

**Trabalho em equipe
sob o eixo da
integralidade:
valores, saberes
e práticas**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Nival Nunes de Almeida

Vice-reitor: Ronaldo Martins Lauria

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Ruben Araujo de Mattos

Vice-diretora: Jane Araujo Russo

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Coordenadora: Roseni Pinheiro

Coordenador adjunto: Ruben Araujo de Mattos

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Jane Dutra Sayd

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: José da Rocha Carvalheiro (USP)

Conselho Editorial

Isabel Brasil Pereira (Fiocruz)

Kenneth Rochel de Camargo Jr. (IMS-UERJ)

Llian Koifman (UFF)

Madel Therezinha Luz (IMS-UERJ)

Maria Elizabeth Barros de Barros (UFES)

Mary Jane Spink (PUC-SP)

Ricardo Burg Ceccim (UIFRGS)

Roseni Pinheiro (IMS-UERJ)

Ruben Araujo de Mattos (IMS-UERJ)

Yara Maria de Carvalho (USP)

Série Saúde Participativa

Editores responsáveis: Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos

Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESC

Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar

Maracanã - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20550-900

Telefones: (xx-21) 2587-7303 ramal 252

Fax: (xx-21) 2264-1142

URL: www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc

Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

ORGANIZADORES

Roseni Pinheiro

Maria Elizabeth Barros de Barros

Ruben Araujo de Mattos

Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas

1ª Edição

IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO

Rio de Janeiro
2007

Trabalho em Equipe sob o Eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas
Roseni Pinheiro, Maria Elizabeth Barros de Barros e Ruben Araujo de Mattos (Orgs.)
1ª edição / agosto 2007

Copyright © 2007 dos organizadores

Todos os direitos desta edição reservados aos organizadores

Capa: Mauro Corrêa Filho
Revisão e preparação de originais: Ana Silvia Gesteira
Edição eletrônica: Mauro Corrêa Filho
Supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira

Esta publicação contou com apoio de CEPESC-IMS/UERJ, que tem resultados de pesquisas realizadas com auxílio de CNPq e Faperj.

Indexação na base de dados LILACS

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB-C

T758 Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas /
Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos, Maria Elizabeth Barros de Barros,
organizadores. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.
208p.

ISBN: 978-89737-38-X

1. Pessoal da área médica. 2. Recursos humanos na saúde. 3. Formação profissional. 4. Relações humanas. de - Brasil. I. Pinheiro, Roseni. II. Mattos, Ruben Araújo de, 1957- III. Barros, Maria Elizabeth Barros de. IV. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. V. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. VI. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

CDU 614.253.5

Impresso no Brasil

Direitos exclusivos para esta edição dos organizadores. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa dos organizadores.

SUMÁRIO

TRABALHO EM EQUIPE SOB O EIXO DA INTEGRALIDADE: VALORES, SABERES E PRÁTICAS

PARTE 1: NOÇÕES FUNDANTES E ANÁLISE DOS DADOS

Introdução9
Roseni Pinheiro, Maria Elizabeth Barros de Barros e Ruben Araujo de Mattos

Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde19
Rafael Gomes, Fabio Herbert da Silva, Roseni Pinheiro e Maria Elizabeth Barros de Barros

Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas37
Ana Paula Figueiredo Louzada, Cristiana Bonaldi e Maria Elizabeth Barros de Barros

O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras53
Cristiana Bonaldi, Rafael da Silveira Gomes, Ana Paula Figueiredo Louzada e Roseni Pinheiro

PARTE 2: DESDOBRAMENTOS TEÓRICOS

A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde75
Maria Elizabeth Barros de Barros e Regina Benevides de Barros

“Trabalho político”: construindo uma categoria analítica para estudo sobre a integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde85
Carlos Eduardo de Moraes Honorato e Roseni Pinheiro

**Notas teóricas sobre a noção de *competência*: discutindo
cuidado e humanização na saúde111**
Fabrícia da Silva Barros e Roseni Pinheiro

**Responsabilidade intelectual e solidariedade: por uma
ética profissional pautada pela integralidade129**
Ruben Araujo de Mattos

**PARTE 3: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS PARA ESTUDOS
SOBRE TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE E INTEGRALIDADE**

**Modos de formar e modos de intervir: de quando a formação
se faz potência de produção de coletivo145**
Ana Lucia C. Heckert e Cláudia Abbês Baeta Neves

**Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo
da integralidade, do cuidado e da democratização
das relações de trabalho161**
Marina Peduzzi

**Autogestão no trabalho com/em equipes de saúde: estudantes
agindo o Sistema Único de Saúde179**
Ricardo Burg Ceccim, Adernanda de Rocco Guimarães, Teresinha Eduardes Klafke
e Francielle Limberger Lenz

Sobre os autores205

PARTE 1

**Noções Fundantes e
Análise dos Dados**

INTRODUÇÃO

Trabalho em Equipe: a estratégia teórica e metodológica da pesquisa sobre integralidade em saúde¹

ROSENI PINHEIRO
MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS
RUBEN ARAUJO DE MATTOS

Esta coletânea concretiza mais uma etapa da segunda fase do projeto *Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde*, que tem como um dos eixos temáticos de análise o “trabalho em equipe” e cujos nexos constituintes perfilam as práticas da integralidade em saúde. A primeira delimitação conceitual deste tema no âmbito da pesquisa foi apresentada por Gomes *et al.* (2005), no bojo da coletânea intitulada *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e participação e espaços públicos¹*, com o objetivo principal de oferecer uma definição operatória para análise dos dados coletados durante essa fase do projeto.

A partir do debate desenvolvido no VI Seminário do projeto *Integralidade*, o grupo se sentiu provocado e instigado a organizar diferentes atividades de ensino, pesquisa e extensão que abordassem o tema do trabalho em equipe multiprofissional, no sentido de colocar em análise os saberes e práticas gerados nos processos de trabalho em saúde. Na esteira de sua operacionalização, observou-se intensa discussão, que culminou na produção de conhecimentos híbridos em torno desse objeto: um trabalho em saúde transdisciplinar e prene de sentidos.

Parecia que, para analisar o trabalho em equipe na saúde, exigia-se uma prática de pesquisa também em equipe, com diferentes vertentes de pensamento, disciplinas oriundas das Ciências Sociais e Humanas,

tais como a Filosofia, Sociologia e Psicologia. Produzir a tecedura metodológica, para análise dos dados da pesquisa, requereu o efetivo exercício da transdisciplinaridade, e o resultado foi um “trabalho acadêmico em equipe” que não se fez sem conflitos, mas com muita força e potência formativa, sobretudo uma interessante estratégia metodológica, na qual o grupo se viu implicado de diferentes formas.

Com efeito, esse “trabalho acadêmico em equipe”, fruto da prática da pesquisa, se fez pela integração de esforços empreendidos pelo grupo de pesquisa LAPPIS e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). O principal intuito foi constituir uma rede de interlocução sistemática que expressasse a riqueza dos investimentos de pesquisa de seus integrantes em suas formulações locais, e propiciasse novos arranjos analíticos capazes de oferecer outras análises para abordar o tema no campo da Saúde.

Diversas atividades foram desenvolvidas desde o início da pesquisa até a publicação da referida coletânea, entre as quais se destaca a realização na UERJ, em novembro de 2005, do Ateliê sobre Cuidado em Saúde, intitulado “Equipe multiprofissional ou trabalho em equipe na saúde? Interfaces e nexos constituintes”. Reuniram-se profissionais, docentes e universitários interessados em discutir a configuração atual do trabalho em saúde no país. Com debates consistentes, analisaram-se os desafios de se implementar equipes multiprofissionais no cotidiano das instituições de saúde, assim como se refletiu acerca dos efeitos produzidos, repercussões sobre essa modalidade de trabalho e sua relação com o trabalho em saúde. O resultado do encontro foi o levantamento de questões consideradas relevantes para uma etapa da pesquisa, das quais alguns aspectos são aqui sintetizados.

O primeiro diz respeito ao reconhecimento da importância de se trabalhar em equipe, independentemente da área de atuação, e o quanto é prejudicial o hábito recorrente dos trabalhadores em saúde de restringirem o usuário ao aspecto da fisiopatologia, da doença. É necessário enxergar o usuário como um sujeito singular, com vivências e histórias que devem ser consideradas durante o processo de tratamento. Considerou-se fundamental que o profissional em saúde conte com variados conhecimentos para compreender e lidar com as afli-

ções do usuário e com as diferentes demandas, que nem sempre estão prescritas nas referências bibliográficas.

Outro aspecto amplamente debatido foi a importância de se defender a transdisciplinaridade como forma de promover o intercâmbio, a aproximação e a mistura de distintos campos do saber. Quando se trabalha com a perspectiva transdisciplinar, é preciso estar aberto para esse encontro de saberes, e não fechado em si, defendendo territórios disciplinares, já que nenhuma disciplina dá conta do trabalho em saúde, que, como todo trabalho, tem caráter enigmático e imprevisível. Afinal, as especificidades de cada profissional contribuem para a qualidade sinérgica da equipe, o que exige refletir sobre a importância indiscutível de se escutar o outro no processo de trabalho terapêutico.

Ampliando as discussões, observou-se também que a questão da equipe (o relacionamento entre os trabalhadores de uma equipe multiprofissional) deslinda o efetivo exercício de sua capacidade autopoietica, afirmando processos de diferenciação, produzindo vida. Alguns elementos foram destacados nessa equação, considerados fundamentais para mensurar essa capacidade, que são o alívio, a amizade e a alegria. Há ainda um quarto, definido como a “pororoca”, que consiste no grau de envolvimento do membro da equipe com o trabalho e no reconhecimento de sua responsabilidade sobre o resultado final. Nesse sentido, quanto mais positivos são esses elementos, maior é a capacidade autopoietica da equipe, sendo esta uma equação transversal, aplicada não só na saúde.

Todos estão convidados a pensar sobre a atual estrutura das equipes de saúde e sobre a relação entre os profissionais da área e deste com o usuário, não os restringindo a meros instrumentos de trabalho. Buscou-se destacar algumas dificuldades com que esses trabalhadores se deparam no dia-a-dia, como a pressão constante de produzir resultados, muitas vezes imediatos, em meio a regras estabelecidas e muito fechadas. Percebe-se que existe um duplo movimento que o profissional de saúde deve fazer, que é, ao mesmo tempo, ouvir o usuário e ter a responsabilidade de apresentar-lhe respostas com base em condutas – ou seja, ser resolutivo. Assim, o trabalho em equipe deve ser pensado relevando-se essas dificuldades e baseando-se na integralidade como princípio que possibilita essa articulação entre os trabalhadores e a atenção às demandas e necessidades do usuário.

Desta forma, a comunicação se torna essencial para uma interação maior e para a consolidação de uma equipe multiprofissional.

Todas essas questões remetiam para a continuidade do debate. A relevância dada ao trabalho em equipe vinha assumindo a dimensão de desafio para os profissionais, pois fomentava o encontro de diferentes categorias – com objetivos, saberes e instrumentos próprios – num mesmo espaço/tempo, com vistas à integração de práticas para o atendimento às demandas singulares por cuidado. A diversidade e heterogeneidade dos membros da equipe – com diferentes formações, níveis educacionais e responsabilidades – contribuem para complexificar a organização do trabalho em saúde. Isto gera, por conseguinte, a necessidade cada vez maior de um debate sobre a transdisciplinaridade (BENEVIDES; PASSOS, 2000), com o qual se problematizam as questões referentes à articulação dos saberes e à divisão do trabalho. Aos profissionais, é solicitado que sejam capazes de sustentar uma relação recíproca entre as muitas formas de intervenção técnica, a fim de que dicotomias como sujeito e objeto, profissional e usuário, especialistas e técnicos, entre outras, não produzam isolamentos, mas sejam superadas. Ou seja, o protagonismo dos profissionais passa a exigir dos mesmos um esforço de engajamento pessoal – e, portanto, singular – com uma atuação pautada em valores de compromisso, co-responsabilidade e solidariedade.

Diante da diversidade de abordagens teórico-metodológicas que analisavam o processo do trabalho em saúde, elegeu-se, dentre outras, a Ergologia, como uma ferramenta para se conhecer os processos de trabalho em curso e analisar a capacidade de reinvenção e renormatização de seus atores. De acordo com Schwartz (2000, p. 81), “toda situação de trabalho seria sempre, segundo graus variáveis, experiência, encontro; por isso ela é colocada à prova de normas e valores antecedentes numa situação histórica sempre em parte singular”.

A importância dos conceitos oferecidos pela abordagem ergológica é compreender que em toda configuração local as atividades humanas imprimem uma interlocução entre os diferentes saberes que produzem as atividades industriais e experiências diversas. As referências conceituais e metodológicas oferecidas pela Ergologia podem constituir uma potente caixa de ferramentas para as investigações no campo da Saúde, sobretudo quanto aos processos formativos.

Munidos desses referenciais, somados às produções na área da Saúde, o grupo foi a campo para investigar práticas de integralidade em saúde, nesse caso focando o trabalho em equipe. Como já é costume nas pesquisas realizadas pelo LAPPIS desde a primeira fase do Projeto *Integralidade*, buscou-se reconhecer e potencializar as especificidades de cada serviço estudado, considerando seu contexto – neste caso, regional. O trabalho de campo da pesquisa foi desenvolvido em instituições (hospitais e unidades básicas de saúde) integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS),² localizadas em Aracaju (SE), Belo Horizonte (MG), Piraiá (RJ) e Porto Alegre (RS). Tais localidades foram escolhidas por: (a) apresentarem um fluxo de rede integrando atenção básica e nível secundário de atenção à saúde; (b) apresentarem propostas institucionais explícitas de humanização; (c) configurarem espaços de ensino, pesquisa e aprendizagem; (d) apostarem no modelo de atenção usuário-centrado.

Para a seleção das práticas nos serviços hospitalares, utilizou-se como critério de escolha a linha de cuidado perinatal, e para as unidades básicas, o Programa de Saúde da Família (PSF). As técnicas de pesquisa utilizadas foram de natureza qualitativa, com coleta e registro de dados, por meio de entrevistas semi-estruturadas, observação direta, grupos focais e documentos. A coleta de dados foi realizada entre março e setembro de 2005, e foram entrevistados 32 profissionais de diferentes categorias, 24 gestores e 17 usuários dos serviços. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP-IMS), registrado sob o número 26/2006-CEP-IMS.

Em Belo Horizonte, a instituição visitada foi o Hospital Sofia Feldman (HSF), organização não-governamental filantrópica pertencente à Fundação de Assistência Integral à Saúde (FAIS), localizada na periferia da região metropolitana da cidade. Trata-se de uma instituição com co-gestão comunitária, que se tornou referência para gravidez de alto risco nos distritos Norte e Nordeste da capital mineira. Atende a uma população de cerca de 400.000 habitantes e todos os seus 100 leitos (50 obstétricos e 50 neonatais) são destinados ao atendimento pelo SUS. O HSF obteve reconhecimento do Ministério da Saúde no desenvolvimento da linha de cuidado materno-infantil, passando a fazer parte da Política Nacional de Humanização (PNH)

e atuando como hospital multiplicador dessa política. Na instituição é desenvolvido também um trabalho de capacitação de *doulas*, em parceria com o Ministério da Saúde, com vistas à humanização da assistência nas maternidades.

Porto Alegre possui 1.416.363 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2004). O campo de investigação nessa localidade foi formado pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), do governo federal, e o foco de observação direta residiu na maternidade da instituição. A linha de cuidado mãe-bebê destaca-se, dentro do hospital, por se tratar de um projeto que funciona graças à parceria de atendimento e gestão realizada entre a maternidade do hospital e 39 unidades básicas de saúde (UBSs) de Porto Alegre. O sucesso da parceria permitiu criar uma rede de assistência eficaz na oferta regional de assistência pré-natal. Os postos de saúde vinculados ao HNSC são responsáveis pelo desenvolvimento de atividades preventivas, de educação em saúde, de assistência e de formação em recursos humanos.

Localizado na região industrial do Médio Paraíba (RJ), Pirai é um município de 521 km², com 22.118 habitantes (segundo o censo populacional de 2000, do IBGE). Sua estrutura hospitalar é composta unicamente pelo setor público, e conta com um hospital de natureza filantrópica, que em 1997 passou a ser administrado em regime de co-gestão entre a Prefeitura Municipal e a Santa Casa de Misericórdia. Por meio do SUS, o município oferece uma ampla rede de serviços de saúde que consegue absorver mais de 90% da demanda municipal, e apenas os casos mais complexos necessitam de encaminhamento para outros municípios. A localidade se destaca por apresentar 100% de cobertura pelo PSF – programa que é fruto do processo de municipalização e descentralização das ações de atenção primária à saúde no Brasil e cuja implementação vem-se constituindo como mais uma estratégia político-assistencial, com vistas à reformulação da assistência à saúde.

As equipes de trabalho entrevistadas em cada localidade desenvolveram uma maneira própria de lidar com a necessidade, quase imperativa, de que os profissionais assumam um posicionamento crítico sobre o próprio agir, em busca de novas formas de produção do cuidado, sem ignorar ou negar o protagonismo dos usuários.

Ressignificando saberes e fazeres, as equipes produziram, no processo de trabalho, formas singulares e inovadoras de atuação no cotidiano dos serviços. Mais que isso, as práticas analisadas apresentam uma potência formativa para a integralidade das ações, na medida em que o trabalho em equipe funciona como dispositivo instituinte de práticas de integração entre a atenção básica e a atenção hospitalar.

Vale destacar a importância das devolutivas das análises aos serviços locais do estudo. Ao mesmo tempo em que se reiteravam os compromissos políticos de uma universidade pública, foi possível realizar uma validação dialógica sobre as análises realizadas. As devolutivas foram realizadas no segundo semestre de 2006 e primeiro trimestre de 2007. Na fase da análise dos dados, foram realizadas duas oficinas de textos, buscando revitalizar o trabalho da equipe da pesquisa, experimentando seus questionamentos *vis-à-vis* o confronto da análise realizado junto com os próprios sujeitos-autores-atores da pesquisa.

Os dez textos inéditos aqui reunidos refletem as etapas de formulação da pesquisa e o acolhimento de contribuições concernentes à análise sobre o tema do trabalho em equipe e integralidade, agrupados em três partes.

Na primeira, encontram-se alguns princípios ético-conceituais que serviram de alicerce teórico para a análise das experiências em quatro localidades nas diferentes regiões do país. Gomes *et al.* problematizam a integralidade em saúde, no sentido de sua potencialização, cujos valores éticos são constitutivos e constituintes, para tomá-la como princípio ético-educativo, enfatizando o saber fazer comum como ética de suas ações. Louzada *et al.* trazem um debate sobre as normas instituídas nos processos de trabalho e a possibilidade de uma renormatização como conceito intercessor para analisar o trabalho em equipe e integralidade, a partir da abordagem ergológica. Bonaldi *et al.* oferecem uma cartografia do percurso analítico das quatro experiências, cujas falas reafirmam o caráter polifônico da integralidade em saúde e dão visibilidade à abertura de outros possíveis no campo do trabalho em saúde.

Na segunda parte, encontram-se alguns desdobramentos conceitual-metodológicos da temática em tela. Barros e Benevides exploram a potência formativa do trabalho em equipe, trazendo para o debate a pergunta: o que pode uma equipe? Qual sua potência? As autoras

destacam que são as conexões, os modos de trabalhar compartilhados, a invenção, que indicam esta potência do coletivo, nem fusional nem totalizado, mas um coletivo trans-individual. Ainda nesta parte da coletânea, tem-se a colaboração de Honorato e Pinheiro, que apresentam uma proposição teórico-conceitual na qual tomam o trabalho da equipe em saúde como ação política, formulada no campo das interações entre profissionais e gestores e destes com os usuários. Assim, os autores indicam o “trabalho político” como categoria analítica a ser explorada como subsídio às investigações sobre a integralidade em saúde. Silva *et al.* fazem um debate sobre as questões do cuidado, enfatizando a relação que se tem estabelecido de forma teórica e prática entre as temáticas do cuidado e da humanização, no que tange a aspectos específicos do processo de trabalho em saúde, a partir da noção de *competência*. Entendem que a *competência para cuidar* se engendra em territórios de saberes e práticas que não pertencem a nenhuma profissão especificamente e, assim, convidam os profissionais a se disponibilizarem para a troca com outros profissionais da equipe e com os usuários dos serviços. Mattos discute a responsabilidade intelectual e a solidariedade como uma ética pautada pela integralidade. Examina os fios de ligação que articulam todos os sentidos da integralidade como um conjunto de novos vocabulários que enunciam diferentes aspectos de aspirações e de valores que convidam ao contínuo reexame das práticas e modos como são formuladas as políticas de saúde.

Por fim, na terceira parte, são apresentadas contribuições teórico-metodológicas para estudos sobre trabalho em equipe na saúde e integralidade, a partir de algumas experiências desenvolvidas em diferentes espaços no campo da saúde. Abbes e Heckert compartilham reflexões sobre os processos de formação dos profissionais de saúde, discutindo a “formação como um processo de intervenção que se afirma na indissociabilidade entre pensamento e vida, entre invenção de si e de mundo”. Trazem para o debate a experiência da formação dos profissionais de saúde do Curso de Formação de Apoiadores da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS³. No artigo de Peduzzi, o trabalho em equipe é considerado dinâmico e

tem uma plasticidade que pode configurar tanto equipes de trabalho integradas, como “equipes que expressam o mero agrupamento de profissionais”. Visa a tematizar a construção de equipes integradas com base na mudança das práticas de saúde e dos valores subjacentes, percorrendo uma trajetória que transita da fragmentação, hierarquização, trabalho individualizado e paroxismo instrumental, à integração, democratização das relações de trabalho, integralidade e cuidado em saúde. Finalizando a coletânea, Ceccim *et al.* consideram que o trabalho em saúde tem como um de seus nós críticos a necessidade de sua materialização como um processo de equipe, orientado pela integralidade da atenção ou do cuidado em saúde. Apresentam uma forma de ativar uma aprendizagem em saúde que encete o protagonismo estudantil no desenvolvimento da dimensão de equipe no trabalho em saúde, uma espécie de pertencimento *ao ser profissional*, como as desencadeadas nas iniciativas VER-SUS.

Os leitores estão convidados a caminhar “entre” as diferentes vias indicadas na presente coletânea, de forma que possam produzir com ela outras novas composições que fortaleçam a luta por um SUS como política pública de todos, de cada um e para cada um.

Referências

- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e crítica*, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.
- GOMES, R. S.; GUIZARDI, F, L.; PINHEIRO, R. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 105-116.
- SCHWARTZ, Y. *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Toulouse: Octarés, 2000.

Notas

¹ Para concretização desta etapa da pesquisa, agradecemos as contribuições valiosas e a intensa participação dos seguintes pesquisadores: Bruno Stelet, Fabiola Botechia, Fabrícia Barros, Felipe Dutra Asensi, Felipe Rangel Machado, Francini Lube Guizardi, Rafael Gomes e Tatiana Delaai.

² Coletânea organizada por Roseni Pinheiro e Ruben Mattos, lançada em 2005, por ocasião da realização do *IV Seminário do Projeto Integralidade*, de mesmo título, no qual se estabelecia um debate entre autores do grupo de pesquisa e convidados, expressas em duas formas de divulgação: seminário e livro.

³ Curso realizado através da parceria entre MS/SAS/PNH, Fiocruz/EAD e Universidade Federal Fluminense, no período de abril a dezembro de 2006.

Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde

RAFAEL DA SILVEIRA GOMES

FABIO HERBERT DA SILVA

ROSENI PINHEIRO

MARIA ELIZABETH BARROS E BARROS

A estruturação do trabalho em saúde em equipes multiprofissionais no Brasil remonta à década de 70, quando o serviço já era organizado com a presença de profissionais com diferentes formações e níveis de escolaridade (PEDUZZI; PALMA, 2000). No entanto, após a criação do SUS e, principalmente, após a ampla difusão do Programa de Saúde da Família (PSF) ocorrida na última década, a equipe multiprofissional deixou de ser um mero aspecto do organograma do setor e passou a ser um ponto estruturante do trabalho em equipe.

Fundamentado em uma noção ampliada de saúde, entendida em suas diversas faces e condicionantes, resultante de lutas e consensos de movimentos sociais e acadêmicos, o trabalho em saúde deixou de se restringir a uma área de conhecimento e a grupos profissionais específicos. A saúde, proposta como produção de normas de vida, emergentes em um diagrama de múltiplos e mutantes vetores, biológicos, sociais, econômicos e históricos, exigiu a diversificação e transformação dos olhares, práticas e métodos, bem como inserção de novos profissionais.

No entanto, a inserção de novos profissionais ainda não resultou, de forma significativa, na transformação do modelo assistencial preconizada pelo SUS e ressaltada pela posição estratégica que o PSF ocupou nas gestões anteriores e mantém na atual. O que se percebe em grande parte das unidades de saúde e hospitais é uma simples justaposição de diferentes profissionais, a existência de uma hierarquia bem sedimentada e extremamente rígida, que manteve a fragmentação do

trabalho e do olhar em relação à saúde do usuário característico do modelo biomédico que se pretende superar. Esse fracionamento do cuidado se apresenta como um empecilho substancial para práticas de integralidade nos serviços, uma vez que a produção de relações que superem fragmentação da relação com o outro é um ponto determinante para que tais práticas se efetivem (MATTOS, 2001).

Em texto anterior (GOMES; GUIZARDI; PINHEIRO, 2005), já havíamos debatido tal questão e utilizamos a imagem da orquestra, em que os sons e melodias dos diferentes instrumentos, não obstante suas especificidades, atuam em prol de uma mesma obra, que só existe em decorrência da atividade de cada um dos músicos. A partir da visão de tal alegoria, propomos que o trabalho dos diferentes profissionais da equipe deveria ser orquestrado tal como numa sinfonia, a ação dos diferentes trabalhadores da saúde deveria acontecer *em concerto*, em que as múltiplas práticas conformassem um único serviço, compondo uma obra comum, o cuidado em saúde.

Nosso objetivo é colocar novamente em análise o trabalho em equipe, considerando sua dimensão ética e sua interface com a noção de integralidade. Se no texto anterior focamos principalmente na harmonização das atividades específicas aos diferentes profissionais de saúde vinculados a um mesmo serviço, neste vamos nos ater às tonalidades e modulações em que as ações dos trabalhadores da saúde se efetivam. Interessa-nos problematizar o direcionamento da ação desses profissionais e como se dão suas relações e regulações.

Pensando em termos dessas relações e regulações, as observações e análises deste trabalho nos conduzem a uma inseparabilidade entre integralidade, práticas cotidianas e ética. A atividade desses trabalhadores aponta para invenções, criação de estratégias, que permitem lidar com adversidades que se apresentam em todos os instantes, mas também para padrões habituais de ação, que uma vez aprendidos ou incorporados, facilitam sua realização. Não há uma atividade que opere todo o tempo num regime fixo de produção de novidades ou uma que seja só submissão e reprodução – esses são aspectos inseparáveis do fazer. Ainda que possa se apoiar em protocolos que direcionem a ação, o trabalho em saúde não se limita a ele, uma vez que as situações que emergem no cotidiano são sempre singulares, em condições específicas, com usuários diferentes e desdobramentos diversos.

Foi por meio do trabalho que os humanos edificaram a realidade em sua pluralidade de sentidos vivenciados. Os desafios que porventura surgiram ao longo dos tempos somente puderam ser superados através de reapropriações de situações adversas, transformando-as em algo além da simples sobrevivência. Todavia, testemunha-se em muitos dos serviços de saúde uma verdadeira apatia frente a qualquer perspectiva de mudança futura. Ainda assim, a experiência tem-nos mostrado que essa história pode ser revertida, que mesmo submetidos às pressões e exigências instituídas, estratégias são arquitetadas. Estratégias que direcionam as tentativas de se estar num espaço de trabalho ou num programa de formação de uma maneira diferente, de modo que possamos instituir novas normas de funcionamento.

Toda atividade de trabalho se realiza a partir de negociações entre normas que a antecedem e as variabilidades das condições de sua efetivação (SCHWARTZ, 2000). A realização da atividade diante das variabilidades que se apresentam exige produção de novos saberes, mas essa dimensão inventiva se apóia sobre um patrimônio coletivo: as normas antecedentes. A atividade acontece na atualização das normas antecedentes, na renormatização do fazer, que é da ordem da gestão do singular, marca da dimensão histórica de todo fazer, e se baseia na transformação constante das situações de vida e de produção (SCHWARTZ, 2004).

As ações dos trabalhadores de cada equipe de saúde são direcionadas não apenas pelos diferentes saberes, métodos e técnicas provenientes da pluralidade de profissões e especialidades que as constituem, mas também por uma imensidão de valores produzidos dentro e fora dos ambientes de trabalho. Desta forma, as práticas de saúde estão vinculadas a valores difusos em nosso meio social, valores que podem ser compartilhados pelos trabalhadores. Analisar tais valores é fundamental para entender e transformar as práticas numa direção que chamaremos aqui de *ética*.

Nietzsche (1998, 2005) afirma que a própria noção de valor é um processo criativo. Criamos o mundo ao lhe atribuirmos concretude, e essa realidade não tem uma existência extrínseca à experiência. Essa concretude revela que atribuímos importâncias no momento em que agimos. Cada um estima, a partir de sua própria experiência, tudo o que compõe esse mundo por nós habitado. O valor aponta para uma

tendência da ação, não a determina; ganha existência na ação, não possui uma existência em si. Valores são a um só tempo aprendidos e produzidos – logo, históricos.

Podemos, a partir desta reflexão sobre os valores, não determinar, mas direcionar nossas práticas para uma formação que entenda a integralidade como princípio ético. Para tal é necessário um exercício rigoroso de cultivo que se estende por todos os caminhos que construímos ao caminhar.

“Poderia me dizer, por favor, que caminho devo tomar para ir embora daqui?”

“Depende bastante de para onde quer ir”, respondeu o Gato.

“Não me importa muito para onde”, disse Alice.

“Então não importa que caminho tome”, disse o Gato.

“Contanto que eu chegue a algum lugar”, Alice acrescentou à guisa de explicação.

“Oh, isso você certamente vai conseguir”, afirmou o Gato, “desde que ande o bastante.” (CARROLL, 2002, p. 62-63).

No fio da navalha: a integralidade como valor ético e a crise de alteridade

Propomos um entendimento do princípio da integralidade como valores co-emergentes às práticas cotidianas. As práticas em saúde podem ou não apontar para integralidade, dependendo dos valores que circulam no cotidiano dos serviços e de quais são abraçados, ou melhor dizendo, corporificados pelos profissionais.

Entende-se a integralidade, em geral, a partir de três perspectivas metodológicas: a primeira partiria de um conceito prévio, em que nossa ida aos serviços de saúde ocorreria a partir de uma definição anterior do que é integralidade. Munidos dessa definição, submeteríamos as experiências, que são sempre singulares, a uma operação de categorização, para determinar quais práticas seriam compatíveis com aquele conceito, e a partir dele definiríamos quais práticas seriam de integralidade.

A segunda perspectiva busca em diferentes serviços alguma invariância para construir uma definição, ou parte de experiências com práticas eficazes e avaliações favoráveis, para dizer o que é integralidade, quais suas características e, em alguns casos, propor

formas de alcançá-la. Essa segunda perspectiva, ao produzir categorizações que delimitam o que é ou não integralidade, pode ser utilizada como subsídio para as pesquisas da primeira perspectiva.

A terceira entende que as práticas cotidianas podem ser, ao mesmo tempo, produtoras e expressões de um princípio de integralidade, nunca descolado de seu contexto histórico-político, e que se apresenta de diferentes formas em nossa experiência cotidiana. Os estudos realizados a partir dela não buscam no cotidiano dos serviços aspectos que permitam sua categorização, ou a produção de um conceito estático, mas a entendem como práticas imanentes, que emergem em meio a uma configuração vetorial específica.

Ao focarmos as experiências dos serviços de saúde, observamos a existência de inúmeras práticas de integralidade, sempre constituídas por um “saber-fazer”, por uma construção coletiva que lida com questões do cotidiano e que se atualiza na própria experiência, como conhecimento e ação na realidade.

Fala-se, então, de uma postura ético-política, uma vez que essas mesmas construções e ações são realizadas coletivamente, e dependem incondicionalmente do convívio social: “Uma vida individual não poderia ser produtiva. A vida individual se torna produtiva – e intensamente produtiva – porque entra em comunicação com outros corpos, com outras ferramentas encarnadas” (NEGRI, 2001, p. 28).

Ainda que possamos compartilhar do mesmo pressuposto teórico – a saber, a integralidade como valores que condicionam as práticas em saúde –, as diferentes perspectivas metodológicas apresentadas nos conduzem por caminhos significativamente distintos. Nos dois primeiros casos, a integralidade se apresenta como um conjunto de valores morais, e no terceiro, como valores éticos. Esta distinção diz respeito não somente ao desenho do estudo, mas, sobretudo, ao desempenhar das práticas, aos modos de operar no cotidiano.

Essas ações e esse conhecimento sobre integralidade constituem, então, pactuando com a proposta de Humberto Maturana e Francisco Varela (MATURANA; VARELA, 1995), uma ética, uma certa preocupação com as conseqüências de nossas ações no mundo, uma postura afirmativa diante das questões com as quais nos deparamos. Essa ética é expressa sempre por um contexto histórico-político, e revela a forma como nos relacionamos e criamos o

mundo, e ainda, o valor que atribuímos a nossas ações e suas conseqüências sobre os outros.

De forma preliminar, podemos ressaltar que, quando falamos de uma distinção entre os conceitos de moral e de ética, estamos levando em consideração, fundamentalmente, o grau de abertura à processualidade. É a formulação de um imperativo que transforma a ética em moral. No plano da moral estão aquelas ações que se baseiam no cumprimento de regras preestabelecidas, cuja atividade é guiada por escolhas que tomam como referência os códigos, as leis e as normas vigentes em nossa sociedade (PÖRKSEN, MATURANA, 2004; ROLNIK, 2007).

Grande parte de nossas ações localiza-se no plano da moral, fundamental para o convívio social. A questão que nos move, no entanto, nos diz respeito quando as “escolhas morais” restringem as ações dos trabalhadores da saúde e limitam suas práticas a “pré-conceitos”, “pré-juízos”, protocolos rígidos e regras que precedem os atos e, com isso, negam o caráter singular dos encontros.

O funcionamento regido sobremaneira pelos valores morais enrijece o que Mehry (1997) denominou de espaço intercessor, restrito à autonomia do trabalhador na relação com o usuário e com outros trabalhadores. Temos a cristalização das relações, na medida em que esses encontros são regulamentados e normatizados por imperativos extrínsecos e extemporâneos. Quem age restrito por esse plano,

defende o cumprimento de regras; são para ele um referente externo destinado a dar autoridade a suas afirmações e pensamentos. Falta-lhe a consciência da própria responsabilidade [...] não percebe o outro porque está concentrado no cumprimento de regras e imperativos. Sabe com certeza o que vai fazer e como deveriam se comportar os demais. Por outro lado, o que atua eticamente percebe o outro: lhe é importante, o vê (PÖRKSEN; MATURANA, 2004, p. 109).

Neste ponto retornamos a uma noção fundamental à discussão sobre integralidade: a cisão eu-outro, que não se restringe à relação médico-paciente, ou mesmo à relação trabalhador-usuário, já que condiciona as relações entre os trabalhadores. Essa crise de alteridade não diz respeito apenas aos serviços públicos de saúde no Brasil, uma vez que se instala *no coração do desenvolvimento tecnocientífico da moderna biomedicina* (TEIXEIRA, 2003, p. 93).

A moderna biomedicina produz técnicas, tecnologias, saberes e também valores que direcionam a relação com o outro. A racionalidade fundada na biomedicina contemporânea, difundida sob influência do modelo flexneriano (BRASIL, 2003; SANTANA; CHRISTÓFARO, 2004; CAMARGO, 2004), afastou de suas investigações diagnósticas e intervenções o

sujeito humano sofredor como totalidade viva. Aliás, muitas vezes despreza-se o sofrimento do sujeito porque a relação do médico dá-se com a doença, o paciente é apenas o meio de acesso a ela, sendo freqüentemente entendido como fonte de distorções, cujas manifestações e comentários devem ser evitados (CAMARGO JR., 2003, s/p).

Estar aberto à alteridade pressupõe correr riscos, sair do conforto e segurança garantida pelos pressupostos científicos e prescrições morais e perceber nossa falibilidade. Pensando a saúde a partir de seu conceito ampliado, o espaço de previsibilidade e segurança se esvai, uma vez que a tomamos como processo e nos deparamos incessantemente com o limite dos nossos saberes e fazeres. A alteridade põe em xeque nossa “identidade”, aquilo que acreditamos que somos, que fazemos e vivemos, bem como os porquês de sermos, fazermos e vivermos desta ou daquela maneira.

O encontro com o outro, munido de desejos, vontades, necessidades, expectativas e histórias diferentes da nossa, nos impulsiona a outros territórios existenciais, a outras formas de viver, o que nem sempre é confortável.

Podemos dizer que a cada vez que isso acontece há uma violência, vivida por nosso corpo em sua forma atual, que nos desestabiliza e nos coloca a exigência de criarmos um novo corpo - em nossa existência, em nosso modo de sentir, de pensar, de agir etc. - que venha encarnar o estado inédito que se fez em nós [...] (ROLNIK, 2007, p. 3).

No trabalho em saúde, que se funda no encontro, a abertura a alteridade condiciona a forma como o serviço é produzido e seus efeitos na vida dos trabalhadores e dos usuários. No entanto, esses encontros escancaram as mazelas sociais, as distinções de valores e condição de vida, expõem toda forma de vulnerabilidade e precarização da existência, e neste ponto, estar aberto ao outro pode ser doloroso. Para muitos profissionais, principalmente os advindos de realidades de vida absolutamente distinta dos usuários com quem se relacionam, e que não foram preparados em sua formação para

esses encontros, essa abertura é quase insuportável, já que “depende de suportarmos o caos, próprio da dimensão invisível da alteridade; de suportarmos a violência das diferenças que aí se engendram, sem associá-la ao perigo de desintegração, de modo que o caos deixe de ser tão aterrador” (ROLNIK, 2007, p. 5).

Diante disso, muitos saem do serviço público ou se fecham ao outro, intermediando o encontro com técnicas, tecnologias e normas que aumentam a distância e diminuem a intensidade do contato e “para não sucumbir ao efeito do terror esse tipo de subjetividade se constrói base de uma defesa contra a alteridade [...], numa vã tentativa de ainda manter a ordem como parâmetro fundamental” (ROLNIK, 2007, p. 9).

Não obstante a sensação de segurança que esse fechamento propicia, na medida em que são obstruídas as saídas e aprisionadas as possibilidades de mudança, há uma diminuição da potência de criação de outros modos de existências condizentes com as diferenciações e transformações ocorridas no mundo. Uma diminuição da capacidade de atualização e diferenciação, da produção de novas normas de vida, da própria saúde.

Por isso a vida não pode se restringir ao plano da moral, ainda que as regras e normas sejam importantes para a ordenação social; a produção de saúde se vincula a capacidade de renormatização, de produção de novas normas em situações únicas. Abrir-se ao outro aumenta o espaço para nossa ação e aponta para um outro plano de ações, para o plano da ética.

Ao tratar da questão da integralidade por uma perspectiva moral, cria-se uma excessiva preocupação com a resolutividade de problemas que, muitas vezes, não são definidos a partir da realidade dos serviços. Não se está afirmando, aqui, que tais problemas não existam ou não sejam importantes, mas em sua pretensa tentativa de solucionar os problemas mais “urgentes”, os planejamentos e planos de ação acabam se tornando impermeáveis ao saber do trabalhador e às demandas dos usuários. Tais práticas produzem cada vez mais especialismos, que tentam desqualificar o que se produz diariamente nos serviços de saúde. A lógica descrita impõe uma certa resistência ao diálogo, pois transforma o serviços de saúde em espaço para a simples circulação de saberes “individualizantes” e “culpabilizadores”,

evitando o contato e a troca de experiências e legitimam de certa maneira práticas ditas “verdadeiras”.

A vida é dura, a terra magra, a ciência rica em conhecimentos, mas pobre em resultados práticos; quem tem elementos o guarda, não se trata de egoísmo, mas do contrário disso: é a lei dos cães, decisão aprovada unanimemente pela comunidade, proveniente da superação da avareza, pois os possuidores estão sempre em minoria. (KAFKA, 2002, p. 149).

Atuar no plano da ética direciona as nossas escolhas, tendo como critério a capacidade criadora, aquilo que favorece nosso convívio. Estar aberto nos permite produzir novas formas de estar junto, novos tipos de sociedade, onde tomamos “o caráter criador da vida como critério de valor” (ROLNIK, 2007, p. 12), sem negar seu aspecto histórico.

Ética: saber-fazer e conhecimento incorporado

É importante, neste texto, ressaltarmos um mundo que se atualiza em nossas relações, embora em nosso cotidiano tenhamos a sensação de um mundo dado, anterior à experiência. Pode-se afirmar que até mesmo esta sensação de anterioridade se baseia na inseparabilidade entre uma ação (que acontece sempre num mundo que percebemos) e do conhecimento incorporado (que se revela como capacidade sensório-motora). Dito de outra forma, todas as nossas ações são guiadas pela forma como percebemos o mundo, durante uma situação qualquer. Então, por essa perspectiva, o mundo que conhecemos deixa de ser predeterminado para ser experimentado, mediante nossa história de vida.

Saber que conhecemos o mundo experimentando-o, atuando, implica uma responsabilidade que chega ao ponto de nos “comprometer”. Estamos comprometidos exatamente porque, ao sabermos que o mundo é sempre um mundo que construímos juntos, não há como negá-lo (MATURANA; VARELA, 1995). Ao afirmar esse conhecimento, que é experiência, queremos ressaltar seu caráter compartilhado, relacional. Conhecimento então, que resumidamente trata de histórias impessoais, de relações no mundo. Não há um conhecimento que seja anterior à experiência. “O conhecimento não preexiste em qualquer lugar ou sob qualquer forma, mas é atuado em situações particulares – quando um conto popular é contado ou um peixe é nomeado” (VARELA, 2003, p. 182).

A história a que nos referimos é transformação, mas não num sentido meramente evolucionista ou progressista, em que a inevitabilidade dos fatos fragiliza as possibilidades de ação humana; nem num sentido generalista, constituído por leis universais. A história é coletiva, porque é sempre história de interações, de misturas, de vidas, de erros, de tropeços, de amores, de visões e de adivinhações.

Ao tratar a integralidade como um saber-fazer ético no campo do trabalho em equipe na saúde, buscamos outros modos de compreensão dessa realidade. E, ao fazê-lo, deparamo-nos com um esfacelamento do conhecimento meramente formal, o qual só pode ser “alcançado”, segundo alguns filósofos e cientistas, eliminando-se os ruídos da história e da cultura. Esse tipo de perspectiva não é capaz de entender que o conhecimento é antes de tudo o próprio caminhar da vida, que viver é conhecer. Não leva em consideração o que “significam verdadeiramente as corporificações contextualizadas de ações simples” (VARELA, 2005, p. 18), perdendo-se em suas próprias divagações metafísicas. O conhecimento que tratamos é antes de tudo concreto, “o mundo não é algo que nos é ‘dado’, mas é alguma coisa em que temos parte graças ao modo como nos movemos, tocamos, respiramos e comemos (VARELA, 2005, p. 18).

Conhecer, nesse contexto, não é uma mera acumulação de informações ou uma computação de símbolos. A noção de representação que sustenta tais argumentos não alcança, por exemplo, o conhecimento de nossa própria experiência. Se o conhecimento fosse essa computação de símbolos, somente seria possível conhecer a representação que temos de nossa experiência, nunca a experiência direta; sem mediação, a reflexão tornar-se-ia então, infinita. Varela (2003) afirma que qualquer estrutura cognitiva ou conhecimento do mundo emerge de padrões sensorio-motores recorrentes. Ao agirmos, conhecemos o mundo.

Toda “atuação” é conhecimento sobre a própria experiência e, segundo Varela (2003), há uma inseparabilidade fundamental entre percepção e ação, quando se fala de conhecimento. Agimos sempre no mundo que habitamos, toda ação, é ação perceptivamente orientada: “Todo fazer leva a um novo fazer: é o círculo cognitivo que caracteriza o nosso ser, num processo cuja realização está imersa no modo de ser autônomo do ser vivo” (MATURANA; VARELA, 1995, p. 259).

