

---

## DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA FORMAÇÃO: PRODUZINDO PRÁTICAS EM SAÚDE COMO RECUSA DE UM MANDATO SOCIAL PARA AMOLAR FACAS

---

CONTEMPORARY CHALLENGES FOR TRAINING AND HEALTH PRACTICES:  
THE REFUSAL OF A SOCIAL MANDATE TO SHARPEN KNIVES

---

DESAÍOS CONTEMPORÂNEOS PARA LA FORMACIÓN Y LAS PRÁCTICAS  
SANITARIAS: EL RECHAZO DE UN MANDATO SOCIAL DE AFILAR CUCHILLOS

---

*Maria Elizabeth Barros de Barros<sup>1</sup>; Pablo Cardozo Rocon<sup>2</sup>*

### RESUMO

Mediante as formulações de Luiz Antônio Baptista sobre os amoladores(as) de faca e de Judith Butler em sua discussão sobre reconhecimento e aparecimento público, este ensaio problematiza práticas e perspectivas de formação e cuidado em saúde pautadas em discursos que pregam noções de um humanismo que pode amolar facas e produzir morte de determinados grupos sociais. Indaga modos de trabalhar em saúde que contribuem para fortalecer uma assepsia social que pode reduzir o viver a moldes apriorísticos de existência. Indica que esse processo tem emergência muito antes dos bancos escolares, mas pode ser estimulado por padrões educacionais que fortalecem uma perspectiva asséptica. O ensaio é encerrado com o pensamento sobre o presente, a pandemia de Covid-19, processos e caminhos possíveis para a produção de dispositivos de formação, cuidado e gestão em saúde que recusem um mandato social de amoladores(as) de faca. O artigo busca, enfim, forjar estratégias para a produção de um comum entre trabalhadores(as) e usuários(as), que defendam uma vida com suas diferenças e sua potência heterogenética.

**PALAVRAS-CHAVE:** Formação de trabalhadores da saúde. Cuidado em saúde. Amoladores de faca. Reconhecimento. Trabalho em saúde.

---

<sup>1</sup> Doutora em Educação - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ - Brasil. Professora titular do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Educação - Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES - Brasil. E-mail: [betebar-ros@uol.com.br](mailto:betebar-ros@uol.com.br)

<sup>2</sup> Doutor em Educação - Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, ES - Brasil. Professor adjunto - Departamento de Saúde Coletiva. Professor permanente - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Cuiabá, MT - Brasil. E-mail: [pablo.rocon@ufmt.com](mailto:pablo.rocon@ufmt.com)

**Submetido em:** 02/03/2021 - **Aceito em:** 10/12/2021 - **Publicado em:** 19/07/2023

**ABSTRACT**

This essay problematizes, based on the formulations of Luiz Antônio Baptista on "knife sharpeners" and Judith Butler in their discussion of recognition and public appearance, practices and perspectives of training and health care based on speeches that preach notions of a humanism that they can sharpen knives that produce the death of certain social groups. It inquires ways of working in health that contribute to strengthening a social asepsis that can reduce living to a priori patterns of existence. It indicates that this process has emerged long before school banks, but can be strengthened by educational standards that strengthen an aseptic perspective. It ends thinking about the present, the covid - 19 pandemic, possible processes and paths for the production of training, care and health management devices that refuse a social mandate of knife sharpeners. Finally, the article seeks to forge strategies for the production of a common between workers and users, who defend a life with its differences and its heterogenético power.

**KEYWORDS:** Training of health workers. Health care. Knife sharpeners. Recognition. Health work.

**RESUMEN**

Este ensayo problematiza, a partir de las formulaciones de Luiz Antônio Baptista sobre los "afiladores de cuchillos" y Judith Butler en su discusión sobre el reconocimiento y la aparición pública, prácticas y perspectivas de formación y atención de la salud a partir de discursos que predicán nociones de un humanismo que pueden afilar cuchillos que producen la muerte de ciertos grupos sociales. Indaga formas de trabajar en salud que contribuyan a fortalecer una asepsia social que pueda reducir el vivir a patrones de existencia a priori. Indica que este proceso ha surgido mucho antes que los bancos escolares, pero puede fortalecerse con estándares educativos que fortalezcan una perspectiva aséptica. Se termina pensando en el presente, la pandemia del covid-19, los posibles procesos y caminos para la producción de dispositivos de capacitación, cuidado y gestión de la salud que rechazan un mandato social de afiladores de cuchillos. Finalmente, el artículo busca forjar estrategias para la producción de un común entre trabajadores y usuarios, que defienden una vida con sus diferencias y su poder heterogéneo.

**PALABRAS CLAVE:** Formación de trabajadores sanitarios. Cuidado de la salud. Afiladores de cuchillos. Reconocimiento. Trabajo de salud.

\*\*\*

## 1 INTRODUÇÃO

### *1.1 Amoladores de faca? Por uma reversão do mandato social*

Em trabalho datado de 1999, intitulado *A cidade dos sábios: reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades*, Luiz Antônio Baptista formulou a expressão "amoladores de facas" para se referir a práticas de alguns profissionais que defendem um "humanismo que preencha o vazio de um homem (supostamente) fraco e sem força, um homem angustiado e perplexo, necessitado de tutela" (BAPTISTA, 1999, p. 46).

Tais práticas, emantadas por uma ideia de humanismo, não dão visibilidade para a crueldade que é feita no silêncio de atos muitas vezes considerados congregadores, benfeitores, benevolentes, anunciadores de perspectivas de igualdade e defesa da vida. A estes, Baptista (1999) nomeou amoladores de faca. Sujeitos cujas práticas estão camufladas no dia a dia e dificilmente as detectamos como perigosas, violentas e ameaçadoras. Não há visibilidade para a crueldade que é feita no silêncio de atos muitas vezes considerados como humanizados.

