETIVA, de Sindaya Rose Carvalho Belfort, estudante matriculada no Mestrado em Educação do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGED) da Universidade Federal de Sergipe (UFS) na linha de Sociedade, Subjetividades e Pensamento Educacional, orientada pela Prof. Dra. Michele de Freitas Faria de Vasconcelos.

Esta pesquisa será realizada porque apostamos que, através das experiências de mulheres e de seus relatos, podemos narrar a história de um SUS que dá certo, lugar onde a formação acontece no trilhar de caminhos sempre coletivos e, em sua maioria, femininos. A pesquisa busca, por meio de histórias contadas por mulheres trabalhadoras do SUS Aracaju, lançar um olhar para este SUS como campo formativo de saberes e fazeres em saúde coletiva. Pretendemos, desta forma, contribuir para o fortalecimento do SUS por meio da produção de memória do SUS que dá certo, mapear processos e práticas pedagógicas experienciadas nos serviços do SUS Aracaju e contribuir para a ampliação de possíveis cenários de prática para os cursos na área da saúde.

A coleta de dados acontecerá através do preenchimento individual de um formulário com informações como nome, categoria profissional, tempo de trabalho no SUS e espaços onde trabalhou/trabalha e em uma roda, com a presença de todas as participantes, com questões abertas como guia. Este segundo momento será gravado. Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais (seu nome jamais será divulgado) e utilizadas apenas para fins do estudo e sua divulgação poderá ocorrer sob a forma de relatórios de pesquisa, artigos em publicações científicas, eventos científicos ou profissionais, dentre outros. Esta pesquisa não representa riscos diretos para a saúde, bem-estar ou dignidade das participantes e não acarretará nenhum custo.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar mais esclarecimentos, recusar-se ou desistir de participar sem ser prejudicada, penalizada ou responsabilizada de nenhuma forma.

Caso você concorde e aceite participar desta pesquisa, deverá assinar este termo.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Sindaya Rose Carvalho Belfort, no telefone (79) 99137 2594 e/ou e-mail sindybelfort@gmail.com.

Consentimento da participante

Concordo em participar deste estudo como voluntária e declaro que esclareci todas as minhas dúvidas. Autorizo o uso dos meus dados de pesquisa sem que a minha identidade seja divulgada.

Nome completo:

Aracaju, SE: _____/_____/_____

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PREPARATÓRIO PARA A PESQUISA

QUESTIONÁRIO PREPARATÓRIO PARA A PESQUISA

Histórias de mulheres para adiar o fim do SUS: o campo da saúde como espaço de (trans)formação sócio subjetiva

Nome completo _____

Idade _____

Raça/cor _____

Formação _____

Ano em que finalizou a graduação _____

Possui pós-graduação? _____

Se sim, qual? _____

Natureza do trabalho atual

<input type="checkbox"/>	Gestão
<input type="checkbox"/>	Serviço
<input type="checkbox"/>	Ensino
<input type="checkbox"/>	Outro:

Ano que entrou no SUS _____

APÊNDICE C – CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA

Olá

Inspiradas em Krenak e acreditando que é possível adiar o fim do SUS, convidamos você para contar e ouvir histórias de mulheres, que como você, fazem parte de pequenas constelações de gente espalhada por Aracaju que dança, canta e faz chover no chão do SUS

Se você recebeu esse chamado é porque você é inspiração para alguém.

Que tal compartilhar sua história pra gente adiar o fim do SUS por um dia, e mais um dia, e mais um?