E, sempre dependentes dessas práticas, vemos emergir acontecimentos, valores, sentimentos, emoções, aversões e gostos em relação à vida. Tudo o que nos acontece se insere em nossa visão de mundo. As formas como agimos “parecem” se justificar plenamente segundo nossa visão de mundo, nosso mundo-próprio. Mas, enquanto as práticas ocorrem sobre o fundo desses mundos-próprios, ainda não estamos falando de ética.

Queremos dizer com isso que, se pensarmos em termos de mundo atuado, sem fundação de algo externo à experiência – e não mais de mundo representado, dado ou pré-determinado –, continuamos no caminho da investigação científica detalhada, sem negar nossa história ou nossa experiência.

Esse tipo de perspectiva nos permite, por exemplo, ir além de uma interpretação niilista, que coloca uma possível incongruência entre o desenvolvimento científico (saber científico) e a ética que perpassa nosso fazer cotidiano (experiência), como pano de fundo de toda a discussão. Podemos nos deter um pouco mais nessa reflexão e nos perguntar que tipo de implicações essa noção, que exclui do conhecimento a própria experiência, pode acarretar. Tomemos, por exemplo, o desenvolvimento técnico de alguns campos da saúde, que permitiu lutar contra doenças das mais variadas, aumentando de forma significativa o tempo de vida de milhões de pessoas, mas se mostrou impenetrável à preocupação com as condições de vida dessas mesmas pessoas. Demandou-se um esforço imenso para o desenvolvimento de técnicas de diagnóstico e tratamento, ignorando no mesmo movimento a vida que as pessoas levam. Como se cuidasse de um “doente abstrato”, separado de sua vida cotidiana. Que sentido tem essa “vida abstrata” que se defende com tanto afínco?

Por que, então, continuamos a agir como se aquilo que fazemos não tivesse nenhuma relação com o que acontece o mundo? Por que atualizamos valores individualistas e auto-suficientes? Se em nossos *mundos-próprios* (que comumente nos é tão caro) não temos uma abertura que permita uma conexão mais ampla com o mundo, se não aceitamos os outros “*como legítimos outros na convivência, não posso preocupar-me com o que lhes acontece como consequência de meus atos*” (MATURANA, 1998, p. 73). “Esse vínculo do humano com o humano é, em última análise, o fundamento de toda ética

como reflexão sobre a legitimidade da presença do outro” (MATURANA; VARELA, 1995, p. 259).

Analisando nosso aprendizado, a forma como processualmente vamos materializando padrões habituais de ação (a maneira como tendemos a enfrentar os problemas que nos surgem), percebemos como os objetos e os valores presentes em nossa conduta gradualmente tomam contornos mais claros. De outra maneira, nosso aprendizado cotidiano é constituído por um emergir constante de objetos pertinentes. O aprendizado traduz-se por uma ação incorporada e transparente. Uma ação só se expressa na consideração consigo mesmo, com o outro e com o ambiente. Há uma unidade constatada na própria experiência entre percepção e ação, uma indissociabilidade que nos permite criar um mundo de sentidos e agir a partir desse mundo criado. Todo esse processo de aprendizado ocorre num plano totalmente impessoal: para que se possa aprender, precisamos ser aceitos como aprendizes, mas, para isso, é preciso que se saiba aprendiz, ou melhor, que se aprenda algo.

Adquirimos nosso comportamento ético da mesma maneira que todos os outros modos de comportamento: tornam-se-nos transparentes enquanto crescemos na sociedade. Eis o motivo por que a aprendizagem, como sabemos, é circular: aprendemos o que supostamente nós somos para nos aceitarem como estudantes. (VARELA, 1995, p. 32).

Podemos pensar em termos de uma situação comum: por exemplo, um profissional de saúde fazendo suas visitas de rotina, conversando com os usuários, passando informações sobre os procedimentos e respondendo a questões dos familiares. De repente, avisam que chegaram à emergência diversos usuários envolvidos num acidente de ônibus de graves proporções, há uma quebra em seu padrão habitual de ação, o ânimo começa a se alterar. O anúncio da chegada desses usuários mobiliza toda a sua energia e, ao voltar pelo mesmo caminho percorrido, já não nos presta atenção aos usuários e familiares com os quais tinha conversado há poucos minutos. Alguns procedimentos e questões que ainda não tinham sido resolvidas são abandonados e ele se direciona para o local aonde os acidentados estão chegando.

Mesmo que as oscilações e a impermanência das situações e das identidades revelem a não solidez de um “eu” essencial, temos a sensação de um “eu” que vive independente dos acontecimentos.

Não há um “eu” ou um acontecimento independentes, “eu” e “mundo” ou, “eu” e o outro surgem quando agimos. Isso constitui nossa experiência: efeitos de efeitos (DELEUZE, 1976). Quando agimos, não há uma distinção entre alguém que percebe e um mundo percebido. Nossas ações ocorrem sem a necessidade de um esforço consciente, sem a presença de um agente ou um sujeito que seja essencial, independente. Até quando pensamos em termos de um sujeito que quer alguma coisa, ele depende inegavelmente dos outros para obter o que não tem: aquilo que chamamos de “eu” depende do “outro”.

Se quero elogios, amor, fama ou poder tem que haver um outro (mesmo que apenas imaginário) para me elogiar, amar, conhecer e se submeter a mim [...]. Mesmo com relação ao desejo de prazer, este prazer é algo que eu vivo em uma relação. Pelo fato do *self* ser sempre co-dependente do outro... a força do interesse pessoal está sempre dirigida a outro na mesma proporção em que é dirigida ao próprio self. (VARELA *et al.*, 2003, p. 249).

Entretanto, embora haja essa co-emergência, agimos como se os objetos mobilizassem em nós uma energia até então dispersa. Aprendemos, ao longo da vida, a utilizar essa energia vital de forma não-consciente, automática e com certa destreza: hábitos.

sempre que a repetição de algum ato ou operação particular produz uma propensão de renovar o mesmo ato ou operação sem que sejamos impelidos por qualquer raciocínio ou processo do entendimento, dizemos que essa propensão é um efeito do hábito. (HUME, 1974, p. 145).

Mas o hábito, nem por isso, tem consistência para ser tomado por fundação de um “eu” independente do mundo. Onde se encontra o hábito, senão em nossas reações automáticas às situações que se nos aparecem? Onde está o hábito de tomar uma xícara de café ou de fumar um cigarro? Não há concretude também nos hábitos, eles falam somente da maneira como agimos no mundo, falam da forma como nos expressamos no convívio com os outros, e são “pois, indissociáveis do modo como as coisas e os outros nos aparecem” (VARELA, 2003, p. 20).

Nosso principal interesse talvez seja verificar a falta de solidez de um sujeito que age, entendido como um agente cognitivo, para que a compreensão sobre a construção de um comportamento ético, quando falamos de práticas de integralidade, se pautem num aspecto

impessoal do conhecimento, num saber-fazer comum. E para que levemos a frente essa formulação, partimos da afirmação de que o comportamento ético é construído ao longo de nossa história, como uma incorporação de valores éticos. O comportamento ético é construído assim como qualquer outro comportamento (Varela, 1995), só que atualiza uma natureza diversa de valores. Chegamos até a compreensão desse processo como uma prática transformativa, que aposta na eliminação da *crença* da existência de um “eu” substancial, e se sustenta na rede formada pela interdependência entre tudo que existe. Resumindo, o “treino” desse comportamento ético se refere à aquisição de um saber-fazer comum.

O traço mais importante que distingue o verdadeiro e genuíno comportamento ético é então o facto e que ele não nasce de simples modelos habituais de regras. Pessoas verdadeiramente competentes agem a partir de inclinações alargadas, não de regras aceitas e, por isso, podem superar o facto evidente de que as respostas puramente habitudinárias não são assaz estruturadas quanto à infinita variedade de circunstâncias que estamos em condições de enfrentar. (VARELA, 1995, p. 38).

Formar para ética ou uma ética do formar?

Um processo de formação em consonância com uma ética, que podemos chamar aqui de ética da alteridade, deve levar em conta dois princípios discerníveis, mas inseparáveis: a compreensão ampla e corporificada de que qualquer ação tem efeitos em todos os aspectos de nossa vida, como co-emergência; e um “treino” ético, que trata exatamente de um saber-fazer comum.

Essa formação começa por situações simples, até que se tenha a destreza de agir diante de certas situações, para, a partir desse ponto, rumar para um raio de ação mais amplo. Técnicas específicas para o desempenho do trabalho saúde não são excluídas dessa abordagem, mas seriam um desdobramento dessa forma de cuidado do outro, atravessada e sustentada por princípios éticos. Quando a ética a que nos referimos permeia esse processo de formação, os avanços técnicos e tecnológicos favorecem uma atenção diferenciada para o tratamento. Quando as técnicas e tecnologias embasam por si mesmas as ações, a lente do instrumento parece cegar essa atenção, que só pensa em termos de dosagens e metas.

Quando falamos de práticas, retiramos a questão do âmbito da culpa. Se o problema estivesse numa categoria profissional, há de se admitir que essa conduta seria referente a todos os seus trabalhadores, e definitivamente não é isso que vivemos. O usuário mal-atendido surge ao mesmo tempo que um médico ou um enfermeiro que atende mal. Se as qualidades fizessem parte das coisas, se fossem sua “essência”, não poderiam mudar jamais – um processo de formação jamais seria possível. Não se está eximindo ninguém da responsabilidade para com os outros; muito pelo contrário, afirma-se que essa responsabilidade se refere ao presente, com a situação atual, não com um passado. Responsabilidade com o outro não precisa ser ressentimento, não precisa ser competição entre partes; nossa responsabilidade diz de uma clareza em nossa ação, de uma postura não endurecida pelos obstáculos do caminhar junto com os outros, pois em última instância não há como cuidar de si sem cuidar dos outros.

Estes dois princípios – a compreensão de que qualquer ação tem efeitos em todos os aspectos de nossa vida e a formação ética –, são abordados então, como uma forma de operacionalizar este tipo de conhecimento de forma que se torne incorporado, considerando-se as conseqüências dos atos profissionais na vida de quem quer que seja: trabalhadores, usuários, gestores...

Mesmo que exista somente um indício para uma tentativa de diálogo entre campos do conhecimento, como temos visto nos últimos anos, mesmo que essa tentativa se restrinja a certos assuntos, ela aponta para uma abertura. Evita-se, aqui, aderir a extremismos, abordando a questão de forma pessimista ou otimista, na forma de uma moral que só enxerga fixidez, por isso se fala de grau de abertura. Um campo de saber ou um ponto de vista não se sustenta quando ignora a interdependência das práticas, não há força que lhe dê sustentação, porque precisa lutar contra o mundo a todos os instantes. Caminhamos muito mais por uma estrada repleta de obstáculos, de bifurcações, do que propriamente pela estrada do desenvolvimento objetivo.

A ética, como dito, é sempre impessoal, nunca de um sujeito. Uma formação nesse sentido, se encarada por uma perspectiva moral, se veria diante de um problema: “se não podemos avaliar um sujeito, num processo de formação ética, como poderemos verificar seu progresso no programa de aprendizagem?”. Essa questão revela

em si uma grande contradição: se por ética entendemos um processo de *desassujeitamento*, na medida em que o foco da atenção se volta para a relação com o outro, como poderemos avaliar um sujeito? Quando avaliamos o sujeito, só podemos fazê-lo a partir da delimitação de uma identidade. Mas a questão não precisa parar por aí; pode-se restituir o movimento ao pensamento sem abrir mão da nossa experiência direta. Então, se pensamos a ética como uma visão mais ampla do mundo, podemos guiar essa formação também pela ética: avaliando não os sujeitos como portadores de uma essência ética, mas as práticas e suas conseqüências.

Apontamos inúmeras vezes para a importância do hábito, na construção de um comportamento ético. Esse processo de formação não somente para a Saúde, mas para a vida, fala de uma “liberdade fundadora”, que nos possibilita uma competência para construir o mundo que aprouvermos. A confusão e a ignorância crescem quando não se é capaz de ver no “si-mesmo” um obstáculo a ser superado.

Ao afirmarmos que a integralidade não é um conceito *a priori*, mas se constitui essencialmente de valores e práticas eticamente direcionadas, apontamos conseqüentemente para o grau de importância que atribuímos à relação com o outro; apontamos também para uma clareza na ação que se embasa na inseparabilidade entre todo fazer. Todo fazer por sua história e invenção é um fazer junto: essa é sua constituição e potência.

Pensar a integralidade na saúde como uma potência formativa é também pensar um contexto para o desenrolar dessa história, uma paisagem que lhe dê sustentação. E é exatamente neste ponto que entra a questão da ética. É preciso cultivá-la, tornar o “aceitar o outro como digno de nosso convívio” (MATURANA, 1998) como uma ação sem o esforço de um sujeito. Por esse encaminhamento, a ética não é tratada como uma “disciplina” tornada ocupação por uns poucos iniciados, mas é tratada como uma inserção no mundo da convivência, como uma conexão que tende a ampliar nossa perspectiva de ação. Tem-se, como horizonte, nossa qualidade de vida e neste caso, práticas que atualizam valores éticos nos serviços de saúde.

Pensar o trabalho em equipe a partir dessa dimensão ética e sua interface à noção de integralidade aponta para a formação de uma outra acuidade, uma mudança na própria percepção do trabalhar em

saúde, uma abertura às sutilezas das relações que se estabelecem nos serviços de saúde. O trabalho em equipe passa a ser pautado em relações de legitimação do outro, fazendo com que os modos de ser, fazer e saber dos diversos trabalhadores da equipe e dos usuários do serviço emergem como co-produtores das práticas de saúde. Aceitar o outro como legítimo é perceber suas qualidades, potenciais e desejos, mas também seus defeitos, limites e angústias. É perceber até aonde a ação de cada um pode e deve ir, o quanto os diferentes saberes podem contribuir para a realização de uma ação de saúde e a importância de todos eles para eficácia dos serviços.

A integralidade é engendrada em meio a relações de legitimação do outro. Ela nunca se dá antes ou fora dessa rede relacional. É somente ao agir que se produzem práticas de integralidade em saúde. No agir com o outro.

Referências

- CAMARGO JR, K. R. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMARGO, M. C. V. A. *O ensino da ética médica e o horizonte da bioética*. [online]. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista/bio1v4/ensino.html>>. Acessado em 15 set. 2004.
- CARROLL, L. *Alice*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O anti-êdipo*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- GOMES, R. S.; GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 105-116.
- HUME, D. *Investigações sobre o entendimento humano*. São Paulo: Abril Cultural, 1977 (Coleção *Os pensadores*).
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 39-64.
- MATURANA, H. *A ontologia da realidade*. Belo Horizonte: UFMG, 1997.
- MATURANA, H. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: UFMG, 1998.
- MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. Campinas: Editorial Psy, 1995.
- MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil*. Recife, v. 3, n. 1, jan.-mar. 2003. p. 113-125.

- NEGRI, A. *Exílio*. São Paulo: Iluminuras, 2001.
- NIETZSCHE, F. *Genealogia da moral: uma polêmica*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- NIETZSCHE, F. *Vontade de potência*. v. 1/2. São Paulo: Escala, 2005.
- PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B. *et al.* (Org.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- PÖRKSEN, B.; MATURANA H. *Del ser al hacer. los orígenes de la biología del conocer*. Santiago: J C Saez, 2004.
- ROLNIK, S. *A sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia* [online] Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/textos/suely/homemetica.pdf>> Acessado em: 20 abr. 2007.
- SANTANA, J. P.; CHRISTÓFARO, M. A. C. Articulação ensino-serviço na área de saúde. [online] Disponível em: <http://www.umb.br/ceam/nesp/polrhs/Temas/artic_ens_serv_area_saude2.htm> Acessado em: 15 set. 2004.
- SCHWARTZ, Y. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industriosa. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 33-55, 2004.
- SCHWARTZ, Y. *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Toulouse: Editions Octarès, 2000.
- TEIXEIRA, R. R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003. p. 89-112.
- VARELA, F. *Sobre a competência ética*. Lisboa: Ed. 70, 1995.
- VARELA, F.; THOMPSON, E.; ROSCH, E. *A mente incorporada: ciências cognitivas e experiência humana*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

Nota

Self seria mais bem traduzido por nossa experiência de um “si-mesmo”, a crença em um “Eu” real e contínuo que manipula todas as ações, embora de fato esse *self* não possua fundação ou invariância.

Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas

ANA PAULA FIGUEIREDO LOUZADA
CRISTIANA BONALDI
MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS

Este texto busca ampliar o debate promovido pela segunda fase do Projeto Integralidade do LAPPIS (2005), que foi movido pela vontade de colocar em análise a construção social da demanda em saúde, partindo do pressuposto de que tal demanda se constrói, dentre outros aspectos, na configuração de um trabalho em equipe que tenha como marca o reconhecimento da alteridade dos usuários e a participação dos diferentes sujeitos nesse processo (MATTOS; PINHEIRO, 2005).

O Sistema Único de Saúde (SUS), expresso de forma mais geral no texto da lei, é uma conquista dos usuários, trabalhadores, movimentos sociais e, como nos dizem Benevides e Passos (2005, p. 5), “não pode suportar uma existência descolada do plano das experiências concretas”. Para que o SUS se constitua no sentido do que propunham (e continuam propondo) os autores-atores que o produzem e que o compõem, é importante que ele deixe de ser visto apenas como texto de lei, apenas como prescrição. É das práticas inventadas no cotidiano, no concreto das experiências produzidas pelos trabalhadores e usuários do SUS, que precisamos partir, ou seja, partir de onde são atualizados os princípios descritos em lei.

É nessa direção que buscamos pensar a integralidade em saúde, que, de acordo com Guizardi e Pinheiro (2004), deve contemplar uma noção de cuidado que, apreendida como ação integral, trata do encontro entre os vários atores envolvidos no cotidiano das ações em saúde capaz de produzir relações de acolhimento, respeito, dignidade e vínculo.

As autoras qualificam a integralidade como dispositivo político, como exercícios cotidianos de produção de novas e mais potentes práticas de atenção à saúde. Assim, a integralidade, para além do texto da lei, se constrói no dia-a-dia dos serviços, no diálogo entre os diversos agentes sociais que compõem o SUS. Assim, não tem um sentido estável, apenas a partir do que está instituído, mas no vai-e-vem dos movimentos constantes de transformação das práticas de saúde.

Tais movimentos cotidianos, colocados em funcionamento por usuários, trabalhadores, gestores/administradores, pesquisadores, garantem o aspecto processual do conceito de integralidade e permitem que este possa se apresentar como um princípio, uma postura ético-política capaz de guiar as práticas em saúde no sentido da defesa da vida, da potencialização dos coletivos, da valorização dos espaços públicos.

É em meio à realização das atividades nos serviços de saúde que as políticas públicas se constituem como tais. É no fazer cotidiano que as políticas de governo são atualizadas. “Construir políticas públicas na máquina do Estado exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde” (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Como protagonistas, os humanos são capazes de, coletivamente, produzir realidades outras sempre que se fizer necessário. “Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo” (BENEVIDES; PASSOS; 2005).

Estamos afirmando, a partir de Canguilhem (2000), a importância de se considerar o humano em sua diversidade normativa. Tudo o que é vivo possui a capacidade de criar e instituir novas normas, negando qualquer indiferença da vida às condições a ela impostas. Portanto, o indivíduo é capaz de avaliar a eficácia da norma em curso, no sentido da realização das tarefas impostas pela nova situação que se apresenta, e a necessidade ou não de renormalização. Os fracassos, os riscos, as infidelidades do meio são movimentos que constituem a vida humana. Nesse sentido, a capacidade normativa

dos seres vivos consiste, justamente, naquilo que possibilita o enfrentamento e a transposição dos obstáculos.

Assim, considerando que os humanos criam normas de vida, entendemos que todos esses atores constroem os serviços de saúde inventando formas de trabalho, de gestão, inventando novas formas de se relacionar, a partir de um agir ético configurado em rede, produzindo ressonância dos atos, uns com relação aos outros, e que possui um poder de amplificação e de propagação. Ao nos referirmos à integralidade como um referencial ético de trabalho e luta na construção e transformação da saúde pública brasileira, afirmamos essa postura ética que viabiliza as relações entre os diferentes atores implicados no processo de produção de saúde, inscrevendo seus atos na rede de outros atos.

Nessa direção, compreendemos a impossibilidade de quantificar as práticas em saúde, uma vez que não existem práticas mais ou menos integralizadas. Existem condições para seu exercício. A integralidade pressupõe encontro entre fazeres e saberes efetivos de diferentes agentes. É possível, apostando na potência normativa dos viventes humanos, produzir as condições para esse encontro, o que não significa remodelar experiências nem “ensinar” práticas de integralidade.

Então, como se efetivam práticas de integralidade? Como são postas em funcionamento? Como essas práticas são atualizadas por sujeitos encarnados? Como compor um trabalho em equipe que, pautado nos princípios éticos que apontamos, tenha como marca o reconhecimento da alteridade dos usuários e a participação dos diferentes sujeitos nesse processo, conforme se exige de um trabalho guiado pelo princípio da integralidade? Ao mergulharmos nessa discussão, tomamos como ponto de partida a análise do agir coletivo dos trabalhadores em seus contextos de atividades, seus fazeres em ato.

Visando a pensar sobre essas questões, de forma a nos deslocar dos confortáveis lugares em que muitas vezes nos colocamos – ou seja, lugares de pura recusa, de contestação ou de queixa –, é preciso construir uma caixa de ferramentas conceituais que nos ajude a debater o tema em tela: o trabalho em equipe em saúde. Mas de que equipe e de que trabalho falamos? O que estamos considerando como aspectos coletivos do trabalho? Como construir equipes que funcionem ao estilo de uma orquestra? (GOMES *et al.*, 2005).

As questões que propomos neste texto instauram um campo problemático que nos convoca a produzir rupturas nas formas habituais de pensar o trabalho em equipe no âmbito da saúde. Convoca-nos a colocar em análise formas naturalizadas de pensar os coletivos de trabalho, o que não se faz sem a criação de dispositivos conceituais e metodológicos que possam nos instrumentalizar nessa tarefa. “Uma opção conceitual é, sempre, uma escolha dentre outras possíveis e uma escolha é, portanto, política, uma vez que implica interesses, saberes, poderes, que constituem modos de ver o mundo, de nele existir, de inventá-lo” (BARROS, 2005, p. 133).

Os conceitos que utilizamos não têm sua definição evidente e consensual, e podem ser utilizados de forma a ocasionar muitas confusões, quando empregados em qualquer contexto, de forma indiscriminada, fazendo-os perder em rigor conceitual, em precisão, em força. São operadores de realidade, ferramentas com força crítica, que produzem crise, desestabilizam (BENEVIDES; PASSOS, 2000). Assim, fizemos uma escolha: entender os conceitos como intercessores.

Um conceito como intercessor¹ opera pelo entrecruzamento de diferentes domínios de saber, que só podem ser pensados na relação de interferência produzida entre esses domínios. A importância das diferentes formas de conhecimento reside, exatamente, na sua força de intervenção concreta na prática que visa a constituir. O conhecimento, na perspectiva que adotamos, só se efetiva como tal na medida em que for ataque e confrontação com o que está constituído, como crítica da realidade a partir da que existe, com vistas à sua transformação na direção ética que estamos indicando neste texto. Ou seja, uma construção cotidiana de ações que viabilizam o entrar em relação com os outros, que se inscreve na rede de outros atos, não tem o sentido de integração ou relação de harmonia entre membros de uma equipe.

É nessa direção analítica que consideramos que o aporte ergológico das situações de trabalho nos permite fazer este debate, uma vez que abre vias para pensar os processos de cooperação na realização de toda atividade como atos éticos e, assim, contribuir para a temática dessa coletânea.

A Ergologia como intercessora

Fizemos aqui uma opção: trazer os conceitos produzidos pela abordagem ergológica como intercessores de nossas análises, uma

vez que a Ergologia aborda o trabalho em ato, os sujeitos – ou, como seria mais apropriado, segundo Schwartz (2003) – como corpo si, atravessado pelas normas, deveres, pela história vivida. É possível falar em subjetividade e trabalho? O trabalho não seria o terreno menos propício para essa análise?

De acordo com Schwartz (2002) houve uma tentativa de separar o campo do trabalho do campo da vida, a partir do século XIX. Em decorrência da objetivação do trabalho, coisificam-se homens, processos e resultados. Ao objetivar o trabalho, separa-se a instância da cognição/ação da instância das emoções: trabalhador não sofreria, não levaria problema para o trabalho, encarnaria uma roupagem profissional (os jalecos das profissões da área de saúde – garantia da não-contaminação, não-contato entre corpos e separação de lugares hierárquicos). Essa roupagem afastaria qualquer possibilidade de antemão já não previstas nos regulamentos, procedimentos, normas, visto que os sujeitos, em seus fazeres, apenas traduziriam atos já determinados.

O trabalho tornado mecanizado exigiria um trabalhador também mecanizado em seus devidos códigos profissionais, em suas ações ensaiadas/treinadas, em sua cognição minuciosamente separada de valores, sentimentos, ou outros atravessamentos considerados perigosamente perturbadores de um curso antevisto.

Seguindo a direção que nos oferece Canguilhem (2002), esse caminho seria possível? O sonho taylorista de um trabalho desencarnado seria viável? De fato, as instâncias cognição/ação e emoção perfeitamente separadas nunca existiram, ainda que amplamente naturalizadas nos discursos.

É necessário produzir uma torção nessa forma de análise e pensar a atividade industriosa nos diferentes contextos laborais, para além da mera execução. O trabalho é corporificado por sujeitos reais, em face de situações reais, marcadas pela imprevisibilidade. A própria idéia de execução traz uma separação entre pensamento e ação. Para a Ergologia, a mais simples tarefa, por mais dividida que seja, sempre encontra naquele que a faz um modo singular de fazê-la, através da cognição/afeto/ação/produção de sentidos: “a vida é sempre tentar se criar parcialmente, talvez ainda que pouco, mas sempre, como *centro* em um meio não produzido por ele” (SCHWARTZ, 2003, p. 5 – grifo no original).

Em face de um meio infiel, como aponta Canguilhem (2002), a vida teimosamente também é infiel. O trabalho não pode ser mecanizado, porque as condições em que ele se dá não são constantes, assim como o organismo que executa não é meramente executante. Isso aponta para uma reintrodução conceitual – pois na vida isso nunca deixou de ocorrer, até mesmo no auge da administração científica do trabalho – de um espaço de negociação sempre em via de construção, a cada momento em que a atividade se defronta com as exigências e as possibilidades de se atualizar. A tarefa a ser realizada se viabiliza em face de um ambiente técnico, de um ambiente histórico e um ambiente humano. É nesse entremeio que as atividades ultrapassam as meras tarefas.

As atividades são tecidas na atualização das técnicas, segundo Schwartz (2002), no vazio das normas. Há normas criadas pelos trabalhadores ao longo da história de um determinado ofício, que incluem todo um conjunto de saberes e codificações acerca de algo, isto é, normas antecedentes. Mas por mais que tenham sido criadas pelos humanos, jamais dão conta dos processos imanentes da vida. No exercício do trabalho, “o vazio” deixado por elas convoca cada um a um novo fazer, a um novo exercício, a uma renormalização. A partir dessa gestão, pode-se efetivamente viver. Assim, segundo o autor:

Viver, isso não pode ser somente executar as consignas, se submeter às *contraintes*, às regras, às normas, enfim se viver unicamente dessa forma [...] essa necessidade então apela a um “uso”, não somente a uma execução. O que teria sido invivível é ser pura execução. Esse não é exatamente o caso, logo o sujeito pode viver, ou seja, tentar recentrar (mesmo minimamente) o meio em torno disso que não são normas. É necessário que ele escolha, pois as exigências ou as consignas são insuficientes! Então é necessário que ele faça escolhas. É necessário que ele se dê a si mesmo as leis para completar o que falta (Schwartz, 1992, p. 28).

Tendo em vista o cenário das práticas em integralidade, essa discussão aponta que as mesmas não se consolidam apenas em sua transposição direta entre o dever ser e sua realização. Como um conjunto de valores, conforme trabalhado nesta coletânea por Gomes *et al.* (2007), a integralidade se efetiva a partir de renormalizações, que significa criar novas normas sempre que as que estão vigentes não conseguem dar conta do que precisa ser feito. Dizendo de uma

outra maneira, é na imanência das práticas em saúde que os valores e princípios da integralidade se atualizam.

É pelas normas antecedentes, e em seus necessários vazios, que uma funcionária da limpeza de um hospital percebe que um usuário está de cadeira de rodas e sem acompanhante. Ela reluta. Não faz parte da prescrição do seu trabalho. “Posso fingir que não vi”. Ele está em dificuldade. Ela se aproxima. Pergunta: “precisa de ajuda?” O usuário, meio constrangido, afirma que não e sai meio desajeitado, com aquele aparato técnico que não domina. Ela dá as costas. Tanto chão e paredes detalhadamente descritos para ela limpar. Mas ela não se contém. Paredes e chão esperam. Apesar da recusa, empurra a cadeira, percebendo o sorriso de alívio do usuário.

É nas imprevisibilidades, nas renormalizações, nos trabalhos em ato, que os valores da integralidade podem se apresentar. Mas cada um responde a essas lacunas nas normas antecedentes à “sua”²² maneira. Com sua história e seus valores.

Essa funcionária da limpeza se colocou em risco ao sair das prescrições definidas para suas atividades no hospital. Trabalhar é assumir riscos, ir além do delimitado. Envolve diferentes usos anteriormente não previstos. Por isso, trabalhar é um drama. Para Schwartz, trabalhar envolve sempre uma *dramática do uso de si*. Trabalhar é sempre um drama, no sentido de que envolve o trabalhador por inteiro, é o espaço de tensões problemáticas, de negociações de normas e de valores.

Schwartz (1999, p. 208) afirma:

isto quer dizer que vemos o outro como alguém com quem vamos aprender coisas sobre o que ele faz, como alguém de quem não pressupomos saber o que ele faz e por que faz, quais são seus valores e como eles têm sido retratados. [...] Esta disposição não se ensina, mas se empresta no sentido de que nos impregnamos no contato recíproco com aqueles que estão no outro pólo. Vemos como funciona sua relação com o trabalho e os valores, impregnamos da idéia de que, quando vemos alguém trabalhar, é preciso tentar reconstituir, em parte, suas “dramáticas de uso de si.

Portanto, falamos de drama em um tempo e espaço reais, com atores no interjogo de saberes e fazeres, implicando escolhas, pois ao trabalhar são agenciadas dramáticas do uso de si, que se expressam numa luta entre o uso de si pelos outros (organização, organogramas,

hierarquias, códigos corporativos, produtividade, índices), uso de si por si, nas singularizações e invenções dessas normas.

Mas os usos de si não polarizam o trabalho. Depreende-se, desses usos, o trabalho prescrito, aquilo que é esperado como resultado, e como o trabalho é realizado. Não se nega o componente de expropriação presente no trabalho, nem mesmo se afirma que o trabalho seja puramente inventivo. É um drama, exatamente por se constituir nesse ínterim. Drama que atravessa sujeitos em suas singularizações, sempre coletivas, negociadas com outros dramas, compostas com outros corpos diretamente envolvidos pelas renormalizações.

As formas de trabalhar de um enfermeiro, de um técnico, de um administrador, em uma UTI neonatal, por exemplo, estão previstas. Mas, ao exercê-las, cada um vivencia as normas antecedentes (próprias de cada hierarquia das profissões, compartilhadas com outros da mesma categoria profissional), em função de como realizar a ação, ao mesmo tempo rotineira e nova, disparando dramas com sentidos em suas histórias de vida e em seus valores, criando uma “desanonimação” de cada fazer. Cada atividade, necessariamente renormalizada, singularizada, vai necessitar de um terreno coletivo que lhe atribua novas significações.

Essas escolhas disparadas pelos usos de si por si não são da ordem da “consciência”. Do sujeito conhecedor do mundo, como era pressuposto da modernidade. Não há nenhuma pretensão de se pensar o sujeito como autofundante, consciente, senhor de si e do mundo no referencial ergológico. Admitir o sujeito como *centro na atividade*, ou como seria mais apropriado, segundo Schwartz (1992), há em cada fazer um corpo si, algo escapa sempre da ordem das prescrições, remetendo a negociações: “a atividade é sempre um debate de normas entre um ser vivente – um corpo si – e um meio saturado de valores” (SCHWARTZ, 1992, p. 10).

Assim, o corpo si realiza constantemente gestão, faz da atividade algo seu, ao mesmo tempo em que ela ocorre num ambiente prévio e de sentidos coletivos. A atividade, nessas dramáticas envolvidas pelo corpo si e jogos gestionários, implica um debate de normas:

- Normas antecedentes: procedimentos, protocolos, formas de ação já consolidadas, não levam em conta as especificidades locais ou temporais. Atravessam o enfermeiro, o médico, o administrador, o faxineiro...

- Normas recentradas: “remetem a vida no presente a ser vivida no presente, [...], ressingularizadas, mais ou menos desgastadas por suas histórias” (SCHWARTZ, 2005, p. 8).
- Entre as normas antecedentes e as normas recentradas, fazeres vão sendo afirmados num processo de consolidação de valores. Schwartz aponta para a necessidade de analisar, nas necessárias escolhas e/ou arbitragens evocadas pelas atividades, valores dimensionáveis e valores sem dimensão.

Para Schwartz (2005), os valores dimensionáveis são aqueles que podem ser quantificados, remetem aos números e às avaliações, ignorando as microgestões; os valores sem dimensão relacionam-se ao “bem comum”, enraizando-se nas situações da vida (singulares/históricas).

Uma coordenadora de uma UTI neonatal, apesar da existência de uma carga excessiva de trabalho e da superlotação das enfermarias, admite um novo neonato. Nessa decisão, entra em jogo um debate intensivo de valores. Por um lado, os leitos ocupados, ausência de respiradores em quantidade suficiente para a demanda, a equipe no limite de sua ação – isto é, valores dimensionáveis, demonstráveis pelos quantitativos, pelas estatísticas, das normas de funcionamento. De outro, valores sem dimensão, como solidariedade, justiça, igualdade, situados e necessariamente vividos nas histórias singulares de vida – neste caso, na possibilidade de tornar uma vida viável.

A integralidade, pensada além do plano do prescritivo, como exclusivamente o direito ao acesso e permanência dos usuários nos serviços de saúde, ao ser entendida como lugar privilegiado de encontro entre diferentes agentes produtores-vivos de saúde, nos leva a pensar para além das garantias constitucionais. Apontam para as microgestões de saberes e fazeres frente às normas antecedentes e aos valores dimensionáveis.

Essas normas antecedentes e esses valores dimensionáveis marcam o trabalho em saúde: os códigos, as regras, os protocolos, os saberes corporativos, a relação de quanto cada usuário custa ao serviço, as metas esperadas dos serviços, impregnam, norteiam os espaços de atuação. Mas não são suficientes. Cada ator ressignifica as normas antecedentes e os valores dimensionáveis. Cada um escolhe, o que não significa solidão do agir, uma vez que essa escolha está pautada nas normas antecedentes que são produção coletiva. Reinventa

os códigos, em nome de valores não-prescritivos, não-dimensionáveis. As ações não são da ordem da mera execução e também não são da ordem da simples escolha individual, uma vez que estamos sempre enredados nas normas antecedentes que dizem de um patrimônio construído coletivamente ao longo da história. Ser solidário, justo, atencioso, não está inicialmente previsto na realização da tarefa. Não é algo que se treina; é algo que se vai fazendo no processo de trabalho.

Pode-se treinar, por exemplo, atendentes a falar “bom dia”, sorrir, mas isso não alterará necessariamente sua rispidez ou postura de superioridade em face de questões levantadas por usuários na fila de espera num posto de saúde. O treino, como constitutivo de normas antecedentes, pode ser efetivado e até mesmo dimensionado; pode-se acompanhar de uma série de atendimentos e contar/verificar a realização do mesmo. Mas os sentidos, as escolhas efetivadas *em face de, no encontro com, no estar com*, são sempre da ordem de valores não dimensionáveis.

As escolhas, as arbitragens implicadas nos fazeres não são aleatórias. Não visam apenas ao exercício de um bem-estar, nem mesmo passam por uma escolha da ordem da consciência: “agora serei acolhedor”, por exemplo. As escolhas operam sentidos coletivos dos valores sem dimensão. As escolhas não se referem, portanto, a saídas individuais. Quando uma funcionária da limpeza “vê” um usuário em “apuros”, cabe perguntar: por que há visibilidade para uns e para outros não? Como os outros trabalhadores do setor não viram o usuário em dificuldade?

Podemos traçar algumas pistas investigativas: que valores norteiam aqueles profissionais, e como eles compartilham esses sentidos coletivamente? Quantas pessoas foram atendidas naquele dia pelo médico e pelo técnico do raio X? Há quantas horas trabalham? Como outros médicos e outros técnicos fazem? O que “pesou” na tomada de decisão sobre a invisibilidade de alguém em necessidade? Não se trata de produzir um sentido moral (olha como esse trabalhador é atencioso, e aqueles outros não são); trata-se ao contrário, de analisar a questão de outra forma, o que significa dizer que não se trata apenas de uma pessoa trabalhando, mas de um agir coletivo em funcionamento. Nesse debate, é importante salientarmos as dramáticas de uso de si atualizadas nas atividades. Pouco interessa um dis-

curso que se envereda por questões como: *não viram porque não quiseram*. Operar a troca de valores morais nos ajuda na construção de práticas de cuidado na direção ética do SUS que queremos.

Ao gerir, ao tomar um sentido para cada fazer, o trabalhador atualiza esses sentidos em fazeres coletivos, compartilhados. Se por um lado desanonimam, ao impregnarem o trabalho de marcas singulares – nas quais circulam afetos, desejos, cognições referendadas nas histórias individuais – por outro, tomam como eixo valores não-dimensionáveis que se constroem em coletivos. São as dramáticas dos usos de si referendadas em contextos necessariamente sociais.

Porque é uma angústia, foi uma angústia muito grande da equipe, ainda mais porque a gente fazia 24 horas e essas usuárias... tinha esse acesso a todas que queriam, de repente chegou um período não tem mais, isso nunca tinha acontecido... Até quando acaba os leitos aqui, a gente cria leitos desse na Casa de Parto, teve várias situações que teve seis partos em 24 horas e eu sempre peço para elas estarem vindo; olha, os quartos estão lotados não tem mais jeito, a gente pode elas com consultório viram o lugar... Elas falam: “Não, eu faço tudo para ter aqui”. Então, ou monta o quarto com dois pós-partos, o que eu vejo muito grande é a solidariedade, elas concordam em dividir quartos. [...] eu lembro de um caso que tinha acabado as vagas, tinha uma gestante que vinha do distrito, já tinha conhecido a casa, era o terceiro filho, queria muito ganhar na Casa de Parto, ia filmar. Mas tinha acabado as vagas, não tinha jeito, já tinha tido seis partos, eu falei: “não tenho onde arrumar”. Aí o filhinho dela saiu lá da maternidade, veio aqui e batia na porta, veio conversar comigo, “deixa minha mãe, pelo amor de Deus, ganhar aqui, ela sonhou muito com parto na água”. Aí eu tive que redimensionar e ela teve a criança aqui [...] Foi muito engraçado porque a casa inteira vivenciou o parto, até os outros usuários, porque eles viram os movimentos da família. Essas são as diferenças que, às vezes, num hospital, devido às práticas, as rotinas rígidas, que a gente não consegue perceber muito isso. (Enfermeira, coordenadora da Casa de Parto do Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte-MG).

A experiência relatada pela enfermeira aponta para práticas de integralidade, direito ao acesso, garantia do atendimento, vai além desse plano da lei, e além das definições de trabalho em equipe pautada em aspectos burocrático-organizacionais ou sócio-profissionais. É viva. Traduz dramáticas gestonárias. Debate de normas, de

valores dimensionáveis e valores sem dimensão. Normas antecedentes e normas recentradas.

Tudo ali indicava a impossibilidade de acolher mais uma parturiente: existência de muitos outros pós-partos, falta de espaço, carga excessiva de trabalho da equipe. Se os protocolos tivessem sido seguidos rigidamente, essa ação não seria possível. Seria o imperativo da norma prescrita. Dolorosa e angustiante para o profissional que a encarna e decide em seu favor. Mas por escuta de um agente tradicionalmente “desqualificado” nos espaços de trabalho, ou seja, uma criança, espaços de negociações foram abertos.

Nesse sentido, afirmamos que as práticas de integralidade tracejam fazeres éticos, coletivos, de abertura ao vivo. Nunca se trabalha sozinho. Os sentidos são tecidos nos coletivos. É assim que precisamos pensar os trabalhos das equipes que tenham como marca o reconhecimento da alteridade e a participação dos diferentes sujeitos nesse processo.

Ergologia e trabalho em equipe: das equipes formais aos coletivos

Nessa direção, a abordagem ergológica das situações de trabalho permitiu a formulação de um conceito, que é o de “entidades coletivas relativamente pertinentes – ECRP” (EFROS, 2004) que abre uma via interessante para o debate sobre os fazeres coletivos, compartilhados, o trabalho em equipe no campo da saúde. Trata-se de uma maneira de abordar os processos de cooperação efetivados na realização de toda atividade e que pode contribuir para debates atuais sobre o trabalho coletivo (se essa expressão não é um pleonasma...) nas unidades de saúde.

No âmbito da Ergologia podemos dizer, seguindo Efras (2004), que os aspectos coletivos de uma atividade são tanto observáveis como invisíveis, formalmente prescritos como clandestinos, formalizados e referenciados como indizíveis ou inclassificáveis, e a noção de “trabalho em equipe” pode reduzir o campo de análise do que pode ser a eficácia coletiva. Conhecimentos gerais e saberes práticos devem ser conjugados para fazer avançar no que efetivamente as práticas coletivas produzem.

Ainda segundo Efras (2004), para a abordagem ergológica, a dimensão coletiva das atividades de trabalho nos obriga a operar dois

deslocamentos epistemológicos importantes: das equipes formais às “entidades coletivas relativamente pertinentes”, do trabalho prescrito e previsto à atividade concreta.

Não se pode, portanto, compreender o “trabalho de equipe” sem procurar conhecer os ECRP em funcionamento nas situações reais e sem aceitar se confrontar, assim, com o difícil problema que é a colocação em palavras atividades cuja resolução é sempre provisória (EFROS, 2004, p. 5).

Nessa direção, as fronteiras dos ECRP são sempre singulares. Diferentemente das chamadas “equipes”, ou das “unidades de trabalho” constituídas por categorias sócio-profissionais (como por ex. enfermeiras, médicos, psicólogos etc.) ou por categorias organizacionais e hierárquicas como esquematizadas num organograma, os ECRP não preexistem antes das ações concretas nos atos de trabalho, que são as necessidades do “trabalho conjunto” que as faz existir de maneiras diferentes, segundo os momentos específicos da situação de trabalho.

Efras (2004) nos oferece um exemplo dessas entidades como as que se constituem num serviço de neurologia. Segundo a autora, a análise da atividade de uma equipe de cuidadores mostrou que no efetivo oficial é necessário incluir pessoas que, mesmo sem ter formação de competência médica ou terapêutica, participam concretamente da atividade e da eficácia da equipe, como é o caso da secretária, que está no coração das relações entre os pacientes e seus familiares, entre a equipe médica e a equipe de cuidadores, entre o serviço e os outros serviços do hospital. Também os psicólogos e fisioterapeutas participam igualmente da eficácia coletiva dos procedimentos, na medida em que eles têm elementos importantes sobre os pacientes, portam um conhecimento sobre eles que é da maior importância no processo terapêutico. Assim, como apontado por uma enfermeira, importante na equipe é o trabalho coletivo:

Eu acho que na prática é visto assim, não tem hierarquia nas profissões, eu acho que todas, na minha concepção, têm o mesmo peso. Todas têm a sua importância. Não adianta eu querer levar o paciente para aquela sala se aquela sala está suja. Se ela está suja eu preciso do profissional. Ele é extremamente importante ali, para eu colocar a gestante naquela sala (Enfermeira, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre-RS).