Os(as) amoladores(as) de faca, sob narrativas de cuidado com o(a) outro(a), “amolam a faca e enfraquecem a vítima, reduzindo-a a pobre coitada [...]” (BAPTISTA, 1999, p. 46). Esses personagens, a quem pouco ou nada conseguimos visualizar, os encontramos, de maneira por vezes dispersa, em discursos, teorias, metodologias de pesquisa, textos, falas, modos de viver, modos de pensar que circulam produzindo mundos, modos de ser e estar no mundo. Assim, produzem um espaço social hostil àqueles e àquelas que são constituídos como alvos das facas amoladas. Esses alvos estão presentes nas famílias, nas páginas dos jornais, nos consultórios *psis* (psicológicos, psiquiátricos, psicanalíticos) e médicos, nas enfermarias etc. nas igrejas, nas escolas, nos cursos de formação, nos equipamentos de saúde, enfim, alvos de trabalhadores(as) do cuidado que, por vezes, são convocados a um mandato social para amolar facas e cortar e/ou assassinar seus alvos sem que esse aspecto do seu trabalho tenha visibilidade.

Desse modo, não visualizamos sujeitos específicos, mas sim, modos de trabalhar, formar trabalhadores(as), cuidar e gerir serviços de saúde e centros de formação. Modos de fazer e dizer que produzem uma desvitalização de uma existência, que opera pela produção de subjetividades submissas, tementes da autoridade dos saberes científicos e acadêmicos que se impõem como forma única e universal de conhecer, nomear, organizar e normalizar relações, modos de existência em função de tentativas de cortar a invenção de mundos e possibilidades de existência normativamente não previstos.

Somente observando tais modos com suas estratégias, maquiadas como modernização de táticas, tecnologias de ponta, tanto leves quanto duras (MERHY, 2005), podemos encontrar os(as) amoladores(as) de facas. Isso porque estes sempre possuem em comum atos genocidas, uma vez que “tiram da vida o sentimento de experimentação e de criação coletiva. Retiram do viver o caráter pleno de luta política e de afirmação de modos singulares de existir” (BAPTISTA, 1999, p. 49).

Neste ensaio, num exercício de crítica para pensar o pensamento (DELEUZE, 2003), trataremos aqui para a conversa sobre os(as) amoladores(as) de facas Judith Butler e suas discussões sobre reconhecimento para, então, prospectar análises diversas a partir das questões de gênero, sexualidade e raça, tomando por cenário a inseparabilidade entre formação, gestão, trabalho e cuidado em saúde.

## 2 CAMINHOS METODOLÓGICOS

As problematizações apresentadas em RESULTADOS E PROBLEMATIZAÇÕES, na seção Facas amoladas e políticas de reconhecimento como uma vida, têm como cenário a pesquisa realizada com trabalhadores(as) de um ambulatório pertencente ao processo transexualizador do Sistema Único de Saúde de um Hospital Universitário.

A pesquisa em questão foi realizada sob a perspectiva qualitativa com inspiração cartográfica, de modo que foram realizadas entrevistas cartográficas com sete trabalhadoras (enfermagem, serviço social, medicina e psicologia) e dois(duas) usuários(as) trans de um serviço de atenção à saúde transespecífica. Nesse sentido, as entrevistas tiveram como objetivo:

Acompanhar a experiência do dizer, considerando e alimentando a circularidade intensiva entre os planos do conteúdo e da expressão, eis o desafio colocado ao manejo cartográfico da entrevista, eis o que buscamos na pesquisa dos processos que faz uso de entrevistas, sejam elas grupais ou individuais. Pensamos na entrevista como experiência compartilhada do dizer que, como vimos, em sua performatividade cria mundo, sempre (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013, p. 316).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 3.334.302, e CAEE nº 05625118.4.0000.5542. Todos(as) os(as) entrevistados(as) foram orientados(as) sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 3 RESULTADOS E PROBLEMATIZAÇÕES

### 3.1 Facas amoladas e políticas de reconhecimento como uma vida

Os cotidianos da saúde e da educação estão repletos de amoladores de faca que, pautados(as) na assepsia e eugenia como práticas de um modo de ser e estar no mundo e num trabalho organizado por normas para comportamentos e modos de vida ditos “saudáveis”, assassinam negros e negras, mulheres, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTs), por seus anúncios de mundos e possibilidades de existir não previstos normativamente.

Essas vidas, sob uma perspectiva interseccional, se veem limadas por lâminas afiadas em uma organização social cis-heteropatriarcal branca e de base europeia (AKOTIRENE, 2020). Tal modo normalizado e normalizador de fazer a gestão do viver impõe a mulheres e LGBTs – em suas intersecções de raça, cor e classe social – diferentes possibilidades de se encontrarem com um(a) amolador(a) de faca.

Com Carla Akotirene (2020), pensamos a experiência de mulheres negras e periféricas expostas à violência domiciliar em relação a mulheres brancas de classes média e ricas, bem como o não acolhimento e proteção de suas demandas com respostas à tal violência pelo Estado. Mulheres negras e periféricas são estigmatizadas pelo aparelho do Estado por “serem moradoras de espaços considerados perigosos, identificados como pontos de tráfico de drogas pelas mídias televisivas. [...] o desprestígio das lágrimas de mulheres negras invalida o pedido de socorro político, epistemológico e policial.” (AKOTIRENE, 2020, p. 69).

A população LGBT tem sua relação com os territórios da saúde marcada pela patologização e medicalização dos gêneros e das sexualidades. Encontra personagens que amolam lâminas. Soldados fiéis a uma política de mortificação de modos de existência não circunscritos pela heteronormatividade e pelos binarismos dos gêneros. Tais normas regulam experiências e vivências com o corpo, o sexo, pela imposição da heterossexualidade como reguladora das práticas sexuais e de gênero sob perspectivas cisnormativas de um dimorfismo sexual para produções corpóreas e *performances* de gênero.

Nesse cenário, a população LGBT encontra-se marcada pelo signo perverso da pandemia de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e do vírus da imunodeficiência humana (HIV) como se fosse um “câncer” resultante de práticas apontadas pelos amoladores(as) como “antinaturais” (BAPTISTA, 1999). Mulheres lésbicas e bissexuais convivem com a desproteção dos serviços de saúde em exames constantemente requeridos a mulheres cisgênero heterossexuais a fim da prevenção e proteção em relação a possibilidades de adoecimento e sofrimento. A população trans – apontada por Mello et al. (2011) como a que mais enfrenta dificuldades em acessar e permanecer nos serviços públicos de saúde – convive com suas vivências e experiências marcadas pela medicalização dos gêneros. Esta patologização, sob o signo de uma “transexualidade verdadeira”, constitui a vida dessas pessoas impossível, marginal e passível de correção ou eliminação.

Facas podem ser amoladas por trabalhadores(as) da saúde desde seus processos formativos, muito antes da entrada nas cadeiras universitárias. A universidade é apenas mais uma peça da engrenagem dessa formação produtora de valores que define práticas profissionais de modo institucionalizado, como o que acontece no diagnóstico relativo ao processo transexualizador. Uma usuária relatou:

Ela me perguntava se eu tinha um relacionamento, ou se não era, se era algo com muita frequência, as pessoas, como se dava isso. Como era com a família, aqui no trabalho como que funcionava... E, tudo mais. E eu acho que os próximos encontros foram meio que a partir daquilo que eu estava trazendo, a todas as vezes que eu ia, que estava de certa forma me incomodando. Então, eu lembro que meu acompanhamento foi muito mais nesse sentido, e com relação a essa questão da cirurgia, e de entender o que eu queria, e porque, e tudo mais.... Meio que para justificar também isso do porquê querer a cirurgia (Usuária 1).

O diagnóstico sobre as experiências trans como requisito para entrada no processo transexualizador é exercício como prática cortante de assepsias de gênero em direção à afirmação do gênero binário como norma para a existência. Corta também uma série de pessoas trans para fora do serviço, deixando-as sem acesso aos recursos estatais ofertados pelos serviços de saúde para transformação dos corpos. Segundo Butler (2018, p. 61), o diagnóstico solapa um direito social de acesso à saúde, ao requerer “que as pessoas trans assumam uma condição patológica a fim de estarem aptas a receber apoio financeiro para sua transição e obter reconhecimento legal como trans ou qualquer gênero desejado”.

Rocon (2021) analisa que, nas práticas em saúde, trabalhadores(as) aplicam em seus cotidianos do processo de trabalho normas para gêneros e sexualidades que compõem suas matérias subjetivas, produções corporais e experiências nas práticas sexuais. Kastrup (2014) afirma a formação de trabalhadores(as) da saúde como produtora de práticas castradoras e formatadoras de modos de existência segundo manuais diagnósticos e uma ideia de “evidência científica”, transmitida como aplicável sobre os corpos-pacientes sob a ótica de especialismos<sup>3</sup> que amolam facas. Tais facas almejam a asepsia de corpos e modos de viver pautados em hierarquias produzidas por supostas “evidências científicas” que justifiquem a inferioridade de negros e negras (BAPTISTA, 1999) e a devassidão e ameaças à saúde e a um dado modelo de família pela população LGBT.

Os cortes das facas amoladas são geridos segundo políticas de reconhecimento. Políticas que produzem vidas como dignas de serem vividas, protegidas, sustentadas e aquelas que devem ser eliminadas e cuja perda será desapercibida por aqueles(as) que dizem defender a vida. Um viver produzido como indigno de qualquer prática de luto (BUTLER, 2016). Butler (2019) nos convoca a pensar que, sob as políticas de reconhecimento

---

<sup>3</sup> Especialismos é uma formulação elaborada pela Análise Institucional (AI) de linhagem francesa e refere-se a práticas que colocam em relação hierarquizada os saberes, de forma que os saberes não acadêmicos são desqualificados e, muitas vezes, silenciados. Na direção inversa, a AI francesa propõe uma recusa radical a qualquer forma de relação hierárquica ou desqualificadora com relação aos saberes da experiência.

Vidas são apoiadas e mantidas diferentemente, e existem formas radicalmente diferentes nas quais a vulnerabilidade física humana é distribuída ao redor do mundo. Certas vidas serão altamente protegidas, e a anulação de suas reivindicações à inviolabilidade será suficiente para mobilizar as forças de guerra. Outras vidas não encontrarão um suporte tão rápido e feroz e nem sequer se qualificarão como ‘passíveis de serem enlutadas’ (BUTLER, 2019, p. 52).

No encontro com as facas amoladas, muitos(as) são eliminados(as) sob perspectivas de proteção e cuidado com aquelas vidas que merecem ser mantidas sob a ótica de um racismo de estado, “um racismo que uma sociedade vai exercer sobre ela mesma, sobre os seus próprios elementos, sobre os seus próprios produtos; um racismo interno, o da purificação permanente, que será uma das dimensões fundamentais da normalização social” (FOUCAULT, 1999, p. 73).

É sob a justificativa de eliminar aqueles e aquelas constituídos(as) como ameaça, que as práticas de eliminação, de *fazer/deixar morrer* poderão ser exercidas livremente sobre os corpos e as populações (FOUCAULT, 2013). Nessa perspectiva, amolar facas parece se constituir numa tarefa prazerosa, por vezes honrosa, e necessária para os amoladores(as) que, em nome da defesa e proteção de determinadas vidas, justificam a desproteção e as ações necropolíticas (MBEMBE, 2016). Desse modo, negros e negras, mulheres, *gays*, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais são atingidos(as) de maneira interseccional pelas políticas de morte e de aumento da precariedade da vida, produzindo a rubrica que une “[...] as mulheres, os queer, as pessoas transgêneras, os pobres, aqueles com habilidades diferenciadas, os apátridas, mas também as minorias raciais e religiosas [...]” (BUTLER, 2018, p. 65).