As ouvidoras, no Hospital Sofia Feldman, apesar de não fazerem parte do corpo técnico, possuem uma função importante nesse coletivo:

“Por que o médico não passou até agora pra olhar o meu filho?” A gente vai lá e diz – “Não, é porque o médico está na sala de parto e está muito ocupado, o lugar está muito cheio.” Então a gente tenta tranquilizar a usuária, porque às vezes a enfermeira passa, tem muita coisa pra fazer e fala – “Não, ele está vindo aí.” Então você fica naquela expectativa, então a gente vai lá fundo e diz pra ela: “Olha o médico não veio até agora e deve demorar um pouco, porque ele está na sala de parto, ou está fazendo uma cesariana. E o pediatra está olhando os recém-nascidos da UTI. Então, é assim que a gente leva as informações, porque elas ficam internadas e querem saber por que o médico não veio. Então a gente leva pra elas essas informações pra elas ficarem mais calmas.

Portanto, um ECRP não se constitui sobre um coletivo pré-definido; seus contornos variam em função do conteúdo e do ritmo da atividade de trabalho, e é o que justifica o uso do termo “entidade” que designa essa indeterminação *a priori*. Assim, o que estamos afirmando a partir da abordagem ergológica é que a dimensão coletiva do trabalho em equipe não é aparente, visível a olho nu, uma vez que os atos efetivados isoladamente por um dos trabalhadores da equipe podem ser indiretamente endereçados aos membros ausentes numa situação específica.

No âmbito dos coletivos de trabalho, as tarefas se distribuem em função de múltiplos critérios. O tempo, o espaço, o objeto de trabalho, a natureza das operações e dos procedimentos a serem realizados, a finalidade das atividades, são alguns dos elementos que caracterizam uma situação na qual vários indivíduos operam.

A co-atividade reúne num mesmo espaço, profissionais de diferentes especialidades que perseguem finalidades diferentes; a cooperação supõe que os indivíduos agem em conjunto sobre um mesmo objeto visando o mesmo “fim proximal”; na colaboração os indivíduos não realizam as mesmas operações, por outro lado, agem sobre o mesmo objeto com um fim comum. (EFROS, 2004, p. 3).

No trabalho em saúde, cooperação/co-atividade são elementos centrais nas tomadas de decisões. É necessário convergir diferentes experiências para uma produção do cuidado, que seja comum, amparada na mesma referência ética. Conforme relatado pela enfermeira, coordenadora da Casa de Parto do Hospital Sofia Feldman, foi ne-

cessário haver uma equipe – em sintonia – na Casa de Parto e no Hospital, para que as mulheres pudessem transitar na linha do cuidado de forma mais integrada:

A nossa preocupação sempre era não desmembrar o Sofia. Aqui [Casa de Parto] é mais um espaço em que a usuária pode ser atendida. Então a nossa preocupação era muito grande em não criar duas equipes: a equipe da Casa de Parto e a equipe do Sofia. Então, todos os enfermeiros que dão plantão aqui necessariamente têm de ter um plantão lá no Sofia.

[...] Se hoje eu estou de plantão por aqui, tem outro profissional que faz plantão no Sofia e que também dá plantão aqui. Essa referência ajuda muito. Se eu precisar transferir uma mulher, outro profissional, por conhecer a realidade da Casa de Parto, vai receber essa mulher com uma visão diferente.

Quando há vaga, esse profissional ajuda a identificar aquelas mulheres que estão dentro do protocolo da Casa de Parto, a encaminhar para cá. Então as duas que chegaram hoje foram orientadas pelas enfermeiras de lá, então isso ajuda muito aqui.

[...] E tem a questão da referência. Quando você transfere a mulher você tem algum motivo: ou o trabalho de parto está prolongado, uma desaceleração, alguma alteração do batimento cardíaco-fetal. E às vezes, no início, a gente via alguns profissionais dizendo: “Ih! Já vem o pepino, já vem o pepino da Casa de Parto”. Quando tem uma pessoa inserida, eles sabem a realidade da Casa de Parto.

Em consonância com a abordagem ergológica, afirmamos que o trabalho atualiza fazeres e saberes, para além das decisões e/ou “responsabilidades” individuais. As instâncias pessoais não podem ser negadas ou apagadas, pois trabalhar também é fazer uso de si por si, mas isso não se opõe – ou ainda, trabalhar remete sempre ao plano do coletivo.

Dessa forma, é invenção permanente, levada a cabo pelos coletivos de trabalho, que permite a atualização de novas práticas, traçando acordos entre os fazeres “encarnados”, a produção de saúde e o princípio da integralidade.

Apostar nas práticas em saúde nessa direção ético-política é, também, apostar na potência inventiva dos coletivos de trabalho que, em suas negociações e renormalizações cotidianas, são capazes de engendrar formas de trabalho mais potentes, saudáveis e efetivamente coletivas.

Referências

- BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 131-150.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e crítica*, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.
- _____. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface*. Botucatu, v. 9 n. 17, mar-ago. 2005. Disponível em: <http://www.interface.org.br/>. Acesso em: 11/05/2007.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- DELEUZE, G. Os intercessores. In: _____. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- EFROS, D. Travailler en equipe, de quelle equipe et de que travail parle-t-on? *Revue Soins Cadres*. Paris, n. 49, p. 1-6, 2004.
- GOMES, R. et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Org). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.
- GOMES, R.; GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *A construção social da demanda*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 105-116.
- GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004. p. 21-36.
- MATTOS, R.; PINHEIRO, R. Construção social da demanda em saúde e integralidade: emancipação, necessidade e poder. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 5-7.
- SCHWARTZ, Y. Disciplina epistêmica, disciplina ergológica: paidéia e politeira. *Proposições*, São Paulo, v. 13, n. 37, p. 126-149, jan./abr. 2002.
- _____. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Revista Educação e Sociedade*, Campinas, n. 65, p. 101-13, 1998.
- _____. *Seminário trabalho e saber*. Belo Horizonte: s/ed, 12-16 maio 2003. Mimeo.
- _____. *Trabalho e saúde: construindo outros modos de gestão*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. Mimeo.
- _____. *Travail et philosophie: convocations mutuelles*. Toulouse: Octares, 1992.

Notas

¹ Com Deleuze (1992), diríamos que os intercessores podem produzir efeitos de desestabilização. Os intercessores interessam-nos pelos movimentos que produzem, pelo que se dá “entre” (o “entre pessoas”, “entre profissionais”, “entre disciplinas”, “entre conceitos”), ou seja, pelo que está em curso.

² Colocamos a palavra sua entre aspas, por acreditarmos que um trabalhador nunca está sozinho no momento em que realiza suas atividades, pois parte-se, necessariamente, de um patrimônio cultural construído ao longo da história dos coletivos de trabalho.

O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras

CRISTIANA BONALDI
RAFAEL DA SILVEIRA GOMES
ANA PAULA FIGUEIREDO LOUZADA
ROSENI PINHEIRO

Os inúmeros debates e pesquisas acerca do tema da integralidade em saúde realizados nos últimos anos mostram que não podemos propor um único sentido para o termo. O que se percebe nesses estudos é que as práticas de integralidade são tão variáveis quanto as realidades dos locais onde se realizam os serviços – mais que isso, que essas práticas se transformam incessantemente. A tentativa de produzir definições *a priori* para um suposto conceito de integralidade sempre se dá sob o risco de restringir sua potência de transformação das práticas de saúde.

A integralidade se constitui como práticas que emergem em meio a um campo de forças e lutas formado por movimentos de usuários, trabalhadores e gestores, por propostas políticas, limitações de financiamento, programação e planejamento das três esferas governamentais, inseridos numa realidade sócio-histórica singular. As lutas por melhores condições de saúde e de trabalho emergem a partir das realidades dos serviços oferecidos à população. Os programas de governo, planejados mediante a imposição de “modelos ideais” (PINHEIRO; LUZ, 2006), sem levar em consideração o contexto local, com o qual sempre se deparam no momento de sua implementação, nos cotidianos dos sujeitos em suas práticas nos serviços de saúde. É no contato entre gestores, trabalhadores e usuários, num dado lugar, que se produzem práticas diversificadas de saúde.

No espaço político cotidiano onde se constroem as demandas, fruto de um inter-relacionamento entre normas e práticas que orien-

tam os diferentes atores envolvidos (indivíduos, profissionais e instituições), são formuladas e implementadas políticas de saúde, seja de uma localidade, de um estado ou país (PINHEIRO, 2005). Com isso modifica-se a visão que localiza a oferta nas mãos dos gestores e profissionais e vincula a demanda somente aos usuários, focando-se na relação construída pelos atores de forma situada e contextualizada.

O que se entende por saúde, o que se deseja em relação a ela, as necessidades de saúde, o que se espera dos serviços e a concepção de integralidade, tudo é construído nessas negociações constantes. Para entender a demanda em saúde e a produção de práticas de integralidade, é fundamental entender como as relações são travadas nos diversos serviços. Para tanto, surgem algumas perguntas iniciais: como se organizam os serviços? Como se estabelecem as relações dos diferentes profissionais da equipe? E destes com os usuários? Quais saberes e valores que direcionam suas práticas? Estes saberes e valores propiciam práticas de integralidade?

Partindo do entendimento de que a integralidade só se expressa nas práticas e que estas são produzidas sempre a partir de relações entre os atores nos diferentes serviços, as pesquisas produzidas sobre o tema devem partir dos locais onde as práticas se corporificam, nos espaços onde as relações se estabelecem.

Nesse sentido, segunda fase do Projeto Integralidade foi realizada em quatro diferentes localidades: Aracaju, Pirai, Porto Alegre e Belo Horizonte. Esses serviços foram escolhidos por apresentarem práticas inovadoras e por serem espaços permanentes de formação de profissionais de saúde.¹

Por entendermos a integralidade como expressões singulares do agir em saúde, não tivemos como objetivo comparar as diferentes experiências, ou ainda definir qual serviço é ou não integral; ao contrário, buscamos neste texto potencializar pistas, detalhes, indícios de práticas de integralidade que emergem nesses diferentes espaços, de formas e em momentos distintos. A partir da análise dos dados empíricos coletados nas quatro localidades estudadas, tornou-se possível delinear o trabalho em equipe como um dispositivo para efetivação da integralidade em saúde.

Para tanto, propomos duas rotas analíticas para apresentação a análise: a primeira, que concerne à busca de se superar as hierarquias

existentes no trabalho em saúde, a partir das categorias de corpo da saúde e coletivo de trabalhadores; e a segunda, que se refere à necessidade de travar uma discussão sobre a importância dos valores éticos no estabelecimento de uma responsabilidade coletiva na produção do cuidado em saúde, utilizando a metáfora da orquestra como signo de sua materialização.

Trabalho em Saúde – do “corpo da saúde” ao “coletivo de trabalhadores” – para além das hierarquias - a primeira rota analítica

Aqui não tem ninguém mais importante que o outro, porque, por exemplo, a viatura não roda sem o condutor. Também ela não roda sem o médico. A gente não vai fazer nada se não tiver o médico. No início só tinha o condutor. A gente começou sem enfermeiro, sem médico, era só o condutor. Mas também a gente não fazia nada, era, simplesmente era... Então, um SAMU com uma central de ambulâncias é diferente. Aí eu vejo que, por exemplo, quando a gente tem algumas reuniões, algumas coisas, a gente vê que essa pergunta que você fez “quem é mais importante” não existe. No nosso corpo quem é mais importante? O braço, a perna, a cabeça, o tronco? Quem é mais importante? Um não anda sem o outro. (Chefe da Frota – SAMU Aracaju).

Cabe perguntar aos coletivos de trabalhadores quem é mais importante durante os processos de atenção/assistência à saúde? Ou mesmo antes, nos processos de trabalho, independentemente dos locais ou áreas de execução, é possível perguntar a quem executa a importância de seu trabalho? Há trabalho que possa ser reduzido a um sujeito? Todo trabalho configura-se como um trabalho em equipe?

Segundo o trabalhador em saúde entrevistado em Aracaju, chefe da frota das ambulâncias do SAMU, quem é mais importante no corpo: o braço, a perna, a cabeça, o tronco? Mas talvez haja um estranhamento inicial, ainda anterior a este: um condutor de ambulância compõe uma equipe em saúde? Quem são os atores que podem ser incluídos nessa categoria?

Esta pesquisa tem como eixo analisar práticas de integralidade em diferentes contextos, conforme já apontado. Especificamente, gostaríamos de trazer questões pertinentes que atravessam o fazer desses profissionais. Para isso, tomamos como referência:

- todo trabalho atravessa um sujeito que nunca obedece apenas a prescrições;
- esse trabalho nunca ocorre só, remete necessariamente a uma coletividade;
- as equipes, conjunto de trabalhadores direta ou indiretamente envolvidos nos processos de atenção a saúde, podem compor um coletivo de trabalho.

A Ergologia, conforme texto de Louzada, Bonaldi e Barros, nesta coletânea, aponta para uma urgência de pensar o trabalho como campo dramático, como um processo de tomada de decisões constantes. É por essa via, a partir da perspectiva de gestão de um saber fazer comum, pautado num processo contínuo de tomadas de decisões, ao mesmo tempo individuais e coletivas, que gostaríamos de discutir a integralidade, como produções cotidianas de fazeres e saberes, em prol de uma ética, numa responsabilização coletiva de todos os atores envolvidos nos processos de saúde.

Pensar/viver a integralidade aponta para uma ruptura de valores tradicionais historicamente demarcados no campo da saúde, como: hierarquia, distribuição de categorias profissionais, compartimentalização de saber/fazer nessas categorias.

Durante longo tempo, foi como se o “corpo-trabalho” em saúde pudesse ser distribuído em funções, devidamente separadas e hierarquizadas, nas quais obviamente alguns tecidos e órgãos seriam mais importantes que outros. Neste artigo, para analisarmos as práticas de integralidade, partimos do princípio de que ao usarmos a metáfora do trabalho em saúde como “corpo”, entendemos esse corpo como algo da ordem do coletivo, e não como uma mera junção de partes. Não há órgão ou tecido mais importante que outros; ou melhor, um não funciona sem estar com o outro. Portanto, trabalhar em equipe pressupõe mais do que diferentes categorias profissionais atuando no mesmo espaço, ou no mesmo “objeto”/alvo da intervenção: pressupõe a tessitura de um saber-fazer comum, um *fazer com*.

Dessa forma, a perspectiva da integralidade nos remete a superação das fragmentações e cisões presentes nos cotidianos dos diversos serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS). O desafio se amplia quando pensamos na imensa heterogeneidade que caracteriza o SUS: diversidade de práticas, planejamentos, organização dos

serviços, distinção na formação dos profissionais, nas experiências de trabalho e desigualdade nas condições de vida.

No entanto, essa heterogeneidade aumenta o desafio diário de produzirmos práticas de integralidade. Como tecer em cada contexto específico de trabalho, com suas demandas diferenciadas e serviços tão diversos, uma prática que perpassasse o cotidiano no sentido de promover a vida, promover o encontro, através desse saber-fazer comum? Como são acionados (deflagrados/produzidos) sentidos éticos nos enfrentamentos cotidianos dos trabalhadores, gestores e usuários em saúde em questão?

Na pesquisa não desejamos buscar uma homogeneização das práticas de integralidade, pois isso seria negar tudo o que vem sendo discutido sobre o tema, esquecendo a diversidade de atores e a variabilidade do meio em que os serviços acontecem. Isso vai de encontro à emergência de práticas de integralidade, que pressupõem a abertura a alteridade e a diferença, conforme apontado por Gomes, Silva e Pinheiro nesta coletânea.

O trabalho em equipe na saúde, objeto de análise deste texto, acontece na presença de diferentes atores, profissionais com distintas formações na área da saúde e delinea-se exatamente pela potencialidade, pelo desafio que a articulação desses diferentes profissionais, com diferentes saberes e práticas, têm de produzir saúde. As equipes de saúde possuem diferentes desenhos, com um número variável de profissionais e de formações e funções, de acordo com as características locais. Quando/como essas equipes começam a operar como coletivos?

Esses diferentes desenhos das equipes são elemento importante destacado pelos entrevistados, conforme apontado a seguir:

A equipe é uma equipe multidisciplinar, que consta um enfermeiro obstetra que são durante o dia dois enfermeiros obstetras, tem dois médicos obstetras, um pediatra, um anestesista, um residente em anestesia, um acadêmico de medicina – que faz mais a parte de pediatria - tem psicólogo, fisioterapeuta, tem a doula, tem a auxiliar, tem técnicos de enfermagem, tem secretária, tem o pessoal da recepção, tem a terapeuta ocupacional... (Enfermeira, Belo Horizonte).

Entretanto, a manutenção da divisão por categorias profissionais e a forte hierarquização ainda presente nas equipes impedem a articulação entre os profissionais e transformam esse espaço de produ-

ção de saúde potencial num espaço de desavenças, lutas corporativas e de desqualificação do outro. Como aponta uma técnica de enfermagem, em um nítido registro da hierarquização vivida no cotidiano da equipe:

Ah, da minha equipe, o importante é o médico. Porque ele é a base de tudo. (Técnico de Enfermagem, USF Aracaju).

E o PSF não, ele tem essa possibilidade de formar esse vínculo. Então, por isso, que a base mesmo, nossa, do nosso trabalho no PSF, é o médico. A enfermeira é superimportante, em segundo lugar. O meu trabalho é superimportante, porque eu estou sempre com o vínculo, formando um vínculo com eles dois. E todos juntos com os agentes de saúde (Técnico de Enfermagem, USF Aracaju).

Percebemos que muitas vezes a marca da corporação nega os outros profissionais como parceiros, torna invisível sua atividade e reduz a equipe apenas aos diferentes especialistas de uma mesma categoria profissional.

[...] nós trabalhamos com os médicos plantonistas da maternidade, existem os plantonistas da anestesia, que são dois [...] Eles também fazem anestesia para cesarianas, e para revisões pós-parto quando necessário, né? Nós temos também os plantonistas do berçário, que são os pediatras, que tão presentes sempre na hora do parto também, e após o atendimento do nenê, que em outras épocas quem fazíamos éramos nós, em termos de entubar, oxigenar, coisas assim, quando havia necessidade. (Médico, Porto Alegre).

O entendimento ainda presente nos diferentes serviços, mas sobretudo nos ambientes hospitalares, é resultado histórico do modelo assistencial hospitalocêntrico, que ainda se faz presente significativamente nos serviços e nas diferentes formações profissionais do setor, não obstante a proposição do SUS da mudança de modelo. Tal posição entende a equipe multiprofissional como a simples justaposição de profissionais, não pressupõe a superação da fragmentação dos procedimentos e das relações com os demais trabalhadores, tornando-se um empecilho às práticas de integralidade. A simples justaposição dos diferentes profissionais, ao invés de garantir um atendimento integral, expõe e ressalta a fragmentação do cuidado, uma vez que não garante a continuidade dos processos.

Essa hierarquia “dura” nega os diferentes saberes (“aqui trabalham médicos obstetras, pediatras, anestesistas”, sendo os outros profissio-

nais simplesmente invisíveis), ou aponta para uma legitimidade menor (o importante na equipe é o médico), e a partir dessa negação ou ausência de legitimação, fragmenta e impede a ação coletiva. Entretanto, não gostaríamos de afirmar a necessidade de uma completa ruptura das hierarquias. O que estamos salientando é a necessidade de desfragmentar (integrar, enfim), os processos em equipe, e não equiparar – como iguais – os diferentes saberes e fazeres:

Não importa qual a função que você faça, que você tenha, o respeito aparece. Você é respeitado por aquilo que você faz. Você falou de hierarquia; aqui não hierarquia, mas isso está na legislação de enfermagem, é que o auxiliar e o técnico de enfermagem estão sob a responsabilidade, o trabalho todo de enfermagem está sob responsabilidade do enfermeiro. A única hierarquia que tem é essa. Mas isso não implica assim, numa hierarquia de mando! De mando autoritário. (Enfermeira, Belo Horizonte).

Como aponta Campos (2000), ainda que a equipe multiprofissional seja recomendada como solução milagrosa para superar os problemas da fragmentação e da desresponsabilização decorrente da especialização excessiva dos profissionais, a simples implementação não garante que se alcance esse objetivo. Dois modelos de trabalho em equipe devem ser superados: um que se fundamenta no simples agrupamento de especialidades, a partir de uma articulação burocrática do trabalho, baseada em protocolos e programas normativos que tendem a fazer com que cada trabalhador se sinta responsável por fazer o que se restringe a sua área técnica; e outro, que se baliza numa falsa horizontalização em que “todos fariam tudo e ninguém seria pessoalmente responsável por nada em particular, já que a responsabilidade pelo projeto terapêutico seria sempre coletiva” (CAMPOS, 2000, p. 248).

Mais uma vez, a fala do condutor (ou seria essa fala um fio analítico condutor?):

A gente vê casos aqui, que é obrigação da enfermeira, mas a auxiliar sabe fazer e aí ela passa pra auxiliar fazer. Quando ela começa a cobrar, a gente vê, cada classe tem um representante, “não, mas não é o seu papel”. “A viatura está suja”. Não é obrigação do condutor lavar. Tem lavador pra lavar a viatura, mas tem condutores que não, assim, não tem esse negócio de dizer “não, eu não lavo. Eu lavo”. Por exemplo, checar uma UTI dessa. É obrigação da enfermeira. A auxiliar não tem essa obrigação, porque, por exemplo, ela (enfer-

meira) tem que saber onde estão todos os medicamentos. Porque na hora que acontece um acidente o médico pede a ela. Aí funciona a hierarquia. Dentro da UTI funciona a hierarquia. Ele não pede ao auxiliar, ele pede a enfermeira. “Enfermeira, tanto de adrenalina. Enfermeira, tanto de anestesia”. A enfermeira que tem que saber, está entendendo? E aí, o que acontece? Chega de manhã cedo, na troca de plantão, ela manda a auxiliar conferir. E aí às vezes a auxiliar confere, bota no papel, e aí a quantidade que ela colocou não é suficiente pra o caso. E aí quando chega lá, cadê? Aí é por isso que quando a gente tem reunião a gente tem que ver. Você já pensou se eu pedisse para um médico ir lá olhar o óleo do carro? Então, se cada um fizer a sua parte todo mundo é importante (Chefe da frota, SAMU Aracaju).

Portanto, não se trata nem de uma responsabilização prescritiva, nem de uma horizontalização, pois esses dois modos de constituir as equipes em saúde não bastam, ou não dão conta das práticas em integralidade.

A transformação das práticas proposta pelo SUS, por meio de “modelos mais porosos aos contextos em que se inserem”, exige que o trabalho em equipe valorize a polifonia decorrente do efetivo exercício efetivo da multiprofissionalidade, a diversidade de vozes e discursos. As diferenças entre os saberes e práticas devem ser “harmonizadas” e não negadas ou minimizadas, cada trabalhador deve saber o que vai fazer, quando e como de acordo com cada nova situação, e com a atuação dos demais membros da equipe. A atuação dos diferentes profissionais deve dar-se a partir da noção do *agir em concerto*, que se baseia no respeito às especificidades e responsabilidades de cada profissional, e na afirmação o trabalho em saúde não restringe, nem se encerra, no fazer de nenhum trabalhador especificamente (GOMES; GUIZARDI; PINHEIRO, 2005).

Então, na unidade básica a gente tem um condutor e um técnico de enfermagem, e eles dividem em partes o que um faz, o que o outro faz. Os dois têm que saber fazer a mesma coisa. Só que, por exemplo, pra você colocar um soro, ela é que coloca. É o papel dela. Da auxiliar ou do auxiliar. Do técnico que tiver lá. Aí não cabe ao condutor. A gente faz, por exemplo, uma imobilização. “Ah, tem que colocar o colar”. Um tem que segurar a cabeça, o outro tem que colocar o colar. “Ah, tem um braço quebrado com fratura exposta”. Um segura a tala, o outro... Então tem que trabalhar em conjunto. Já na USA, que é a Unidade de Saúde Avançada, a UTI móvel, aí a

gente tem o condutor, que faz o mesmo papel. Ali tem um médico, que aí ele é o responsável, que aí é um caso mais avançado que vai para um tiro, uma facada. (Motorista SAMU, Aracaju).

A orquestração do trabalho em equipe: a diferença como valor ético para o estabelecimento de uma responsabilidade coletiva na produção do cuidado em saúde. Segunda rota analítica

A orquestração do trabalho em equipe é resultante dessa composição de forças, saberes e práticas, da harmonização das atuações profissionais, da afirmação das diferenças e do reconhecimento do saber do outro para a realização do trabalho. A orquestração do trabalho em saúde se baseia numa espécie de “humildade epistemológica” (SCHWARTZ, 2000), no reconhecimento de que os diferentes saberes profissionais possuem zonas de incultura e que a presença de trabalhadores com diferentes formações e funções permite reduzi-las.

Você tem que ter uma noção, por exemplo, eu tenho um acidente pra ir lá no Augusto Franco. Olha, daqui pro Augusto Franco você tira no máximo uns sete minutos. Então, quando o médico entra dentro dessa viatura ele já tem que pensar, já tem que estar no pensamento dele: por onde eu vou? Qual o lugar mais rápido pra eu chegar? Eu já tenho que estar de imediato pensando nisso. E olha aonde a adrenalina do cara vai. Porque, por exemplo, eu vou ter que andar numa alta velocidade, com sirene ligada, porque essa [viatura] daqui só sai pra casos complexos. Quer dizer, aí eu vou botar um médico? Têm médicos que não sabem dirigir um carro desse. Mas eu também não sei operar. Tá entendendo? Então, coisas que eles têm que entender que o condutor é importante, que a auxiliar é importante, que a enfermeira é importante (Chefe da Frota, SAMU Aracaju).

O sentimento de que os diferentes trabalhadores são fundamentais para a realização do serviço reforça a noção de pertencimento a equipe de saúde, produzindo uma outra forma de comprometimento que rompe as fronteiras de seu saber específico ou de um campo de atuação definido. O trabalhador entende que o cuidado não se restringe a sua ação e que ele é um dos responsáveis pelo serviço, tal qual o músico numa orquestra que, mesmo com o instrumento de sonoridade mais discreta, ou aquele cuja participação se limita a alguns movimentos, se sente como parte fundamental para execução e obra executada.

Eu até estava brincando com um colega meu um dia desses e ele me viu com a camisa do resgate e disse “Ué, você trabalha dentro da ambulância agora?” e eu disse bem assim: “não, eu trabalho no setor de regulação” e ele falou “então porque você está com a camisa do resgate?” e eu disse: “olha, se você ligar pra lá e eu não te atender ou desligar o telefone o pessoal não vai, né?” (risos) Então eu faço parte do sistema, né? (Regulação - Aracaju).

Essa fala aponta para comprometimento, responsabilização das ações. Como a equipe de atendimento emergencial pode chegar ao usuário que naquele momento necessita de uma intervenção rápida, se o processo de escuta, de acolhimento e encaminhamento não for feito pelo atendente? Daí o trabalho como necessariamente compartilhado.

O comprometimento com o outro, junto ao sentimento de pertencimento à equipe, supera a desresponsabilização mencionada por Campos (2000); o sucesso ou fracasso passam a ser responsabilidade da equipe e não dos profissionais individualmente. A emergência da responsabilidade coletiva faz com que todos se sintam responsáveis pelo cuidado do usuário do serviço.

Eu acho que a minha responsabilidade na atuação com essa mãe é tão grande quanto a de um procedimento cirúrgico dentro de uma unidade, sabe? Acho que às vezes uma fala minha, uma intervenção minha inadequada, isso vai trazer tantas... Vai causar tanto mal para essa pessoa quanto às vezes um erro. Então, assim, acho que é tão difícil você hierarquizar, porque dentro da especificidade, dentro da atuação de cada um, o nível de responsabilidade é muito grande, de todos nós. (Enfermeira, Belo Horizonte).

A responsabilidade coletiva não se baseia numa noção de que ninguém é culpado pelo erro, ou mesmo, que todos são culpados por todos os atos cometidos pelos diferentes profissionais. Como nos mostra Arendt (2004), não podemos falar de culpa coletiva, uma vez que não há uma culpa vicária, que pode ser outorgada a outrem; a culpa é sempre pessoal, uma vez que está estritamente ligada a um ato, e não a intenções ou possibilidades. Este seria um ponto fundamental da distinção entre culpa e responsabilidade: podemos falar de uma responsabilidade vicária, coletiva. “Em outras palavras há uma responsabilidade por coisas que não fizemos[...] mas não há um ser ou sentir-se culpado por coisas sem que se tenha participado ativamente dela”(ARENDDT, 2004, p. 213). A responsabilidade coletiva, sempre política, estaria condicionada à responsabilização de alguém

por algo que ele não tenha feito, mas por seu pertencimento ao grupo (coletivo) responsável; ele é responsável por coisas que não participou, mas que foram feitas em seu nome e nenhum ato pode dissolver. A única forma de escapar seria abandonando o grupo (coletivo) a que pertence.

Desta forma, cada trabalhador é responsável por todas as ações da equipe. A orquestração do trabalho em saúde, ao harmonizar as diferentes práticas, ao produzir o sentimento de pertencimento à equipe e de comprometimento com o outro, ressalta essa dimensão política, a da responsabilidade por todas as ações.

Então não tem como falar, estou mais tranqüila aqui porque a responsabilidade maior é desse profissional, ele que está determinando a conduta, o medicamento, então se der erro, o erro que vai provocar uma morte, por exemplo, não é meu, porque eu não estou prescrevendo, não estou intervindo dessa forma. **Mas eu não consigo me eximir dessa responsabilidade**, porque acho que o dever de estar junto dessas pessoas, de auxiliar, o compromisso é tão grande que a responsabilidade, é difícil de... eu não consigo (Enfermeira, Belo Horizonte).

Assim, a responsabilidade coletiva afirma um compartilhar, um saber/fazer comum, no qual erros e acertos são processos acionados nos coletivos, conforme aponta a fala de uma técnica de enfermagem, que nos instiga a pensar sobre isso:

Alguém deve ter saído chateado, não sei; não se identificou, não tem como a gente saber quem é quem [a entrevistada está fazendo referência à reclamação que fizeram sobre seu trabalho na ouvidoria]. Mas, o que eu passei para a minha gerente, na época, eu falei assim: “**Olha, o que eu faço eu não faço só, eu faço em equipe**”. Então, eu pegava as pessoas; perguntava quem era o primeiro; ouvia, fazia a escuta; verificava sinais vitais; se tivesse alguma intercorrência, eu encaminhava para o médico ou para a enfermeira. Então, se alguém deixou de ser atendido, não foi só por mim, foi por uma equipe. (Técnico de Enfermagem, Aracaju - grifo nosso).

Talvez um dos grandes entraves para a compreensão dessa responsabilidade como da ordem de um coletivo seja que nossa idéia de responsabilidade aponta muito mais para uma responsabilização, muito próxima a uma atribuição de uma culpabilização, sempre individual. Ao traçarmos, conforme Arendt (2004), a noção de responsabilidade compartilhada nos/pelos coletivos, apresenta-se outra possibilidade

de análise fundamental para entendermos a equipe como gestão coletiva: a cooperação e a confiança.

Por realizar procedimentos, uma série de coisas, eu acho que a enfermagem, ela tem uma responsabilidade muito grande, porque o médico prescreve, às vezes ele prescreve até errado, mas a enfermagem tem que conferir a prescrição. (Belo Horizonte -05).

E se essa confiança entre enfermagem e medicina não ocorre? Como se torna possível trabalhar? A ausência de confiança reduz o processo necessariamente em hierarquia e fragmentação, ou seja, não aponta para um fazer comum. A troca, um entendimento/confiança entre a equipe e entre os processos anteriores e posteriores ao seu trabalho, é fundamental:

Se estou atendendo uma gestante, eu tenho que saber que por trás dessa gestante tem uma agente comunitária que vai na casa, tem a médica que pode trabalhar junto comigo, tem os auxiliares de enfermagem, então assim, a gente envolve todo mundo, né? (Enfermeira, Piraí).

Essa construção da confiança demanda não só a “qualidade” da relação, mas antes disso, a possibilidade que ela possa ser construída e compartilhada entre os atores. A rotatividade dos trabalhadores é um elemento importante a ser considerado:

Então, o médico não é aquele assim que eu posso confiar nele, porque ele tá aqui hoje, mas amanhã ele não está. Mas, ela não. Eu sei que ela continua. A enfermeira é muito difícil trocar. Então, eu conto mais com ela do que com o médico [...]. Eu e a enfermeira a gente fica. Então, é ela que segura a peteca pra gente é ela. (Agente comunitária, Piraí).

Segundo Dejours (1993, s/p), a cooperação “são os laços que constroem entre si agentes em vias de realizar, voluntariamente, uma obra comum”. Laços que acionam processos de construção, de partilha de uma linguagem tornada coletiva. Esses laços não podem ser exteriores, isto é, não podem ser prescritos por protocolos, por divisões da organização do trabalho anteriores ao trabalho em ato.

O autor ainda afirma que, se a organização do trabalho não pode garantir os laços fundamentais para a cooperação, por outro lado, é exatamente por sua existência anterior, que os coletivos podem produzir a cooperação: “fixando os status, os papéis, os domínios de

competência e de autoridade, as responsabilidades – de cada um – a organização do trabalho fornece um quadro de referência sem qual nenhuma cooperação seria possível” (DEJOURS, 1993, s/p), pois os laços de cooperação solicitam as iniciativas individuais para preencher as lacunas deixadas pelas prescrições anteriores ao trabalho.

Entretanto, para que as iniciativas individuais de preencher aquilo que ainda não está prescrito para ser feito, não está normatizado se tornem-se concretas e possam ser reconhecidas pelos outros que também recriam essas normas, é necessário que essas “subversões” – a favor do trabalho – possam ser visíveis, e a “visibilidade, isto é, o esforço para mostrar e tornar inteligível ao outro sua ação, supõe relações de confiança entre os agentes” (DEJOURS, 1993, s/p). Para que cada um deixe aparecer suas “subversões”, reinvenções, é necessário a produção de um fazer tornado comum, coletivizado, a partir da confiança. Assim, as condições para a construção de laços de cooperação se dão num debate de valores, na produção de sentidos éticos, sociais e políticos.

Porque é uma angústia, foi uma angústia muito grande da equipe, ainda mais porque a gente fazia 24 horas e essas usuárias tinha esse acesso a todas que queriam, de repente chegou um período não tem mais, isso nunca tinha acontecido... Até quando acabam os leitos aqui a gente cria leitos desse na casa de parto, teve várias situações que teve seis partos em 24 horas e eu sempre peço para elas estarem vindo, olha, os quartos estão lotados não tem mais jeito, a gente pode elas com consultório viram o lugar... Elas falam: “Não, eu faço tudo para ter aqui”. Então, ou monta o quarto com dois pós-partos, o que eu vejo muito grande é a solidariedade, elas concordam em dividir quartos. [...] eu lembro de um caso que tinha acabado as vagas, tinha uma gestante que vinha do distrito, já tinha conhecido a casa, era o terceiro filho, queria muito ganhar na casa de parto, ia filmar. Mas tinha acabado as vagas, não tinha jeito, já tinha tido seis partos, eu falei: não tenho onde arrumar. Aí o filhinho dela saiu lá da maternidade, veio aqui e batia na porta, veio conversar comigo, “deixa minha mãe, pelo amor de Deus, ganhar aqui, ela sonhou muito com parto na água”. Aí eu tive que redimensionar e ela teve a criança aqui [...] Foi muito engraçado porque a casa inteira vivenciou o parto, até os outros usuários, porque eles viram os movimentos da família. Essas são as diferenças que, às vezes, num hospital devido às práticas, as rotinas rígidas que a gente não consegue perceber muito isso. (Enfermeira, Belo Horizonte).

Essa enfermeira ultrapassa o cumprimento da norma (número de leitos, capacidade de atendimento, etc), mas só o faz numa visibilidade da “subversão” tornada coletiva, gestionada pela cooperação, neste caso, da equipe de trabalhadores com os usuários.

Aliás, em saúde, os usuários são solicitados – ou ao menos deveriam ser – a participar dos procedimentos – cuidado à saúde. Na observação, durante uma visita para a pesquisa numa UTI neonatal, percebemos uma usuária, acompanhando o filho recém-nascido internado intervém junto à equipe quando a “mangueira” de soro dobra, solicitando a presença da auxiliar de enfermagem. Quando essa não consegue – por algum motivo além da competência – desdobrar, a mãe discretamente sai em busca da enfermeira, que por sua vez dá a volta e vem ajudar.

Assim, de acordo com Dejours (1993, s/p), não existe coletivo sem laço de cooperação, pois ela apresenta como “o próprio centro de gravidade em torno do qual se organizam os laços entre os agentes, as regras de trabalho, as relações de reconhecimento e o sentido do trabalho”. A ausência desses laços seriam nefastas para a própria organização do trabalho, interferindo diretamente na qualidade desse.

O trabalho efetivamente realizado não se reduz jamais ao trabalho fixado previamente por prescrições. Ao realizar a prescrição, a tarefa normatizada e orientada, *a priori*, para objetivos específicos, o trabalhador enfrenta variabilidades, distorções, imprevisibilidades que inviabilizam o cumprimento da norma estrita e convidam (ou obrigam) o trabalhador a inventar formas de trabalhar capazes de responder ao instável, ao imprevisível.

Para Schwartz (2000), o meio é sempre mais ou menos infiel, nunca se sabe onde e em que proporções. Ele jamais se repete exatamente de um dia para o outro – ou de uma situação de trabalho a outra. É na enorme distância entre o trabalho prescrito e o efetivamente realizado que os trabalhadores tecem, de forma coletiva, estratégias para dar conta da atividade concreta, do trabalho em ato, daquilo que não pode ser traduzido em regras, que escapa a qualquer tentativa de predeterminação.

Os trabalhadores criam coletiva e cotidianamente novas normas que permitem a realização do trabalho em meio a um mundo de acidentes possíveis, em negociação com os usuários.

Então às vezes ela tá em trabalho de parto e ela quer tomar uma posição no meio parto, uma posição que é mais confortável pra ela, mas não é adequada pra mim como assistente. Eu tenho que manter com ela a posição que ela quiser. Ela quer muito que duas pessoas assistam o parto dela. A norma é uma pessoa por mulher, mas a gente extrapola as normas, coloca duas pessoas porque é a vontade dela. É o momento dela. Então o que a gente puder fazer para que aquele momento seja especial a gente tenta fazer. (Enfermeira, Belo Horizonte).

Diante da necessidade de invenção dinâmica do trabalho vivo, os trabalhadores são convocados a gerir as variabilidades constituintes do processo de trabalho. Dessa forma, gestão e atividade de trabalho – apesar de o termo “gestão” ter sido mais comumente utilizado na contemporaneidade no lugar de gerência ou gerenciamento de recursos – são categorias inseparáveis. Trabalhar é gerir. Chamamos de gestão do trabalho a capacidade dos trabalhadores de gerir o processo que denominamos atividade de trabalho. Trabalhar exige gestão.

Nesse sentido, o trabalho em equipe na saúde requer a gestão de um saber comum orientado por valores éticos que norteiam escolhas coletivas e potências formativas (não isentas de conflitos) na efetivação da integralidade da atenção e do cuidado em saúde.

Portanto, ao gerir o trabalho, os trabalhadores são convocados a fazer escolhas. Estas escolhas se orientam em função de valores. O debate de normas e valores que se dá na atividade de trabalho é o que permite que a atividade se realize. A atividade não se restringe apenas a execução de uma determinada tarefa, ela sempre pressupõe um “uso”, a mobilização de cada trabalhador - com crenças, valores e história singular – frente à permanente variabilidade do meio. “É preciso que ele escolha, visto que as imposições ou as instruções são insuficientes! Então, é necessário que ele faça escolhas. É necessário que ele se atribua leis para preencher o que falta” (SCHWARTZ, 2000, s/p).

Trabalhar é escolher, negociar, inventar meios, arriscar-se. A esta dimensão do trabalho Schwartz atribui o nome de dramáticas do uso de si. Alguns valores que pautam este debate de normas podem ser chamados “valores sem dimensão” e envolvem valores não-mensuráveis, como “bem-estar”, “atendimento digno”, “acolhimento”. RUFFEIL (2005) dá um exemplo que pode nos ajudar a compreender as dramáticas do uso de si³ no trabalho na área da saúde, quando os auxiliares

de enfermagem têm que escolher entre fazer a higiene do paciente ou ajudá-lo a resgatar sua autonomia. Essas escolhas infinitesimais ocorrem em meio aos valores do trabalhador, as exigências do trabalho, as relações com os usuários, trabalhadores e gestores.

Um gestor de Belo Horizonte fala do trabalho em equipe na saúde e dos valores que pautam o atendimento de um recém-nascido:

Para eu atender a essa família, que no caso, a gente também que é da neonatologia, a gente tem que ter em mente que o seu paciente, o seu cliente não é só o recém-nascido, que ele não vem desvinculado da história da família e de todos, então para mim poder atendê-lo naquela hora eu tinha que articular outras coisas.

É em meio a esses debates, a essa dinâmica complexa, que os trabalhadores produzem conhecimentos na situação de trabalho. Os trabalhadores lançam mão destes saberes para dar conta, justamente, da distância existente entre o trabalho realizado e as prescrições.

Nessa mesma instituição de Belo Horizonte, pudemos ver de perto o modo como os trabalhadores lançam mão de saberes produzidos no cotidiano para lidar com situações inusitadas do trabalho. Estávamos conhecendo suas instalações quando, ao avistar uma mulher em trabalho de parto, a psicóloga começou a passear com ela pelo corredor e simultaneamente a fazer massagens em suas costas. Certamente as massagens não são prescrições do trabalho de uma psicóloga numa maternidade, porém, ao encontrar a usuária, a psicóloga, baseada no conhecimento produzido em anos de atividade na instituição, intervém por meio de massagens. O que certamente ajuda a equipe na rotina de trabalho, pois tranquilizam a usuária enquanto o restante da equipe prepara a sala de parto ou cuida de outras situações.

Será que essa psicóloga se deu conta de que tocou na usuária? Ou esse toque é parte “incorporada” em seu fazer? Há no trabalho uma inteligência astuciosa, da ordem do corpo, que não passa necessariamente pela racionalidade.

De acordo com os profissionais entrevistados, assim também acontecia quando, ao perceber que as palestras, realizadas numa unidade de saúde da família de Aracaju, não estavam surtindo o efeito desejado, a equipe começou a organizar passeios, aumentando a adesão da população às atividades educativas da unidade:

A gente chegou, fez palestras, mas aí, os meninos, como a maioria daqui são mulheres, que freqüentam mais o posto, porque os homens, a maioria, estão todos trabalhando; aí, quem freqüenta mais os postos são as mulheres com as crianças. Então, quando a gente só ficava falando, falando, falando... uma criança estava agitada, a outra chorava... então, não tinha como eles prestarem atenção, eles não tinham paciência”. (Técnico de Enfermagem - USF, Aracaju).

A manifestação dessa inteligência é marcada pela história construída pelos coletivos de trabalho, pelo patrimônio de experiências produzido por estes coletivos. A expressão desses saberes é reforçada ou constrangida de acordo com as realidades do trabalho, mas sempre se faz presente, até mesmo nas atividades com menor autonomia dos trabalhadores. Daí a potência formativa do trabalho em equipe.

Trabalhar, pensar o trabalho, formar pelo trabalho.

A emergência das práticas e integralidade: à guisa de conclusão

Os saberes produzidos nas atividades cotidianas alimentam o patrimônio, que por sua vez transforma os modos de agir dos trabalhadores que formam esse coletivo. O patrimônio estocado é formado por normas, prescrições, valores, regras formais e informais, saberes disciplinares e da experiência, podem reforçar algumas práticas ou transformá-las, mantê-las ou questioná-las. É na produção e compartilhamento cotidiano dos saberes co-emergentes ao fazer que o trabalho em equipe pode transformar o agir dos profissionais de saúde.

Esse é um ponto fundamental quando percebemos que a formação dos profissionais ainda se mantém vinculada ao modelo biomédico. Nas discussões recentes sobre a reforma sanitária há um reconhecimento generalizado sobre a importância da instituição dessas novas formas de “fazer saúde” que diferem das formas de agir para que os profissionais vêm sendo formados nas últimas décadas (GIL, 2006). A distância existente entre a formação dos profissionais e as exigências do trabalho em saúde transforma os serviços em espaços privilegiados de formação de profissionais que atuem em direção à mudança de modelo, cujas práticas sejam pautadas na integralidade. Como aponta uma gestora de Piraí sobre as dificuldades de montar uma equipe de saúde da família e o tempo de preparação desses profissionais.