Tais populações, sob as políticas de reconhecimento, são cortadas em seus corpos, em suas experiências e modos de existência e encaminhadas para a morte. São objeto de práticas de assepsia por um conjunto de soberanos – pastores(as), padres, trabalhadores(as) da saúde, da educação, médicos(as), enfermeiros(as), psicólogos(as), assistentes sociais etc. – imbuídos da tarefa de amolar as facas que cortam para assegurar intacta uma sociabilidade cis-heteropatriarcal branca. Assim, é possível dizer que as facas amoladas têm direção certa quanto a quem e o que cortar e tal direção é definida pelos soldados da assepsia social, da defesa de uma ideia de pátria, família, normalidade e saúde.

Como recusar um mandato social para amolar facas na condição de trabalhadores(as), pesquisadores(as) do campo da saúde e da educação? Como formar trabalhadores(as) da saúde e da educação na direção contrária aos processos formativos que engendram exímios amoladores(as) de facas? É possível que estejamos amolando as facas que nos cortam, acreditando estar produzindo cotidianos menos cortantes?



### 3.2 *Por uma prática de saúde que ceguem facas*

Recusar o mandato social de amoladores de faca implica, necessariamente, a efetivação de práticas não focadas em procedimentos e doenças, a favor do encontro entre sujeitos singulares que coabitam certo espaço, sem fugir do tensionamento. Desse modo, é possível lidar com a alteridade e enfrentar as tensões geradas no encontro com o outro de forma a não produzir silenciamento, mas a alimentar o dialogismo lateralizado, questionando esses especialismos.

É fundamental a inclusão, nas práticas de saúde, dos saberes que emergem no encontro entre aquele(a)s que demandam cuidado e aquele(a) que se dispõe a cuidar, não afirmando um vínculo de tutela. Infelizmente, ainda hoje, tal relação é marcada pelo mal-estar do encontro com o que difere e deste mal-estar pode emergir, numa gestão conjunta, um reposicionamento subjetivo de trabalhadores(as) numa coemersão com usuários(as) na produção de um comum, afirmando diferença e heterogênesse.

Recusar um mandato social para amolar facas, portanto, implica gerir o mal-estar que o outramento produz, sustentar os desafios que demandam a defesa de uma vida (ROCON, 2021). Nessa direção, vislumbra-se o exercício incansável de modalidades de fazer que fortaleçam autonomia em busca da produção do comum, uma vez que, muitas vezes, os saberes hegemônicos e as práticas dominantes na área da saúde sejam pautados por certezas inquestionáveis (HERBERT; GOMES, 2008). A tutela é uma forma eficaz de afirmos as facas que vão sangrar corpos construídos como descartáveis, corpos que não importam e são designados a morrer.

Partimos de uma diretriz segundo a qual formar-cuidar implica colocar, sistematicamente, as relações de poder em análise. Ora, o “poder não é o mal. O poder são jogos estratégicos” (FOUCAULT, 2005, p. 284). No caso da instituição educação e da instituição saúde, o mal não estaria na prática de alguém que, nesse jogo de verdade, numa relação de cuidado, diz a um outro o que é preciso fazer, ensina-lhe, transmite um saber, comunica-lhe técnicas. O problema é quando, nessas práticas, os efeitos de dominação fazem com que aquele(a) que demanda atenção seja submetido(a) à autoridade arbitrária de um(a) profissional cujo olhar seja a submissão e não o compartilhamento no processo relacional. Tais práticas configuram-se em estratégias pastorais de transmissão de verdades aplicáveis e arrancam ‘confissões’ as quais tentam padronizar sujeitos, a fim de que obedeçam a um padrão que nos é imposto (ROCON, 2021).



Então, insistimos, como jogar com um mínimo de dominação? Entre os jogos de poder e os estados de dominação, entre esses dois planos, segundo Foucault (2005), temos as “tecnologias de governo”, ou seja, estratégias, técnicas a partir das quais se estabelecem estados de dominação. Que tecnologias construir numa atividade de formação e de cuidado? Como evitar que o cuidado em saúde e as práticas formativas se efetivem como estado de dominação? Como recusar esse lugar/função de amoladores(as) de faca? Ora, os jogos de verdade não se referem apenas a uma prática coercitiva; incluem, também, uma prática de autoformação do sujeito – ou seja, “um exercício de si sobre si mesmo por meio do qual se procura elaborar, se transformar e atingir um certo modo de ser.” (FOUCAULT, 2005, p. 265).

Mas, como se pode praticar a liberdade? “A liberdade é a condição ontológica da ética” (FOUCAULT, 2005, p. 267), e a liberdade é, em si mesma, política. Buscar uma articulação crítico-criativa entre o saber do(a) especialista e o advindo daquele(a) que demanda cuidado, conjurar os especialismos, é um caminho para afirmarmos essa direção ética<sup>4</sup> da experiência do viver. No encontro com o que difere, emerge um *ethos* o qual incentiva a produção de um saber coletivo e etopoiético. Desse modo, damos passagem ao que difere em nós, em direção à produção de um saber afirmativo de uma estética como ética de existência cuja implicação é o aumento do poder de agir diante dos acontecimentos do viver.

O manejo dessa ética demanda dispositivos dialógicos que acionem modos de trabalhar que recusem o mandato social de amolador(a) de faca. Ao defender a tese de que o outro, como face do cuidado, não está lá desde sempre para ser desvendado pelos diferentes saberes, visamos acompanhar processos mais do que constatar um estado de coisas, pois tomamos o humano como um vivente dinâmico, plástico e inventivo.

Cuidar, formar, educar teriam o sentido de uma abertura do coeficiente comunicacional dos sujeitos e dos grupos, o que foi nomeado por Guattari (2004) como transversalidade<sup>5</sup>. Os sujeitos nessa relação não são polos preexistentes, entre dois indivíduos, dois extremos, dois sujeitos prévios, já formados. Essa diretriz construtivista

---

<sup>4</sup>Ética como uma direção que afirma a vida na sua dimensão de multiplicidade e diferença, recusando os processos de modelização do viver.