[...] nós temos dificuldade, até mesmo porque também a gente tem profissionais ainda despreparados. Você tem que mudar essa cultura ainda no próprio profissional da saúde. Então, são dois trabalhos, né, porque ele entra no Programa de Saúde da Família, ele só vai, eu imagino ele pronto depois de uns dois anos de trabalho mesmo, de relação e de discussão, e dessa... Aí, existe a discussão da equipe, isso existe, né, de trabalhar com protocolos, entendeu, de seguir esses protocolos, porque tudo isso ajuda, né, com que você racionalize as ações, com que você não entre nessa, só da especialidade. (Gestor, Piraí).

A construção integralidade como processo, da ordem do vivido, nos espaços das equipes de saúde, não se refere a algo tranquilo, mas ao contrário, de uma produção cotidiana que não se dá sem de tensões, embates e conflitos. Esses conflitos se configuram em vários planos. Por um lado, esses conflitos se dão num plano de gestão coletiva, da relação com trabalhadores, com usuários e com instituições formadoras que ainda pensam os serviços de saúde e suas práticas a partir de outro referencial.

O que eu identifico é o seguinte: eu acho que existe uma cultura medicalizadora muito forte na sociedade, nos profissionais de saúde, mas também na sociedade. E eu vejo esse conflito mais dentro do saúde da família, porque o profissional, ele tenta fazer, né, o trabalho dele, aquela fala da prevenção mesmo, mas as pessoas não querem. Elas querem sair de lá, elas querem ter o exame, ela quer que encaminhe ela pro especialista; então, isso acaba gerando um conflito na relação. E o que desestimula muito o profissional também da área de saúde da família. (Gestor, Piraí).

Entretanto, esse processo reclama uma série de alterações posturais dos trabalhadores que podem produzir resistência ou mudanças nas relações e práticas. Um médico de Porto Alegre relata a transformação da relação com os usuários dos serviços, demonstrando o caráter processual da integralidade.

Na própria relação do médico com o paciente, vamos dizer assim, isso mudou muito desde que eu comecei a trabalhar, já faz bastante tempo. Naquele tempo a gente era meio que ditador assim... Ela precisa fazer esse remédio, esse exame, enfim, o sujeito não tinha muito espaço pra reclamar. Mas hoje isso tá muito mudado, né. Eu mesmo escuto a pessoa e dou muito valor para aquilo ela tá pensando ou pedindo... (Médico, Porto Alegre).

Como aponta a fala, até ele já está escutando a pessoa. Ele se tornou um profissional melhor agora? Estamos falando de profissionais melhores ou piores? O que o fez mudar sua postura? Como se deu esse processo?

Acreditamos que esse seja um ponto relevante para pensarmos a formação para integralidade. Como foi apontado em outro artigo desta coletânea,⁴ a forma como a relação com o outro se estabelece é um ingrediente fundamental para pensarmos as práticas de saúde. Na verdade, não podemos pensá-las separadas da rede de relações co-emergente a prática em saúde. Desta maneira, analisar as relações estabelecidas pelos atores das instituições de saúde produz novas formas de trabalhar, produz novas formas de ação ou reforça as antigas.

Por exemplo, aqui nessa sala, eu tava conversando com uma colega, né, e não sei porque nós estávamos falando do vínculo, que era importante o vínculo com o paciente e tal. Aí uma moça que era residente disse assim: “É, mas com os pacientes do SUS não é possível fazer vínculo, né?”. Nós dissemos – Pera lá... – Pra você ver... Ela aprendeu isso. Aprendeu aí na prática. Então não é assim... Então o que eu acho que tá faltando na coisa da residência médica, um espaço pra discussão dos problemas profissionais e da relação do médico/paciente e do médico/equipe, com a enfermagem e enfim, né? (Médico, Porto Alegre).

Referências

- ARENDDT, H. *Responsabilidade e julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, H. T. (Org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- DEJOURS, C. Cooperação e construção da identidade em situação de trabalho. *Futur antérieur*, v.16, p. 41-52, 1993.
- GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. [online], v. 22, n. 6, p. 1.171-1.181, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 31 maio 2007.
- GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na integralidade em saúde. In: Pinheiro, R.; MATTOS, R. A. *Construção da integralidade cotidiana, saberes e práticas na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 7-34.
- RUFFEIL, N. *Pensando o trabalho, gestão e políticas públicas*. IN: MESA-REDONDA

NO CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO RIO DE JANEIRO, Rio de Janeiro, 27 ago. 2005. Mimeo.

SCHWARTZ, Y. *Le paradigme ergologique ou un métier de Philosophe*. Toulouse: Octarès, 2000.

Notas

¹ Sobre a pesquisa, ver a Introdução desta coletânea.

² Compreendendo harmonia como “combinação de elementos diferentes e individualizados, mas ligados por uma relação de pertinência, que produz uma sensação agradável e de prazer” (*Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p. 1.506).

³ Conceito detalhado no texto de Louzada, Bonaldi e Barros (“Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas”), que integra esta coletânea.

⁴ Gomes, Silva e Pinheiro: “NOÇÕES FUNDANTES. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde”.

PARTE 2

Desdobramentos Teóricos

A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde

MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS
REGINA BENEVIDES DE BARROS

Não é novo o debate sobre o tema da equipe em situação de trabalho. A crítica à racionalidade administrativa se apóia, dentre outros aspectos, na ênfase posta no trabalho individualizado, fragmentado, de gestão verticalizada, que se estabelece por meio de processos de comunicação do tipo *top-down*, desenvolvidos em locais de trabalho confinados, especialmente como o da fábrica. Esse modo de trabalhar visa, sobretudo a “concentrar, distribuir no espaço, ordenar no tempo; compor no espaço-tempo uma força produtiva cujo efeito deve ser superior à soma das forças elementares”, como nos diz Deleuze (1992, p. 219).

Em escalada irreversível (?!), são os mecanismos de controle e de subjetivação assujeitadora que se produzem em efeitos nem sempre tão desejados, pois a docilização e disciplinarização dos corpos também infantilizam, “descomprometendo”, “desresponsabilizando”, “despotencializando” os trabalhadores. As tentativas de padronização excessiva do processo produtivo trazem também, como efeito secundário, o constrangimento da inteligência prática do trabalhador, mobilizada frente a situações inéditas, imprevistas, móveis e cambiantes (DEJOURS, 1997), e indispensável para a realização da tarefa. Assim, numa relação paradoxal, a padronização, que investe na prescrição do trabalho, não pode dispensar completamente esta inteligência, seu caráter inventivo, que a subverte e potencializa a engenhosidade do trabalhador.

A avaliação de que os efeitos do controle excessivo poderiam ser corrigidos indica a necessidade de alterações nos arranjos

organizacionais. O grupo, a equipe, o time passam a ser estratégias que buscam, então, mudar o rumo dos modos de organização do processo de trabalho. Faz-se equipe para novamente recolher, captar aquilo que se mantém como imprescindível no trabalhar.

Frente à aceleração de uma sociedade de consumo e de grande descartabilidade, nada mais vendável do que rápidas receitas de como fazer para que as pessoas sejam cooperativas, como vencer o receio dos primeiros contatos ou como fazer sua equipe mais competitiva. Isto altera sensivelmente o modo como as subjetividades passam a ser alcançadas e produzidas. Nas empresas modernas (não mais as fábricas...), o foco privilegiado não é mais vigiar indivíduos, mas estimular a competição, com aumento da produtividade. Maior eficiência e menor custo. Trabalho em equipe e não mais individual.

O paradigma técnico-burocrático de gestão dos processos de trabalho mostra sua insuficiência frente ao que, em que pesem os mecanismos de controle, sempre escapava – o saber do trabalhador e a potência do que no trabalho é experiência coletiva. Em meio a insistentes fragmentações operadas pelo modo de gerir um suposto trabalho estático, individualizado, estável e controlável, o trabalho se move, se faz coletivamente, muda ao durar e se reinventa pelos encontros que o constituem. O trabalho se apresenta como co-engendramento – entre os trabalhadores e com o processo de produzir.

Trabalho co-engendrado

É na situação de trabalho que podemos apreender sua dimensão coletiva. E por quê? Porque nela os trabalhadores põem em jogo não apenas o que está prescrito para a execução de uma tarefa, seu conhecimento tácito e já codificado, mas outros recursos que possam lhe ser úteis para lidar com o que é imprevisto – não prescrito, portanto.

Nas situações de trabalho, os trabalhadores ocupam sempre uma posição singular, já que ali se deparam com o esperado a cumprir, mas também com o que falha, com o que, no trabalhar, gagueja. É frente aos impasses, interrogações impostas pelo que sempre escapa, que o trabalhador será mobilizado pelo que experimenta como dele e não dele ao mesmo tempo. A experiência do trabalhar mostra-se, então, em sua dupla face – singular e coletiva, indissociável e inseparável – de um pensar, decidir, fazer e avaliar.

É porque o trabalhador se depara com esta inseparabilidade, que ele é exigido a agir. O conceito de atividade indica menos um “apenas executar as tarefas prescritas”, um “se mexer de qualquer maneira” e mais um entrar em contato com o que, do plano coletivo do trabalhar, o ultrapassa, o que exige nova forma, o que exige criação. O trabalho pela via da atividade é trabalho-criação, porque o repertório existente não é suficiente para responder ao movimento da vida. Ficar limitado às regras prontas é invivível (SCHWARTZ, 2003).

Podemos falar, então, seguindo Leplat e Hoc (1998, p. 172) que “uma situação de trabalho pode ser considerada como um sistema tarefa-sujeito. Analisar essa situação será analisar esse sistema, seu funcionamento e a relação existente entre os seus âmbitos. A atividade é a expressão dessa interação”. A análise da atividade abre outro campo de possibilidades, marcado pela inclusão da variabilidade das condições de trabalho, pela produção de criação que ultrapassa formas dadas e pela gestão dessa variabilidade. Tal situação de trabalho faz emergir uma inteligência que fará essa gestão.

Novamente aqui esta inteligência é ao mesmo tempo singular e coletiva. Ela é expressão, em um trabalhador, do que ele experimenta na gestão da atividade que o ultrapassa, sendo ela mesma coletiva. Só é possível criar novas regras no trabalho quando se está numa experiência com o outro – melhor dizendo, quando no encontro com o outro experimenta-se o diferir, a alterização.

Como nos dizem Carvalho e Barros (2006, p. 173), “eles só podem fazer isto a partir [...] da cooperação, solidariedade, da costura, da confiança. A palavra confiança que está em questão significa ‘fiar’ juntos. Estar com (outro) para fiar juntos”.

Formação em situação de trabalho ou a situação da formação no trabalho

É nesta direção, a do fazer com o outro, ao lado do outro, que pensamos a formação. Mais ainda há, para nós, uma inseparabilidade entre o trabalho em situação e os processos de formação em situação de trabalho.

Pensar a formação em situação – no nosso caso, nas unidades de saúde – tem o sentido de instaurar um novo campo problemático. Afirmamos (BARROS, 2006) que a formação precisa contem-

plar os aspectos das complexas redes e práticas tecidas e compartilhadas nas situações de trabalho. Isto significa não apenas lidar com as regras instituídas, mas também com a capacidade de inventar normas de funcionamento coletivo, envolvendo as atividades suspensas, contrariadas e impedidas (CLOT, 2006). “Pensar a formação neste âmbito é ter que criar estratégias que possam colocar, coletivamente, em cena os territórios existenciais, o cotidiano no trabalho, as diferentes relações que estabelecem e as novas informações” (BARROS, 2002, p. 73).

A formação se dá como intervenções formadoras, isto é, todo o processo de formação é desde sempre situado, contingenciado pelas condições e meios do processo de trabalho, condições e meios do trabalhador de viver no trabalho. Formar, portanto, equivale a intervir na situação sempre coletiva do trabalho. Uma proposta de formação que não leve em conta as especificidades dos saberes e configurações locais em seu entrecruzamento estará fadada ao insucesso, pois nada transformará. Formação é, assim, trans-formação.

Se, como dissemos, a análise da atividade situada nos remete ao que os trabalhadores constroem/inventam no processo produtivo, como resistência ao que está prescrito nas planilhas da gerência, a formação em situação implica também resistência como criação. Tomamos, então, da resistência seu duplo sentido. Resistência a quê? Ao que no curso impede o (per)curso, à formata-ção que sobrecodifica modos de experimentar o trabalho. Resistência que se interpõe ao processo do trabalhar. Por outro lado, resistência que se afirma no processo, investindo no caminhando coletivo do inventar.

Não queremos dizer com isso que estamos dispensando as prescrições. Isto seria impossível e indesejado. O prescrito diz também da história-criação dos trabalhadores, de seus modos de lidar com os meios e processos de produção.

Queremos destacar que a formação não deve se restringir a uma repetição atemporal e fora das condições concretas do trabalho. Diferentemente, ela é processo de co-engendramento de trabalhadores e mundos do trabalho. Lembremos: viver no prescrito é invivível, os humanos nunca se limitam à mera execução, o que quer dizer que se trabalha com o que está disponível, catalogado, mas principalmente com o que se vai transformando no processo de trabalhar. Da

mesma maneira, não há predeterminações absolutas dos processos formativos. Eles vão se engendrando, sobretudo nas relações com o outro nas situações de trabalho. É no fiar junto que as formas de ser trabalhador e os mundos do trabalho vão-se constituindo.

A realidade vivida nos locais de trabalho coloca problemas que forcem a pensar outros jeitos de operar: um jeito de ser enfermeira, fisioterapeuta, médico, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem, se constitui, principalmente, no agir em situação. Não se sabe de antemão e completamente o que é ser um profissional da saúde. Propor a formação em situação é pensá-la a partir de um plano de imanência, plano que “não precede o que vem povoá-lo, mas é constituído e remanejado na experiência” (ZOURABICHVILI, 2004, p. 76). Plano que diz, portanto, do curso da atividade, da experiência concreta dos trabalhadores. A análise da experiência da formação a partir desse plano coletivo é, portanto, sempre singular e indissociável do processo de produção.

Essa forma de colocar a questão desloca-nos dos currículos prescritos e nos lança no campo de experiências efetivadas no espaço-tempo dos ambientes de trabalho. É no mergulho na complexidade dos processos produzidos no dia-a-dia das práticas em saúde, no que se passa em situação, que podemos conhecer o modo como se operam os processos formativos.

Formação em situação é não reduzi-la à recongnição e ao reconhecimento de representações disponíveis (DELEUZE, 2000). É nos encontros engendrados no cotidiano, na criação de zonas de confiança, que somos forçados a pensar. Esse processo não se efetiva tão somente no plano intelectual-racional. Como nos diz Deleuze, “aquilo que só pode ser sentido sensibiliza a alma, torna-a perplexa, isto é, força-nos a colocar um problema, como se o objeto do encontro, o signo, fosse portador de problema – como se ele suscitasse problema” (DELEUZE, 2000, p. 241).

A formação em situação, tal como o trabalho situado, nos convida a habitar este plano de experimentação, plano onde pensar, fazer, aprender, trabalhar, viver não se dissociam. Plano, insistimos, coletivo. Esta é a direção em que apostamos – aquela em que a formação do/no trabalho em saúde é potência de formar, potência dos/nos encontros que constroem equipes, potência do coletivo.

O Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) tem sido uma das maneiras pelas quais temos experimentado a indissociabilidade entre o formar e o trabalhar (BARROS; SANTOS FILHO, 2007). O programa se constitui como um instrumento de pesquisa-formação interventora que se dá em rede e articula formação e pesquisa. Ele parte do princípio de que formar trabalhadores não se reduz a instrumentalizá-los com novas tecnologias, mas, principalmente, investir na produção de outros modos de subjetivação que se efetivam no curso dos processos de trabalho.

O PFST não é algo estanque, pontual, limitando-se a um momento de transmissão de conhecimentos. Diferentemente, trata-se de um processo contínuo de diálogo, que envolve o confronto crítico entre as disciplinas científicas e a experiência prática dos trabalhadores em situação. O programa aciona o coletivo no trabalho como aspecto principal não somente para a produção de conhecimentos, mas, também, para criar outras formas-de-ação. É concebido como uma estratégia para transformar-compreender as relações nos ambientes laborais, baseado no diálogo-confrontação entre regimes de conhecimento: o das disciplinas científicas e o da experiência dos trabalhadores.

O diálogo crítico é o motor do processo de formação. Crítico em seu duplo sentido. Crítico porque produz crise no que cada um destes regimes de conhecimento porta de modos de ver, de dizer e de estabelecer relações entre o ver e o dizer, e crítico porque faz a crítica do que nesses regimes de conhecimento está por demais instituído. Essa relação dialógica está pautada, portanto, numa postura de “desconforto intelectual” (SCHWARTZ, 2002), que diz de uma disposição de conviver com o outro aprendendo sobre o que ele faz, como faz, por que faz, conhecendo seus valores e suas possíveis renormatizações.

A esta rede de encontros (ATHAYDE *et al.*, 2003) chamamos Comunidades Ampliadas de Pesquisa (CAP), que estão aliançadas com uma direção de formação que afirma a importância de se produzirem saberes com os humanos e não sobre eles, ampliando a capacidade de escuta e a de reconhecimento do outro como possuidor e produtor de saberes.

O SUS, o paradigma da co-gestão e o trabalho em equipe

As diretrizes do SUS – universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade da distribuição dos recursos – voltadas para o cuidado com o usuário precisam mostrar sua outra face, a da gestão dos processos de trabalho. É aqui que o tema da equipe pode ganhar outro sentido. Ceccim (2005, p. 168-169) indica a relação inequívoca entre processo de trabalho e mudança do vetor de organização das práticas em saúde: “A construção conceitual e prática do trabalho em equipe decorre do esforço de mudar o trabalho técnico verticalmente hierarquizado para um trabalho com interação social entre os trabalhadores com possibilidades à autonomia e à criatividade no fazer coletivo”.

Outro paradigma se anuncia pela aposta na gestão, que inclui agora a variabilidade. Em tal paradigma – o da co-gestão (CAMPOS, 2000) –, a atenção ao usuário não se separa do processo que produz esta mesma atenção, afirmando a indissociabilidade entre formação e trabalho em situação.

A gestão não é mais identificada apenas a um cargo ou a um lugar (o lugar do gestor/diretor/coordenador), mas ao processo mesmo de pensar/decidir/executar/avaliar o trabalho, que é prerrogativa de qualquer trabalhador. O trabalho toma a dimensão de atividade e o que passa a ser importante é a atividade de gestão da atividade. A gestão é conhecimento técnico, mas também inter(ação) de regimes do conhecer, em que o *inter*, o entre, vem paradoxalmente, primeiro indicando um plano do coletivo, um trabalhar-coletivo que antecede os trabalhadores. Se a gestão é função de gerir, melhor seria então dizer co-gerir, pois se trata de co-engendramento do processo de trabalhar (no nosso caso, produzir saúde) e de subjetivar (produção de trabalhadores).

A integralidade ganha outro viés, porque não apenas está voltada para o usuário, mas como condição do trabalhar. Integralidade-integração no processo de trabalho, entre os trabalhadores, em que a atenção não pode mais ser entendida como usuário-centrada, mas centrada na rede de atenção onde está o trabalhador, mas também o usuário, mas também sua família, mas também a comunidade, e também...

A universalidade indica não apenas acesso aos serviços pelos usuários, mas condição de possibilidade para o trabalhar, participação

nos processos de planejamento e decisão, criação de dispositivos para co-gestão, criar no trabalho. A equidade se fará no diálogo/debate/disputas/conflitos de necessidades, desejos, interesses presentes no campo do trabalho (CAMPOS, 2000).

Diferentemente do sistema comunicacional *top-down*, típico do paradigma técnico-burocrático, a comunicação se dá em rede, sistema de múltiplas conexões, em várias direções, aliançados na inseparabilidade entre as dimensões do trabalhar, aumentando a capacidade de criar e transformar – mais autonomia em cada processo de trabalho e, entre os trabalhadores, aumento das instâncias negociantes.

Sujeitos em equipe alteram o rumo reversível (e não-irreversível, como antes apontado) de seu isolamento, de um processo fragmentado, individualizado, marcado pela competição e quebra das alianças coletivas. Sujeitos com maior autonomia, co-responsáveis, comprometidos porque expressão de um coletivo do trabalhar que neles se atualiza. Trata-se, portanto, de considerar a equipe como estratégia privilegiada para a constituição desse outro paradigma que estamos anunciando.

Retomemos nossa questão: a potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde, a potência da equipe em situação de trabalho. Afirmamos que formar equivale a intervir na situação sempre coletiva do trabalho, e que a análise da experiência da formação a partir desse plano coletivo é sempre singular e indissociável do processo de produção.

Mas a qual noção de coletivo estamos nos referindo? No campo da Saúde, ela aparece de maneiras bastante diversas. Escapa ao escopo deste trabalho mapear e discutir tais sentidos. O que nos interessa é, sobretudo, indicar aquele que tem orientado nossas intervenções. Com Escócia, diríamos que um plano coletivo “vem de outra parte, que não se inscreve na relação de oposição, mas que é capaz de, ao cruzá-la, produzir perturbações, problematizar e atrapalhar a lógica dicotômica” (ESCÓCIA, 2004, p. 45). O coletivo é plano de co-engendramento de indivíduos e de mundos, de modos de trabalhar e se formar no trabalho, de modos de subjetivação e de gestão do trabalhar.

É na dimensão concreta das práticas que esse coletivo se configura também, como plano ético-político, desdobrando-se numa cons-

trução em rede. A partir das práticas concretas, constitui um mundo comum, o do trabalhar em equipe, que se realiza num processo de composição, não sendo, pois, o trabalho tomado como uma realidade definida *a priori*. O coletivo como plano, e não como reunião de indivíduos ou mesmo de categorias, indica uma política do coletivo que se afirma como funcionamento em rede, necessariamente dialógico. Seguindo Simondon (1964, p. 245), diríamos: “A realidade ética está estruturada em rede, isto é, há uma ressonância dos atos, uns com relação aos outros [...]. no sistema que eles formam e que é o devir do ser”.

É a reticularidade, o funcionar em rede, que nos permite escapar ao que está cristalizado nos mundos do trabalho, dificultando ou tentando restringir os processos de criação, a inteligência prática. O trabalhar em equipe – equipe como expressão deste coletivo-rede – é o que permite passar de uma dimensão estritamente prescritiva dos processos de trabalho para uma dimensão ampla do agir – potência da equipe em situação de trabalho. A ética do trabalho em equipe, trabalho-expressão do plano do coletivo, reside nos valores, que são o pré-individual das normas. A questão do coletivo, ao ser tratada a partir de uma lógica não-substancialista, afirma essa potência das conexões, do encontrar ou reencontrar um máximo de conexões (DELEUZE, 1992).

A concepção de potência aparece, então, como “força cuja intensidade pode aumentar ou diminuir” (SPINOZA, 1998). A pergunta então se dirige para: o que pode uma equipe, qual sua potência? São as conexões, os encontros, os modos de trabalhar compartilhados, a invenção, o trabalho real que indicam esta potência do coletivo, nem fusional nem totalizado, mas um coletivo transindividual. Essa potência do coletivo, expressa no trabalhar em equipe, será aumentada ou diminuída, ampliada ou estrangulada, dependendo da maneira como se dão as relações entre os trabalhadores, de como se opera a relação produção de saúde/produção de subjetividade. Os processos de cooperação e co-gestão nos ambientes de trabalho, os processos formativos indissociados do trabalhar coletivo, a análise do trabalho situado, são, a nosso ver, modos de acionar essa potência do coletivo.

Referências

- ATHAYDE, M.; BRITO, J.; NEVES, M. (Org.). *Caderno de textos: programa de formação em saúde, gênero e trabalho nas escolas*. João Pessoa: UFPb, 2003.
- BARROS, M. E. B.; SANTOS-FILHO, S. B. A base político-metodológica em que se assenta um novo dispositivo de análise e intervenção no trabalho em saúde. In: _____. (Org.). *Trabalhador da saúde. muito prazer!* Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007.
- BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.
- BARROS, R. B. Grupo: estratégia na formação. In: ATHAYDE, M. *et al.* (Org.). *Trabalhar na escola? Só inventando o prazer*. Rio de Janeiro: IPUB, 2001. p. 71-88.
- CAMPOS, G. W. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. A constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituição. O método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CARVALHO, R.; BARROS, M. E. B. Desafios contemporâneos e promoção da saúde: trabalhadores da saúde. In: CASTRO, A.; MALLO, M. (Org.). *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 171-186.
- CECCIM, R. B. Onde se lê “recursos humanos em saúde”, leia-se” coletivos organizados de produção em saúde”. Desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 161-180.
- CLOT, Y. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- DEJOURS, C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: FGV, 1997.
- DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- _____. *Diferença e repetição*. Lisboa: Relógio d'Água, 2000.
- ESCÓCIA, L. *O coletivo como co-engendramento do indivíduo e da sociedade*. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- LEPLAT, J.; HOC, J. M. Tarea y actividad em análisis psicológico de situaciones. In: _____. *Ergonomia: conceptos y métodos*. Madri: Comlutense, 1998. p. 164-177.
- SCHWARTZ, Y. A abordagem ergológica do trabalho e sua contribuição para a pesquisa em administração. IN: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO. Vitória. *Anais...* Vitória: UFES, 2003.
- _____. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes: trabalho e educação. *Revista do NETE*, n. 7, p. 38-46, jul./dez. 2000.
- _____. Disciplina epistêmica, disciplina ergológica: Paidéia e Politéia. *Revista Pro-Posições*. Campinas, v. 1, n. 37, p. 75-98, jan./abr. 2002.
- SIMONDON, G. *L'individu et sa genèse physico-biologique*. Paris: Presses Universitaires de France, 1964.
- SPINOZA, B. *Ética*. Madrid: Alianza Editorial, 1998.
- ZOURABICHVILI, F. *O vocabulário de Deleuze*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004 (Col. Conexões, 24).

“Trabalho político”: construindo uma categoria analítica para análise da integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde

CARLOS EDUARDO DE MORAES HONORATO
ROSENI PINHEIRO

Neste capítulo apresentaremos uma proposição teórico-conceitual para pensar o trabalho da equipe de saúde como ação política, formulada no campo das interações entre profissionais e gestores e destes com os usuários. A partir dessa proposição, a reflexão sobre a práxis no trabalho em saúde nos permitiu construir e compreender as atividades desenvolvidas pelos sujeitos implicados com a relação entre demanda e oferta em saúde (PINHEIRO; LUZ, 2003).

O “trabalho político” constitui a categoria analítica a ser explorada neste capítulo, como subsídios às investigações sobre a integralidade em saúde. Trata-se de uma construção teórica com base em experiências concretas, que vem sendo desenvolvida em uma de nossas pesquisas, a qual consistiu em analisar o trabalho de uma equipe de profissionais de Saúde Mental junto a portadores de transtorno mental em determinado momento de um processo de desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico (HONORATO, 2007).

Entendemos que, além do cuidado direto aos portadores de transtorno mental que deixaram o hospital e passaram a viver em casas de cuidado (os serviços residenciais terapêuticos), a tarefa daquela equipe incluía uma ação junto à sociedade civil, pois a consigna de uma reinserção social do louco mobiliza, por definição, a formação de uma rede de relações que lhe possa outorgar um novo lugar social, uma nova hegemonia nas formas de poder e nas relações que a sociedade estabelece com o louco. Trata-se de interrogar e provocar as expressões que ocorrem no plano micropolítico, no fazer cotidi-

ano dos profissionais, no qual a execução das ações se dá num mundo humano condicionado, por um lado (pelas hierarquias, pela doença, pelas histórias), mas também potência de transformações das práticas e na produção dos saberes que a sustentam.

Buscaremos, em um universo de referências oriundas dos campos da saúde e da filosofia política, traçar nexos constitutivos e constituintes entre trabalho em equipe e integralidade, cujas contribuições alarguem nosso pensamento sobre os saberes e fazeres em saúde, buscando entender o agir político do trabalho em saúde.

Integralidade como interação, equipe como dispositivo de transdisciplinaridade

Partimos do pressuposto de que o trabalho em saúde caracteriza uma complexidade, face à infinidade de questões que acompanham os problemas de saúde, imbricadas em relações de causa e efeito. A integralidade, como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), para nós conforma um campo onde a ação necessariamente convoca uma rede de profissionais, cada qual com suas especificidades, visando a uma ação resolutiva na medida da abrangência de respostas que cada situação requer. Neste sentido, a ação é sempre coletiva, portanto humana, que na saúde se faz necessariamente em equipe.

Pinheiro (2001) insiste nesta dimensão da integralidade em saúde, que considera a interação democrática dos atores no cotidiano de suas práticas. Há, ainda, uma tarefa junto ao usuário, que deve constituir-lo como parte ativa do processo. Assim, como explicam Pinheiro e Guizardi (2006), o cuidado em saúde como ação integral está ligado à compreensão de saúde como direito.

é possível qualificarmos a integralidade como um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes constituídos, por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p. 21).

Percebemos que também a expressão “trabalho em equipe” tem adquirido, muitas vezes, estatuto de um modo de organização do trabalho que se explica por si só, em oposição ao fazer individual, e que possui em nosso meio um valor de positividade em termos de eficiência. Na prática, vemos que há “equipes” e “equipes”.

Para o que nos propomos, acreditamos ser mais produtivo pensar a equipe como *dispositivo*. Com esse termo, Foucault (1979) reúne um conjunto heterogêneo de discursos, organizações, leis, proposições filosóficas ou morais – enfim, o dito e o não dito –, formações que em determinado momento histórico respondem a uma demanda urgente. O dispositivo produz efeitos. No cotidiano de determinado território, a “equipe” é um conjunto de atores engajados em determinada ação, socialmente constitutiva e constituinte de outras ações. A equipe só existe em função do trabalho, da atividade que realiza. Assim, ela se constitui como o corpo de profissionais envolvidos na realização da tarefa. É na relação desses profissionais entre si, com gestores e com o usuário do sistema de saúde, que pretendemos localizar a política. Supomos que o papel do trabalhador de saúde se situe em determinada posição social, ou seja, que esse trabalho se articula em um espaço público, no sentido arendtiano do termo. Mas quais seriam os modos de relação, da atuação, entre os atores?

Uma primeira discussão a ser levantada é a das hierarquias que permeiam as relações. Na perspectiva da integralidade em saúde, entendemos que é preciso questionar as relações entre saber e poder, embutidas na questão das especialidades profissionais. Em um sistema de saúde, o saber médico é evidentemente importante, mas não é o único, e muitas vezes não é o determinante da conduta a ser tomada. Pensar a ação em saúde é pensar uma discussão conjunta, que, pelo lado dos profissionais de saúde, engloba a multiplicidade de saberes envolvidos.

Assim, em oposição às equipes que mantêm a disjunção das especialidades, Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005) propõem a imagem da orquestra musical como metáfora para o trabalho em equipe na saúde:

A ação em concerto – baseada no respeito e na reafirmação cotidiana das diferenças e especificidades da diversidade de saberes e práticas e na atuação de cada profissional vinculada aos objetivos da equipe – é fundamental para que a integridade da equipe se mantenha. Isto porque a homogeneização despotencializa a ação da equipe e o seu trabalho não se restringe nem se encerra no fazer de nenhum profissional especificamente (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005, p. 114).

Peduzzi (2001) opõe em sua tipologia dois tipos de equipes, segundo a forma como se dão a interdisciplinaridade e a articulação dos saberes: a equipe como agrupamento de agentes, e a equipe como integração de trabalhos. Na primeira as ações são justapostas, os agentes estão meramente agrupados, e trabalham com a noção de autonomia plena na execução de suas atividades; na segunda os agentes se articulam; há complementaridade e interdependência das diversas autonomias; há *agir comunicativo* (Habermas)¹ na elaboração de um projeto assistencial comum, construído em um processo participativo de intervenções e ações coletivas nas quais as fronteiras do modelo biomédico são “borradas”.

Assim como Peduzzi, Campos (2003) preconiza equipes de trabalho pautadas pelo *agir comunicativo* de Habermas e pela construção dos projetos terapêuticos. Para esse autor, o desafio para o profissional que realiza uma clínica *ampliada* é passar do campo das certezas e regularidades que faz parte da produção dos saberes ao campo da imprevisibilidade do trabalho cotidiano.

Campos (2003) sugere que, como princípio, deve haver um reconhecimento explícito dos limites de qualquer saber estruturado, o que obrigaria profissionais e organizações de saúde a adotarem uma “cultura da comunicação”. A *clínica ampliada* seria, assim, a clínica das construções coletivas, das gestões colegiadas e unidades de produção compostas por equipes multiprofissionais.

Mas o que caracteriza essas equipes? Do agrupamento de profissionais à formação do espaço de interação que caracteriza o *agir comunicativo*, uma mudança de registro é necessária. Emerson Merhy (2004) caracteriza o espaço de interação entre os atores como a formação de um espaço “entre” as diversas especificidades, um espaço de intercessão, potencialmente criador e transformador para os próprios profissionais envolvidos. Para o autor, o que possibilita tal deslocamento é o reconhecimento do usuário como ator protagonista da arena. Esta posição central do usuário na integralidade da atenção e do cuidado a ele prestado, em suas amplas e possíveis demandas ao sistema de saúde, vai de encontro à forma hegemônica em que se dá o processo de trabalho em saúde na modernidade – marcado pela tecnologia e pretensão de cientificidade, centrado na doença e não nos sujeitos. Para Merhy, não basta a reorganização do

processo de trabalho sem uma mudança nas mentalidades dos trabalhadores e dos usuários; a mera normatização das equipes pode contribuir para a manutenção das ações médico-centradas. Ele propõe a substituição dessa racionalidade médica pela racionalidade do cuidado, operada pelas tecnologias leves do *trabalho vivo em ato*.

Trata-se de valorizar a dimensão das relações como espaços privilegiados para a construção de novas realidades. Refletindo sobre equipe de saúde e integralidade, Ceccim (2005) considera que, diante da complexidade que envolve as questões de saúde, é preciso alcançar uma perspectiva “entre-disciplinar”, um “lugar mestiço”, ou “terceira margem”, que reinterpreta os limites profissionais e permite uma intervenção coletiva. Em sua formulação do “quadri-látero da formação” em recursos humanos, Ceccim afirma o trabalho em saúde como comportando uma luta ético-política, pautada na permeabilidade ao controle social, no agenciamento de sociabilidades, na ampliação da autonomia, da capacidade de intervenção e exercício de criatividade dos usuários nas ações e serviços de saúde. Em oposição a uma organização dita *administrativa* – cujo modelo é o da equipe desportiva, na qual os indivíduos se articulam com o objetivo do produto –, propõe o dispositivo (Foucault) dos *coletivos organizados*, compostos não por indivíduos hierarquizados, mas abertos constantemente à alteridade, e cujo objetivo está em buscar modos de funcionamento que produzam emancipação e emergência de novas construções.

Octavio Bonnet (2005) propõe de forma lúdica esta direção do trabalho em equipe: a fim de alcançar a “terceira margem”, os membros da equipe devem aprender a “brincar” com as hierarquias, de modo que os diferentes profissionais possam, segundo as situações, alternar-se numa posição de hegemonia ou de subordinação. Este campo de produção atravessado pelos inúmeros e variáveis saberes, campo sempre instável, onde se borram as individualidades e especificidades, Guattari chamou de *transdisciplinar*.

Com Passos e Barros (2002) cabe então distinguir, na formação da equipe multiprofissional, a *multidisciplinaridade*, que é a união de diferentes disciplinas em torno de um mesmo objeto, a *interdisciplinaridade*, que é a contribuição de diversas disciplinas para a construção de um objeto comum, em uma “zona de interseção”, e

a *transdisciplinaridade*, que trata da produção de interferências entre as disciplinas, ou seja, a tônica se coloca nas relações, e não nos termos. Algo, então, que diz respeito ao campo das interações entre sujeitos e seus saberes, algo relativo aos grupos.

No artigo “A transdisciplinaridade”, Guattari (1987) diferencia os grupos-sujeito dos grupos-sujeitados. Ele explica que, devido a uma tendência de aprisionamento das forças de mudança em formas instituídas, os grupos não conseguem funcionar todo o tempo como protagonistas de suas ações. Assim, os “coeficientes de transversalidade” seriam os níveis reguláveis de abertura dos grupos para funcionarem numa direção ou noutra.

O campo transdisciplinar é um efeito de “intercessores” (termo criado por Gilles Deleuze em 1990), de elementos que produzem crise, que desestabilizam e se caracterizam como movimentos de perturbação, de contágio. Nesse sentido, visualizamos o campo da saúde como transdisciplinar, à medida que, em sua inter-relação, os saberes são atravessados e modificados.

Entendemos que, com essas noções do campo da Saúde e da Filosofia, agregam-se valores que remontam à necessidade de pensarmos o próprio sentido da política, para elaboração da categoria analítica do trabalho político, como uma ferramenta conceitual útil para compreender a complexidade do trabalho em saúde e uma de suas formas de materialização das práticas da integralidade. Para tanto, nos reportaremos inicialmente a algumas articulações entre a noção grega de política, conforme o resgate efetuado por Hannah Arendt, ao trabalho na tradição marxista de Gramsci, assim como da ergologia francesa, para apreendermos os sentidos da política como constructo teórico-analítico da categoria trabalho político.

A política: fala e ação como ética da vida e do trabalho

No mundo moderno, a noção de política está mais associada às esferas decisórias de poder, de acordo com as formas de governo consideradas. Assim, classicamente, a diferenciação entre a macro e a micropolítica se refere às instâncias de negociação e decisão nas democracias representativas, com suas bem marcadas esferas e fluxos.

Em verdade, o conceito de política nasce na Grécia, e caracteriza a forma de interação entre os membros no espaço social na demo-

cracia. Como mostra Bobbio (2004), na *societas civilis* o termo *civilis* vem de *civitas*, sinônimo de *politikós*, de *polis*.

Com ela [a expressão *koinonía politiké*] Aristóteles, no início da Política, indica a *polis* ou cidade, cujo caráter de comunidade independente ou auto-suficiente, ordenada à base de uma constituição (*politia*), fez com que fosse considerada ao longo dos séculos como a origem ou o precedente histórico do Estado inclusive no sentido moderno da palavra (BOBBIO, 2004, p. 44-45).

No mundo atual, o fracasso dos sistemas socialistas e a decepção com distorções presentes nas formas de democracia representativa acabaram por marcar a oposição entre sociedade civil e Estado, conferindo à política um valor negativo e anti-ético, o que fez com que Hannah Arendt (2004) questionasse que sentido tem, hoje, a política para os seres humanos na face da Terra.

Em sua obra seminal, *A condição humana* (1991), Hannah Arendt explica que os seres humanos são condicionados pelo mundo que criam ou com o qual entram em contato. Entende que os objetos mundanos só existem na medida em que participam do universo humano, e que portanto a existência humana só “é” em função desse mundo objetivado. A condição humana é esse condicionamento ao mundo, produto do impacto do mundo, noção de ser em construção – logo completamente diversa de uma noção de natureza humana. Ela denomina de *vita activa* as três atividades fundamentais, condições pelas quais a vida é dada ao homem na Terra: o labor, que corresponde ao próprio processo vital, biológico do homem; o trabalho, que se refere à mundanidade, que modifica a natureza e produz todo o mundo artificial; e a ação, elemento essencial da vida política.

A ação, única atividade que se exerce diretamente entre os homens sem a mediação das coisas ou da matéria, corresponde à condição humana da pluralidade, ao fato de que homens, e não o Homem, vivem na terra e habitam o mundo. Todos os aspectos da condição humana têm alguma relação com a política; mas esta pluralidade é especificamente a condição – não apenas a *conditio sine qua non*, mas a *conditio per quam* – de toda a vida política (ARENDRT, 1991, p. 15).

A Antiguidade identificava a política à liberdade. Arendt recupera o sentido grego da política entendida como liberdade, não no sentido de um livre arbítrio, uma liberdade de escolha, mas de uma capacidade de agir, no sentido de desencadear processos. Liberdade

para um poder-começar, cujo protótipo é o nascimento de cada homem e suas infinitas possibilidades num mundo compartilhado.

Para Aristóteles, embora constituísse uma continuidade à vida familiar, a política não era algo natural. Para se viver na *polis*, o homem precisava libertar-se das necessidades da vida. Portanto ele não poderia estar submetido ao labor, como o escravo, ou ao trabalho para o sustento diário. Mesmo o domínio que o senhor exercia em sua casa não era político, embora pudesse libertá-lo para a vida política.

A coisa política entendida nesse sentido grego está, portanto, centrada em torno da liberdade, sendo liberdade entendida negativamente como o não-ser-dominado e não-dominar, e positivamente como um espaço que só pode ser produzido por muitos, onde cada qual se move entre iguais (ARENDDT, 2004, p. 48).

Arendt insiste na caracterização dessa liberdade de sentido grego, desvinculada tanto da igualdade de todos perante a lei como da justiça. Tratava-se de um espaço determinado espacialmente, o espaço da *polis*, onde, livre tanto das formas de coação como das obrigações da casa (da família), o homem usufruía o direito à atividade política, em que, entre iguais, “regulamentavam todos os assuntos por meio da conversa mútua e do convencimento recíproco” (ARENDDT, 2004, p. 48).

Assim, esta atividade da *polis*, “de preferência uma atividade de conversa mútua” (ARENDDT, 2004, p. 49), requeria uma relação de igualdade entre seus membros, de modo que a atividade do pensamento pudesse ser avaliada e interpretada por seu valor de argumentação, desligada de quaisquer relações de servidão ou dependência.

Arendt enfatiza que essa liberdade implicava um risco – o risco de abandonar relações de segurança e dependência – e lançar-se na aventura da interlocução política, identificando-a ao ideal homérico da vida entre iguais. Assim, a *polis* é fundada após o retorno dos aventureiros, de forma que o falar pudesse substituir e preservar os grandes feitos.

Pois um dos traços essenciais mais notáveis e excitantes justamente do pensamento grego é que nele, desde o começo – ou seja, já em Homero – não ocorre tal separação de princípio entre falar e agir, e o autor de grandes feitos também deve ser sempre, ao mesmo tempo, um orador de grandes palavras – e não apenas porque grandes palavras precisam acompanhar os grandes feitos, explicando-os,

por assim dizer, feitos esses que, ao contrário, cairiam mudos no esquecimento, mas porque o próprio falar era compreendido *a priori* como uma espécie de agir (ARENDDT, 2004, p. 56).

Tal liberdade equivale, por um lado à espontaneidade kantiana, capacidade que o homem tem de começar, por si mesmo, um novo começo, o que formaria a base da filosofia da liberdade que inspirou a Revolução Francesa.² Por outro lado, na liberdade de externar opiniões característica da *polis* o movimento é menos individual e resulta mais do confronto das idéias de todos. Mas, como observa Arendt (2004, p. 58), citando Burke, mesmo o agir “jamais pode realizar-se em isolamento”. E embora as atividades humanas em grande parte se dêem em esferas não-políticas, a liberdade de falar só é possível em um contexto político.

Trata-se aqui talvez da experiência de ninguém poder compreender por si, de maneira adequada, tudo o que é objetivo em sua plenitude, porque a coisa só se mostra e se manifesta numa perspectiva, adequada e inerente à sua posição no mundo. Se alguém quiser ver e conhecer o mundo tal qual ele é “realmente”, só poderá fazê-lo se entender o mundo como algo comum a muitos, que está entre eles, separando-os, unindo-os, que se mostra para cada um de maneira diferente e, por conseguinte, só se torna compreensível na medida em que muitos falarem sobre ele e trocarem suas opiniões, suas perspectivas uns com os outros e uns contra os outros. Só na liberdade do falar um com o outro nasce o mundo sobre o qual se fala, em sua objetividade visível de todos os lados (ARENDDT, 2004, p. 60).

Constitui-se, portanto, um espaço de liberdade, onde os diversos cidadãos possam expor e debater as diferentes visões e opiniões que tenham sobre determinados assuntos, de modo que o conjunto possa perceber uma visão mais rica, mais integral, da realidade. Logo, a liberdade não é o objetivo final da política – que variou bastante ao longo dos séculos –, mas seu *conteúdo* e *sentido* original.

E, se na modernidade o termo política está impregnado pela questão do poder (como força coercitiva) e do Estado,³ foi às custas de uma exacerbação, no mundo moderno, da vida e da necessidade, valores que com a revolução burguesa e a ascensão da produtividade individual, é preciso proteger, cabendo ao Estado, mesmo com o uso da força, esta função. Assim, Arendt conclui que o objetivo da política, hoje, não é a defesa da liberdade, mas da vida (que era antes

apenas um pré-requisito para a liberdade), o que garante aos governos e aos políticos a liberdade para agir politicamente.