<sup>5</sup> Transversalidade é entendida como uma perspectiva de pensar a realidade como produção política, múltipla e plural, abrindo sujeitos e grupos a novos tipos de crises, críticas e possibilidades. A comunicação transversalizada é aquela que se faz, portanto, abrindo-se às crises, incluindo dissensos. Ela não se baseia em qualquer forma de conversas pautadas em hierarquias. Tal forma de comunicação vitaliza grupos e se opõe tanto à verticalidade grupal, com suas estratificações piramidais e, quanto às dinâmicas horizontalizadas, em que um setor tende a se organizar nas contingências de seu campo situado, no cultivo, por exemplo, de um corporativismo das profissões que se limitam a uma política identitária.

implica que o ato e o processo de formar e de cuidar engendram, num mesmo movimento, os sujeitos que estão em relação, considerados como efeitos desse processo.

O pintor Paul Klee (1973) defendia a tese de que os processos de gênese das formas que encontramos no mundo têm uma importância muito maior que as próprias formas com as quais estamos habituados a conviver. "A forma é o fim, a morte", escreveu ele; "o dar forma é movimento, ação. Dar forma é vida." (KLEE, 1973, p. 269). Um gesto de cuidado, portanto, não pode buscar replicar formas acabadas e já estabelecidas de conduta ou de saúde. Ele precisa se unir às forças que trazem à tona a forma, como uma linha em processo contínuo de derivação colocada em movimento.

A proposta, então, é produzir um movimento de descentramento do ponto de vista do(a) profissional – seja ele(a) professor(a), médico(a), fisioterapeuta, psicólogo(a), assistente social, técnico(a) de enfermagem, enfermeiro(a)s etc. Nesse sentido, o foco de análise se estabelece nas relações trabalhador(a) de saúde e usuário(a), professor(a) e aluno(a) pautadas em vínculos dessimétricos, autoritários e verticais para que seja possível a criação de uma formação relacional, numa ordem inventiva. A partir desse encontro, em que a palavra pode circular livremente e com franqueza, os sujeitos parecem estabelecer outra relação com a verdade, que supõe o estabelecimento de um encontro consigo e com os outros.

A tentação de assumirmos posições a partir de um ponto de referência fixo e absoluto nas relações com o outro (MATURANA; VARELA, 1995, p. 258) tem sido um modo habitual tanto em práticas sanitárias quanto em práticas educacionais. Ancorar nossas análises em referências fixas pode nos levar à afirmação e defesa incontestável de sua validade e, então, negarmos pontos de vista que não se aliam aos nossos. "A singularidade é o homem que vive na relação com o outro, que se define na relação com o outro. Sem o outro ele não existe em si mesmo" (HARDT; NEGRI, 2005, s/p), o que não significa louvar individualidades como entes independentes, como essência que se contrapõe ao conjunto, como formas desde sempre dadas. "O comum é sempre construído por uma relação com o outro que se desenvolve nessa realidade" (HARDT; NEGRI, 2005, s/p). O comum é um fazer, é um processo incessante de dar forma, não é um espaço já dado, ele deve ser permanentemente produzido (HARDT; NEGRI, 2005). O cuidado nas práticas em saúde e o ato de educar-formar-ensinar-aprender surgem, então, como um exercício do comum, como um exercício constante de produção e gestão do comum, do espaço da própria vida como insurgência a todas as tentativas de controle.

Então, fazendo uma derivação da questão de Baptista (1999), interrogamos: que práticas do cuidado em saúde e da formação nesse campo se aliam às ações de amoladores(as) de facas? Como evitar que a expressão “cuidado” perca sua vitalidade ao ter como base práticas piedosas e tuteladoras? Ou, ainda, como formar trabalhadores(as) da saúde que tomem a palavra “cuidado” não mais como um conselho de quem avisa dos riscos de buscar os serviços de saúde e se deparar com um(a) amolador(a) de facas? Cuidado! Não discriminar você! Cuidado! Não respeitarão seu nome social! Cuidado! Não tocam em você! Cuidado! Eles têm práticas racistas! Cuidado com fulano(a), fuja de beltrano(a), corra, corra, fuja, cuidado! Se puder, não procure os serviços de saúde! Cuidado! Não temos dúvida de que processos formativos que desmontem as relações dessimétricas e autoritárias podem viabilizar práticas de cuidado com o propósito ético que indicamos.

Os(As) amoladores(as) de faca fazem da palavra “cuidado” não uma ação de produção criadora e inventiva nos cotidianos que inauguram, mas um aviso para aqueles(as) que correm do corte da faca afiada! Cuidado! Como trabalhar em saúde tendo como prioridade a relação lateralizada e não uma relação que prioriza os procedimentos biomédicos e doenças? Como produzir comum? Como produzir cuidado como ação, defesa de uma vida, e não aviso sobre risco de morte, ação necropolítica?

Simondon (1989) considera o coletivo como transindividual<sup>6</sup> e o vê como alternativa às dicotomias estabelecidas entre indivíduo e sociedade, ou entre a interioridade das estruturas psicológicas e a exterioridade de um mundo social (ESCÓSSIA, 2009). Nesse sentido, Simondon (1989) nos ajuda a pensar o coletivo para além de uma visão excludente e dicotômica, historicamente constituída. Torna-se necessário “dar visibilidade a uma outra lógica – uma lógica atenta ao engendramento, ao processo que antecede, integra e constitui os seres” (ESCÓSSIA; KASTRUP, 2005, p. 297).

Decorre desse modo de análise não considerar um social totalizado nem uma interação entre seres já individuados. Trata-se de um coletivo a ser apreendido a partir de dois planos distintos, porém inseparáveis, que se cruzam, que são o plano das formas e o plano das forças.

---

<sup>6</sup> Simondon (1989,1964) denomina de transindividual o plano das forças, que é o plano de constituição-criação de coengendramento das diferentes formas que compõem uma realidade. Seria um plano instituinte das forças, que é da ordem do coletivo, entendido como espaço dos interstícios, que dá nascimento a toda mudança.

O plano das formas é o plano de organização e desenvolvimento das formas (DELEUZE; PARNET, 1998), o plano do instituído (LOURAU, 1995) e das regulamentações normativas das organizações, a Lei, que se refere às formas já constituídas, sejam elas referentes individuais sejam coletivas. Estamos habituados a considerar que as **formas** coletivas se referem, por exemplo, aos grupos diversos sociais instituídos, às coletividades, ou, de forma mais geral, ao que se nomeia de sociedade. O plano das **forças** é o plano de constituição, a dimensão de criação dessas formas, seja essa dimensão a forma 'o indivíduo' ou 'o social', pensada a partir de uma totalidade homogênea e sempre já dada.

O coletivo, tomado como transindividual (SIMONDON 1989), refere-se a uma dimensão instituinte, a um plano que não está em outro mundo, mas, ao contrário, se constitui no plano concreto de práticas e de relações ético-políticas; portanto, um plano imanente. Ao considerar esses dois planos que constituem a realidade, podemos sinalizar para a potência de transformação que todo estado de coisas porta, sua potência de instituição de formas condizentes com o movimento incessante do viver, que anseia pela multiplicidade, pela diferença e pela diferenciação.

Sendo assim, algumas questões emergem: poderíamos considerar que toda prática dita coletiva porta essa potência de ativar esse plano pré-individual (anterior à constituição de uma forma dada), instituinte do coletivo, permitindo o movimento de criação e transformação das formas instituídas que apequenam um viver? Os amoladores(as) de faca buscam obstruir o acesso a esse plano de criação, trabalhando a favor da permanência e cristalização de determinadas formas, ou seja, trabalham na contramão da produção de coletivos que conjuram a tutela e a heterodeterminação?

Nessa direção, torna-se possível pensarmos em perspectivas de trabalho como experimentação ativa de usuários(as) e trabalhadores(as) na produção de um comum que viabilize a emergência de modos de gestão outros, que façam um enfrentamento às estratégias de cuidado que não acolhem as subjetivações não submissas às metrificações modelizadoras. Assim, poderemos dar nascimento a modos de trabalhar, cuidar formar e gerir nos serviços de saúde na contramão dos processos heterogestivos. Nesse sentido, a ética e a política de investimento na invenção de dispositivos e estratégias de cuidado e formação podem romper com a hierarquia trabalhador(a)-paciente, professor(a)-aluno(a) de modo a fortalecer uma lateralização dessa relação. Dessa forma, investindo numa gestão criadora que deseja e afirma a diferença e a diferenciação, a heterogênese, enfim, forja-se um campo estratégico que vislumbra o estabelecimento de uma relação ética do(a) trabalhador(a) consigo que afirme e defenda uma vida, que é sempre explosiva e incontrolável.

Então, do ponto de vista metodológico, consideramos que o maior desafio que se coloca para os trabalhadores(as) desse campo nomeado saúde coletiva seria propor

alterações dos modos de formar, de fazer, de trabalhar, entendendo ser esta uma tarefa para todos(as) os(as) que estão envolvidos(as) na construção de políticas públicas de saúde, implicados(as) na afirmação do seu caráter público.

Por outro lado, afirmar que o coletivo transindividual é um plano relacional não tem o sentido de reduzir essa dimensão à instituição de espaços formais como reuniões nos serviços, oficinas, colegiados, formações como capacitações etc., uma vez que nomear uma prática como coletiva depende do modo como são conduzidos e ocupados esses espaços nomeados como democráticos. Tais situações, por um lado, podem operar como verdadeiros obstáculos à experiência coletiva transindividual. Por outro, não podemos desqualificá-los ou considerar que não são importantes, uma vez que são neles que pode haver o cruzamento do plano de formas com o plano de forças, produzindo essa experiência de produção de um coletivo. A inflexão radical que podemos operar nesse campo pode se efetivar por meio da criação de dispositivos como conselhos e colegiados funcionando como estratégias que incluem singularidades, tensionamentos e divergências que alimentam os espaços públicos, recusando-se os especialismos.

Os chamados “grupos de acolhimento” foram criados por equipes de trabalhadores(as) envolvidos(as) com um Ambulatório do Processo Transexualizador do Sistema Único de Saúde (SUS). Eles buscam organizar os fluxos de entrada de homens e mulheres transexuais no serviço e vêm se configurando como importante dispositivo para operar reposicionamentos nas práticas do serviço e para efetivar outras direções de aprendizagem. Alguns grupos de acolhimento emergem como um lugar de escuta e fala entre sujeitos de Ambulatórios de Diversidade de Gênero, de onde parece surgir uma relação de transversalidade entre os atores e atrizes que aquele cenário compõe. Tal relação tem se mostrado bem diferente daquela representada pela hierarquia trabalhador(a)-paciente organizada pelos *check lists* de diagnósticos.

Nesse sentido, ainda que o grupo tenha sido criado com uma intenção primeira de organizar a “porta de entrada” do serviço, em virtude da ausência de regulação do serviço com a atenção básica em saúde, ocorreram fugas. Rocon (2021) atribui, a essa situação, a emergência de uma relação lateralizada a qual possibilitou que a palavra circulasse sem interdição. Desse modo, numa relação comum, produzida entre trabalhadores(as) e pessoas trans, foi possível a emergência de um *ethos* que, nos modos de cuidar, gerir e trabalhar com a saúde, permitiu que os atores e atrizes coemergissem, produzindo modos de viver com os gêneros e as sexualidades não restritos às perspectivas normativas. Tal estratégia mostrou-se um importante espaço de formação-aprendizagem.

O desafio, portanto, é fomentar um movimento permanente de criação de espaços coletivos, espaços de cruzamento-entrelace entre o que está instituído e o que insurge e força

a transformação do que experimentamos como inibidor dos espaços de debate. Estamos nos referindo a um coletivo como virtual, que pode emergir dependendo do modo como atualizamos nossas ações em situação concreta.

É preciso lembrar, contudo, que as virtualidades de um coletivo transindividual trazem possibilidades, e não garantias, de sua realização. Sabemos que o capitalismo conexcionista e as dinâmicas institucionais decorrentes podem reabsorver a potência política do coletivo e do comum, dissolvendo-a e fazendo-a trabalhar a seu favor. Esse é o risco sempre iminente (ESCÓSSIA, 2009, p.692).