Arendt diferencia ainda poder e força (como coerção): para ela, há um poder potencial, inerente a todos os assuntos humanos, que surge *onde quer que os homens ajam em comum*. Como na sociedade moderna esse espaço político é dominado pela força, poder e força se tornam ilusoriamente identificados um ao outro, o que, para a liberdade, é calamitoso.⁴ Mas, para a tradição política, o não-ser livre é determinado tanto quando o ser humano é coagido pela força como pela “nua e crua necessidade da vida” (ARENDRT, 2004, p. 80), e ambas as situações podem estabelecer limites violentos e repugnantes para a condição humana.

Em seu artigo, Nascimento (2005) mostra como, para Arendt, a necessidade faz degenerar o espaço público na modernidade:

Os homens passam a agir orientados pela necessidade, e isso, segundo Arendt, expressa o primado do trabalho como condição da vida associativa, prescindindo, portanto, da sociabilidade especificamente política. O trabalho, que historicamente sempre fez parte da vida privada dos homens não promove, para Arendt, a sociabilidade própria da vida política, e o fato de ter se constituído, na modernidade, como ordenador da vida social, passa a incorporar os homens como produtores e consumidores. Mas isso significa a privação de um mundo compartilhado de significados e a prevalência dos interesses privados na arena pública (NASCIMENTO, 2005, s/p).

Castoriadis (1987) destaca também a importância do pensamento grego em nosso mundo. Em oposição às sociedades que só reconhecem a própria visão do mundo, a tradição greco-ocidental institui uma certa imparcialidade como ponto de saída para o conhecimento.

O verdadeiro interesse pelos outros nasceu com os gregos, e não passa de um dos aspectos da atitude crítica e interrogadora que eles mantinham frente a suas próprias instituições. Em outras palavras, ele se inscreve no movimento democrático e filosófico criado pelos gregos (CASTORIADIS, 1987, p. 269).

Julgar e escolher são atitudes criadas na Grécia, base do questionamento político e filosófico. Segundo o autor, a atividade política que constantemente questiona e modifica a instituição social é expressão da atitude filosófica. Para entendê-las, cabe considerar a visão grega do mundo e da vida explicitada no mito de Pandora

contado por Hesíodo: a esperança para sempre encarcerada em uma caixa. Deste modo, abrindo mão da esperança de uma vida após a morte, da certeza de um cosmos ordenado que dê sentido à natureza do ser, e de sua bondade fundamental, o homem grego “se descobre livre para pensar e agir neste mundo” (CASTORIADIS, 1987, p. 291). Se o mundo emerge do caos e do vazio, cabe então aos homens realizar alguma ordenação possível.

A filosofia, tal como os gregos a criaram e praticaram, só é possível porque o universo não é totalmente ordenado. Se ele o fosse, não haveria nenhuma filosofia, apenas um sistema de saber único e definitivo. E, se o mundo fosse puro e simples caos, não haveria nenhuma possibilidade de pensar. Mas, além disto, ela também condiciona a criação da política [...]. E, se um conhecimento seguro e total (*épistēmē*) do domínio humano fosse possível, a política terminaria imediatamente e a democracia seria tão impossível quanto absurda, já que ela pressupõe que todos os cidadãos têm a possibilidade de atingir uma doxa correta, e que ninguém possui uma *épistēmē* relativamente a assuntos políticos (CASTORIADIS, 1987, p. 292-293).

Para Castoriadis, a essência da vida política grega está em sua processualidade. Trata-se do processo histórico permanente de uma auto-instituição autônoma, cuja soberania necessariamente é o corpo dos cidadãos envolvidos.

Tomando esta dimensão processual da constituição da *polis* grega, Castoriadis mostra que esse corpo político de certa forma é uma associação “pré-política”, na medida em que toma explicitamente como tarefa sua autoconstituição política. Assim, ele entende que a “*sociedade civil* é, em si, um objeto de ação política instituinte” (1987, p. 299 – grifo nosso), onde se forma o domínio público e de onde devem estar excluídos os interesses privados. Assim como Arendt, o autor se detém na questão da responsabilidade desse espaço político. Postula a importância da “coragem, a responsabilidade e a vergonha (*aidôs, aischunē*)” como determinantes éticos para a ação política.

Apenas a educação (*Paidéia*) dos cidadãos enquanto tais pode dotar o “espaço público” de um autêntico e verdadeiro conteúdo. Mas essa *Paidéia* não é, basicamente, questão de livros ou verbas para as escolas. Ela consiste, antes de mais nada e acima de tudo, na tomada de consciência, pelas pessoas, do fato de que a *polis* é também cada uma delas, e de que o destino da polis depende também do que elas

pensam, fazem e decidem; em outras palavras: a educação é participação na vida política. (CASTORIADIS, 1987, p. 302).

Castoriadis propõe então a criação de um *tempo público* como estratégia educacional.

Entendo por tempo público não a instituição de um calendário, de um tempo “social” ou de um sistema de referências temporais sociais – coisa que, evidentemente, existe em toda a parte –, mas sim a emergência de uma dimensão onde a coletividade possa inspecionar seu próprio passado enquanto resultado de suas próprias ações, e onde se abra um futuro indeterminado como campo de suas atividades (CASTORIADIS, 1987, p. 302).

Assim, se a sociedade reconhece sua autonomia e responsabilidade pela autoria de suas normas; se suas ações são produto de sua liberdade fundamental; se as normas são, então, criações históricas, a sociedade deve debruçar-se sobre a questão da justiça e das boas ou más leis que cria. Como vimos em Arendt, há um risco implícito no exercício da liberdade, cujas conseqüências é preciso assumir. Mas, devido à mesma premissa, é possível e necessário, na *polis*, também corrigir e aperfeiçoar. A instituição de um espaço público, de uma política que se debruce sobre os assuntos de interesse coletivo, implica uma responsabilização dos indivíduos envolvidos.

Retomando a questão que Hannah Arendt propôs, de pensar o sentido da política, Castoriadis entende que a *polis* compreende não apenas o espaço onde os homens podem se revelar, através das palavras e dos atos. Tomando a *Oração fúnebre*, de Péricles, como formulação inspirada do pensamento político, Castoriadis aponta para o uso de um verbo que designa ao mesmo tempo uma atividade e um estado de ser. Uma proposta estética.

Em sua “Oração fúnebre”, Péricles mostra implicitamente a futilidade dos falsos dilemas que contaminam a filosofia política moderna e, de maneira geral, a mentalidade moderna: o “indivíduo” contra a “sociedade” ou a “sociedade civil” contra o “Estado”. O objetivo da instituição da *polis* é, a seus olhos, a criação de um ser humano, o cidadão ateniense, que existe e vive na e pela unidade destes três elementos: o amor e a “prática” da beleza, o amor e a “prática” da sabedoria, o cuidado e a responsabilidade para com o bem público, a coletividade e a *polis* [...]. e não é possível separar esses três elementos: a beleza e a sabedoria tal como os atenienses as amavam e as viviam somente poderiam existir em Atenas. O

cidadão ateniense não é um “filósofo privado”, nem um “artista privado”: ele é um cidadão para quem a arte e a filosofia se tornaram modos de vida. Tal é, penso eu, a verdadeira resposta, a resposta concreta da democracia antiga à questão referente ao “objeto” da instituição política (CASTORIADIS, 1987, p. 312-313).

Entendemos que, assim como Arendt postula que no fazer político fala e ação transformadora se equivalem, aqui também Castoriadis transpõe a ação política a uma ética de vida. Uma vez que entendemos a tarefa do profissional de saúde como uma atividade cotidiana, é claro que não estamos falando de espaços deliberativos, mas de ações que só fazem sentido numa sociedade democrática, na qual seja possível apostar que o somatório do trabalho cotidiano sobre as mentalidades possa encadear processos de transformação mais gerais.

As ações em saúde em um sistema público com valores universais implicam diretamente a produção de cidadania. Isso significa dizer que são ações pautadas por valores democráticos, como o direito e a responsabilidade, e que se dão pela via dos diálogos e das negociações. Desta forma, o trabalho em saúde, que se dá num espaço público, é produção de atores políticos.

O conceito do trabalho como “práxis”, como ação individual e social, é central no pensamento de Marx. O materialismo histórico parte da práxis, pois só entende a natureza como um produto do trabalho do homem. O homem é produto da natureza, ao mesmo tempo em que a produz. É portanto o trabalho que torna o homem “verdadeiramente humano”, pois, “atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza” (MARX, 2002, p. 211 *apud* BARROS, 2005, p. 145).

Embora venha da Antigüidade, o termo *práxis*, em Marx, é o elemento fundamental de transformação da sociedade e da natureza pela ação dos homens. Na primeira tese sobre Feuerbach, Marx define práxis como atividade prático-crítica, atividade humana perceptível em que se resolve o real concebido subjetivamente.

Gozzi (2004) explica que noção de atividade rompe com o materialismo naturalístico iluminista, ao postular que a natureza só tem sentido quando é modificada pelo homem. Em Marx, a natureza compreende tanto o material, do qual o homem se apropria, como a sociedade. A práxis faz a realidade natural entrar no processo pro-

duativo, privando-a de autonomia e definindo sua utilidade. Embora o homem só possa modificar a natureza seguindo suas leis, para o materialismo histórico não pode existir uma natureza original que seja estranha ao processo histórico. Na medida em que corresponde à identificação da mudança ambiental com a atividade humana, a práxis surge como autotransformação ou como atividade que se modifica a si mesma ao modificar o ambiente.

Por outro lado, podemos beber da fonte de outro pensador marxista, Antonio Gramsci, que nos fornece ferramentas úteis para uma aproximação aos movimentos que evoluem nas malhas da sociedade. Gramsci opõe a fragmentação característica da modernidade à proposta de uma visão totalizante do espaço social, onde os fatores econômicos, sociais, políticos e culturais são esferas estreitamente vinculadas. Sem negar a determinação econômica, debruça-se sobre os fenômenos superestruturais da ordem capitalista: a política e a cultura.

Sua “filosofia da práxis” ultrapassa a perspectiva de Marx, operacionalizando a articulação entre determinismo e liberdade que caracteriza o homem, através da consciência das contradições da sociedade e de suas próprias contradições, o que produz um conhecimento que se transforma em ação, organizando uma vontade coletiva. Em suas análises sobre as possibilidades de transformação e de conquista de poder pelas classes subalternas, ele valoriza a luta que se dá no campo das idéias, dos valores e da cultura, luta que é engendrada no interior da *sociedade civil*.

No mundo capitalista moderno, a luta pela mudança implica uma conquista de *hegemonia*, que só se concretiza quando há *consenso* e não pode realizar-se unicamente pelas forças coercitivas do Estado. Surge assim a noção de um *Estado ampliado*, capilarizado na *sociedade civil*, lócus ativo e determinante do poder hegemônico, permeado por contradições, englobando tanto a burguesia como as classes subalternas.

Para Antonio Gramsci, numa sociedade de classes a supremacia se exerce através de modalidades complementares e integradas de domínio e hegemonia. O domínio se impõe aos antagonistas através da coerção da sociedade política; já a hegemonia se exerce sobre os grupos aliados através dos mecanismos hegemônicos da sociedade civil. Todo Estado conjuga ambos os elementos. O Estado, assim ampliado, é um somatório entre a sociedade política e a sociedade civil. Sendo

assim, os conflitos sociais e a luta de classes perpassam também os aparelhos estatais, daí a importância de sua democratização. Os movimentos sociais são o fermento básico para as lutas e mudanças.

A sociedade civil está implicada na negociação dos poderes, e o Estado atua de modo coercitivo, mas também buscando o consenso, num processo dialético, conflituoso e contraditório no qual a democratização é obtida como resultado das lutas.

Para Gramsci, a mudança social é um processo gradual de construção da contra-hegemonia ao poder dominante, no qual os intelectuais assumem papel relevante. Se o homem é (como em Marx) história e síntese das relações, as mudanças se tornam possíveis na associação de indivíduos que persigam um objetivo comum. Para Gramsci, o Estado enquanto sociedade política é um aparelho, um instrumento de dominação, subordinado à sociedade civil e destinado a desaparecer com a transformação da sociedade. À luz do pensamento grego, a utopia gramsciana nos parece a proposta de uma recuperação de uma sociedade política de sentido grego, isenta das relações de domínio.

Gramsci emprega o termo “*catarse*”, como sinônimo de política, para designar esta trajetória de mudança, a passagem de um momento corporativo (econômico, egoístico-passional, individualista) a um *momento ético-político*, de abertura para a liberdade e para novas iniciativas, momento de passagem a uma consciência universal que formará um novo bloco histórico, elaboração de estrutura em superestrutura, do objetivo ao subjetivo.

A passagem, portanto, da necessidade à liberdade – movimento inaugural da *polis* grega –, aponta para uma concepção do ser humano como ser social, resultado da articulação entre determinismo e liberdade. Por um lado, as condições históricas e os fatores econômicos, estruturais para o homem. De outro, a ação, práxis política produzida pela consciência e vontade universal. Toda forma de práxis implica a potencialidade para a *catarse*, para a travessia da esfera de recepção passiva do mundo à totalidade.

Gramsci resgata o papel da cultura como constitutiva do processo capitalista e na formação de uma consciência crítica: etapa essencial à implantação dos processos democráticos que possam fazer frente a uma ideologia dominante. Isto nos torna a todos parte ativa do

cenário político (ou seja, do espaço público) e da forma como o poder é exercido, o que confere papel fundamental aos intelectuais como formadores de novas consciências comprometidas com a transformação da realidade.

Daí a *organicidade* do intelectual *orgânico*: o que interfere e toma parte da realização humana é integrado ao social, pois o nexos instrução-educação só se realiza se contar com o trabalho vivo desse intelectual/ professor. Fortalecer o espaço público e as formas de democracia direta e combater a individualização e o esmaecimento do coletivo que é incentivado pelas elites são algumas de suas funções.

O modo de ser do novo intelectual não pode mais consistir na eloqüência, motor exterior e momentâneo dos afetos e das paixões, mas numa inserção ativa na vida prática, como instrutor, organizador, “persuasor permanente”, já que não apenas orador puro – mas superior ao espírito matemático abstrato; da técnica-trabalho, chega à técnica-ciência e à concepção humanística histórica, sem a qual permanece “especialista” e não se torna “dirigente” (especialista + político) (GRAMSCI, 2004, p. 53).

Se considerarmos à luz dessas idéias o contexto atual de reformas de sistemas de saúde em diferentes países, em particular o caso brasileiro, com a institucionalização do SUS, vemos que ele só pode se realizar como efeito de investimento conjunto, com a participação de profissionais, gestores e usuários. Entende-se ainda como a implantação de um sistema único, universal, integral e equânime de saúde requer a constituição de uma sociedade compatível com esses princípios e valores.

A partir daí, é possível pensar a prática da equipe de saúde num viés educativo, que, em suas especificidades, estimule a formação de uma cultura e de um universo social para o sistema público universal brasileiro – o SUS.

No campo macropolítico, as propostas inerentes ao setor Saúde atravessam e são atravessadas por inúmeros interesses e tensões. Um cenário político onde a participação dos Conselhos Municipais de Saúde e de instituições da sociedade civil, como associações de usuários e de familiares, embora ainda limitadas e tímidas,⁵ apontam para a formação de parcerias fecundas para a construção das práticas produtoras de contratualidades.

O cotidiano dos serviços, entretanto, configura um campo de forças no qual, longe de um dualismo estratificado, se delinham microcosmos compostos por seres humanos afetados pelos interesses e por circunstâncias, que redirecionam a todo momento os vetores. Mas no jogo de forças do dia-a-dia não é raro que parcerias inusitadas possam surgir, ou que alianças tidas como sólidas sejam desfeitas, em determinados momentos do processo.

O profissional de saúde está imerso nesse universo e seu trabalho é uma proposta de acolhimento e resolução. No cotidiano, deve refletir a articulação entre as diretrizes da política de saúde e seu território específico. Cada ação realizada deve supor essa relação, que está sempre remetida a uma coletividade. O procedimento em saúde é sempre a ação de especialidades que, como trabalho humano, são atravessadas pela pluralidade do mundo onde são exercidas. Por mais especializado que seja o procedimento, ele intervém num mundo de pessoas, e esta ação repercute em todos, inclusive no sujeito da ação. Pensamos a ação de saúde em sua dimensão interativa, como o ato de um especialista que dialoga numa rede de relações. O ato em saúde, sobretudo em saúde pública, não é algo isolado, ou sequer uma relação dual (por exemplo, médico-paciente), pois se inscreve como um certo momento de uma história de vidas. Esta dimensão interativa, molecular, está para além das funções e especialidades.

A equipe é então um grupo que partilha os mesmos objetivos, que se move na mesma direção e cuja interação se pauta, também, nos princípios que visa a implementar. Nesta perspectiva, o trabalho se apresenta como processo de experientiação e negociação, de confrontos e consensos, em que o profissional realiza mais ou menos, mas sempre na continuidade de um tempo construído, seus objetivos.

O trabalho em equipe na Saúde como “trabalho político”: considerações finais

Recorrendo à abordagem ergológica, entendemos que as ações em saúde portam valores do bem comum, dimensionados e embutidos nas tarefas dos profissionais. Sua realização pressupõe um certo modo de funcionamento da equipe. Os modos de funcionamento, aqui, referem-se às formas de interação entre os profissionais e seus saberes, e destes com seus objetos de trabalho.

Coerente com a concepção de Canguilhem (2006) sobre a participação da espécie humana em produzir modos de vida ante a infidelidade do meio, Schwartz (2004) destaca o *caráter industrial do homem* que o taylorismo desconsiderava (pretendendo o trabalho como a repetição invariável das tarefas).

A renormalização da atividade singulariza a experiência de trabalho, é fruto desta atividade industrial que ultrapassa o domínio de disciplinas específicas. Yves Schwartz valoriza a experiência como fonte para a compreensão das situações de trabalho, numa relação dialética com o conhecimento científico. Propõe um modelo de produção de conhecimento, o *dispositivo de três pólos*, que articule as contribuições das diferentes disciplinas (pólo dos conceitos), os saberes e valores dos trabalhadores, gerados nas atividades (pólo das forças de convocação e reconvocação) e, por fim, o pólo das exigências éticas e epistemológicas, que faz a liga do modelo.

Os saberes produzidos no segundo pólo convocam as disciplinas a pensarem a experiência de trabalho, as forças de convocação, que acabam por transformarem a própria disciplina, reconvoçando-a. Mas o terceiro pólo implica uma posição de humildade e respeito ante o conhecimento do outro. Duraffourg (1999) explica.

A dialética entre o pólo da experiência e o pólo dos conhecimentos é orientada por um terceiro pólo, o mais importante, aquele dos valores e da ética, segundo Yves Schwartz, e que eu denomino Política. É esse terceiro pólo que esclarece os objetivos e os interesses, e arbitra as negociações entre os dois outros pólos, entre os diferentes “pontos de vista” [...]. Esse terceiro pólo é o operador do conjunto, ele representa a consideração do papel político da transformação e permite a materialização do processo social (DURAFFOURG, 1999 *apud* MUNIZ, 2000, p. 22-23).

Então, em um trabalho entendido como político no sentido arendtiano, a realização da tarefa é fruto de um incessante processo de negociações, que perpassa todas as esferas do espaço público onde se desenvolve. Se, ao fim, o trabalho da equipe de saúde mental construir uma nova hegemonia (Gramsci) no interior da sociedade civil – um novo estatuto para o louco – este será produto de um processo cotidiano, pautado nos encontros nos quais Merhy (2004) identifica um *trabalho vivo em ato*. Encontros que engendram a dinâmica dos serviços com a rede de saúde e com os demais recursos territoriais.

É importante, para a Reforma Psiquiátrica brasileira, uma noção abrangente de rede e de território. Não um território geográfico, mas um território de referências afetivas, sociais e culturais. Não apenas a rede de saúde, mas também com a justiça, a educação, com o terceiro setor, as organizações sociais. Isto dá uma idéia da complexidade do trabalho e do que ele envolve de negociações. Entendemos que essa rede vai sendo tecida caso a caso, no estabelecimento de vínculos e relações que vão criando atalhos e facilitações (ou não) para novas investidas.

Neste campo, o profissional assume a função de um negociador interessado, um mediador entre o portador de transtorno mental e o corpo social. Na discussão das especificidades, entendemos que o profissional não perde sua especificidade; é através dela que ele deve falar, mas ele se move num terreno que está além do hospital e do consultório – o de uma arena política de negociações, apreendida em ato na construção dos projetos terapêuticos, onde falam as diversas vozes, publicizam-se as várias visões sobre o mesmo objeto e seu universo, na busca de um consenso.

Nesses espaços de debate, não se trata de negar as diferenças e especialidades, mas, como aponta Barros (2005), os especialismos, a ilusão de onipotência do técnico e a falsa suposição de que seu saber dá conta do objeto e que é o grande centro do processo de trabalho. Diferentemente de especialidade, o especialismo tem, segundo a autora, “o sentido de uma prática que se autoriza como o único discurso possível sobre determinados temas, desqualificando aqueles que não seriam autorizados pela ‘academia’” (BARROS, 2005, p. 5).

Basaglia (2005) observa que, em uma psiquiatria democrática, se o técnico perde seu poder no plano institucional, ele aumenta sua autonomia na mediação com o poder político. A ciência e a técnica devem ser usadas como instrumentos de libertação e não de opressão, o que só é possível “se, dentro de cada intervenção técnica, levarmos constantemente em consideração os jogos de poder implícitos aos papéis” (BASAGLIA, 2005, p. 235).

Numa perspectiva de trabalho em que o foco passa a ser o usuário, onde a ação profissional se move em torno do projeto terapêutico, as relações de poder entre os membros da equipe são necessariamente abaladas.

Para a perspectiva transdisciplinar, é pelo efeito dos intercessores que o processo criativo se dispara: a partir dos desvios. Isto diz respeito a uma certa forma de se conceber a experiência clínica. Como lembram Passos e Barros (2002), etimologicamente o *clínikos* é o movimento de inclinar-se por sobre o leito, mas é também *clinamem*, desvio. A clínica transdisciplinar, para acolher, desvia-se e produz desvios.

Para esses autores, trata-se de um processo no qual o analista-profissional deve criar intercessores, sendo ele próprio também um intercessor, constituído na experiência, e não através de identidades pré-formadas.

Problematicar os limites de cada disciplina é argüi-la em seus pontos de congelamento e universalidade. Tratar-se-ia, nesta perspectiva transdisciplinar, de nomadizar as fronteiras, torná-las instáveis. Caotizar os campos, desestabilizando-os a ponto de fazer deles planos de criação de outros objetos-sujeitos, é a aposta transdisciplinar... Tomar, enfim, em análise, os funcionamentos e seus efeitos, experimentar ao invés de conjecturar, ocupar-se dos maquinismos que insistem na produção de outros modos de existência, esquecer-se de si e de sua história e encontrar-se na criação, parecem ser algumas faces desta clínica transdisciplinar (PASSOS; BARROS, 2002, p. 20/22).

É, portanto, um exercício político: em suas idas e vindas, em seu constante movimento, entabula-se um processo político. O trabalho clínico, para realizar-se, precisa de acordos, sendo uma atividade dialógica, envolvendo uma rede (familiar, social e dos profissionais de saúde) para um diagnóstico e para a execução de um projeto terapêutico. A ação em saúde resulta de uma política.

Ao pensar a proposta transdisciplinar no processo de formação do profissional de saúde, Barros (2005) insiste na necessidade de uma formação que se perceba como instável, como sempre inacabada, de modo que o profissional mantenha a postura permanente de quem precisa aprender. E onde possa desenvolver formas múltiplas de ação, escapando da serialização (do produto feito em série) e do especialismo.

Claro é, aí, o entendimento das possibilidades, em diferentes graus, de afetar e ser afetado, na experiência clínica. Isto não se dá nas formas rígidas ou hierarquizadas, mas nas relações, no espaço de interação e negociação social (daí a interface entre clínica e política). A instabili-

dade da situação clínica e a imprevisibilidade que caracterizam o trabalho cotidiano em saúde requerem esta disponibilidade por parte dos atores. A capacidade de surpreender-se, ou de indignar-se, de sentimentos e afetos que transversalizam e desestabilizam, que mobilizam o pensamento e forçam o questionamento das ações e projetos.

Em seu artigo “Alegria e alívio nos CAPS”, Merhy (2004) ressalta o valor dessas qualidades para a realização da tarefa em Saúde Mental. Se o alívio se dá pelo compartilhamento das tarefas, perpetrado pelo trabalho em equipe e pela formação de uma rede, a alegria é o facilitador do processo.

Na observação dos serviços de saúde, é possível identificar momentos em que o “rio” dos afetos transborda e atravessa o campo, revelando sua potência em redefinir caminhos, seja num sentido melancólico, seja como alegria propulsora. Importante elemento das implicações, acreditamos que é preciso pensar a alegria na atividade, não apenas como estímulo que antecede e justifica o trabalho, mas também como sendo gerada na atividade, retroalimentando o processo como efeito do trabalho sobre o corpo, que o enriquece e potencializa.

Em nossa pesquisa com a equipe de profissionais de Saúde Mental envolvidos em um processo de desinstitucionalização, constatamos a alegria e a confiança como elementos aglutinadores e qualificadores do trabalho da equipe. O prazer que provém do trabalho estimula e contagia as performances e confere à atividade um caráter grupal.

A pesquisa envolveu profissionais atuando em dispositivos alternativos de saúde, locais de cuidado caracterizados como casas diluídas no território urbano: os serviços residenciais terapêuticos encontram-se diretamente em contato com a sociedade, sem as estruturas bem marcadas dos dispositivos comuns de saúde (o hospital, o ambulatório, etc.).

Sendo a tarefa de reinserção social dos ex-moradores de hospitais psiquiátricos claramente uma proposta política, de mudança social, o trabalho dos técnicos, baseado na argumentação e no convencimento, corporifica e renormaliza a tarefa, em suas atividades cotidianas. Os técnicos atuam dentro de suas especificidades; seus saberes, entretanto, são atravessados por um número infindável de variáveis, ligadas à imprevisibilidade da vida cotidiana, que mobilizam por um

esforço coletivo. As situações são sempre únicas, embora os temas, como as crises psicóticas, ou o uso do dinheiro, ou a higiene corporal, possam repetir-se para aquela clientela.

No trabalho cotidiano, as hierarquias entre os saberes da equipe tendem a diluir-se, pois a disponibilidade dos atores no território varia, assim como a capacidade de um ou outro técnico em responder ao problema, em cada momento. Constrói-se então, continuamente, um saber-fazer coletivo, a partir das transversalizações dos saberes individuais. Dada a variabilidade do trabalho, trata-se de um saber sempre instável, disponível às reformulações. A realização das tarefas é sempre política, resultando de confrontos e superação de obstáculos. Nas residências terapêuticas que observamos, atividades como levar os moradores ao CAPS (Centro de Atenção Psicossocial, um dispositivo de atenção diária em saúde mental) ou acompanhar o banho diário é fruto de negociações, convencimento e respeito mútuo, opondo-se à lógica manicomial, que pretendia regular através da coerção ou do condicionamento e serialização.

A construção dos projetos terapêuticos individuais, periodicamente reavaliada e redefinida, é o instrumento de planejamento e operacionalização das estratégias, definido a partir de discussões coletivas, marcando uma arena política entre os membros da equipe, pois centraliza a ação de saúde no usuário, considerado em sua integralidade.

Os cuidadores se destacam por sua proximidade ao morador, e a ação política pode surgir em meio a uma relação de tutela, quando a intervenção considera e visa à autonomia potencial do sujeito. Quando o cuidador atenta para a reinserção social, mesmo as atividades com perfil mais pedagógico, como ensinar o valor do dinheiro, ou de cuidado, como a determinação de um cardápio alimentar, só são realizadas através de negociações. Da mesma forma, a relação dos moradores com o sistema de saúde que os assiste e com a cidade se pauta nas mesmas premissas, visando à construção de um espaço público de direito e cidadania.

Apesar desta aparente centralidade do cuidador, é importante considerar que as inter-relações entre os diversos técnicos e especialistas compõem uma organicidade essencialmente coletiva ao fazer. Cabe às técnicas de referência a organização e viabilização dos projetos terapêuticos dos moradores, a integração com a rede de saúde.

Os coordenadores técnicos e supervisores organizam o programa e fazem o elo com os níveis mais elevados da gestão municipal e estadual. Ao mesmo tempo, essas funções não são estanques, e é possível que os atores se alternem, que o cuidador em determinado momento assuma funções de maior autonomia, ou que os gestores intervenham diretamente junto aos moradores, sem que se percam as especificidades técnicas de cada um. O médico que passeia na praça com o morador realiza uma ação de saúde e melhora o conhecimento sobre seu paciente, o que permitirá tratá-lo melhor. A psicóloga discute estratégias com os cuidadores a partir de seu entendimento de uma intervenção terapêutica. A ação dos supervisores é a de uma vigilância à tarefa de reinserção social do louco, mas através do incentivo às capacidades criadoras dos profissionais que formam a equipe. Seu dever principal talvez seja o de agregar, de estimular e manter a *qualidade sinérgica* (SCHWARTZ *apud* MUNIZ, 2000) entre os membros da equipe, ingrediente fundamental ao desenvolvimento das competências e habilidades individuais e coletivas.

Considerando o dispositivo dos três pólos de Schwartz, pode-se dizer que a instituição contínua de um fazer político caracteriza uma ética para o trabalho em saúde. Esta será, efetivamente, a liga possível para um sistema unificado em saúde, que considere a pluralidade e a diversidade da vida humana e a construção de um espaço comum, tomando-os como valores a serem sempre corporificados na ação.

Referências

- ARENDE, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.
- _____. *O que é política?* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
- BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. Mimeo. 2005.
- _____. Atividade de trabalho e saúde dos professores: o programa de formação como estratégia de intervenção nas escolas. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 3, n. 1, 2005.
- BARROS, R. D. B. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1994.
- BASAGLIA, F. O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BOBBIO, N. “Política”, In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. V. 2. Brasília: LGE Editora, 2004a. p. 954-962.
- _____. *O conceito de sociedade civil*. Rio de Janeiro: Graal, 1987.

_____. *Estado, governo e sociedade: para uma teoria geral da política*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004b.

BONET, O. A equipe de saúde como um sistema cibernético. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 117-128.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CASTORIADIS, C. *As encruzilhadas do labirinto 2: os domínios do homem*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

CECCIM, R. B. Onde se lê “recursos humanos em saúde” leia-se “coletivos organizados de produção em saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 161-180.

COUTINHO, C. N. *Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

_____. O conceito de política nos *Cadernos do cárcere*. In: COUTINHO, C. N.; TEIXEIRA, A. P. *Ler Gramsci, entender a realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 67-82.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GOMES, R. S.; GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. A Orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 105-116.

GOZZI, G. “Práxis”. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. V. 2. Brasília: LGE Editora, 2004. p. 987-992.

GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*. V. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

GUATTARI, F. A transversalidade. In: _____. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1987.

GUIZARDI, F. et al. Participação de Comunidades em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.

HONORATO, C. E. M. *O trabalho político do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). *Práxis em saúde: um desafio para lo público*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: fazendo um exercício sobre a reestruturação positiva na produção do cuidado. In: _____. (Org). *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Os Caps e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. Campinas, 2004. Disponível em <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/>. Acessado em: 23 jun. 2006.

MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2004.

MUNIZ, H. P. *A gestão do tempo de permanência do paciente de neurocirurgia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho*. Tese (Doutorado em Ciências em Engenharia de Produção) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

NASCIMENTO, M. M. Reflexões acerca do espaço público em Hannah Arendt. *Revista Ética & Filosofia Política*, v. 8, n. 1, jun. 2005.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. *A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade*. Niterói: UFF, 2002.

_____. *O que pode a clínica? A posição de um problema e de um paradoxo*. Mimeo s/d.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 67-113.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 21-36.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003. p. 9-36.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Org). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

SIMIONATTO, I. O social e o político no pensamento de Gramsci. In: AGGIO, A. (Org). *Gramsci: a vitalidade de um pensamento*. São Paulo: UNESP, 1998.

Notas

¹ Habermas decompõe o conceito de trabalho em dois componentes: a ação racional dirigida a fins (que abarca a ação instrumental, orientada por regras técnicas, e a ação estratégica, orientada por valores) e a interação, que se refere ao agir comunicativo, “às interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação” (PEDUZZI, 2001, p. 105).

² Arendt mostra que esta espontaneidade kantiana, liberdade de poder começar, embora constitua parte fundamental da política, é, na verdade, pré-política.

³ Vide o verbete “Política” de Bobbio (BOBBIO, 2004a).

⁴ Arendt entende a força como força de coerção, o que, como veremos adiante, corresponde à *sociedade política* de Gramsci, enquanto esse poder inerente aos assuntos humanos nos parece ganhar um *lôcus* no conceito gramsciano de *sociedade civil*.

⁵ Sobre a função ainda incipiente dos Conselhos Municipais de Saúde como práticas de controle social do SUS, vide, por exemplo, Guizardi et al. (2004).

Notas teóricas sobre a noção de *competência*: discutindo cuidado e humanização na saúde

FABRÍCIA DA SILVA BARROS
ROSENI PINHEIRO

O *cuidado em saúde* tem sido tema de reflexão por parte de diversos autores que se preocupam com os rumos da atenção à saúde em nosso país (AYRES, 2000, 2006; MERHY, 2000 e 2005; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005; PINHEIRO, 2006), sobretudo com a recente mobilização provocada e sustentada pela Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão – PNH (BRASIL, 2004). Este texto tem como objetivo dar ênfase à relação que se tem estabelecido de forma teórica e prática entre as temáticas do cuidado e da humanização, no que tange a aspectos específicos do processo de trabalho em saúde, a partir das contribuições de Zarifian (2001a) sobre a noção de *competência*. Antes de prosseguirmos com esses objetivos, é necessário que delimitemos os conceitos e sentidos que possibilitaram nossas análises.

Cuidado e humanização: sentidos, repercussões, horizontes

Segundo Pinheiro (2006, p. 73), o cuidado é “um ‘modo de fazer na vida cotidiana’ que se caracteriza pela ‘atenção’, ‘responsabilidade’, ‘zelo’ e ‘desvelo’ ‘com pessoas e coisas’ em lugares e tempos distintos de sua realização”. Nesta perspectiva, o cuidado assume a dimensão de *prática* cotidiana, ou seja, atividade concreta de homens e mulheres, fruto de saberes formais e informais (advindos da experiência), numa busca por aliviar o sofrimento e minimizar tensões que fragilizam a saúde.

O cuidado em saúde, por sua vez, é caracterizado por Pinheiro e Guizardi (2005, p. 21) como “uma ação integral que tem significados

e sentidos voltados para a compreensão da saúde como ‘direito de ser’”. A noção de cuidado é então ampliada e assume a dimensão de valor, de princípio regulador do êxito das ações de saúde (AYRES, 2006), capaz de romper com a lógica tecnicista e a racionalidade puramente instrumental inauguradas com o projeto da modernidade:

A noção de cuidado, na proporção de sua preocupação com a promoção do bem-estar, para além da correção de distúrbios, pode carrear, para a assistência, as mais legítimas aspirações por saúde de indivíduos e populações. Na qualidade de portador de um problema a ser resolvido, qualquer indivíduo é, de fato, objeto de técnicos da saúde, e deve ser mesmo. Porém, como aspirante ao bem-estar, ninguém pode subtrair a esse mesmo indivíduo o poder de juízo sobre suas necessidades (AYRES, 2000, p. 117-118).

O cuidado, como horizonte ético das práticas de saúde, possui uma capacidade questionadora das propostas predominantes que tentam dar conta da definição das demandas em saúde, baseadas numa racionalidade econômica e/ou biomédica, a saber: a concepção de que os “problemas de saúde” da população, naquilo que têm de objetivo e quantificável, equivalem às “reais necessidades” de saúde da mesma (PINHEIRO, 2005).

Partimos do pressuposto de que o usuário, como sujeito de direitos, tem um protagonismo capaz de mediar e avaliar as práticas de saúde. De acordo com Ayres (2004), quando se decide assumir a promoção de saúde como meta, o mero restabelecimento do bem-estar físico e psíquico, e a prevenção e controle de doenças são insuficientes para mensurar a eficácia das práticas de saúde, uma vez que esses padrões se prendem a um conjunto de procedimentos que não esgota as possibilidades do cuidado.

Segundo Merhy (2000, p. 109), os recursos utilizados pelos profissionais de saúde numa situação de encontro com usuários são “caixas de ferramentas tecnológicas, enquanto saberes e seus desdobramentos materiais e não-materiais, que fazem sentido de acordo com os lugares que ocupam naquele encontro e conforme as finalidades que o mesmo almeja”.¹ A identificação e responsividade à demanda singular de cada usuário que busca os serviços de saúde, na perspectiva do cuidado, reclamam o reconhecimento desse usuário como um outro legítimo na relação. E isto pode repercutir significativamente nos próprios arranjos de trabalho, tornando-os mais coerentes com as expectativas dos usuários:

Esse objeto “não objetual” do cuidado chama o mais rentável a perseguir o mais necessitado, e não o contrário. A abertura trazida por um verdadeiro outro – não um objeto do sujeito técnico, mas outro verdadeiro sujeito na relação terapêutica - subordina uma “eco-nomia” da assistência a uma “eco-logia” da saúde. Como defende Merhy, é do “outro-do-cuidador”, esse objeto-sujeito que inexoravelmente participa do momento assistencial, que pode surgir a demanda por arranjos tecnológicos mais sensíveis às necessidades de saúde de indivíduos e coletividades. (AYRES, 2000, p. 118).

O mesmo autor aponta para o cuidado, ainda, como a dimensão da atenção em saúde capaz de resgatar a presença humana nos modelos assistenciais, colocando-o no patamar de

uma sabedoria prática que, em estreita relação com saberes tecnocientíficos, quer fazer das ações de saúde a busca de êxitos técnicos imediatamente entendidos como sucesso prático, isto é, como o desenvolvimento de ações instrumentais subordinadas a escolhas compartilhadas de modos de vida julgados desejáveis, adequados e corretos. Há que se buscar, portanto, junto das finalidades técnicas das práticas de saúde, mas transcendendo sua condição de estrita produção de objetos (os produtos do trabalho em saúde), a antecipação, escolha e negociação de uma vida boa, ou seja, do melhor possível a fazer diante do projeto de felicidade que se coloca em questão naquele momento (AYRES, 2006, p. 56-57).

Por sabedoria prática, podemos entender um *saber-fazer* que só pode se materializar e, ao mesmo tempo, ser produzido durante o momento assistencial, ou no que Merhy (2000) denomina “trabalho vivo em ato”. Uma vez que as práticas de cuidado têm uma dimensão ética e política que são necessariamente exercitadas na escolha compartilhada de “um modo de vida” e direcionadas para “um sucesso prático” (AYRES, 2004), a busca apenas pelo “êxito técnico” das ações de saúde não é capaz de ofertar uma atenção humanizada e integral à população.

O conceito de humanização, tal como concebido na PNH, pode ser definido a partir dos seguintes aspectos: valorização, autonomia e protagonismo dos atores; co-responsabilidade na produção da saúde e nos processos de subjetivação intrínsecos à prática do cuidado; sensibilidade à percepção das necessidades sociais; implicação com o

processo de trabalho e superação das condições em que o mesmo se processa. Tal perspectiva endossa o posicionamento de diversos autores quanto ao aspecto necessariamente coletivo da produção de saúde, a qual se dá em relações (MERHY, 2005), pois envolve, inevitavelmente, “produção de encontros” (CECCIM, 2005). Ou seja, cria possibilidades infinitas de contato com a alteridade. Entretanto, a positividade do movimento que a PNH procura instaurar – de cunho nacional e com vistas à qualificação da assistência no SUS – tem enfrentado o desafio de superar o caráter de uma “diretriz” ou um “programa”. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais de saúde passem a se organizar – estratégica e coletivamente – de tal forma que todo o potencial de cooperação, reconhecimento, valorização da alteridade e convivência dialógica seja desenvolvido e permanentemente reinventado.

Como salienta Ayres (2006, p. 50):

O debate sobre a humanização trata, justamente, de fazer dialogar mais diretamente as preocupações das práticas de saúde desde esse núcleo mais instrumental até os conteúdos mais ‘relacionais e formativos’ dessas práticas, sempre presentes de alguma forma, mas relativamente pouco discutidos até tempos recentes.

O desafio que se coloca na sociedade moderna ocidental é a difícil convivência entre princípios universais e valores sociais, por se tratar de uma sociedade calcada no individualismo e na competitividade, que fomenta e dispara um processo de interiorização da lógica econômica e de valores forjados na racionalidade de mercado para o universo das relações sociais (LUZ, 2005). O projeto da modernidade tem sustentado um campo de tensão no âmbito da ética e da cultura, o qual repercute na subjetividade humana e em suas práticas sociais, na medida em que busca moldar a relação do homem com o mundo e consigo mesmo, mas esbarra nos momentos em que vida se nega a ser aprisionada (SIBÍLIA, 2002).

Heranças da modernidade: um olhar para as incompletudes do mundo do trabalho

A gênese do projeto da modernidade data do Renascimento (século XV), quando assistimos a uma desestruturação veloz e profunda, não somente da ordem feudal e dos fundamentos da vida material, mas

também de valores morais, religiosos, jurídicos e filosóficos que embasavam todo o antigo sistema. Segundo Severiano e Estramiana (2006, p. 23), a modernidade é marcada por “uma descontinuidade temporal e uma ruptura no que diz respeito à tradição. A visão teocêntrica do mundo foi suplantada pelo triunfo da racionalidade instrumental”. A partir dessa mudança de paradigma, segundo os autores, passa-se a acreditar que o sentido das coisas é constituído apenas pela consciência intencional dos sujeitos, e assistimos, então, a uma gradual fragmentação dos saberes e fazeres, com vistas à instrumentalização da razão pelo saber científico.

Outro fenômeno que caracteriza e engendra o projeto da modernidade é a redefinição das relações sujeito/objeto, tanto no plano da ação, quanto do conhecimento. O saber científico, entendido como verdadeiro e legítimo, passa a representar um “regime específico de produção de enunciados de verdades, no qual as regras de produção de verdades são mais importantes, em última instância, que sua veracidade enquanto tal” (LUZ, 1998, p. 30). É importante salientar que o “real” – objeto deste método científico em ascensão – é apenas o real que pode ser manipulado e submetido a leis, na forma efetiva do controle ou na forma simbólica do cálculo e da previsão exatos:

É real, portanto, o que se pode integrar como matéria-prima ao esquema destas operações. A tecnologia da ciência e a tecnologia produtiva progredem juntas, amparando-se e incentivando-se reciprocamente, e isto é possível porque ambas encarnam um mesmo projeto e visam da mesma forma os seus objetos. [...] A disciplina do espírito será o objetivo das regras metodológicas que definirão a própria especificidade da prática científica: cientista não é quem alcança a verdade, mas quem se submete contenciosamente à disciplina do método (FIGUEIREDO, 1991, p. 15).

Sibília (2002), tomando como base a perspectiva foucaultiana, defende que a conjunção dos diferentes saberes na produção de um estatuto de normalidades (médicas, pedagógicas, psicológicas etc.) é um dos principais alicerces da consolidação do sujeito moderno. Entretanto, reconhece a plasticidade e versatilidade da espécie humana em construir “novas formas de ser no mundo e novos mundos para sermos” (SIBÍLIA, 2002, p. 210). Ou seja, não podemos encarar

o projeto da modernidade e o sistema capitalista como alçózes impiedosos dos quais não podemos fugir. Nosso olhar deve permanecer atento às incompletudes, às brechas, aos momentos em que a vida resiste a tudo o que lhe quer aprisionar, ao *dever* inerente a ela. E mais, devemos exercitar, apesar das legítimas críticas que podem ser feitas a esse momento histórico, um olhar que tenta reconhecer positividade nos projetos humanos.

A humanização da assistência em saúde, enquanto proposta política, e o cuidado, como uma “sabedoria prática, que não cria objetos, mas realiza sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo” (AYRES, 2000, p. 119), colocam em cena exatamente a necessidade de respeito, acolhimento, vínculo e escuta, numa proposta de ir de encontro ao núcleo duro da racionalidade instrumental. Trata-se de valores e práticas cotidianas que podem se tornar desafio para os profissionais de saúde já inseridos nos serviços, e critério ignorado quando apenas a qualificação profissional é avaliada. Enfim, cuidado e humanização, como horizontes normativos (AYRES, 2006) das práticas de saúde, exigem no cotidiano dos serviços mais do que saberes técnicos e formação específicos; exigem outras atitudes dos sujeitos em relação ao próprio trabalho, à sua organização e à sua relação com a alteridade.