O que a autora nos adverte, portanto, é que, numa política de saúde, não se pode considerar que haverá alguma garantia de que vamos acionar essa dimensão coletiva das práticas. Uma política do coletivo não perspectiva chegar a soluções duradouras para as questões que emergem no cotidiano do trabalho. Trata-se, sim, de um exercício permanente de problematizações, de indagações que fazem tremer certezas inquestionáveis e, então, rejeitar esse mandato social de amoladores(as) de faca.

## **4 (IN)CONCLUSÕES PARA SEGUIR PENSANDO**

### **4.1 Amoladores(as) de faca? – desafios contemporâneos em tempos de pandemia**

Algo se impôs sobre o mundo nesse fevereiro de 2020. Vivemos um momento singular em nível mundial. A pandemia do Covid-19, que ameaça e mata muitos de nós, parece ser uma indicação contundente de que a vida não suporta ser controlada ou mesmo submetida a qualquer forma de ataque que busque reduzi-la à mera sobrevivência. Estamos experimentando sua “revolta” contra esses ataques que sobre ela temos exercido. Vivenciamos essa “revolta”, cotidianamente, há algum tempo, no enfrentamento a uma bio/necropolítica perversa como estratégia de governo.

A construção deste texto se faz, desta maneira, em meio a uma séria crise política, econômica e sanitária produzida, não só pelo aparecimento de um vírus sobre o qual ainda pouco sabemos, mas, também, por um governo que, no Brasil, decidiu se aliar ao que há de mais perverso dentre amoladores(as) de faca, numa cruzada contra negros e negras, povos originários, mulheres e LGBTs: um governo empenhado na produção e aperfeiçoamento de amoladores(as) e na distribuição de facas amoladas, sob o discurso de “destruir tudo isso que está aí, ok?!”

E nesta cortante cruzada destruidora, vemos cotidianas ações que enfraquecem ou destroem as políticas públicas, aquelas que portam uma dimensão coletiva transindividual. O SUS tem sido atacado por intervenções privatizantes e marcadas por austeridade. A educação pública, em especial nas universidades, tem sido desqualificada. Um potente austericídio, apontam alguns(mas) pesquisadores(as) atentos(as) ao presente, no qual os(as) trabalhadores(as) da saúde e educação vivem atravessamentos neoliberais que lhes impõem limites cada vez mais explícitos em seus processos de trabalho e possibilidades de cuidar e gerir com os cotidianos da saúde.

Nesse momento, não podemos ignorar a importância de um cuidado de si que implica, necessariamente, um cuidado com o outro. O distanciamento social é uma das estratégias de cuidado que hoje lançamos mão, apesar de existirem aqueles(as) que insistem em relativizar um quantitativo de mortes que às 13h e 38 min (Fuso horário de Brasília) do dia 02 de novembro de 2020 registra mais de 160 mil brasileiros e brasileiras mortos(as) pela pandemia.

No Brasil, cabe destacar, a essa situação, agrega-se uma sequência de acontecimentos que tem nos deixado perplexos e mareados, como se estivéssemos num barco desgovernado. A máquina de governo brasileira tem funcionado de modo a atacar, principalmente, os campos da saúde e da educação pública, o que pode ser constatado com os cortes nas verbas para essas áreas. Ressaltamos, ainda, um retorno ao modelo hospitalocêntrico de cuidado, ataques violentos ao SUS e à universidade pública, reforma trabalhista, reforma da previdência, reforma administrativa etc. Além desses ultrajes, sucedem-se diversos acontecimentos cotidianos os quais maquinam uma bio/necropolítica que se expande entre nós de forma assustadora, afiando facas, cada vez mais amoladas, e diminuindo, e até mesmo, eliminando, a dimensão pública de nossas práticas ao esvaziar os espaços coletivos onde a política se efetiva.

Alguns valores estão sendo afirmados, de forma a priorizar uma lógica de mercado e um produtivismo, em detrimento de uma política que se efetive como debate aberto e público. Nesse sentido, nossas ações não podem ser combustível para essa macropolítica governamental que vai se insinuando de forma sorrateira, mas também de forma escancarada, nas nossas vidas.

Cada definição normativa governamental é pautada numa lógica individualista e “antipolítica”, que se mostra como uma pandemia política, ou, como alguns afirmam, um *pandemônio*, e toma um sentido contrário ao das práticas que agregam e abrem fóruns de diálogos e debates. Seguindo Hanna Arendt (2006, p. 28), consideramos que a “política trata da convivência entre diferentes. Os homens se organizam politicamente para certas coisas em comum, essenciais num caos absoluto, ou a partir do caos absoluto das diferenças”. Política é vida ativa e não vida nua. Política forjada no encontro e no confronto, nos



tensionamentos, no debate plural, na força para agir e interferir, produzir grupalidade, agir em comunhão. A ação humana é engendrada por meio da interação e da comunicação transversalizada e o espaço público se faz por meio do exercício de práticas de liberdade, que estariam associadas à nossa capacidade de agir com o outro. Assim, se o coletivo é sequestrado, estaríamos diante da antipolítica.

Esse quadro, que vai se ampliando de forma insidiosa, interfere nos mínimos atos no nosso cotidiano, engendrando um modo subjetivo pautado no individualismo e no empreendedorismo de si. A pandemia do Covid-19 veio fortalecer e ampliar essa situação e, como nos diz Agamben (2020), legitimar um Estado de Exceção. A partir das determinações de distanciamento social, experimentamos, de forma ainda mais concreta, os limites impostos para estar com o outro e fazer existir a pólis, o que acaba por nos direcionar para nós mesmos, produzindo formas de vida pautadas numa identidade interiorizada, individualista e heterodeterminada pelo capitalismo.

Não é novidade que nossos corpos sejam alvos privilegiados das ações de toda ordem de políticas, que são sempre políticas do corpo, políticas que fabricam corpos, colocando-os em funcionamento. Viver é fazer e desfazer corpos. Uma vida, ser uma vida, viver uma vida são condições reguladas pelas políticas de reconhecimento, que determinam que nem todos poderão aparecer numa dada forma corpórea (BUTLER, 2018). Nessa direção, as facas amoladas cortam corpos, produzem corpos, modificam corpos pelas práticas de medicalização, assassinam corpos pelas práticas patologizadoras e racistas que vislumbram eliminar os produzidos como inimigos, constituídos como ameaça, não passíveis de luto por anunciar que 'ser' não se limita às perspectivas normalizadas, bem como, ela, a vida, escorrega por todos os lados, fazendo com que as sucessivas tentativas de captura, por vezes, se encontrem com sua própria destruição. E o coronavírus tem nos mostrado como a vida insurge com as estratégias que buscam controlá-la.

A experiência vivida hoje pela pandemia do Covid-19 nos apresenta questões importantes nesse domínio, acirrando uma lógica genocida em curso no âmbito do neoliberalismo. As determinações governamentais, visando ao controle da pandemia, expressam estratégias de poder que buscam ordenar os corpos segundo determinada lógica que, no momento, está marcada por um controle midiático-cibernético, como nos sinaliza Preciado (2020). Estas subjetividades capitalísticas contemporâneas são reguladas, principalmente, por um conjunto de tecnologias digitais e de transmissão e informação.

Nesse cenário, os(as) trabalhadores(as) da saúde são acometidos(as) por situações de superexploração da sua força de trabalho, de condições indignas e precarizadas para efetivarem suas ações e tudo isso acoplado às formas tradicionais de organização do trabalho pautadas pela lógica do capital. Milhões de trabalhadores(as) da saúde vivem situações marcadas, cada vez mais, pelo ataque a seus direitos e pelos indícios concretos de sua extinção, o que tem assumido contornos peculiares na realidade brasileira marcada pela retirada de recursos públicos.

Além disso, não desconsideramos esse panorama nos mundos do trabalho que a pandemia tem produzido, interferindo nos modos de organizar o sistema de saúde. Os efeitos de tal lógica no campo das políticas públicas em saúde são imediatos, como podemos observar no Brasil do coronavírus. Em uma linha derivada desse feixe de questões, nos indagamos: o que pode um trabalho coletivo na pandemia, bem como quais são as modulações necessárias no campo da saúde, tendo em vista as novas urgências de nosso tempo? Como criar estratégias formativas que se coloquem como recusa radical de amolar facas? Como acompanhar a normatividade experimentada no e pelo trabalho como atividade, nesse momento de intensas transformações dos processos de trabalho pela pandemia? Estariam as atuais políticas de educação e de saúde afiando ainda mais as facas? Que processos de formação disparar para fazer o enfrentamento dessa antipolítica em curso? Forjemos, inventemos, experimentemos práticas, cotidianos, dispositivos de cuidado e gestão em saúde que recusem um mandato social de amoladores(as) de faca. Apostemos em estratégias para a produção de um comum entre formadores(as) e formandos(as), trabalhadores(as) e usuários(as). A vida se insurge, escapa e tem nos mostrado que é possível derrotar o presidente amolador de facas brasileiro.

## REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Reflexões sobre a peste**: ensaios em tempos de pandemia (Pandemia Capital). São Paulo: Boitempo, 2020.

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Editora Jandaíra, 2020.

ARENDT, Hanna. **O que é política?** Trad. Reinaldo Guarany. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

BAPTISTA, Luiz Antônio. **A cidade dos sábios**: reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades. São Paulo: Summus, 1999.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

BUTLER, Judith. **Corpos em aliança e a política das ruas**: notas para uma teoria performativa de assembleia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

BUTLER, Judith. **Vidas precárias**: os poderes do luto e da violência. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2013.

ESCÓSSIA, Liliana da. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 689-694, 2009.

ESCÓSSIA, Liliana da; KASTRUP, Virgínia. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo sociedade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 295-304, maio/ago. 2005.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: WMF Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1**: a vontade de saber. 23. ed. São Paulo: Graal, 2013.

GUATTARI, Felix. **Psicanálise e transversalidade**: ensaios de análise institucional. São Paulo: Ideias e Letras, 2004.

KASTRUP, Virgínia. Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde. In: CAPAZZOLO, Angela Aparecida; CASETTO, Sidnei José; HENZ, Alexandre de Oliveira (org.). **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 151-162.

KLEE, Paul. **La pensée créatrice**. Écrits sur L'Art / 1. Textes recueillis et annotés par Jurg Spiller. Paris: Dessais et Tolra, 1973.

LOURAU, Renné. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1995.

MATURANA Humberto; VARELA, Francisco. **A árvore do conhecimento**: as bases biológicas do entendimento humano. São Paulo: Editorial Psy, 1995.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. **Arte & Ensaio**, n. 32, p. 122-151, 2016.

MELLO, Luiz et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, dez. 2011.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2005.

HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. **Multidão**: guerra e democracia na Era do Império. Rio de Janeiro: Record, 2005.

PRECIADO, Paul, B. Aprendendo com o vírus. AGB-Campinas, 28.03.2020. Publicado em **El País**. Trad: Gustavo Teramatsu e Wagner Nabarro. Disponível em: <http://agbcampinas.com.br/site/2020/paul-b-preciado-aprendendo-com-o-virus/>. Acesso em: 20 jan. 2021.

ROCON, Pablo Cardozo. **Clínica (Trans)exualiza(dor)a**: processos formativos de trabalhadores da saúde. Salvador: Editora Devires, 2021.

SIMONDON, Gilbert. **L'individuation psychique et collective**. Paris: Aubier, 1989.

SIMONDON, Gilbert. **L'Individu et sa genèse physico-biologique**. Paris: PUF, 1964.

TEDESCO, Silvia Helena; SADE, Christian; CALIMAN, Vieira Caliman. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal**: Revista de Psicologia. v. 25, n. 2, p. 199-322, 2013.

**Revisão gramatical realizada por:** Glaucia Araripe

**E-mail:** [gauararipe@gmail.com](mailto:gauararipe@gmail.com).