Diante do exposto, iremos considerar as contribuições conceituais de Philippe Zarifian² sobre a questão da competência, na medida em que são importantes tanto para ousarmos compreender as transformações que estão em curso no mundo do trabalho, quanto para repensarmos a discussão sobre a qualificação profissional. Nosso objetivo é, a partir destas reflexões, avançar na problematização de questões sobre o trabalho em saúde.

A lógica da competência: co-responsabilidade e ética em debate no trabalho em saúde

O tema da *competência* (no singular)³ se desenvolveu no contexto de crise da prescrição taylorista e burocrática do trabalho (ZARIFIAN, 1998), em que a necessidade de uma nova forma de mobilização da força de trabalho entra em cena, impondo uma ressignificação de nossas perspectivas acerca do próprio conceito de trabalho, e acerca do humano em situações de trabalho.

A proposta de definição do termo “competência” oferecida por Zarifian (2001a) está essencialmente centrada no reconhecimento da possibilidade de novas formas de mobilização dos coletivos de trabalho. O autor inclui diversas dimensões de análise nessa tentativa de conceituação, que podem ser úteis para nossa discussão sobre um trabalho em saúde que tem como horizontes éticos o cuidado e a humanização.

A primeira formulação proposta pelo autor é a seguinte: “competência é o ‘tomar iniciativa’ e ‘o assumir responsabilidade’ do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se depara” (ZARIFIAN, 2001a, p. 68). Essa definição sugere uma modificação significativa na organização do trabalho, abrindo espaço para que consideremos a capacidade criativa do profissional diante das diversas situações que se lhe apresentam, as quais comportam tanto dados objetivos, como a maneira subjetiva que o indivíduo tem de apreendê-las, enfrentando a si mesmo, inclusive. Além disso, torna-se possível problematizar e questionar a prática tradicional (moderna) de divisão do trabalho, que coloca, de um lado, a gerência, composta pelos que pensam e são autorizados a organizar as atividades de trabalho; e do outro, os operadores, meros executores das tarefas.

As contribuições de Ayres (2000, p. 120) corroboram tal perspectiva, na medida em que redimensionam as potencialidades do cuidado nas práticas de saúde, reconhecendo a prática do cuidado como uma “atitude e espaço de re-construção de intersubjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a intervenção em saúde”.

A segunda abordagem do conceito de competência procura enfatizar a dinâmica da aprendizagem que vigora no mundo do trabalho. O cotidiano da atividade de trabalho, nesta perspectiva, é concebido como *locus* de produção de saberes e fazeres, sendo “um entendimento prático de situações que se apóia em conhecimentos adquiridos e os transforma na medida em que aumenta a diversidade das situações” (ZARIFIAN, 2001, p. 72). Ou seja, o autor quer nos mostrar que a mobilização de conhecimentos nas diversas situações de trabalho não se reduz a uma mera aplicação dos mesmos, segundo um modelo de reprodução. Ao contrário, exige que o trabalhador saiba fazer “uso desses conhecimentos para encontrar, por si próprio,

as boas soluções” (ZARIFIAN, 1998, p. 21) e, dessa forma, produzir novos conhecimentos e/ou ressignificar os que já se tem.

Nesse sentido, a competência pode ser entendida também como uma “inteligência da prática”, “astuciosa” e “criativa” (DEJOURS, 1997), empregada com vistas a colocar algo em movimento (ação), e fundamentando-se na mobilização de conhecimentos adquiridos, absolutamente capazes de sofrer reformulações diante dos eventos⁴ – o que aponta para uma transformação também do humano. O encontro cotidiano com o inusitado, portanto, pode ser considerado um aspecto qualificador para todos os trabalhadores envolvidos na situação (ARAÚJO, 2004). E isto não é somente afirmar que o trabalho, enquanto “princípio educativo”, a uma técnica didática que consiste em “aprender fazendo” (FRIGOTTO, 2006), mas destacar que há “uma inteligência que se mistura àquela das instruções e dos equipamentos, é aquela dos homens e das mulheres confrontados com a resistência dos objetos ou das situações sobre as quais intervêm” (JOBERT, 1999, p. 228).

Sendo assim, a eleição de quais saberes são pertinentes ou não a determinada atividade já não é mais dever apenas das instituições de formação, na medida em que as novas exigências do atual mercado de trabalho – motivação, engajamento, previsão, adaptação, inovação, comunicação e cooperação, entre outros – têm questionado os métodos tradicionais de qualificação. A inteligência da prática funciona, portanto, como uma espécie de astuciosa sabedoria corporal, um “saber-fazer” que aponta para conhecimentos informais, para experiências vividas. Trata-se de destacar o caráter produtivo do humano, entendendo que, diante do imposto, cada sujeito já começa a pensar como dará conta da tarefa dentro de suas condições e de seus valores de justiça, eficiência etc. A própria prescrição (normas e regras de organização do trabalho), enfim, leva a uma mobilização do sujeito, no sentido não só de apreendê-la, mas de produzir novas e criativas formas de atuar no seu cenário.

O ponto de vista da atividade – contribuição da Ergonomia da Atividade⁵ ao mundo do trabalho – pode ganhar espaço nesta discussão, na medida em que chama nossa atenção para o fato de que, diante da tarefa prescrita, a atividade de trabalho configura-se como aquilo que de fato é realizado pelo trabalhador, a fim de chegar o mais próximo possível do que lhe foi pedido. Segundo Dejours (1997),

essa passagem do trabalho prescrito para o efetivamente realizado só é possível por meio de uma experiência que é absolutamente humana e singular, pois o real⁶ não advém de um conhecimento validado, mas da apreensão que cada trabalhador faz do prescrito – admitindo variabilidades e contornando fracassos da técnica.

Faz-se necessário, ainda, considerar que toda atividade de trabalho está submetida a uma regulação advinda da interação entre as pessoas, o que nos leva a atentar para a existência de uma dinâmica intersubjetiva extremamente relevante para o entendimento de outros aspectos do trabalho. Essa noção mais ampla de atividade – vista como expressão das relações sociais – remete não somente a uma relação individual do trabalhador com os meios materiais e imateriais, e com ele mesmo (mobilização subjetiva), mas também para uma relação com os demais (DEJOURS, 1997).

Tal entendimento nos permite avançar para a terceira formulação que Zarifian (2001^a, p. 74) constrói, em que considera que a competência é também a capacidade de “mobilizar rede de atores em torno das mesmas situações, é a faculdade de fazer com que esses atores compartilhem as implicações de suas ações, é fazê-los assumir áreas de co-responsabilidade”. Para o autor, “assumir áreas de co-responsabilidade” é possível num movimento de engajamento e negociação com a organização do trabalho e com os “outros” das situações de trabalho, por meio da mobilização dos conhecimentos e da subjetividade de cada um (ARAÚJO, 2004). Além disso, “a competência, definida como um assumir de responsabilidade, é uma atitude social antes de ser um conjunto de conhecimentos profissionais” (ZARIFIAN, 1998, p. 19). Nesta dimensão de compreensão do termo, o destaque incide sobre o caráter coletivo das situações de trabalho, remetendo também à capacidade de compartilhamento de saberes e das implicações de uma situação.

A lógica da competência, portanto, ao enfatizar a necessidade de uma comunicação intensa, que dê conta do controle do aleatório, confere à ação pessoal de cada profissional um caráter interdependente das atividades profissionais, combatendo “especialismos”. Isto porque não toma as potencialidades *a priori*, mas admite também a aprendizagem da competência, por meio da cooperação no trabalho e dos processos de entendimento recíproco.

Acreditamos que tal ligação cooperativa entre os profissionais pode contribuir para substituir a tradição do campo da saúde de uma espacialização fortemente hierarquizada, que demarca fronteiras entre poderes e saberes, estabelecendo quem pode definir prioridades e sentidos para as ações de todos dentro de uma instituição. Além disso, pode funcionar como um elemento questionador da centralidade, ainda fortemente presente, do papel do médico especialista na organização do trabalho em saúde, colocando em cena a necessidade de transformação dos modelos atuais de intervenção e assistência comumente oferecidos pelos *experts*, como bem explica Caponi (2000, p. 11-12):

Para compreender por que se fala aqui de necessidade de transformação dos modos atuais de intervenção, é preciso considerar essas estratégias de poder que no dia-a-dia percorrem o âmbito dos saberes médico-corretivos. Elas nos situam perante conflitos éticos urgentes que, longe de emergir sob circunstâncias excepcionais e limites, definem a maior parte de nosso cotidiano. Estas estratégias de “biopoder” interferem em nossa existência, na medida em que cuidam de nossa saúde, vigiam nossos movimentos, discutem nossa sexualidade, administram nossa força de trabalho e assistem nossas necessidades mais elementares, olhando para os aspectos mais ínfimos e as tramas mais íntimas de nossa vida. Se isto é possível, é porque em cada um desses espaços, as tecnologias médicas apontam para a dimensão do humano que mais nos aproxima de uma coisa manipulável: nosso corpo.

Entendendo esse “biopoder” como detentor de uma capacidade de produzir saberes e subjetividades, a autora defende que tal capacidade produtiva evidencia-se notoriamente no saber médico, o qual “faz sua aparição justamente ali onde se demandam a cura, o cuidado e a assistência” (CAPONI, 2000, p. 12). Trata-se, portanto, de um saber que sustenta consideráveis contradições no cotidiano dos serviços, uma vez que a figura do médico emerge como único ator qualificado para restituir aos usuários, com segurança, sua saúde.

Parece-nos que a noção de produção de serviço, na perspectiva de Zarifian, também contribui com conceitos que permitem refletir sobre as tensões que persistem na organização do trabalho em saúde. Segundo o autor, produzir e ofertar serviços é um “processo que transforma as condições de existência de um indivíduo ou de um grupo

de indivíduos. O serviço deve, portanto, agir sobre as condições de uso ou sobre as condições de vida do destinatário (um cliente, um usuário), de maneira que responda às expectativas e necessidades deste último” (ZARIFIAN, 2001b, p. 69).

No caso específico da saúde, esta concepção pode nos ajudar a ratificar a idéia de que não há separação possível entre oferta de serviços e a demanda e necessidade dos usuários, embora os referenciais da economia clássica e do planejamento em saúde, muitas vezes, insistam na reprodução de uma dicotomia absolutamente estéril entre tais aspectos (PINHEIRO, 2005), o que traz impactos, inclusive, nas concepções modernas de cuidado e atenção em saúde:

O mercado e suas leis atuam fortemente sobre a “demanda social” da saúde, no intuito de transformar a busca coletiva por cuidado e atenção em valores de uso e consumo individual, submetidos à lógica da economia capitalista. Essa atuação tem sido, até certo ponto, bem-sucedida, pois a expansão crescente do “mercado da cura”, com a proliferação de práticas, de discursos e de novos agentes voltados para a saúde, não deixa dúvidas sobre a verdadeira invasão cultural pelo tema (LUZ, 2005, p. 19).

A apresentação desses conceitos pode nos ajudar, mais uma vez, a questionar a fragmentação do processo de trabalho que persiste nos serviços de saúde. Aposta-se, sobretudo, num movimento contínuo de inovação e aprendizagem coletivas, possíveis graças ao compartilhamento dos objetivos, responsabilidades e resultados das ações. Esta nova lógica – da competência – requer uma transformação do comportamento social dos profissionais, o que nos permite perceber limites para as possibilidades de repercussão da mesma nos modos de organização do trabalho.

Colocando em análise os resultados de pesquisas anteriores por nós desenvolvidas no LAPPIS,⁷ podemos afirmar que a compreensão das demandas dos usuários nos diversos serviços reclama modelos explicativos que em nada se assemelham aos modelos utilizados para diagnosticar doenças (PINHEIRO, 2005). Ou seja, enquanto os profissionais de saúde estiverem trabalhando sob a ótica da racionalidade biomédica, que reduz o sujeito pela objetivação da doença, jamais atentarão pra o fato de que

a sociedade civil usa as práticas de saúde como estratégias de ressignificação da vida, de reposição de valores de solidariedade e de atribuição de novos sentidos à saúde, diferentes dos hegemônicos na cultura. Muito modestamente e sem alarde, refaz o tecido social rompido pela lógica das relações sociais dominantes. De forma molecular, prepara um novo tecido, com novos valores, expressando outra ética, que substituirá os velhos valores e a velha ética que eles exprimem agora (LUZ, 2005, p. 20).

A lógica da competência também encontra outro tipo de limitação para sua incorporação como modelo de gestão de coletivos de trabalho: a disponibilidade em assumir responsabilidades pressupõe uma atitude de reflexão e, quiçá, questionamento sobre a própria prática, a qual, se representa uma inovação, é de difícil demonstração quando separada do conjunto técnico no qual estivera inclusa. Há, portanto, uma exigência paradoxal de discrição e de visibilidade marcando todas as inovações e adaptações dos profissionais a novas situações de trabalho.

De acordo com Dejours (1997), uma análise da decisão voluntária do profissional de tornar seu modo de trabalhar inteligível ao outro – visibilidade – deve levar em conta condições intersubjetivas e sociais que o tornam possível e o inscreve no âmbito da co-responsabilidade. Confiança é uma dessas condições, indispensável tanto para que o processo de visibilidade seja desencadeado, quanto para a própria existência e manutenção de um coletivo de trabalho, pois viabiliza a coordenação e a cooperação. Não estamos falando, entretanto, de um conceito de confiança que remete a elementos psicológicos, mas de um conceito que se fundamenta em posturas éticas – referindo-se ao respeito às regras, ao cumprimento de promessas, à coerência entre palavra e comportamento. Enfim, por supor um risco subjetivo, a visibilidade só pode ser assumida num contexto intersubjetivo de confiança. Isto é, a autonomia e, por conseguinte, assumir responsabilidades, pode ter lugar apenas no contexto em que sejam solicitados e valorizados pelos demais.

Obviamente, não se esgotam aí as possibilidades e impasses de uma substituição progressiva de um modelo distorcido de qualificação pelo de competência na organização do trabalho. Porém, acreditamos ser possível avançar, a partir destas questões, para pensarmos a superação e transformação das relações sociais no mundo do tra-

balho, bem como estimular a lógica da competência, principalmente, naquilo em que ela se opõe às concepções neoliberais de gestão da atividade humana.

De forma geral, as práticas pedagógicas na sociedade capitalista privilegiam saberes gerais e especializados, passíveis de reprodução, os quais incidem sobre os conteúdos escolares e constituem a base dos programas de formação (JOBERT, 1999). O que se pretende com isso é regular e normatizar as relações entre formação e trabalho, na medida em que se acredita na previsibilidade e possibilidade de controle dos fenômenos da realidade. Zarifian (1998) afirma, portanto, que esta discussão sobre competência pressupõe uma revisão, inclusive, das políticas de formação profissional.

Considerações finais sobre o debate: a competência para cuidar e o trabalho em equipe na saúde

No caso específico da formação para o trabalho, destacamos que as clássicas práticas de gestão do trabalho humano em termos de “recurso”, engendradas no âmbito da modernidade, influenciaram de forma significativa o processo de formação, na medida em que este se tornou, gradualmente, um instrumento de intervenção sobre os trabalhadores. Como uma primeira dimensão do processo de qualificação, a aquisição de saberes formais “universais” é que permite a iniciação no mundo do trabalho, delimitando claramente o papel do formador, que deve se resumir ao ajuste de capacidades individuais às exigências dos postos de trabalho (JOBERT, 1999).

As condições concretas da atividade de homens e mulheres nos ambientes de trabalho são, frequentemente, ignoradas nas instituições de formação que privilegiam estritamente o modelo da qualificação. Isto reacende a antiga oposição entre teoria e prática, baseada no equívoco de que “a prática profissional eficaz resulta da aplicação em situação dos saberes adquiridos na escola, quando, em realidade, a prática eficaz só pode ser obtida através de uma produção de saberes realizada pelos trabalhadores na sua relação singular com a tarefa” (JOBERT, 1999, p. 225).

Tal equívoco tem sido responsável por uma distorção e um reducionismo significativos da noção de qualificação, fazendo com que o referencial da formação seja deduzido do referencial do em-

prego (ZARIFIAN, 1998), e criando uma desconexão entre o conteúdo da qualificação e as exigências concretas de atividade que os profissionais encontram em seu cotidiano. É importante salientar que a noção de competência não constitui a antítese da qualificação formal e não pretende negar sua relevância. Ao contrário, complementa, apontando para o pleno reconhecimento do humano: revela-se o elemento experimental – no sentido de uma experimentação mais ousada de conhecimento acerca de si, do outro e das situações de trabalho – da qualificação; uma vez que a

abordagem tradicional não diz diretamente nada a respeito das competências do indivíduo. Ela parte de uma análise “objetiva” dos postos de trabalho, de uma forma que leva em conta as prescrições que os organizadores do trabalho atribuíram a este posto. O referencial do emprego não é outra coisa senão uma seqüência lógica de tarefas, a partir dos quais se inferem as capacidades físicas, os conhecimentos técnicos e uma disciplina social, “qualidades” que todo indivíduo pretendendo ocupar aquele posto de trabalho deve possuir (ZARIFIAN, 1998, p. 15).

Ampliando este debate, de forma a estendê-lo ao campo da Saúde, é preciso colocar em discussão novamente o fato de que o trabalho em saúde é tradicionalmente organizado de maneira extremamente fragmentada e verticalizada, e conduzido sob a hegemonia do saber biomédico, tomado, na modernidade, como saber legítimo e verdadeiro sobre o corpo. Essa fragmentação tem tido impacto sobre as relações (profissionais-profissionais, profissionais-usuários e destes com gestores de serviços), dificultando o agir em equipe e o lidar com as singularidades na atenção e no cuidado. A integração de uma ética de trabalho em equipe, que fomenta a cooperação entre os profissionais e reconhece a singularidade dos sujeitos, com princípios e valores compartilhados por profissionais e usuários, é o que pode permitir que o cotidiano dos serviços se destaque como um território de luta para a concretização dos princípios que regem o SUS, transformando conflitos e discontinuidades em positividade.

Por outro lado, a potência formativa da noção de cuidado que estamos defendendo ao longo deste texto deve também ser destacada nesse contexto de fragmentação do trabalho, uma vez que a oferta de cuidado

tem desafiado a organização dos serviços públicos de saúde, pois coloca questões que vão além da competência técnico-científica em que se baseia o modelo biomédico, a partir dos quais as ações de saúde têm historicamente se estruturado. Este desafio remete a uma crescente demanda da população, relacionada, em parte, à atual falta de perspectivas e esperanças sofridas pelo homem, vinculada à perda de referenciais de valores fundamentais à vida (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005, p. 57).

Tomando como base a discussão quem vem sendo desenvolvida em nosso grupo de pesquisa (LAPPIS), cuja noção de cuidado emerge para nuclear saberes e práticas voltados para o pleno reconhecimento da alteridade, acreditamos que as ações de saúde que visam ao cuidado devem funcionar como estratégias concretas que viabilizem um fazer coletivo, realizado por sujeitos em defesa da vida. Devem, ainda, propiciar condições favoráveis ao estabelecimento de um novo patamar de relação entre profissionais, gestores e famílias, de modo a garantir o princípio da integralidade, naquilo que ele possui como potencial de conversão do modelo assistencial. A meta deve ser a construção de um SUS equitativo com um atendimento integral nos diferentes planos de sua atuação, visando a uma “cidadania do cuidado”. Cidadania que não seja apenas uma forma de ofertar cuidado em saúde a uma população que se vê constantemente violentada em seus direitos, mas que busca incorporar a solidariedade como princípio, meio e fim de uma política social – neste caso, a saúde (PINHEIRO, 2001).

Sob a lógica da competência, anteriormente discutida, podemos considerar que os fazeres produtivos em saúde, ao envolverem a mobilização de conhecimentos e experiências, com vistas a um objetivo de produção – neste caso, o cuidado humanizado –, acabam por desafiar a capacidade humana de criação, gerando saberes e fazeres outros, que escapam ao e ampliam o escopo de procedimentos e tecnologias de atenção e cuidado. Num contexto de valorização de inovações tecnológicas desvitalizantes, é importante que se ressalte a relevância dessa dimensão humana do trabalho, a fim de que o cuidado assuma lugar privilegiado nas práticas de saúde.

Diante dessas considerações, é possível refletir sobre a formação dos profissionais de saúde, colocando não só os conteúdos disciplinares em questão, mas posicionando-se contra toda e qualquer tentativa de

redução da oferta do cuidado a uma profissão: “Esse cuidado, referente simbólico, é muito mais amplo e largo que qualquer intenção ou possibilidade de realização produtiva, que um conjunto de trabalhadores de saúde de uma profissão possa fazer, ou mesmo, que a junção de todos os profissionais de saúde possam somar.” (MERHY, 2005, p. 199).

A *competência para cuidar*, enfim, engendra-se em outros territórios de saberes e práticas que não pertencem a nenhuma profissão especificamente, convidando os profissionais não somente para dar respostas aos problemas de saúde da população, mas para se disponibilizarem à troca com outros profissionais da equipe e com os usuários dos serviços. Ou seja, um convite ao comprometimento com o processo de trabalho e, ainda, a um comprometimento com vidas, admitindo que ainda se tem muito a aprender.

Este reconhecimento da relevância do trabalho em equipe e do fomento à grupalidade, considerados no âmbito da competência para o cuidado, advém da percepção de que não é suficiente garantir apenas que diferentes profissionais assistam um mesmo usuário, “aplicando” seus conhecimentos sobre ele; pois uma tentativa de objetivação do usuário não faz desaparecer suas necessidades durante a prática do cuidado (GOMES; GUIZARDI; PINHEIRO, 2005).

Como competência nuclear para transformações efetivas no modelo de atenção à saúde, o cuidado em saúde pode ser considerado, como vimos anteriormente, uma dimensão da integralidade, diretriz do SUS que deve estar presente nas práticas de saúde, a fim de que estas sejam humanizadas e resolutivas para aqueles que buscam os serviços de saúde.

Referências

- ARAÚJO, A. J. S. A organização sob a ótica dos eventos e da competência: a visão de Philippe Zarifian. *Revista Conceitos*, n. 10, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- _____. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, n. 6, 2000.
- _____. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n. 3, p.583-592, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, 2004.

CAPONI, S. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CECCIM, R. B. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a Educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 161-180.

DEJOURS, C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

FIGUEIREDO, L. C. M. *Matrizes do pensamento psicológico*. Petrópolis: Vozes, 1991.

FRIGOTTO, G. Trabalho. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO; OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

GOMES, R.; GUIZARDI, F.; PINHEIRO, R. A. Orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 105-116.

JOBERT, G. A inteligência no trabalho. In: CARRÉ, P.; CASPAR, P. (Org.). *Tratado das ciências e das técnicas da formação*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 9-20.

_____. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 57-74.

MERHY, E. E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 195-206.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, n. 6, 2000.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 39-64.

_____. Cuidado em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO; OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas Considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à*

saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 11-32.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 21-36.

SEVERIANO, M. F. V.; ESTRAMIANA, J. L. A. *Consumo, narcisismo e identidades contemporâneas: uma análise psicossocial*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2006.

SIBÍLIA, P. *O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

ZARIFIAN, P. A gestão da e pela competência. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E COMPETÊNCIAS. Rio de Janeiro, 1996. *Anais...* Rio de Janeiro: SENAI/DN-IRT, 1998.

_____. Mutação dos sistemas produtivos e competências profissionais: A produção industrial de serviço. In: SALERNO, M. S. (Org). *Relação de serviço: produto e avaliação*. São Paulo: SENAC, 2001b.

_____. *Objetivo competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Atlas, 2001a.

_____. Valor, organização e competência na produção de serviço: esboço de um modelo de produção de serviço. In: SALERNO, M. S. (Org). *Relação de serviço: produto e avaliação*. São Paulo: SENAC, 2001c.

Notas

¹ O autor distingue três tipos de ferramentas tecnológicas: (a) as “tecnologias duras” – equipamentos, maquinário, cuja lógica produtiva impera sobre os saberes e sensibilidades de quem os manipula; (b) as “tecnologias leve-duras” – saberes estruturados, adquiridos formalmente, que permitem o recorte da realidade do usuário sob o prisma de um olhar especializado e, ao mesmo tempo, a significação singular exigida em cada ato terapêutico; e (c) as “tecnologias leves” – implicadas na produção de encontro entre dois sujeitos, e que somente são convocadas à existência neste encontro.

² O autor é economista, professor do Conservatório Nacional de Artes e Ofícios (CNAM) e pesquisador do CERTES, da Escola de Engenharia de Pontes e Calçadas da França (*Ecole des Ponts et Chaussées*).

³ Zarifian (1998) diferencia “competência” (no singular) de “competências” (no plural). Estas abrigam as habilidades e conhecimentos técnicos, de gestão e de organização.

⁴ Para Zarifian (2001a), evento é todo e qualquer acontecimento imprevisível que ocorra numa situação de trabalho.

⁵ Ergonomia de linha francesa que se propõe a ser uma ciência, ou disciplina, implicada na conceituação do trabalho e intervenção nos espaços em que ele se apresenta.

⁶ Neste caso, o termo “real” está sendo utilizado como substantivo, e para designar algo da ordem do inexplicável e não um dado objetivo da realidade concreta.

⁷ Destaca-se aqui a segunda fase do *Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde*, que, organizado em três eixos temáticos, culminou na publicação artigos em periódicos e de capítulos na coletânea *Construção Social da Demanda – direito a saúde- trabalho em equipe, participação e espaços públicos* (Rio de Janeiro: Cepesc, 2005).

Responsabilidade intelectual e solidariedade: por uma ética profissional pautada pela integralidade

RUBEN ARAUJO DE MATTOS

Examinei, em trabalho anterior, alguns dos sentidos da integralidade, vendo-os como valores pelos quais vale a pena lutar. Pode reconhecer alguns fios de ligação que de certo modo articulam todos os conjuntos de sentidos da integralidade examinados. Dizia então que a “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos, e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo (MATTOS 2001, p. 61). Do ponto de vista específico das práticas dos profissionais de saúde, isso significa, por exemplo, não reduzir o paciente a uma lesão ou a sua doença, respeitá-lo como sujeito, portador de desejos, de aspirações, de sonhos, colocar-se na posição do outro, abrir-se ao diálogo.

Lutar pela integralidade tem, portanto, implicações éticas e políticas. Neste trabalho procurei explorar a relação entre ética profissional e integralidade. Ou melhor, procurei refletir, ainda que de modo inicial, sobre o que poderia ser uma ética profissional pautada pela integralidade.

Trata-se de um pequeno ensaio, no qual tomo algumas contribuições da filosofia (um pouco daqui, um pouco dali e um pouco de acolá¹) para tecer uma argumentação que, de um lado critica uma certa ética profissional corporativa, para, de outro, identificar aspectos de uma outra ética profissional alternativa, que tome a integralidade como eixo central.

Começo evocando um anúncio que vi recentemente. Nele, um homem aparece com um raio-x na mão conversando com diferentes

peças em diferentes momentos. Ele se mostrava bastante apreensivo diante das diferentes opiniões que ouvia acerca do que poderia ter. Até que um médico, examinando o raio-x, o tranquiliza, dizendo que ele não tinha nada.

Fiquei pensando no anúncio e nos convites que ele me fazia. Primeiramente, o convite de pensar sobre a capacidade dos médicos de usar seu conhecimento para oferecer uma resposta adequada ao sofrimento das pessoas. E não apenas por identificar e tratar a doença que eventualmente subjaz no sofrimento do outro, mas também, como é o caso do anúncio, quando oferece uma resposta aos anseios e aos temores das pessoas. No anúncio, por exemplo, o homem aparentemente não tinha nenhuma doença. Fiquei a imaginar o diálogo desse médico: sem dúvida, ele antes ouviu o paciente falar sobre seus temores, sobre suas preocupações; sem dúvida, ele deve conhecer o modo de vida desse paciente, a ponto de avaliar, antes de dizer “o senhor não tem nada”, qual seria o impacto dessa fala para aquele homem. Afinal, como bom médico, em sua formação deve ter tido contato com a psicologia médica e, tendo aprendido com Balint,² o médico também se vê como remédio, e tem consciência de que suas palavras podem ter efeitos colaterais e, por isso, pesou-as frente ao modo de andar a vida de seu paciente antes de proferi-las. E ao falá-las contribuiu para a felicidade daquele homem.

É claro que minha imaginação preencheu um diálogo omitido no anúncio, trazendo elementos que inequivocamente estão presentes na boa prática médica, e que, como o anúncio sugere uma boa prática médica, certamente devem ter ocorrido na situação representada. A ausência, contudo, não compromete minha primeira leitura do anúncio: médicos usam (ou podem usar) seu conhecimento em benefício das pessoas.

Mas há um segundo convite nesse anúncio: ele nos convida a confiar nos médicos. Mais do que isso, ele nos convida a só confiar nos médicos, pelo menos quando o assunto diz respeito a nossa saúde. Ele nos sugere um contraste entre as opiniões de tantos (ou melhor, entre as meras opiniões) e a palavra do médico. Só os médicos sabem. Só eles são dignos da nossa confiança.

Em ambos os convites, há um apelo ao reconhecimento social do médico e de seu lugar na sociedade. Gostaria, entretanto, de reter de

minha reflexão inicial sobre esse anúncio uma idéia-chave: há duas formas distintas de se buscar o reconhecimento social para médicos, e para profissionais de saúde em geral. A primeira (relacionada ao segundo convite a que me referi) toma como base a afirmação do conhecimento dos profissionais de saúde. Eles sabem, só eles sabem, e por isso eles têm autoridade para falar sobre a saúde. A segunda (que subjaz ao primeiro convite) enfatiza os resultados práticos obtidos pela aplicação do conhecimento.

Como o anúncio suscita essas duas leituras, alguém pode julgar que ambas refletem dois lados de uma mesma moeda: médicos podem ajudar as pessoas porque eles detêm e dominam certo conhecimento. Contudo, gostaria de destacar que esses aparentes dois lados de uma mesma moeda se articulam a duas éticas profissionais diferentes, que produzem efeitos distintos tanto nas relações dos médicos com seus pacientes como nas relações dos médicos com outros profissionais de saúde. Éticas estas associadas a diferentes projetos políticos, e a diferentes modos de compreender o conhecimento.

Este pequeno texto procura examinar, ainda que de modo exploratório, a polaridade na dimensão da ética profissional dessas duas formas de buscar a legitimidade social para os profissionais de saúde.

Tolerância e responsabilidade intelectual

Tomo como ponto de partida uma provocação feita pelo filósofo Karl Popper. Ao final de uma conferência proferida originalmente em 1981, intitulada “Tolerância e responsabilidade intelectual”, Popper contrapõe duas éticas para profissões intelectuais. A primeira, que ele chama de antiga, está centrada na idéia de conhecimento pessoal, na de conhecimento certo, e na de autoridade. A segunda, que Popper apresenta como uma nova ética, estaria fundada nas idéias de tolerância e honestidade intelectual.

Nas palavras do próprio autor:

O antigo ideal era o de possuir a verdade e a certeza, e, sempre que possível, o de consolidar a verdade através de uma demonstração lógica. [...] O antigo imperativo para os intelectuais, é: Sê uma autoridade! Sabe tudo no teu domínio! Quando um dia a tua autoridade for reconhecida, será defendida pelos teus colegas e, naturalmente, terás de proteger também a autoridade dos teus colegas.

A antiga ética, que descrevi, proíbe que se cometam erros. O erro é absolutamente interdito. Assim, os erros não podem ser confessados. Não preciso assinalar que a antiga ética profissional é intolerante. E era também intelectualmente desonesta: leva ao encobrimento dos erros por amor da autoridade, e muito especialmente no campo da medicina (POPPER, 1989, p. 181).³

Note-se que Popper é aqui particularmente incisivo na sua crítica a essa antiga ética, que reconhece na medicina. Popper a acusa de intolerante e desonesta. O ponto crucial seria a recusa dos profissionais de reconhecerem os limites de seu conhecimento, necessariamente limitado e incerto. Ao negar tais limites, profissionais intelectuais se afirmam como autoridade que sabem tudo em sua área de atuação, o que os levaria a dois procedimentos execráveis: o simples encobrimento dos erros (que, para Popper, indica a falta de honestidade) e a desqualificação dos outros e de outras formas de ver as questões em sua área (signo da intolerância). Vistos desde essa perspectiva, argumentos como “só os médicos sabem” já trariam em si o embrião da intolerância e de certa desonestidade.

Mas talvez seja oportuno examinar um pouco mais de perto o argumento de Popper nessa provocação.

Esta ética, adjetivada por aquele autor como antiga, se relaciona a uma imagem da ciência como um modo de produzir um conhecimento verdadeiro e certo. Exatamente por isso, nessa imagem da ciência, o conhecimento científico seria superior a todas as demais formas de conhecimento. Trata-se, na verdade, de uma imagem muito difundida ainda hoje, que se expressa com clareza em frases como “a ciência já demonstrou isso ou aquilo”.

Mas esta ética se relaciona também à suposta existência de certos profissionais que, ao longo do tempo, acumularam pessoalmente todo o conhecimento de sua área, dominando-a, portanto. Daí a importância da idéia de autoridade científica, que ofereceria um argumento central na disputa por certo monopólio profissional em determinada área. Em outros termos, por amor da autoridade, encobrem-se erros, rejeita-se *a priori* qualquer crítica, desqualificam-se outros saberes e outros sujeitos, foge-se da argumentação. No contexto desta ética (que chamo de ética corporativa), os profissionais intelectuais (por exemplo, os médicos) mereceriam confiança e respeito porque teriam acumulado

(duramente) ao longo do tempo todo o conhecimento objetivo em sua área de atualidade. E é disto que derivaria sua autoridade.

Popper criticará os dois pontos centrais dessa ética.

Ao longo da sua vida intelectual, Popper desenvolveu uma densa crítica àquela imagem da ciência, ainda presente hoje no senso comum. Desde seus primeiros trabalhos, ele procurou mostrar que a ciência não é capaz de comprovar que algo é verdadeiro (no sentido que corresponde à realidade), embora a ciência seja capaz de comprovar que uma certa idéia é falsa. Para Popper, a ciência nunca seria capaz de chegar à verdade, mas ela seria uma ótima forma de se aproximar cada vez mais da verdade. E essa capacidade derivaria exatamente de que os cientistas procurariam sistematicamente criticar as teorias numa certa área. Portanto, e esta conclusão é central para compreendermos a crítica de Popper à antiga ética, todo conhecimento científico é incerto, é apenas conjectural, e, portanto, pode mostrar-se no futuro inteiramente falso.

Popper, acompanhando Voltaire, concebe a tolerância como uma consequência necessária da percepção de que somos pessoas falíveis. Daí sua compreensão de que a antiga ética, ao interditar os erros, torna-se intolerante.

A segunda crítica é a idéia de acumulação pessoal do conhecimento em uma área. Nas suas palavras: “*Nosso saber conjectural objetivo vai sempre mais além daquilo que um indivíduo consegue dominar. Não existem, pois autoridades. Isto é igualmente válido no que se refere a especializações*”. (POPPER, 1989, p. 181 - grifos no original).

Será exatamente nesses dois pontos que Popper se ancorará para propor uma nova ética. O autor nos convida a reconhecer a falibilidade de nosso conhecimento, ou seja, dos limites que sempre temos. Nesse sentido, ele ressalta a lição de Sócrates: “Foi ele quem disse: só é sábio aquele que sabe que o não é.” (POPPER, 1989, p. 178). Daí ser inaceitável para Popper a ética centrada na autoridade, e que acoberta os erros. Reconhecer que posso estar errado, reconhecer que outros podem estar certos, reconhecer que todos podemos estar errados: eis o imperativo da nova ética profissional apresentada por Popper, da qual destaco dois princípios. O primeiro, relacionado à autocrítica, e o segundo, ao diálogo crítico. Sobre o primeiro, diz Popper:

O novo princípio básico é o de que para aprendermos a evitar tanto quanto possível os erros temos que aprender precisamente com eles.. Encobrir os erros constitui, pois, o mais grave pecado intelectual. [...] a atitude autocrítica e a sinceridade são, por consequência, um dever. (Popper, 1989, p.182)

Mas a autocrítica, embora necessária, é insuficiente. A crítica pelo outros é necessária. Sobre isso, diz Popper:

Temos que compreender claramente que precisamos dos outros (e os outros de nós) para descobrirmos e corrigirmos os erros, e, em particular, precisamos daqueles que tenham crescido não só com idéias diferentes mas em ambientes distintos. O que também implica tolerância. (POPPER, 1989, p. 182 - grifos no original).

Ou seja, Popper aposta no diálogo entre sujeitos como forma de alcançar um uso responsável do conhecimento. Mas sua argumentação se faz, originariamente, pensando na ciência, e é por extensão que a aplica às profissões intelectuais em geral. Gostaria de trazer alguns elementos da discussão oferecida por Popper para a questão específica da ética das profissões de saúde.

No campo da saúde, várias categorias profissionais estabelecem uma luta por certos territórios e domínios, a começar pelos médicos. Por exemplo, é bem antiga a luta de médicos por um domínio nos temas ligados à saúde. Já no século XIX, aqui no Brasil, médicos lutavam para afirmar sua autoridade no que diz respeito à saúde, tanto diante da sociedade brasileira como diante do Estado. E o fizeram utilizando vários expedientes, desde o combate aos que atuavam no seu domínio (acusados de serem charlatões), passando pela normatização das escolas médicas, chegando às disputas pelos espaços institucionais públicos nos quais se tratava da saúde.⁴

Já em pleno século XX, numa sociedade já medicalizada, e após a consagração da biomedicina, a base científica da medicina passa a ser um dos argumentos fundamentais na luta que se faz para preservar um lugar privilegiado da medicina e dos médicos no que diz respeito à saúde. Luta que se faz agora não apenas contra os charlatões, como também eventualmente contra outros profissionais de saúde que usem, aos olhos das entidades profissionais ligadas à medicina, ameaçar os domínios da medicina ou a autoridade dos

médicos. Por outro lado, nas lutas pelo reconhecimento social, o argumento evocando a cientificidade e reivindicando o *status* de autoridade aparece em muitas outras categorias de profissionais de saúde. Diante disso, somos levados a reconhecer que aquela antiga ética profissional, da qual falava Popper, ainda é exercida hoje.

Por outro lado, a ampliação e a diversidade do conhecimento dito científico que embasa ou pode embasar práticas de cuidado é de uma dimensão tal que é impossível crer que uma pessoa possa acumular todo o conhecimento em sua área. De fato, há um reconhecimento de que o cuidado em saúde é cada vez mais exercido por diferentes profissionais, cada um formado com outras idéias e em outras atmosferas.

Além disso, temos que reconhecer que as práticas de cuidado não são de fato tão pautadas no conhecimento científico. Isso é evidente na medicina, onde a alegação de justificativas científicas convive com padrões de condutas heterogêneas e contraditórios. Um padrão de conduta que se torna poroso às propagandas dos fabricantes de medicamentos ou equipamentos, às inseguranças dos profissionais, e até mesmo eventualmente aos objetivos de elevar o próprio ganho. Exatamente por isso, a simples afirmação da autoridade científica de um profissional não nos exime de examinar detalhadamente suas práticas, posto que muitas vezes elas não derivam do que podemos denominar de melhor conhecimento científico disponível. Tanto é assim que temos assistido a um crescente clamor pelo melhor uso das evidências científicas (no estilo da medicina baseada em evidências), quer na mesa no consultório ou na beira do leito, quer na forma de protocolos clínicos construídos baseados na melhor evidência científica disponível.

A expressão “melhor conhecimento científico disponível” se aproxima da concepção de Popper sobre a ciência. Como já vimos, segundo aquele autor, não podemos dizer que o conhecimento científico de que dispomos é verdadeiro. Para ele, a ciência poderá mostrar adiante que aquilo que hoje nos é verdadeiro de fato é falso, de fato é um erro. Daí que não podemos usar um conhecimento científico sem reconhecer sua falibilidade, e portanto, sem reconhecer que ele é tão somente o melhor conhecimento científico disponível. E o melhor conhecimento científico disponível é sempre conjectural.

Nesse contexto, talvez devamos resgatar a lição de Popper e propor uma nova ética dos profissionais de saúde, em que a autocrítica e o diálogo sobre condutas, protocolos, regras institucionais, projetos terapêuticos, se aprimorem continuamente nesse espaço de discussão. E onde todas as nossas condutas e práticas possam ser postas em exame, no sentido do esforço de seu aprimoramento, sobretudo aquelas que se apresentam como emanadas de uma autoridade.

Em resumo, Popper nos oferece uma densa crítica à ética profissional centrada na autoridade cognitiva. Além de criticar seu caráter intolerante, ele mostra que a visão de ciência que lhe subjaz não se sustenta. Popper nos convida a assumir uma outra ética profissional, mais tolerante, pois requer o diálogo com outros, e mais honesta, pois centrada no reconhecimento dos limites de nosso conhecimento.

Mas é necessário salientar os limites dessa proposição de nova ética feita por Popper: ela se apresenta como um conjunto de princípios ou de regras básicas de um processo de discussão racional, do qual resultaria um mundo melhor. De certo modo, ele olha para as práticas da ciência e quer ver nelas um exemplo do exercício da discussão racional crítica, que pode ser estendida para as profissões intelectuais. Popper concebe a ciência como sendo movida pela crítica racional, ou seja, pelo esforço de mostrar a falsidade das teorias postas em exame. A discussão racional, nesse sentido, seria pautada pelo exame criterioso dos argumentos, feito com a maior isenção possível. Seria, assim, um processo de discussão objetivo e impessoal.

Aqui nos afastamos de Popper. Os diversos estudos sobre a ciência, sobretudo aqueles que surgiram após os trabalhos de Kuhn, não corroboram a visão da ciência apresentada por Popper. Esses estudos sobre ciência nos ofereceram uma possibilidade de rever a idéia de verdade e de conhecimento objetivo. Eles vão deslocar a ciência de um lugar privilegiado de produção do conhecimento que se aproxima da verdade, para caracterizá-la como uma prática social com propósitos específicos e modos de operação que refletem as crenças e valores de seus praticantes (a comunidade científica). Por outro lado, não podemos considerar que as profissões de saúde se reduzem a simples aplicação de um conhecimento objetivo, no sentido pensado por Popper.

Assim, retenho de Popper a radicalidade de sua crítica ao argumento que evoca a autoridade científica de qualquer categoria profissional para furtar-se ao exame crítico de suas práticas e condutas, e a defesa de que muito podemos nos beneficiar do reconhecimento dos limites de nosso saber, e do convite ao diálogo com outros saberes, que decorre desse reconhecimento.

Mas, se temos elementos para criticar a antiga ética, ainda não temos elementos para configurar uma outra ética, alternativa a esta que criticamos.

Da busca da objetividade à busca da solidariedade

Gostaria de colocar em contraponto à argumentação de Popper algumas idéias tomadas de uma vertente do pensamento que pode ser denominada de neopragmatismo, e que tem no filósofo Richard Rorty uma de suas principais referências. Tomo inicialmente uma síntese apresentada por Costa:

Solidariedade, na acepção neopragmática, é um ideal de conhecimento posto como alternativa ao ideal da objetividade. O que quer dizer isto? Quer dizer que podemos imaginar duas formas de conhecer. Na primeira, achamos que aquilo que conhecemos só é verdadeiramente conhecido quando o conhecimento é tido como objetivo. Por objetivo entende-se, por um lado, o conhecimento isento de interesses “subjetivos”, e, por outro lado, o conhecimento supostamente em contato com a verdadeira “natureza” ou “essência” da coisa a ser conhecida. Acredita-se que o saber científico é o único confiável, do ponto de vista racional, já que só ele pode ser verificado, falsificado ou submetido ao controle de uma comunidade competente de especialistas, “desinteressada” em confirmar ou “interessada” em refutar as hipóteses de trabalho assumidas. Assim, todo o saber sobre atividades humanas deveria ter como modelo a investigação científica, senso estrito. (COSTA, 1994, p. 12).

Antes de apresentar o segundo ideal, da solidariedade, quero destacar os elementos dessa síntese que se relacionam ao pensamento de Popper. Como vimos, Popper propõe para os profissionais intelectuais uma ética que consiste fundamentalmente da aplicação do modelo que reconhece na ciência estrito senso. Se é verdade que Popper se contrapõe à idéia de que a ciência demonstra verdades ou verifica hipóteses – que, diga-se de passagem, servem de base para

aquela antiga ética centrada na autoridade – sua proposta segue perseguindo o ideal da objetividade como forma de legitimar o conhecimento, e, mais do que isso, forma de legitimar as práticas que aplicam o conhecimento. Se é verdade que ele rompe radicalmente com as idéias do senso comum sobre ciência, indicando que o conhecimento que temos é sempre um produto intersubjetivo, e que ele sugere o diálogo com outros como base de aproximação da verdade, por outro lado ele concebe uma norma para esse diálogo (que deve ser o mais criterioso e impessoal possível, ou seja, o mais objetivo). Portanto, Popper defende que a construção de um mundo melhor se faça pela ampliação de processos de discussão racional, vistos como melhor caminho para nos aproximarmos na verdade, esta entendida como correspondente à realidade.

Para Rorty, esse ideal de objetividade e essa noção de verdade como aquilo que corresponde à realidade refletem uma certa tradição da cultura ocidental que busca escapar às limitações de uma comunidade específica. Trata-se de buscar a verdade não no interior das crenças e valores que caracterizam nossa comunidade, mas assim e em um lugar para além de qualquer comunidade específica, imune, portanto, às influências subjetivas. No contexto dessa tradição, Rorty reconhecerá a contribuição de Platão, que distingue entre a mera opinião e o conhecimento, e entre a aparência e a realidade, que conspiram para a idéia de que a investigação racional deve tornar visível a dimensão oculta da realidade, inacessível aos meros mortais. Talvez tenhamos nessa formulação de Platão o embrião da afirmação da autoridade intelectual, tão criticada por Popper.

Alternativamente, o ideal da solidariedade parte da premissa de que não necessitamos de apelar para (ou imaginar) algo que transcende nossa comunidade para dar sentido a nossas vidas, a nossos conhecimentos, a nossos empreendimentos. Mais do que isso, “para o neopragmatismo, não podemos escapar do horizonte da tradição que circunscreve o que aprovamos como verdadeiro ou desaprovamos como falso. Somos indissociavelmente solidários dessa tradição [...]”. (COSTA, 1994, p. 13).

Nesta perspectiva, redefine-se a noção de verdade. Verdade deixa de ser referida a uma realidade, para tornar-se um critério de aprovação ou de advertência. “Verdade é o que nos parece aprovar como

verdadeiro” (COSTA, 1994, p. 13), e “conhecimento verdadeiro é o aprovado por quem de direito” (COSTA, 1989, p. 13). Redefine-se também a idéia de objetividade e de investigação racional:

De um ponto de vista pragmático, dizer que a crença que se apresenta agora para nós como racional não precisa ser verdadeira é simplesmente dizer que alguém pode surgir com alguma idéia melhor. É dizer que há sempre espaço para uma crença aperfeiçoada, desde que uma nova evidência, ou novas hipóteses, ou todo um novo vocabulário, também a acompanhe. Para os pragmáticos, o desejo de objetividade não é o desejo de escapar das limitações de uma comunidade, mas simplesmente o desejo de alcançar a maior concordância intersubjetiva possível, o desejo de estender a referência do pronome “nós” tão longe como possível (RORTY, 1997, p. 39).

Note-se que essa posição guarda semelhanças com a de Popper, na medida em que este também reconhecia que a objetividade derivava da intersubjetividade (ou seja, do diálogo crítico dos sujeitos). Contudo, ao contrário de Popper, a busca de um mundo melhor não se faria no esforço (nunca plenamente alcançado) de busca de uma verdade posta sempre além de nós, mas pela tentativa de incluir (por ampliação dos consensos intersubjetivos) outros (com outras visões e crescidos em outros ambientes) no “nós”. Não há aqui nenhum espaço para o acirramento, por exemplo, das disputas entre profissionais de saúde.

Mas como avaliar o conhecimento que temos, se não mais dispomos de alguma forma de acesso privilegiado à realidade? Rorty propõe que adotemos como critério a nossa tradição moral, e fundamentalmente no que diz aos imperativos do direito à vida, à liberdade e à busca da felicidade. Adotar tais critérios implica uma grande responsabilidade intelectual: “ou agimos como sujeitos morais, solidários no que podemos conhecer e na ética à qual podemos aspirar, ou tornamos homens supérfluos” (COSTA, 1994, p. 15). Este é um imperativo para profissionais intelectuais, e para profissionais de saúde. “Afim, para que saber e porque saber? – senão para construirmos, juntos com outros, uma vida mais bela e mais feliz!” (COSTA, 1994, p. 15).

Integralidade, responsabilidade intelectual e solidariedade

Volto à idéia de duas éticas para profissionais intelectuais. E focalizo agora nos profissionais de saúde. Uma, que chamei de

corporativa, toma como centro a idéia de autoridade, e uma idéia que tem por base o ideal da objetividade, e que reconhece na ciência uma fonte de comprovação da veracidade do conhecimento. Uma ética que afirma o eu (eu sei), e desqualifica o outro (só eu sei). Uma ética que se relaciona, como Popper mostra, ao não-reconhecimento do limite do conhecimento, à intolerância e ao imperativo de encobrir erros, tudo por amor da autoridade. Uma ética que se presta à luta por um domínio, por uma hierarquia entre profissionais de saúde.

Fizemos uma crítica a essa ética, evocando inicialmente um pouco de Popper, para mostrar que ela não se sustenta mesmo dentro do ideal de objetividade. Seguimos inspirados um pouco em Rorty e em Costa; radicalizamos essa crítica, ao sustentar alguns pontos tomados do neopragmatismo. E esboçamos uma proposta de uma ética profissional alternativa. Nela, nós, profissionais de saúde, deveríamos buscar no imperativo moral de defesa da vida, e dos ideais de uma vida mais bela e mais feliz, o sentido para nossas práticas profissionais. Nela, nosso conhecimento é verdadeiro na medida em que (e somente na medida em que) permite produzir o alívio do sofrimento, permite evitar um sofrimento possível, permite alargar os dos modos de andar a vida estreitados pela doença – enfim, na medida em que produzimos nos outros uma vida mais bela e feliz. Nela, nossos compromissos morais nos levam a um contínuo (re)exame de nossas crenças (de nossas condutas, de nossos procedimentos, das regras que pautam nossas práticas, etc.), explorando a possibilidade de substituí-las por crenças melhores.

Exame que se faz não apenas através do exercício da autocrítica, mas também (e sobretudo) pelas tentativas de ampliação dos consensos intersubjetivos, pela ampliação do “nós”, deslocando-se de categorias profissionais (médico, enfermeiro, nutricionista, cirurgião-dentista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico, profissionais de nível técnico, agentes comunitários, etc.) em direção a um nós chamado equipe. E deslocando-se (através de práticas dialógicas, do exercício da escuta, da fusão de horizontes, do exercício da alteridade, do desenvolvimento de cumplicidade, etc.) de um nós chamado equipe para um nós que inclua os outros não-profissionais (usuários, pacientes, sujeitos, cidadãos, ou como se queira chamá-los); um nós que efetivamente seja capaz de buscar uma vida mais bela e mais feliz.

E a integralidade? Vejo-a nesse contexto como um novo vocabulário, ou melhor, como um conjunto de novos vocabulários que enunciam diferentes aspectos de aspirações e de valores presentes em nossa cultura. Novos vocábulos que nos convidam ao contínuo reexame das nossas práticas, dos modos como organizamos nossos serviços, e dos modos como formulamos as políticas de saúde. Vocábulos que surgem, não a partir de autoridades intelectuais, mas a partir da necessidade de diferenciar, nas práticas, nos modos de organizar serviços de saúde e nas políticas de saúde, aspectos criticáveis das características desejáveis. Vocábulos que designam valores pelos quais vale a pena lutar. Mas, talvez nessa luta, devamos aspirar também a uma nova ética profissional.

Referências

- BALINT, M. *O médico seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.
- COSTA, J. F. Prefácio. In: PARKER, R. (Org.). *A construção da solidariedade*. Aids, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. (História Social da Aids, 3).
- MACHADO, R. et al. *Danação da norma*. Medicina Social e constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 39-64.
- POPPER, K. R. *Em busca de um mundo melhor*. Lisboa: Editorial Fragmentos, 1989 (Coleção Problemas).
- RORTY, R. *Objetivismo, relativismo e verdade*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997 (Escritos Filosóficos, v. 1).

Notas

¹ Refiro-me, com esta expressão, a uma característica do processo de construção dos argumentos aqui apresentados. Tomei nesta construção elementos advindos da própria reflexão sobre acontecimentos ao nosso redor (como a reflexão sobre um anúncio ao qual assisti durante uma viagem), e elementos tomados de alguns pensadores, procurando articulá-los no exame de éticas profissionais. A expressão “um pouco daqui, um pouco dali e um pouco de acolá” é inspirada em anotação de Beethoven numa partitura de sua autoria, destacada por Popper após uma visita sua a uma exposição dos cadernos de anotação de Beethoven (cf. POPPER, 1989).

² Refiro-me aqui especialmente ao clássico de Michael Balint, intitulado *O Médico, seu paciente e a doença*. (BALINT, 1984).

³ Embora esse livro tenha sido recentemente traduzido e publicado no Brasil, tomo como base a tradução publicada em Portugal.

⁴ Vide Machado et al. (1978).

PARTE 3

**Contribuições teórico-metodológicas
para estudos sobre trabalho em equipe
na saúde e integralidade**

Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo

ANA LUCIA C. HECKERT
CLÁUDIA ABBÊS BAETA NEVES

Este trabalho visa a compartilhar reflexões acerca dos processos de formação dos profissionais de saúde. Neste sentido, pretende discutir a formação como um processo de intervenção que se afirma na indissociabilidade entre pensamento e vida, entre invenção de si e de mundo, trazendo para o debate da formação dos profissionais de saúde a experiência de formação do Curso de Formação de Apoiadores da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.¹ O princípio que pretendemos discutir aqui se pauta na compreensão de que os processos de formação, os modos de cuidar e os modos de gerir são indissociáveis, ainda que sejam distintos.

Formação e integralidade

Os processos de produção de saúde se fazem numa rede de relações que, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder e por lógicas de fragmentação entre saberes/práticas, requerem atenção inclusiva para a multiplicidade de condicionantes da saúde que não cabem mais na redução do binômio queixa-conduta. Envolver-se com a produção do cuidado em saúde nos “lança” irremediavelmente no campo da complexidade das relações, entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, onde a opção excludente por um dos pólos não se sustenta para a efetiva alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde. Deste modo, construir um processo de formação para trabalhadores de saúde implica estarmos atentos a esta complexidade e fazermos escolhas teórico-metodológicas que

expressem um campo de interlocução, entre os saberes, indissociado de um método, de um modo de fazer a formação.

Essas escolhas são sempre escolhas ético-políticas. Paul Veyne (1978, p. 86) diz algo que nos ajuda nessa direção: não se trata de “explicar as práticas a partir de uma causa única, mas a partir de todas as práticas vizinhas nas quais se ancoram. Esse método pictórico produz quadros estranhos, onde as relações substituem os objetos”.

O cotidiano dos serviços de saúde, em suas relações com os modos de fazer a atenção e a gestão, é matéria constituinte e, portanto, primordial na construção de processos de formação que busquem enfrentar os desafios da concretização SUS, e de seu princípio de integralidade, alterando as práticas de saúde e dos sujeitos nelas implicados. Essa compreensão tem estado presente nas produções de pesquisadores que se têm voltado para a análise dos processos de formação e das políticas de formação dos profissionais de saúde. Nesta direção, vários autores² têm sinalizado que as políticas de formação dos profissionais de saúde implicam a apreensão da complexidade que permeia o SUS na atualidade e, deste modo, requerem ações de formação que se engendrem em um processo de construção coletiva com os sujeitos envolvidos. Conforme apontam Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43),

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Cabe ressaltar que a interferência nos modos de formar, cuidar e gerir implica a construção de redes que potencializem movimentos de mudança, por meio da problematização dos modos de cuidar e gerir instituídos. Contudo, se apostamos em movimentos de mudança nas práticas vigentes no SUS, tal processo somente terá efetividade se esses movimentos estiverem conectados com os processos de trabalho nos serviços de saúde, seus trabalhadores e usuários. É neste campo de imersão que a formação ganha consistência de intervenção, de intervir entre ações, experimentando os desafios cotidianos

de materialização dos princípios do SUS e da invenção de novos territórios existenciais.

A integralidade, princípio e diretriz do SUS, coloca em cena alguns aspectos da maior importância, a saber: a concepção de saúde/doença, o funcionamento dos serviços de saúde em rede, a organização do processo de trabalho no campo da saúde, a não-fragmentação da assistência, as práticas de cuidado, dentre outras questões. Assim, podemos perceber que a discussão da integralidade remete à análise dos modelos instituídos de atenção e gestão do SUS, buscando afirmar um *ethos*, uma prática ético-política no campo da saúde, que se contrapõe aos reducionismos, à objetivação dos sujeitos, à fragmentação dos modelos de atenção e de organização do processo de trabalho em saúde, assim como dos processos de formação (MATTOS, 2001).

Frente às políticas de formação profissional que têm (re)produzido a fragmentação dos saberes e práticas em saúde, entendemos que a interferência nos modos instituídos de produzir cuidado em saúde demanda a problematização das ações de formação e gestão vigentes. Demanda tomar os processos de trabalho, em seus impasses e desafios, como vetor fundamental na constituição dos processos de formação, uma vez que abordar as práticas de cuidado e de gestão em saúde implica compreender a multiplicidade que as constitui.

Se tomamos a integralidade como um dos princípios e diretrizes fundamentais das práticas de cuidado em saúde, torna-se necessário debater como vêm se dando os processos de formação dos profissionais em saúde. Percebe-se que ainda lidamos com processos de formação que, no cotidiano, têm esvaziado os princípios da integralidade (PINHEIRO *et al.*, 2005). Ou seja, o que está em jogo também são as concepções/práticas de formação vigentes no campo da Saúde. Como afirmar a integralidade sem problematizar as práticas de formação pautadas em concepções que dissociam atenção e gestão, pensamento e vida, e que ainda focalizam a intervenção profissional no binômio queixa-conduta?

Percebe-se que um dos desafios enfrentados no cotidiano das práticas de saúde reside, exatamente, nos modos verticalizados de gestão e na dissociação entre modelos de atenção (modos de cuidar) e modelos de gestão (modos de gestão). Tal separação tem ratificado

práticas que concebem a gestão como reduzida à administração do sistema de saúde e centrada na figura do gestor. Desse modo, há aqueles que planejam e pensam a ordenação do sistema de saúde (os gestores) e aqueles que executam e operacionalizam os planejamentos formulados por outrem. De um lado, os que planejam/pensam e, de outro, os que fazem/cuidam. Essa formulação indica desenhos de gestão que se materializam em modos de organização dos processos de trabalho, em definição de modos de cuidar e, ainda, em elaboração de políticas de formação dos profissionais. Ressaltamos que as políticas de formação, pautadas nesse modelo dualista e dicotômico de gestão, acabam por instituir processos de formação que, dissociados dos modos de cuidar e de gerir, operam uma cisão radical entre pensamento e vida.

Desse modo, entendemos que não se trata de apontar modelos político-pedagógicos ideais, abstratos e dissociados do cotidiano dos processos de trabalho, mas, principalmente, indicar modos de fazer a formação (princípios e métodos) que se construam num *ethos* da integralidade e da indissociabilidade entre cuidar, gerir e formar. Outrossim, requer entender a formação como “atitude” transdisciplinar, ou seja, em sua potência de produzir aberturas a novas sensibilidades, “dizibilidades” e visibilidades que expressam a multivetorialização nos quais estão envolvidas as práticas concretas de cuidado e gestão em saúde. Essas práticas se materializam na relação entre os sujeitos envolvidos na e com a construção do cuidado, nos modos de acolher, de gerir, de fazer a escuta, de compartilharem saberes e diferentes modos de estar nos verbos da vida (viver, trabalhar, sentir e perceber o mundo). Como sinaliza Benevides (2005, p. 4), “é no entre os saberes que a invenção acontece, é no limite de seus poderes que os saberes têm o que contribuir para um outro mundo possível, para uma outra saúde possível”.

Neste entendimento, a formação é um processo que extrapola o sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos referidos a uma dada profissão e a serem aplicados em dada realidade. Formação significa, sobretudo, produção de realidade, constituição de modos de existência – portanto, não se dissocia da criação de modos de gestão do processo de trabalho.

Processos de formação: equivocando o sentido da formação-consumo

Uma educação centrada no pensamento não prescreve regras absolutas nem proibições definitivas. Ela orienta e desperta a vida, estimula as multiplicidades, não para esmagá-las, mas para exercitar o corpo e o pensamento a vivenciar os seus limites e ultrapassá-los. [...] Uma educação centrada no pensamento afirmativo da vida é sobretudo cruel, o contrário da pedagogia piedosa e vingativa. É cruel com o corpo e com o espírito, não porque quer arruiná-los, mas, ao contrário, porque quer vê-los fortes, ousados e poderosos, deseja vê-los capazes de enfrentar qualquer acontecimento e de caminhar livres, com a sabedoria alegre do riso. (FUGANTI, 1990, p. 68).

Os processos de formação serão aqui analisados em seus diferentes e distintos vetores: a formação como forma e a formação como força. Entretanto, cabe sinalizar que esses vetores, apesar de distintos, coexistem, pois é nas formas que se ativa o plano criador das forças. Por vetor-forma estamos entendendo os processos de formação em suas possibilidades de compartilhamento de experiências, sua ação de problematização da experiência; e por vetor-força estamos considerando os processos de formação em seus efeitos de potência disruptiva. Contudo, o vetor-forma abarca também processos naturalizados e reificados, expressos na fragmentação dos saberes, nas hierarquizações e no especialismo.

Neste sentido, é importante destacar algumas questões que se colocam como princípios quando tratamos de processos de formação. Para nós, a formação é uma instituição³ que produz verdades, objetos-saberes e modos de subjetivação. Operar com tal noção implica ocupar-se da formação e entendê-la como uma prática passível de provocar movimentos, estabilizações e desestabilizações, ela incita, por sua potência de provocar a produção de outros problemas, ou seja, pela sua condição problematizadora.

A noção de formação que objetivamos percorrer se confronta diretamente com a instituição-*especialismos* que demarca muitos processos de formação. Tais práticas acabam por invalidar saberes e fazeres e operam de forma tuteladora quando pretendem autorizar o que é melhor ou pior para o outro. Além disso, potencializa hierarquizações, uma vez que funciona discriminando quem sabe e

quem não sabe. Assim, o viés de formação que visamos a afirmar reside menos em seu caráter de mera transmissão de conhecimento (ainda que não se prescindia dos conhecimentos) e muito mais por sua potência disruptiva.

Desse modo, não se trata de lidar com conhecimentos e informações como objetos já dados ou com técnicas destituídas de seu caráter de produção social, econômica e cultural que são repassadas a receptores passivos. Neste caso, estaríamos no plano de uma formação-consumo, que tem funcionado através do consumo de *kits* ou de técnicas a serem aplicadas e no desenvolvimento de novas habilidades descartáveis e apartadas do cotidiano dos serviços.

Nossa perspectiva se afasta das trilhas da reafirmação das “fôrmas” de ação que perseguem a repetição do mesmo, diferente disto, o que buscamos potencializar nos processos de formação são as formas de ação que produzem movimentos afirmadores da vida, que fomentam contágios e perturbação nos processos instituídos (BARROS, 2006). De fato, o que visamos é a força de intervenção dos processos de formação como dispositivos potentes de problematização de si e do mundo. Nessa perspectiva o conhecimento não é um dado *a priori*, não está no mundo para ser descoberto, ele produz, num mesmo movimento, sujeito e mundo. Estes, entendidos como efeitos das práticas, é que podem problematizar as estabilizações nas quais se atualizam na realidade. O que temos aqui é uma desestabilização da dicotomia clássica entre sujeito e objeto, entendidos como unidades bem demarcadas ou mesmo opostas, ou como unidades relacionadas numa perspectiva de sobredeterminação, ora do sujeito sobre o objeto, ora do objeto sobre o sujeito. O que aqui ganha relevo é a aposta no caráter intervencionista do conhecimento, que se afirma no entendimento de que “todo conhecer é um fazer” (BENEVIDES, 2007).

As atividades do trabalho humano, além dos modos operatórios definidos pelas normas prescritas para as diferentes tarefas, implicam, também, improviso, antecipação. Trabalhar é gerir, é co-gerir (SCHWARTZ, 2000). Portanto, estamos nos referindo a um processo de formação em saúde como possibilidade de produzir novas normas, novas formas de vida/trabalho.

Com isso afirmamos que os processos de trabalho são campos de produção de saber em que não se aprende por si mesmo, mas onde

estão em cena redes de saberes formulados coletivamente. Se reduzimos o trabalho ao emprego, ao desempenho de uma tarefa formulada por outrem (cisão entre planejar e fazer, cuidar e gerir), focalizamos somente uma das formas que o trabalho assumiu em nossa sociedade. Neste caso, gerir seria sinônimo de administrar, e trabalhar seria o correlato de executar meramente prescrições já formuladas. Porém, o trabalho é exercício da potência de criação do humano, é inventar a si e o mundo. Trabalhar é gerir e colocar à prova experiências, saberes, prescrições; é lidar com a variabilidade e imprevisibilidade que permeia a vida, criando novas estratégias, novas normas. Ao gerir o trabalho, os sujeitos criam e recriam saberes sofisticados e necessários ao seu fazer. Desse modo, como afirmou Yves Clot (s/d), a análise do processo de trabalho requer perceber não somente o que foi feito, mas *como* foi feito, o que se deixou de fazer, o que foi desfeito e o que não se conseguiu fazer. Ou seja, há modos de fazer desperdiçados e desqualificados que são fundamentais ao processo de trabalho e sem os quais seria impossível lidar com os imprevistos.

Estamos, portanto, tratando com a dimensão inventiva do trabalho sem, com isso, negligenciar os processos de exploração, de submissão, de violência que aí se presentificam. Mas dizer do caráter de dominação que permeia o processo de trabalho não fala de tudo que o trabalho é, pois deixa exatamente de lado sua dimensão inventora. A ação não está permeada apenas por formas (que são elementos importantes), mas é fabricada em um jogo de forças que não está definido *a priori*, uma vez que são as forças que delineiam as formas, ao mesmo tempo em que não se esgota nessas formas. Trabalho e formação podem, também, ser campo de produção de novos possíveis, de fabricação de aprendizes-inventores.

O que podemos perceber é que, ao abordar o cuidado em saúde apartado dos processos de gestão do cuidado e dos modos de fazer a formação, sedimentam-se e (re)alimentam-se algumas práticas naturalizadas que só reforçam os impasses que precisamos enfrentar. No que se refere à formação, reforça-se uma perspectiva bancária de produção e transmissão do saber, compreendida como processo cumulativo em que saberes são depositados sequencialmente e onde cada conhecimento é hierarquicamente superior aos demais. Seus efeitos nos modos de produzir o cuidado se sacralizam em perspec-

tivas que tomam a saúde como contraponto da doença, como ausência de doença, e o sujeito como objeto das ações de saberes fragmentados e absolutos que definem a verdade sobre o sujeito. No que se refere à gestão aborda-se essa ação como tarefa exclusiva de especialistas (gestor/administrador) que definem os modos de organizar o processo de trabalho, o modo de dispor as ações nas instituições de saúde, reduzindo o trabalho apenas à sua face prescritiva. Diferentemente disto, entendemos que gestão é sempre de processos de trabalho e... com pessoas.

Objetivamos, portanto, afirmar que formar implica dialogar com redes de saberes e de experiências. Porém, o diálogo firmado não pretende constatar, verificar ou confirmar um dado processo, tampouco observá-lo assepticamente de forma “piedosa”, ou ainda aplicar conhecimentos a uma dada situação. O que se pretende é afirmar uma prática de formação “impiedosa” que não busca observar uma trajetória, mas nela interferir produzindo desvios, desnaturalizando o que parece confortável.

Assim, é num entre-lugar que esta formação se situa, posto que não se coloca numa perspectiva basista que corre o risco de perpetuar naturalizações e, tampouco, visa a fortalecer desqualificações da experiência concreta dos coletivos. O que se deseja é disparar processos de formação-intervenção que se construam por entre as formas dadas, incitando a criação de outros possíveis, mantendo a tensão entre problematização e ação.

A experiência do curso de apoiadores da PNH⁴: um modo de fazer

Existem momentos na vida em que a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e refletir (FOUCAULT, 1994).

A Política Nacional de Humanização do SUS realizou, de abril a dezembro de 2006, o curso de Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde, através de uma parceria de cooperação técnica entre Ministério da Saúde/SAS/PNH, UFF e FIOCRUZ/ENSP/EAD. O curso objetivava formar 140

apoiadores institucionais capazes de interferir na complexidade de processos que envolvem o SUS, ou seja, na dinâmica da produção da tríade saúde-doença-atenção e intervir sobre problemas de gestão dos serviços e processos de trabalho em saúde, tomando por referência a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde – PNH. A finalidade era ampliar o coletivo da PNH, multiplicando seus atores, por meio da constituição de um grupo de 14 formadores que teriam a função de acompanhar o processo de formação-intervenção de 120 apoiadores institucionais.⁵ Cada formador foi responsável por um grupo de até dez apoiadores, formando com estes uma Unidade de Produção (UP).⁶ As UPs foram compostas a partir da seleção de trabalhadores engajados em serviços de saúde prioritários para a implantação e/ou consolidação da PNH local.

A proposta do curso se fez no entendimento de que “as práticas de gestão e de atenção são entendidas como espaços privilegiados para a introdução de mudanças nos serviços, pois são lócus importante para a reorganização dos processos de trabalho, ampliação e qualificação das ofertas em saúde” (BRASIL, 2007). A ênfase do curso se colocou na construção de fundamentos teóricos e metodológicos que permitisse aos profissionais de saúde intervir em problemas complexos presentes no contexto das instituições de saúde e dos coletivos que nela se constituem e atravessam, bem como viabilizar a construção/potencialização de redes de comunicação. Deste modo, realizou um processo de formação que considerava e partia dos lócus de intervenção dos trabalhadores em saúde, ou seja, os sistemas e serviços de saúde. O objetivo era que os profissionais de saúde extraíssem de suas vivências e experiências os elementos disparadores do estudo e da pesquisa, ao mesmo tempo em que pudessem intervir nessas “realidades”, tomando por referência a PNH e seus dispositivos.

Os princípios do curso pautaram-se em uma compreensão da formação como intervenção, ou seja, como política que “articula produção de conhecimento, interferência nas práticas de atenção e gestão, produção de saúde e produção de sujeitos de modo indissociável.” (BRASIL, 2007, p. 5). Neste sentido, as dicotomias ainda presentes no campo da saúde (Saúde Coletiva e clínica, indivíduo e coletivo, etc.), o isolamento e fragmentação dos diversos cam-

pos do saber, bem como os especialismos que contribuem para dissociar técnica e política, apontavam como desafio a afirmação de uma compreensão transdisciplinar que potencializasse a conexão entre disciplinas e práticas (BENEVIDES, 2007).

A função de apoio institucional

A função de apoio institucional, conforme proposição de Passos, Neves e Benevides (2006), implica uma ação “entre”, na interface entre produção de saúde e produção de subjetividade, entre análise das demandas e ofertas, entre as instituições de saúde e os movimentos que estranham seus funcionamentos, sejam eles movimentos sociais, analisadores⁷ sociais ou mesmo os movimentos sensíveis que operam aberturas e alteram os modos de sentir e perceber o mundo. Falamos, então, que o lugar do apoio funcionaria como um “não-lugar” (utopos), já que ele se dá no movimento de coletivos, como suporte aos movimentos de mudança por eles deflagrados. Sua intervenção funciona como um dispositivo que dispara movimentos e produz movimentos no próprio movimento, ampliando a capacidade de reflexão e análise de coletivos através de suporte textual e tecnologias. Dizemos, então, que seu trabalho é uma tarefa “em ato”, na experimentação da intervenção. É um fazer com, em meio ao próprio campo e em suas interferências mútuas, ali mesmo onde se dá, no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança. No dizer dos coordenadores do curso, Passos e Benevides (2006, p. 14):

O apoiador não é simplesmente um consultor, que palpita sobre o trabalho e diz das mazelas do grupo; nem tampouco sua ação se resume à assessoria, indicando caminhos a partir de um suposto saber externo que atua sobre o grupo. Sem negar estas especificidades, o apoiador é alguém que penetra no grupo para acioná-lo como dispositivo, apresentando como um “fora dentro incluído”, alguém que atravessa o grupo não para feri-lo, ou para anunciar suas debilidades, mas para operar junto com o grupo em um processo de transformação na própria grupalidade e nos modos de organizar o trabalho e de ofertar ações e estratégias de saúde.

Modo de funcionamento e efeitos-ressonância do curso

Tendo em vista a abrangência geográfica do curso, dividido em quatro macrorregiões – Sudeste, Norte/Centro-Oeste, Nordeste e

Sul –, decidiu-se utilizar a ferramenta EAD, por meio de parceria de cooperação técnica entre Ministério da Saúde/SAS/PNH e FIOCRUZ/ENSP, como forma de viabilizar a formação de formadores de apoiadores da PNH e de apoiadores para a PNH.

Considerando a complexidade do SUS e das demandas que permeiam os serviços de saúde, o desenho do curso objetivou partir das experiências concretas dos sujeitos, vivenciadas no processo de trabalho, afirmando seu protagonismo no processo de formação. Neste sentido, o curso foi organizado de modo a viabilizar o encontro e compartilhamento das experiências tecidas no cotidiano do SUS, a partir da problematização das ações nos serviços/sistemas de saúde e na elaboração de propostas de intervenção a serem desenvolvidas pelos apoiadores institucionais nos serviços/sistemas em que estavam inseridos. As atividades abarcaram encontros presenciais (locais, regionais e nacionais) que objetivaram apropriação dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH; encontros virtuais, com utilização de ambiente virtual disponibilizado pelo sistema VIASK/EAD/FIOCRUZ, visando a discutir o cotidiano de trabalho no SUS, acompanhar as intervenções efetuadas pelos apoiadores e elaborar relato monográfico com análise da experiência vivenciada, que foi apresentado e debatido em encontro nacional.

A partir dos encontros nacionais/regionais, cada UP⁸ construiu um plano de estudo para discutir os princípios, diretrizes e dispositivos da PNH, e um plano de intervenção que abarcava os planos de intervenção que cada apoiador desenvolveria no sistema/serviço a que se vinculava.

Os planos de estudos e de intervenção dos apoiadores foram acompanhados diretamente pelos formadores, em parceria com apoiadores pedagógicos, função desempenhada pelas autoras, que tinham como função fornecer suporte teórico-metodológico, pedagógico e político aos formadores. Cabe ressaltar que o plano de intervenção de cada apoiador implicou o mapeamento das demandas do sistema/serviço ao qual o apoiador se vinculava, a definição de um dos dispositivos da PNH que nortearia a intervenção, bem como a pactuação da intervenção com o sistema/serviço. O mapeamento configurou-se como um analisador que permitiu dar visibilidade a várias questões que perpassam as políticas públicas de saúde no Brasil:

as relações de poder, as dificuldades em efetuar processos de referência e contra-referência, o modo de lidar com os direitos dos usuários, o controle social, a hierarquização e o patrimonialismo presentes nas práticas de gestão do SUS, a iniquidade das políticas públicas, as dificuldades na capilarização da política de humanização do SUS, dentre outros.

No decorrer do processo de formação, os apoiadores foram estimulados a problematizar seu saber-fazer e a criar estratégias de intervenção frente aos desafios colocados nos sistemas/serviços de saúde. Ao mesmo tempo, o modo de organização e funcionamento do curso tinha como princípio e desafio a afirmação do protagonismo e co-responsabilização dos sujeitos no processo de formação-intervenção, o que implicou a pactuação coletiva dos modos de funcionar do curso, a efetuação de desvios aos caminhos prescritos de modo a possibilitar que a formação se efetuassem como criação de formas de ação e não como fôrma modelar. A construção de redes e o fomento/expansão das redes já existentes foi uma estratégia que permeou todo o processo de formação.

O acoplamento entre plano de estudos e plano de intervenção permitiu aos apoiadores dispararem discussões nos sistemas/serviços de saúde, trazendo para o debate o cotidiano de trabalho no SUS, as experiências de reinvenção do SUS, os impasses vivenciados no cotidiano de trabalho, os limites dos diversos campos de saber e das tecnologias existentes frente à complexidade das demandas atuais que permeiam a saúde, a necessidade de potencializar as redes existentes.

Os relatórios efetuados pelos formadores e o relatório monográfico dos apoiadores permite-nos perceber que a proposta do curso, seu desenho e modo de funcionamento viabilizaram não apenas a apropriação de princípios, diretrizes e dispositivos da PNH. Tão importante quanto o estudo dos princípios teórico-metodológicos da PNH, foram os movimentos disparados pelas intervenções dos apoiadores nos sistemas/serviços. Os processos de intervenção possibilitaram criar estratégias para enfrentar desafios, tais como: articulação de iniciativas de humanização do SUS, até então isoladas; mapeamento do processo de trabalho nos serviços de saúde, identificando pontos críticos e elaborando estratégias de superação; criação de rodas de conversa incluindo trabalhadores, gestores e usuários para reflexão

acerca do processo de trabalho e da assistência nos serviços de saúde; organização de fluxos de atendimento, melhorando acessibilidade e identificando ações a serem implementadas, no sentido de possibilitar atendimento em saúde com resolutibilidade; fortalecimento de uma política de formação permanente dos trabalhadores do campo da Saúde. Os planos de intervenção dispararam rodas de conversa nos serviços, interferindo nos modos de gestão e atenção instituídos. Os apoiadores indicam que o curso lhes permitiu ampliar suas caixas de ferramentas, qualificando ações já disparadas, ampliando a capacidade de análise dos profissionais da saúde.

Por fim, podemos dizer, a partir das avaliações efetuadas pelos participantes do curso, que essa ação se constituiu como oportunidade de problematização da experiência de trabalho vivenciada pelos profissionais da saúde, uma vez que privilegiou o compartilhamento de experiências entre esses atores, e destes com os profissionais de saúde atuantes nos sistemas/serviços em que as intervenções se deram, e os usuários do SUS.

Desse modo, o curso foi um dispositivo que provocou agregação, fomentou grupalidade, aqueceu redes esfriadas em função de isolamentos das ações no campo da Saúde, permitiu construção de redes novas e colocou a humanização das ações de saúde em pauta.

Formação como intervir "entre"

Iniciamos este artigo trazendo um diálogo com pesquisadores que vêm discutindo e problematizando os processos de formação dos profissionais de saúde. Boa parte da produção acadêmica preocupada com o fortalecimento dos princípios do SUS, portanto, tem acentuado o caráter fragmentador das ações de formação instituídas. A oposição teoria-prática, estudo-intervenção, sujeito-objeto, pesquisa-ação, tem contribuído na perpetuação de processos de formação divorciados dos processos de trabalho, ou seja, da experiência concreta dos sujeitos. Ao trazer a experiência do Curso de Formadores e Apoiadores da PNH, não buscamos acenar com um novo modelo de formação, mas compartilhar experiências de apostas em práticas de formação conectadas ao processo de trabalho. Entre práticas apaziguadoras, que não vêm perspectivas de interferência nos dilemas que vivemos no presente, e práticas de desassossego que inda-

gam as evidências que nos constituem (FOUCAULT, 1985) se forjam os processos de formação.

A formação se constitui no *entre*, no embate do plano de forças e das formas já constituídas. Como afetar? Como produzir movimentos nos serviços de saúde permeados por práticas de invenção e, também, por processos de banalização da iniquidade, pelo sucateamento da existência? Como fazer da formação um processo de escrita nômade que reinventa caminhos ao caminhar? Como produzir redes quentes?

Como nossa aposta não é nos processos de formação modelares e modeladores, algumas questões, do nosso ponto de vista, merecem uma discussão entre aqueles que têm como matéria de trabalho o campo da formação. Se a aposta da formação tem como princípio a problematização das práticas em saúde, é importante refletir como vimos lidando com os processos de aprendizagem. A concepção que postula a aprendizagem como ação que se dá entre um sujeito e um objeto já dado *a priori*, acaba por reificar aquelas noções que postulam, de um lado, emissores, e de outro, receptores (ainda que estes sejam tomados como sujeitos ativos do processo de conhecimento). Entender a formação deste modo tem significado a anulação do protagonismo dos sujeitos, bem como práticas de formação descoladas dos contextos sociais, geopolíticos e culturais. Tem redundado também em ações de formação homogeneizadoras que acabam por separar técnica e política, formação e ação. As especificidades dos serviços/sistemas de saúde requerem torção nos modos de fazer formação, a fim de que seja possível acolher essas diferentes realidades não como um já dado, mas como movimento de desestabilização do próprio processo de formação.

Um dos desafios cruciais para aquelas propostas de formação que têm como princípio a indissociabilidade entre formar, cuidar e gerir é que as políticas que têm como princípio a construção/potencialização do protagonismo dos profissionais e usuários são contra-hegemônicas aos modos hegemônicos com que muitas políticas de governo se fazem. Estas últimas se alimentam da produção de práticas tutelares que visam à perpetuação de redes de dependência e isolamento.

Entre os interesses das corporações, a precarização do trabalho, a desqualificação dos usuários e das redes sociais, as práticas privatistas

e patrimonialistas, as experiências de re-encantamento do SUS, constituem-se modos de cuidar e de gerir. Assim, modos de saber se forjam no cotidiano de trabalho, desviando-se de prescrições reificadas. Partir desses modos de saber-fazer é fundamental, se desejamos efetuar processos de formação que funcionem como dispositivos de intervenção nas práticas de produção de saúde.

Referências

- BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; CECCIM, R. (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 131-151.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- _____. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? *Psicologia e Sociedade*. Porto Alegre, v. 17, n. 2, maio-agosto, 2005.
- _____. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.
- BENEVIDES, R. D. B. *Grupos: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de Formação de Formadores e de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. *Projeto de Cooperação Técnica*. Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de Formação de Formadores e de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista Saúde Coletiva*. v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- CLOT, Y. *et al.* Entretiens em autoconfrontation croisé: une méthode em clinique de l'activité. *Pratiques psychologiques*, v. 1, p. 53-62. s/d.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1994.
- _____. *História da sexualidade*. V. 1. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- FUGANTI, L. A. Saúde, desejo e pensamento. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde e loucura*, 2. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 19-82.
- HENRIQUES, R. L. M. *et al.* *A Integralidade do cuidado em saúde e a formação profissional*. VI IN: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, Belo Horizonte, jul, 2005.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001, p. 41-66.

PASSOS, E.; NEVES, C. A. B.; BENEVIDES, R. B. *Apoio institucional*. 2006. No prelo.
PINHEIRO, R. *et al.* *A integralidade na prática da formação e no cuidado em saúde*. IN: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 6. Belo Horizonte, 2 a 5 de julho de 2005.

SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Trabalho & educação*. Belo Horizonte, n. 7, p. 38-46, jul/dez. 2000.

VEYNE, P. *Como se escreve a história (1971) e Foucault revoluciona a história*. Brasília: UNB, 1978.

Notas

¹ Curso realizado através da parceria entre o MS/SAS/PNH, Fiocruz/EAD e Universidade Federal Fluminense, de abril a dezembro de 2006.

² Fazemos aqui referência aos trabalhos de Pinheiro (2005), Mattos (2001) e Ceccim (2004).

³ O conceito de instituição aqui trabalhado tem referência nas produções da Análise Institucional Socioanalítica, corrente desenvolvida na França durante as décadas de 60/70, que remete ao processo de produção constante de modos de legitimação das práticas sociais. *Instituição* é aqui entendida como práticas sociais historicamente produzidas. Deste modo, difere de sua circunscrição a um lugar, a um estabelecimento. A instituição academia expressa as linhas de saber-poder em suas lutas por hegemonia e hierarquização que atravessam e constituem os acontecimentos no cotidiano do campo de investigação.

⁴ A Política Nacional de Humanização – PNH, criada em 2003, é, por um lado, fruto de um debate no campo da Saúde Pública interessado em fazer avançar os princípios do SUS. Por outro, coloca-se como protagonista nesse debate, contribuindo para a consecução desse objetivo, fazendo propostas voltadas para a mudança dos modelos de gestão e de atenção que, no cotidiano dos serviços, são operados pelos gestores, trabalhadores e usuários.

⁵ Os formadores foram selecionados de acordo com critérios como vinculação desses profissionais com o SUS, experiência em apoio institucional, trajetória em processos de humanização do SUS e conhecimento da região em que atuam os profissionais de saúde. Os apoiadores foram selecionados entre trabalhadores do SUS vinculados a serviços/sistemas de saúde, indicados por coordenações das políticas de humanização estaduais/ municipais. A partir da indicação dos profissionais, procedeu-se à análise de *currículum vitae* que pontuou quesitos como experiência profissional e formação acadêmica, dentre outros.

⁶ Por Unidade de Produção se define um coletivo que tem objeto e objetivo claros e definidos, e que desenvolve processos de co-gestão.

⁷ O conceito de analisador foi formulado por Guattari, no contexto da Psicoterapia Institucional, vindo a ser incorporado pela Análise Institucional Socioanalítica (LOURAU, 1977). Segundo Benevides de Barros (2007), os analisadores são acontecimentos, aquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe os modos naturalizados de se lidar com o cotidiano.

⁸ Foram constituídas 14 UPs, que abarcaram: UP Norte, UP Nordeste 1, UP Nordeste 2, UP Nordeste 3, UP Espírito Santo, UP Minas Gerais, UP São Paulo, UP Rio Grande do Sul, UP Paraná, UP Santa Catarina, UP Rio de Janeiro, UP RJ/Metropolitana, UP Centro-Oeste, UP Distrito Federal.

Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho

MARINA PEDUZZI

O trabalho em equipe é dinâmico e tem uma plasticidade que pode configurar equipes de trabalho integradas ou equipes que expressam o mero agrupamento de profissionais. Assim, apresentamos uma reflexão que visa a tematizar a construção de equipes integradas com base na mudança das práticas de saúde e dos valores subjacentes, percorrendo uma trajetória que transita – da fragmentação, hierarquização, trabalho individualizado e paroxismo instrumental, à integração, democratização das relações de trabalho, integralidade e cuidado em saúde. É nesse contexto de mudanças que entendemos ser possível, para além de desejável, o exercício cotidiano do trabalho em equipe multiprofissional de saúde.

O quadro teórico dos estudos do processo de trabalho em saúde (GONÇALVES, 1992, 1994; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006) e do agir comunicativo (HABERMAS, 1989, 2001) contribui para o entendimento do trabalho em equipe de saúde e, especialmente para a intervenção prática nessa direção, visto ser esta a finalidade de qualquer abordagem teórica: encontrar possibilidades de explicação ou compreensão e, sobretudo de intervenção na realidade. No que se refere ao trabalho em equipe, entende-se que a intervenção busca promover a mudança das práticas de saúde, no sentido da integração das ações de saúde e dos trabalhadores, para assegurar assistência e cuidado que respondam, de forma pertinente no sentido ético, técnico e comunicacional, às necessidades de saúde dos usuários e da população de referência do serviço. Assim, propomos uma aborda-

gem do trabalho em equipe que contempla a dupla dimensão do processo de trabalho: como ação produtiva, de caráter técnico e tecnológico, e como interação social, prática comunicativa (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

Pesquisa teórico-empírica sobre o trabalho em equipe multiprofissional mostrou que este se constitui por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre a articulação das ações executadas pelos distintos profissionais e a interação desses profissionais, visto que a comunicação é o veículo que possibilita a própria articulação (PEDUZZI, 1998 e 2001). Ou seja, não basta os trabalhadores compartilharem a mesma situação de trabalho para se constituírem numa equipe integrada, tampouco basta estabelecerem relações pessoais cordiais para alcançarem a integração dos respectivos trabalhos especializados, tendo em vista a integralidade da saúde.

Os diversos trabalhos especializados, que podem ser concebidos como expressão do processo de divisão do trabalho em saúde, guardam conexões entre si, portanto são complementares e interdependentes, ao invés de isolados e independentes como em geral se reconhecem cada uma das áreas profissionais *de per se*. Cada um desses trabalhos ou áreas profissionais tem especificidades presentes nos respectivos saberes operantes ou tecnológicos, nos demais instrumentos que utilizam e nas atividades que os caracterizam. Portanto, o trabalho multiprofissional refere-se à recomposição de diferentes processos de trabalho que devem, para se integrar, concomitantemente, preservar as diferenças técnicas ou especificidades de cada trabalho e articular as intervenções realizadas pelos componentes da equipe.

A esta já complexa realidade de conjugar a manutenção das especificidades e a articulação das ações, cabe agregar um outro aspecto que representa a outra face da moeda da especialização das áreas de trabalho – a desigual valoração social dos diferentes trabalhos, que consiste na existência de desigualdade entre os trabalhos especializados, que concretamente se traduz em relações hierárquicas entre os trabalhadores das diversas áreas de atuação. A hierarquia institucional expressa tanto a estrutura organizacional e o modelo de gestão, como a pirâmide de disciplinas, áreas profissionais e respectivos trabalhos especializados – o que, no conjunto, expressa relações de mando.

Portanto, para a equipe de saúde alcançar algum grau de integração, é preciso que seus componentes, cada um deles e todos de forma compartilhada, façam um investimento no sentido da articulação das ações. As ações de saúde não se articulam por si só, automaticamente, por estarem sendo executadas em uma situação comum de trabalho, na qual diferentes trabalhadores compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela. A articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as ações executadas pelos demais integrantes da equipe.

Esse aspecto aparece com destaque na literatura sobre trabalho em equipe, embora pautado em diferentes enfoques teóricos e referido de diferentes maneiras: a necessidade de reconhecimento da transversalidade de algumas ações e de que há algo de comum nos saberes, abordagens e atuação dos diferentes áreas (ROSSI; SILVA, 2005); a atitude de cada integrante da equipe na busca de familiaridade com as demais disciplinas e demais trabalhos especializados (IRIBARRY, 2003); a conexão dos diferentes processos de trabalho com base no reconhecimento do trabalho do outro profissional (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004); o reconhecimento do papel profissional e das responsabilidades dos demais integrantes da equipe (McCALLIN, 2006); a articulação das disciplinas e saberes que permite o reconhecimento e o entendimento do papel e das funções do outro profissional (MILLER; FREEMAN; ROSS, 2001). Enfim, trata-se do reconhecimento do trabalho do outro, tomar efetivamente o trabalho do outro em consideração, o que abarca a dimensão da comunicação e da ética subentendida à interação humana.

O próprio reconhecimento das conexões entre as intervenções busca estabelecer pontes, ligações, que requerem a mediação da linguagem, a comunicação entre os profissionais e destes com os usuários. O reconhecimento do trabalho do outro também pressupõe uma concepção de processo saúde-doença que contemple suas múltiplas dimensões, o que remete à integralidade da saúde.

A integralidade, na sua multiplicidade de sentidos que designam atributos e valores acerca das características desejáveis do sistema de saúde e das práticas de saúde, contrapondo-as ao modelo biomédico, no qual a assistência consiste fundamentalmente na busca da doença

que causa o sofrimento de cada sujeito e na aplicação de tecnologias que combatam a doença (MOTTA, 2003, 2004), é a principal justificativa e motivação para a proposta do trabalho em equipe, em substituição ao trabalho individualizado por profissional. Para articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, articular serviços de diferentes níveis de complexidade e, sobretudo, apreender de forma ampliada e contextualizada as necessidades de saúde dos usuários e população do território, é necessário que os profissionais encontrem alternativa de inserção no serviço e de organização do trabalho que não sejam a tradicional atuação independente e isolada e a mera justaposição de ações.

Embora exista um amplo reconhecimento sobre a pertinência da proposta do trabalho em equipe de saúde, o exercício da prática multiprofissional no cotidiano dos serviços usualmente reitera a subordinação do conjunto dos profissionais de saúde ao modelo biomédico e também a subordinação dos profissionais não-médicos ao profissional médico. Prevalece, assim, uma tradição que obstaculiza a incorporação de outros saberes e a integração destes e das diferentes áreas de conhecimento e atuação na perspectiva da interdisciplinaridade e da própria multiprofissionalidade. Os profissionais de saúde, mesmo aqueles que têm uma postura crítica em relação ao modelo hegemônico biomédico, tendem a secundarizar, colocar na periferia do projeto assistencial/terapêutico os saberes e ações de caráter preventivo, educativo, psicossocial, comunicacional e, portanto, deixam de incorporar esses saberes na construção de um “outro” projeto assistencial e terapêutico que aponte para a integralidade da saúde, em substituição à racionalidade biomédica (CARAPINHEIRO, 1993; PEDUZZI, 1998).

Além do crescente reconhecimento ampliado da integralidade da saúde, a ênfase no trabalho em equipe de saúde também está relacionada aos novos modelos de gestão que fazem uma crítica à rígida divisão do trabalho, à fragmentação das tarefas e à despersonalização do trabalho, e ao aumento da demanda da população pelos serviços, tendo em vista o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas. Esses aspectos têm levado a gestão dos serviços a buscar cada vez mais a racionalização dos recursos, com a redução da duplicação de ações e despesas e o fortalecimento de uma cultura

organizacional que enfatiza a dimensão financeira e de mercado (MILLER; FREEMAN; ROSS, 2001; McCALLIN, 2001).

Observa-se, assim, que a proposta do trabalho em equipe de saúde está ancorada num cenário com duplo caráter: por um lado, responder às necessidades de integração das disciplinas e das profissões com vistas a atenção integral à saúde e, de outro, racionalizar a assistência médica.

Nesse contexto, é necessário compreender a intencionalidade e a racionalidade que orientam o trabalho em equipe de saúde, de modo a distinguir o trabalho em equipe fundamentado na tradição biomédica, ancorado na medicalização da saúde e na mercantilização dos serviços; e o trabalho em equipe fundamentado nas necessidades de saúde dos usuários e da população da área de abrangência do serviço, orientado pela integralidade e pela interdisciplinaridade da saúde.

Essa distinção requer a análise do processo de trabalho em saúde e dos processos específicos de trabalho que o compõem, com base na sua dimensão tecnológica e técnica, destacando os instrumentos materiais e imateriais do trabalho e nos resultados que propõe produzir. Toma por base, ainda, a politização da saúde, reconhecendo que os processos de trabalho e o modo de organização dos serviços expressam as políticas de saúde e os respectivos modelos assistenciais, bem como a articulação das práticas de saúde às demais práticas sociais, econômicas e políticas.

A distinção da racionalidade que orienta o trabalho em equipe também requer a análise da dimensão interativa e intersubjetiva, visto que para promover mudanças nas práticas de saúde na direção da integralidade e do trabalho em equipe é necessário uma mudança nas relações de poder trabalhador-usuário e entre os trabalhadores. Como refere Teixeira (2003, p. 91) é necessária uma *reversão do modelo comunicacional* em vigor nos serviços de saúde. Também remetem à necessária análise da dimensão comunicacional, as próprias características do trabalho em equipe que remetem à articulação de ações executadas por vários profissionais, por meio da sua interação e da interação profissional/usuário (PEDUZZI, 1998 e 2001). No trabalho em equipe, a comunicação não está alienada do trabalho, é intrínseca à execução do processo de trabalhos, pois “por meio da mediação simbólica da linguagem, ocorreria a articulação das ações, a

colaboração e a integração dos saberes técnicos e a interação dos agentes” (PEDUZZI, 1998, p. 229).

Assim, a investigação sobre o trabalho em equipe, na perspectiva do processo de trabalho em saúde, ao tecer o diálogo de dupla mão entre a teoria e o empírico, levou a incluir Jürgen Habermas no marco teórico, o que permitiu contemplar a relação recíproca entre trabalho e interação, a articulação entre a dimensão tecnológica e a dimensão comunicativa, que foi se mostrando como constitutiva do objeto de estudo.

Para melhor esclarecimento da teoria do agir comunicativo, cabe destacar que a comunicação é mediada pela linguagem e que Habermas parte do pressuposto de que a linguagem carrega nela mesma um *telos* comunicativo – a linguagem está orientada para a ação comunicativa, para a busca do entendimento, embora possa ocorrer comunicação com base numa racionalidade instrumental ou estratégica. Habermas argumenta que nossa capacidade de comunicação tem um núcleo universal, estruturas básicas e regras fundamentais que todos os sujeitos de uma mesma comunidade de linguagem dominam ao chegar a falar uma língua. O autor observa que a competência comunicativa não se deve apenas ao domínio de regras gramaticais, pois ao falar o sujeito se coloca em relação com o mundo objetivo que o cerca, com os demais sujeitos e com suas próprias intenções, sentimentos e desejos. Com isso introduz um importante elemento de sua teoria, que consiste na validação intersubjetiva da comunicação, referida a três planos: a verdade proposicional, a correção normativa e a autenticidade expressiva. Assim, os interlocutores estão, de forma recíproca, constantemente estabelecendo pretensões de validade acerca do que está sendo dito. Para que o diálogo se mantenha, é preciso, em todo transcorrer da comunicação, compartilhar acordos quanto aos regimes de validação, através da argumentação e intelecção (McCARTHY, 1995; HABERMAS, 2001).

A verdade proposicional expressa a correspondência do que é dito com a realidade, ou seja, a proposição de enunciados é aceitável intersubjetivamente como expressão da realidade, o que permite ao ouvinte assumir e compartilhar o que é proferido pelo sujeito que fala. A correção normativa permite aos interlocutores estabelecer uma relação interpessoal que pode ser considerada legítima pelo

envolvidos, pois compartilham o enunciado do ponto de vista ético, moral e político; e a autenticidade expressiva faz com que os interlocutores estabeleçam uma relação de confiança visto reconhecerem que as opiniões, intenções, sentimentos e desejos expressos são sinceros e autênticos (HABERMAS, 2001).

A correção normativa que remete aos valores e normas sociais subentendidas aos enunciados permite situar o horizonte normativo em que se colocam os sujeitos envolvidos na comunicação. Horizonte normativo “entendido como uma inescapável referência ética e moral que orienta qualquer formação discursiva, e que, especialmente nos discursos que visam a regulação da vida social, é levada a condição problemática, isto é, reclama ativamente processo de validação intersubjetiva, de legitimação social” (AYRES, 2005, p. 550).

Nessa sucinta referência a alguns conceitos centrais da teoria do agir comunicativo, que visa a permitir prosseguir nas nossas considerações sobre o trabalho em equipe de saúde, assumindo o risco do excesso de síntese frente à complexa construção teórica do autor, abordamos o conceito de mundo da vida que é um correlato, um complemento do conceito de agir comunicativo, no qual se estabelece a própria prática comunicativa.

O mundo da vida se refere a um horizonte comum formado por convicções mais ou menos difusas, porém não problemáticas, no qual os sujeitos envolvidos na interação se entendem. O mundo da vida acumula o trabalho de interpretação realizado pelas gerações passadas e, portanto, consiste em um acervo culturalmente transmitido e lingüisticamente organizado de padrões de interpretação. Compõe-se de três elementos estruturais – cultura, sociedade e personalidade, que se reproduzem simbolicamente na prática comunicativa cotidiana (HABERMAS, 2001; McCARTHY, 1995).

Importam estes conceitos, pois, segundo a teoria referida, as relações cotidianas transcorrem na forma do agir comunicativo, com base nas convicções compartilhadas do mundo da vida e no compartilhamento das pretensões de validade que o mundo da vida permite. Entretanto, as pretensões de validade podem não se cumprir, ou mesmo podem surgir um desacordo e a problematização de algum aspecto dos enunciados que leva os interlocutores a outras formas de comunicação, especialmente à forma estratégica e instru-

mental de comunicação. Nessas situações, os sujeitos envolvidos podem optar por alterar a forma de comunicação, para instrumental e estratégica ou, frente à problematização de algum enunciado, também podem recorrer à argumentação para recompor a modalidade do agir comunicativo.

Retomando o objeto de análise que consiste no trabalho em equipe multiprofissional de saúde, coloca-se sua configuração imediatamente expressa na dupla face – trabalho e interação social. Como se viu, o que caracteriza de forma *sine que non* uma equipe é a comunicação entre os seus componentes e destes com os usuários, visto a natureza intersubjetiva do trabalho em saúde. Assim, no trabalho em equipe observa-se, de um lado, a ação do trabalho, ação racional dirigida a um fim, caracterizada predominantemente como ação instrumental e ação estratégica; de outro, interação social que se refere a uma ação comunicativa simbolicamente mediada e orientada por normas de vigência obrigatória que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas mutuamente pelos interlocutores. Para Habermas, a ação comunicativa funda-se na intersubjetividade na busca pelo entendimento e reconhecimento mútuo, livre de coação interna e externa (HABERMAS, 1989, 1994 e 2001).

Nesse sentido, a prática comunicativa pode-se constituir como princípio organizador do trabalho em equipe e promover a integração da equipe e a recomposição dos trabalhos especializados. Da mesma forma, o trabalho em equipe pode ser considerado um dos princípios organizadores do trabalho em saúde junto a outras idéias reguladoras, como a integralidade da saúde (MATTOS, 2003 e 2004), o cuidado em saúde (AYRES, 2001, 2004 e 2005) e a centralidade do usuário e da população de referência (MERHY, 2002). Isso permite aos trabalhadores e à gerência constituírem um eixo em torno do qual podem promover o trabalho em equipe integrado.

Contudo, mesmo inserido numa rede de interações e permeado continuamente pela intersubjetividade, o trabalho enquanto ação racional dirigida a fins está orientado pelas regras técnicas e pela obtenção de produtos ou resultados necessários para a atenção às demandas sociais. Por sua vez, a interação, mesmo que também implique expectativas relativas ao cumprimento de tarefas, tematiza as

normas consensuais, as expectativas e o entendimento recíproco em que se funda a intersubjetividade da ação. Ou seja, existem esferas de ação em que predomina a realização de um determinado fim, diríamos, centradas na tarefa no agir instrumental, e outras em que o êxito em obter o resultado esperado é secundário frente à importância da comunicação e da possibilidade de construção de consensos, o agir comunicativo (McCARTHY, 1995).

Assim, no lugar de interação podemos encontrar profissionais integrantes de equipes de trabalho atuando instrumentalmente em sua relação com os outros, entendendo as condutas dos demais eminentemente como apoio às suas intervenções, passíveis de controle na direção do seu êxito. Trata-se de relações em que os sujeitos são tomados como objetos, nas quais as normas e os valores decisivos não são aqueles em torno dos quais há um consenso, mas as regras de adequação técnica e os critérios de organização eficiente para a realização de valores que não foram validados intersubjetivamente de forma comunicativa por meio do entendimento mútuo. Ou seja, nas inter-relações pessoais, os sujeitos podem encontrar-se apenas reiterando regras técnicas e valores subjacentes que já não representam acordos livremente negociados; podem encontrar-se em relações de submissão e subordinação, alienados da dimensão da interação.

No interior do trabalho em equipe multiprofissional, pode ocorrer que os agentes passem a ser objetos da ação instrumental, perdendo a perspectiva de sujeito para serem concebidos e tratados como um recurso do trabalho alheio. Nesse sentido, a ação racional pode acabar sobrepujando a dimensão interativa, pois, como o trabalho tem uma finalidade que precisa perseguir e atingir, ele pode acabar subordinando a interatividade à instrumentalidade das intervenções técnicas, em planos nos quais a dimensão ética deva prevalecer.

Entende-se que as possibilidades de construir o trabalho em equipe no contexto da relação entre trabalho e agir comunicativo, tomando o “outro” integrante da equipe como interlocutor e não instrumento do trabalho – mesmo que consideradas as assimetrias e desigualdades expressas na divisão do trabalho – estão assentadas sobre o compartilhamento dos três planos de pretensões de validade dos enunciados proferidos pelos interlocutores, sobretudo na correção

normativa, ou seja, no horizonte normativo constituído pela integralidade, o cuidado em saúde e a primazia dos interesses/necessidades de saúde dos usuários e da população de referência do serviço. Não se trata de acabar com as diferenças técnicas e dos saberes que constituem as especificidades de cada trabalho especializado, pois a integração da equipe não pressupõe a anulação dessas diferenças entre as áreas profissionais, mas de tomar a base ética da correção normativa, o compartilhamento de um conjunto de valores que expressam um horizonte normativo comum entre os integrantes da equipe (ARTMANN; RIVERA, 2006).

Contudo, os valores compartilhados na cultura institucional que prevalece nos serviços de saúde são a fragmentação, as relações hierárquicas de trabalho, o trabalho individualizado por profissional e o paroxismo instrumental de uma racionalidade técnico-científica. Segundo Ayres (2005), as tecnociências biomédicas são orientadas por um horizonte normativo restrito e restritivo em relação ao que se quer entender hoje por saúde, do que decorrem movimentos que buscam ampliar as concepções e abordagens do processo saúde-doença, como a humanização e a integralidade. Por outra parte, são essas mesmas tecnociências que constroem as bases substantivas das práticas de saúde dominantes, em relação às quais podemos construir outros horizontes normativos pautados em outros valores e práticas.

Nas práticas de saúde com base nos valores assinalados – da fragmentação, hierarquização, individualização das ações e paroxismo instrumental – observa-se a predominância quase absoluta de equipes cuja atuação configura meros agrupamentos profissionais. Nesse sentido, vale retomar os dois tipos de equipe identificados em pesquisa anterior: uma, em que a equipe se refere à mera presença de distintos agentes executando ações fragmentadas; e outra, em que a equipe se refere à recomposição e integração das inúmeras intervenções técnicas executadas pelos variados agentes, por meio da busca do entendimento e do reconhecimento mútuo entre os sujeitos envolvidos.

Cunhamos, assim, uma tipologia referida a duas modalidades de trabalho em equipe: *equipe integração*, na qual os profissionais buscam a articulação das ações e a interação comunicativa, e *equipe agrupamento*, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento de profissionais. Esta tipologia expressa uma polaridade, na qual se

observa, de uma parte, a tendência à integração dos trabalhos especializados e também dos profissionais que os executam e, de outra, a tendência à manutenção da fragmentação das ações e ao estranhamento e distanciamento dos trabalhadores no que se refere às relações que estabelecem entre si e com o trabalho que executam, o que inclui sua relação com os usuários (PEDUZZI, 1998 e 2001).

No que concerne à modalidade *equipe integração*, ambos os aspectos que a caracterizam, articulação e interação, são abordados, como já referido. Ou seja, entendemos a articulação das ações no sentido de reconhecer e colocar em evidência as conexões existentes entre as intervenções técnicas realizadas pelo conjunto de profissionais inseridos numa mesma situação de trabalho coletivo. E entendemos a interação dos agentes no sentido da prática comunicativa, em que os envolvidos buscam o reconhecimento e entendimento mútuo, colocando-se de acordo com um projeto comum de trabalho articulado ao projeto institucional.

Para construir o trabalho em equipe integrado – que, como vimos, não consiste em toda e qualquer situação comum de trabalho coletivo, mas numa dada configuração de equipe construída de forma compartilhada entre seus integrantes e ancorada no projeto de trabalho do serviço, pois do contrário reproduzirá a fragmentação por referência a este –, é preciso investir em mudanças das práticas de saúde que passam pela mudança da cultura institucional e da racionalidade, seja aquela presente no projeto assistencial, seja a forma de comunicação entre os profissionais e destes com os usuários, de modo a fazer prevalecer a prática comunicativa.

A cultura institucional, entendida como compartilhamento de um conjunto de valores, crenças, tradições e pré-interpretações de situações, tem papel importante na configuração da dinâmica do serviço. Sua abordagem colabora na compreensão de suas características, bem como de suas possibilidades e limites para a obtenção dos objetivos e finalidade estabelecidos, mesmo que refletindo as tensões e contradições entre os diferentes segmentos e interesses que compõem o serviço.

Rivera (1996 e 2003) propõe uma aproximação entre o conceito de cultura institucional e o conceito habermasiano de mundo da vida, à medida que ambos se configuram com base em três compo-

nentes ou dimensões do mundo: a cultura (que armazena tradições historicamente construídas pelas gerações anteriores), a sociedade (que nos fornece o contexto normativo no qual agimos) e a personalidade dos participantes (na qual se encontram as competências individuais para a comunicação). Rivera (2003) refere que as instituições são reguladas sistematicamente por ambas as tradições, as que compõem o mundo da vida e as que integram a cultura institucional, concebidas como conjunto de configurações simbólicas ancoradas historicamente. Esse conjunto compõe o pano de fundo compartilhado na prática comunicativa, até que esta venha a ser interrompida pelo surgimento de uma situação problemática que requer o questionamento das pretensões de validade e a argumentação crítica intersubjetiva. Nesse sentido, também se pode aproveitar da teoria de Habermas o entendimento de que as tradições culturais, mesmo que condicionem fortemente as ações dos sujeitos e o funcionamento do serviço, podem ser questionadas a partir do exercício de um discurso crítico, da argumentação mútua livre de coação (HABERMAS, 2001).

Destaca-se a necessidade de compreender os valores-chave da cultura institucional e os elementos “positivos” que podem ser reforçados à medida que vão ao encontro dos objetivos e da finalidade definidos. Mesmo em um contexto com tensões e contradições, esses valores-chave podem ser trabalhados pelos gerentes junto às equipes e ao coletivo de trabalhadores do serviço, de forma compartilhada e com base em argumentação crítica intersubjetiva.

Os valores da integração, da democracia e da horizontalização das relações são constitutivos do SUS como política pública de saúde e do modelo assistencial que ele expressa, mesmo se considerando, como alguns autores assinalam, os diferentes modelos tecnológicos e modelos organizacionais que convivem no quadro genérico do “modelo SUS” (TANAKA *et al.*, 1999) ou mesmo as disputas que permanecem entre distintos paradigmas e modos de organizar a atenção no interior do SUS (CAMPOS, 2003).

Entendem-se legítimas as ações dos gerentes e trabalhadores que buscam instaurar uma prática que destaque esses valores como orientadores do trabalho cotidiano, mesmo em um contexto contraditório no qual tais valores disputam espaço na cultura institucional e no mundo da vida, tendo em vista a aproximação entre ambos os

conceitos, com outros valores igualmente presentes, mas em contraposição, como: a fragmentação, o trabalho solo e individualizado e a hierarquização das relações de trabalho.

A cultura institucional pode ser reciclada, alterada, pois as configurações simbólicas típicas da cultura se desenvolvem em processo interativos, intersubjetivos, com base em argumentações críticas e discursivas (RIVERA, 2003). Portanto, é possível criar espaços de conversa, troca e discussão nos quais a problematização do trabalho em equipe multiprofissional busque fortalecer os aspectos positivos assinalados – integração, democratização e horizontalização das relações de trabalho, em substituição à intensa hierarquização dos serviços de saúde e do trabalho individualizado por profissional. As relações hierárquicas e o trabalho solo constituem tradição no trabalho em saúde e, portanto estão incorporados às convicções que compõem o mundo da vida e da cultura institucional. Assim, precisam ser colocados em discussão, em situação de discurso segundo a teoria do agir comunicativo, pois o discurso é uma forma de comunicação que se impõe quando algo é problematizado e rompe-se o consenso ou acordo sobre o qual se pautava a prática.

A discussão proposta conta a seu favor com o reconhecimento da integralidade da saúde, da complexidade dos objetos de intervenção e da intersubjetividade como características do trabalho em saúde, aspectos que vêm produzindo mudanças tecnológicas tanto na assistência e no cuidado, como na organização dos serviços. O reconhecimento da necessidade de incluir tecnologias em saúde que contemplem os aspectos assinalados vai ao encontro da concepção do trabalho em equipe como instrumento do processo de trabalho em saúde e da gerência, portanto, constitui argumento a favor da organização do trabalho com base em equipes, em substituição ao trabalho individualizado. Contudo, há que se lembrar, por um lado, que nem todas as ações necessárias para a produção da atenção à saúde terão melhor eficácia se produzidas por meio do trabalho em equipe; por outro, que a mudança da cultura institucional “nunca é radical, no sentido do novo substituir o velho. A cultura apresenta incoerências, traços às vezes contraditórios ou diferentes convivendo em uma tensão dialética, alguns perdendo consistência, outros em cerne anunciando sua expansão” (RIVERA, 2003, p. 199).

A necessidade de criar uma cultura institucional do trabalho em equipe multiprofissional refere-se a todos os tipos de serviços de saúde (unidade básica, serviço especializado, hospitais e serviços de emergência), considerando-se que a organização do trabalho em equipes busca responder ao desafio da integralidade da saúde e que a responsabilidade de garantir a integralidade do atendimento é de todo o sistema (CECILIO, 1997).

Nesse sentido, Rivera (2003) aponta para a identificação de mudanças na cultura institucional dos serviços hospitalares e o reconhecimento de uma cultura contraditória em transição. Por um lado, o padrão tradicional de identidade hospitalar apresenta, dentre outras, as características de atomização profissional com relações hierárquicas em disputa, falta de articulação das especialidades, e redes relacionais espontâneas, baseadas nas identidades criadas nos processos de formação e socialização anteriores ao trabalho, no estilo liberal da profissão. Por outro, distingue-se uma crise paradigmática da medicina, do serviço público e da formação profissional que aponta para o surgimento de características socioculturais contraditórias com aquele padrão, tais como: a necessidade de um enfoque de rede, de parcerias, de trabalho em equipe, que questiona a fragmentação das especialidades e das instituições, um maior grau de interdependência entre setores e serviços na fundamentação de diagnósticos e condutas terapêuticas e novas modalidades de atendimento que agrupam diversas especialidades, favorecendo a comunicação entre si.

Contudo, observa-se que a organização do trabalho segundo equipes, mesmo numa cultura institucional favorável que valoriza o trabalho integrado e relações democráticas e horizontalizadas, enfrenta, dia-a-dia o “risco da fragmentação”, dada a tradição construída na modernidade de forte individuação das áreas de conhecimento, disciplinas, saberes e áreas de atuação, que tende, como referido acima, a fazer prevalecer as equipes do tipo agrupamento, ao invés de equipes integradas.

Além disso, também se observam o risco da fragmentação das equipes e os respectivos projetos de trabalho em relação ao projeto institucional, o que traduz um exercício de autonomia das equipes que pode representar sua atomização, em detrimento do projeto comum do serviço. Ou seja, as equipes podem alcançar um certo

grau de articulação das ações e interação dos seus componentes – portanto, uma dada integração interna – mas reproduzir o trabalho independente em relação ao serviço e seus objetivos e finalidade. Observa-se como um constante movimento de forças centrípetas e centrífugas expressam a tensão entre o movimento de integração das ações e dos profissionais e da fragmentação da assistência, e do cuidado dos usuários e da população de referência do serviço.

Entre o projeto institucional e o projeto de trabalho de cada equipe, há que haver um elo que entendemos estar representado nos valores vigentes entre os trabalhadores do serviço e no modelo assistencial adotado, o qual se espera estar orientado pela integralidade da saúde, tendo em vista a problematização do trabalho em equipe. Modelo de atenção que cabe à gerência local e aos trabalhadores da assistência e do cuidado traduzir, tanto para a dimensão de organização do trabalho como dos processos de trabalho das variadas áreas profissionais.

Dizíamos acima que a construção do trabalho em equipe integrada necessita promover a mudança da lógica que orienta os processos de trabalho e a organização do serviço – do modelo biomédico e do paroxismo instrumental tecnocientífico para a lógica da integralidade e do cuidado em saúde.

Para além de assistência, tratamento e controle, que são realizados com base no conhecimento de caráter técnico-científico, decodificado em tecnologias e instrumentos para a intervenção, os profissionais e equipes de saúde também realizam ações de cuidado em saúde. Isto é, podem aproveitar uma esfera mais ampla de trocas na relação com os usuários, que permite contemplar além dos objetos e da intervenção sobre eles. Na atitude do cuidado, o profissional e a respectiva equipe assumem que as respostas para alcançar a saúde não se restringem aos tipos de pergunta que podem ser formulados na linguagem da ciência e, portanto, não se restringem à aplicação de tecnologias, a intervenção técnica pode se articular com outros aspectos não tecnológicos, tal como a uma sabedoria prática – “um tipo de saber que não cria objetos, mas constitui sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo” (AYRES, 2004, p. 85).

Assim concebido, poderíamos dizer que o cuidado em saúde caracteriza-se pela escuta do que o outro – usuário e população, deseja como modo de vida, pelo genuíno encontro intersubjetivo que

busca o reconhecimento e entendimento mútuo, de modo que a lógica que orienta o trabalho em saúde contemple as tecnologias, mas sem deixar a ação em saúde resumir-se as elas e a sua fundamentação tecnocientífica que constitui o agir instrumental (AYRES, 2004).

A lógica do cuidado e da integralidade da saúde configura processos de trabalho nos quais os profissionais e as equipes não operam apenas na modalidade do agir instrumental e estratégico para os quais o êxito a alcançar, o resultado, está determinado *a priori*, desde antes e independentemente das vicissitudes do transcorrer da intervenção e da interação profissional-usuário e entre os profissionais. Na lógica do cuidado e da integralidade, a comunicação e interação são intrínsecas à intervenção profissional, o que constitui um contexto de trabalho favorável à articulação das ações e à construção de um projeto comum da equipe.

O horizonte normativo do cuidado, da integralidade, da democratização das relações de trabalho e da integração das equipes e do serviço permite constituir espaços de reflexão e negociação para a construção de novos consensos sobre os objetivos e meios utilizados nas ações de saúde, e questionar os resultados definidos *a priori* para pactuar intersubjetivamente resultados relativos às necessidades de saúde e aos modos de vida de usuário e população.

Referências

ARTMANN E.; RIVERA, F. J. U. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: DESLANDES, S. F. (Org). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 205-31.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v. 8, n. 14, p. 73-91, 2004.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARAPINHEIRO G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento, 1993.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos technoassistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul.-set. 1997.

GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. *Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR/SMS-SP, 1992. (Cadernos CEFOR, 1 – Série textos)

HABERMAS, J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

_____. *Teoría de la acción comunicativa, I: racionalidad de la acción y racionalización social*. Madrid: Taurus, 2001.

_____. Trabalho e interação. In: _____. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70, 1994. p. 11-43.

IRIBARRY, I. N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 16, n. 3, p. 483-490, 2003.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Org). *Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003. p. 45-58.

_____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1.411-1.416, 2004.

McCALLIN, A. M. Interdisciplinary practice: a matter of teamwork: na integrated literature review. *J Clin Nurs*, n. 10, p. 419-428, 2001.

_____. Interdisciplinary researching: exploring the opportunities and risks of working together. *Nursing and Health Sciences*. N. 8, p. 88-94, 2006.

McCARTHY, T. *La teoría crítica de Jürgen Habermas*. Madrid: Tecnos, 1995.

MERHY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MILLER, C.; FREEMAN, M.; ROSS, N. *Interprofessional practice in health and social care: Challenging the shared learning agenda*. London: Arnald, 2001.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde, (Org). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. p. 199-206.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

_____. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. Campinas, 1998 Tese (doutorado) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

RIVERA, F. J. U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. *Cad. Saúde Públ.*, v. 12, n. 3, p. 357-372, 1996.

_____. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. *Rev Esc Enferm USP*, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

TANAKA, O. Y. et al. Formação de gestores locais de saúde: processo para identificar estratégias e atuação. *Rev Saúde Pública*, v. 33, n. 3, p. 219-229, 1999.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org) *Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003. p. 89-111.

Autogestão no trabalho com/em equipes de saúde: estudantes *agindo* o Sistema Único de Saúde

RICARDO BURG CECCIM
ADERNANDA DE ROCCO GUIMARÃES
TERESINHA EDUARDES KLAFKE
FRANCIELLE LIMBERGER LENZ

Dentre os nós críticos do trabalho em saúde está a necessidade de sua materialização como um **processo de equipe**, orientado pela integralidade da atenção ou do cuidado em saúde, e com forte reconhecimento de sua inserção de “sistema” no setor da ordem social brasileira designado à saúde. Como forma de ativar uma aprendizagem em saúde que encetasse o protagonismo estudantil, tanto no desenvolvimento da dimensão de equipe no trabalho em saúde, como no desenvolvimento da dimensão de condução dos processos setoriais, ambos como uma espécie de pertencimento ao *ser profissional*, foram desencadeadas as iniciativas VER-SUS, primeiro no Rio Grande do Sul, em 2002, e depois no Brasil, em 2003.

Explicitadas primeiro como Vivência-Estágio, e depois como Vivências e Estágios, sempre com foco na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), as iniciativas versaram sobre a construção de projetos com adesão de estudantes de quaisquer cursos da área, engajados em vivências implementadas em sistemas locais de saúde, segundo uma interação entre a representação estudantil e os gestores do sistema de saúde. O entendimento relativo ao protagonismo dos estudantes se prendia à noção de “aprendizagem significativa” e à noção de “atividade protagonista”.

A noção de **aprendizagem significativa** resulta da distinção a partir das noções de *transmissão* e de *condicionamento*, perfilando-se com a noção de *problematização*. A polêmica mais tradicional entre um caráter *mecânico* e um caráter *inteligente* da aprendizagem nos faz apos-

tar nas contribuições de Ausubel, Piaget, Vygotsky e Freire,¹ como autores de teorias críticas sobre a aprendizagem, a cognição ou os processos de construção/aquisição de conhecimentos. De diferentes maneiras esses autores falam de uma aprendizagem significativa, mas poderíamos retê-la ante as compreensões que a relacionam com o contexto social do aprendiz, a produção de mudança nos conceitos prévios e a ativação do continuar aprendendo.

A aprendizagem significativa é apresentada por Ausubel (1978, p. 41) como um processo em que as novas informações se relacionam, “de maneira substantiva (não-literal) e não-arbitrária, a um aspecto relevante da estrutura cognitiva do indivíduo”, onde as novas informações interagem com os sentidos que o indivíduo atribui ao conhecer, fazendo-se uma interação produtora de modificação: complexificação do conhecimento pela aprendizagem de novidades com significado para o indivíduo. Para Piaget (1990), a aprendizagem significativa ocorre de maneira construtivista, o aluno *constrói* sua aprendizagem mediante contato pedagógico com o conhecimento. Para Vygotsky (1987), a aprendizagem significativa é aquela em que ocorre interação (elaboração *em e para* si), envolvendo desenvolvimento psíquico e aprendizagens complexas. Para Freire (1989), a aprendizagem significativa é aquela que leva ao desenvolvimento de uma leitura interrogadora do mundo. O que temos aí é que a cognição é incorporação de conteúdos de forma não-mecânica e não-arbitrária e não-literal à estrutura cognitiva do aprendiz; é interacionista, construtivista e problematizadora, mas com o aporte dos estudos contemporâneos sobre a autopoiese (Varela e Maturana), a produção de subjetividade (Deleuze e Guattari) e a plasticidade neurológico-conexionista (Teixeira), são colocados outros matizes sobre a aprendizagem significativa.

Uma autora brasileira, Virgínia Kastrup, apresenta a cognição como **aprendizagem inventiva**. Para a autora, aprender é, em seu sentido primordial, ser capaz de problematizar a partir do contato com uma matéria fluida, portadora de diferença e que não se confunde com o mundo dos objetos e das formas (conhecimento). Para ela, a noção de “aprendizagem inventiva” inclui, então, a invenção de problemas (não apenas a solução de problemas, como afirmam os cognitivistas), revelando-se também como invenção de mundo (não apenas inter-

pretação do mundo, como afirma a Pedagogia crítica). “Trata-se de dotar a aprendizagem de potência de invenção e de novidade” (KASTRUP, 2005, p. 1.277). Neste texto, fazemos a opção pela designação *aprendizagem significativa*, designando-a como a produção cognitiva que convoca (abre desejo), viabiliza processos de problematização, se constrói e é construída em interações, implicando invenção de si e de mundos.

A **atividade protagonista** resulta da distinção com as noções de *estágio regular* e *vivências de extensão*, perfilando-se com uma noção de *poiese política*. Diferentemente dos estágios curriculares dos cursos de graduação ou dos programas de vivência da extensão universitária, integrantes do currículo ou da integralização curricular, pensamos na contribuição de Varela, Guattari e Schwartz² como autores de contribuição à compreensão da autocriação contínua (autopoiese), da subversão de processos modelizadores e da atividade.

Para Varela (1994), há imanência entre viver, conhecer e fazer. A relação entre viver, conhecer e fazer coloca a vida como criação e o conhecer como ato de *poiesis*. No campo da experiência, o conhecimento se dá como um *saber-fazer*, mas essa experiência – como um “experimentar-se” – constitui, também, para aquele que experimenta, um *poder-fazer*. Nesses termos, colocamos a atividade protagonista: um atuar que determina autocriação, um “operar” que singulariza. Atuando o conhecimento, este retorna sobre a ação que, então, se torna singular, produto daquele que conhece e atua. Esse *incentivo* é para a atividade protagonista.

Recortamos de Guattari (1992) o exercício do singularizar-se, escapar das estratégias de serialização da subjetividade, a necessidade de um pólo cognitivo de singularização para afirmar a criação processual. Em lugar das subjetivações em série (serialização de corpos, consciência e processos de trabalho), a modelização localizada, encarnada em um corpo social cujo destino está em causa. Para Guattari, há imanência entre sensibilidade, inteligência e desejo; assim, atuar é elaboração cognitiva – esta, inseparável do engajamento humano e da escolha de valores que implica.

Por fim, recortamos de Yves Schwartz (2000, p. 44) a noção de atividade redimensionando o conceito de trabalho, segundo a qual indivíduos portadores de conhecimentos têm necessidade de valori-

zar seus saberes e de transformar sua situação de trabalho. A noção de *atividade* difere da noção de *tarefa*, dizendo respeito às dimensões subjetivas presentes em um operador humano das ações de trabalho. A inteligência que opera práticas de trabalho não está desencarnada do trabalhador – assim elas se atualizam na atividade, conflitos, dúvidas e paixões. Pelo exercício do protagonismo, amplia-se o poder de ação dos trabalhadores. O desenvolvimento das ações de trabalho não deve ser resultado das conquistas normativas, mas das conquistas dos atos de trabalho: produção de novas subjetividades, avanços do pensamento e inovações nos modos de agir. Para Schwartz, produzir conhecimento pela atividade é exercer a cooperação transdisciplinar, numa dinâmica orgânica, criativa, produtora de novos saberes e de novas formas de saber.

Assim os estudantes, ao entrarem de maneira autoral na condução da dinâmica de vivência/estágio (são formuladores e avaliadores no interior da organização estudantil a que estiverem ligados, sendo co-formuladores e co-avaliadores com os gestores de onde realizarão a vivência/estágio), experimentam cognitivamente e afetivamente a ligação entre *atividade* (*laboral* na sua profissão ou *de estudo* no ato do estágio, por isso “vivência”), *valores* incorporados ou em reverberação e *saberes* em engendramento pela interação e construção – portanto, poiese política.

Dois autores brasileiros, André do Eirado e Eduardo Passos (EIRADO; PASSOS, 2004) ajudam a nos encontrar com a poiese política, correlacionando a *noção de autonomia* com a *dimensão do virtual*, reunindo o conceito de autopoiese – trabalhado por Francisco Varela e Humberto Maturana – com o conceito de virtualidade – em Henri Bergson –, em que o virtual é aquilo que poderia não ter vindo jamais à realidade, só vindo porque há interrogação diante das descobertas. É porque se descobre algo que algo pode ser interrogado. O protagonismo é um poder-fazer singular que se engendra em cada saber-fazer único, é uma autonomia em movimento, produzindo-se pela emergência de si nas convocações de si. Isto é criação (poiese) de um novo modo de existir: em ato de conhecer, o indivíduo constitui a si mesmo, constituindo mundo (política).

O desafio posto às vivências (vivência-estágio) do VER-SUS é o da organização autoral ou auto-organização. Tomando o sentido que Schwartz (2000) dá à gestão (atividade de todos e de cada um, mobi-

lizando atividade, valores e saberes frente ao enfrentamento do real), seria a autogestão da atividade a ser realizada mediante o encontro multiprofissional (os alunos são provenientes dos vários cursos da área da Saúde) capaz de ação interdisciplinar, aceitando o conhecimento e a pesquisa como de natureza transdisciplinar. No centro do VER-SUS não está o “trabalho” (as habilidades segundo o núcleo profissional, como se espera dos estágios curriculares da graduação ou a experiência precoce com postos de trabalho, como se espera na integração ensino-serviço/empresa-escola), mas a “atividade” (agir em situação de equipe e em situação de gestão da atividade).

O VER-SUS é um dispositivo de intervenção pedagógica na atividade do aprender, uma vez que interroga os ambientes de trabalho, a gestão setorial no SUS, a participação social, a organização estudantil relativa à formação profissional e o ensino presentificado pelos estudantes. Visa a ampliar a ação dos estudantes na montagem de seu perfil de trabalhador, em que os próprios estudantes possam obter e fazer uso de maior protagonismo, inclusive no desenvolvimento para si de seu núcleo profissional – ao vê-lo demandado pelas interrogações postas e não pelas prescrições corporativo-profissionais. Uma marca criada no Rio Grande do Sul para o encontro multiprofissional entre estudantes da área da Saúde com as lutas cidadãs (não com as ações programáticas ou estratégicas) pelo SUS foi “Estudantes-agindo-SUS”, chamada do I Congresso Gaúcho de Estudantes Universitários da Área da Saúde, realizado em 2002 (CECCIM; BILIBIO, 2002).

Explorando possíveis entradas: aproximação com o tema

As Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil (VER-SUS/Brasil)³ tornaram-se um dispositivo/estratégia proposto por militantes docentes e estudantis, pela mudança da graduação nas profissões de saúde. Estruturaram-se pelo encontro da organização estudantil, de um lado, e o interesse de gestores do SUS implicados com a formação das novas gerações profissionais, de outro. O estado do Rio Grande do Sul tem sido um dos maiores disseminadores dessa proposta, inicialmente junto com sua Escola de Saúde Pública e, depois, pelos vários grupos e núcleos estudantis de discussão em Saúde Coletiva inaugurados nas instituições de educação superior gaúchas. As iniciativas têm visado a aproximar os estu-

dantes dos contextos e desafios inerentes à implantação do SUS no Brasil. A iniciativa foi inserida na Política Nacional de Formação e Desenvolvimento em Saúde, aprovada em 2003 pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2003).

A partir das vivências de janeiro de 2006, na região noroeste do Rio Grande do Sul, e de fevereiro do mesmo ano, em Santa Cruz do Sul/RS, emergiu a necessidade de produzirmos uma escrita que registrasse como ocorreram esses processos, buscando reconhecer encontros e peculiaridades. Naquele momento, era partirmos de qualquer lugar e, ao mesmo tempo, de lugar nenhum,⁴ apenas registrando impressões, descobertas, revelações, sentimentos e problematizações dos diferentes atores que formavam as equipes *agindo* no SUS.⁵ A produção aqui apresentada contém uma sistematização elaborada a partir da função/atividade de *facilitação* das vivências, mas também uma reflexão entre estudantes e professores.

Ao escrevermos sobre processos de construção coletiva, geridos pela autogestão, não podemos deixar de fazer uma ressalva que pontue o quanto cada idéia registrada é resultado de um trabalho de equipe (multiprofissional), instigado que foi por 15 dias de (con)vivência interpessoal, interdisciplinar e interinstitucional. Uma vez que esperamos que cada participante das edições do projeto, que atravessou nossas vidas, reconheça aqui suas falas, idéias, questionamentos e reflexões compartilhadas com o coletivo, estimamos que a escrita no plural (nós) abranja os que escreveram, os que vivenciaram, os que formularam, os que apoiaram e os que acolheram iniciativas VER-SUS.

Com essa escrita, pretendemos explorar como ocorreram esses processos, repensando os modos de gestão de grupos, a forma de subjetivação possibilitada quando utilizamos a autogestão como modelo organizativo e o grupo como dispositivo ao trabalho-ação (atividade). Falando a partir do lugar de “facilitadores” do processo, analisamos também esse lugar, segundo as mesmas categorias – modo organizativo (autogestão), atividade protagonista e aprendizagem significativa (grupo atividade).

Processo educativo-seletivo: o desafio se torna posto

O projeto VER-SUS/Brasil de que falamos estava caracterizado pelo protagonismo dos atores envolvidos, no qual o estudante que

participava do processo formulava, debatia, instigava o outro, propunha – tendo a “roda” como instrumento de pôr-se e pôr o coletivo em análise. Percebemos essas características ao longo de toda a vivência-estágio, desde o processo educativo-seletivo, chamado por muitos “versusianos” de “pré-vivência”. A avaliação que fazemos é a de que esse momento constitui um processo que passa, mas não se encerra, na vivência de 15 dias de imersão e contato direto com os serviços que compõem a rede do sistema de saúde, porque suas marcas permanecem conosco como experiência intensiva.

Dessa forma, é pertinente apresentar um panorama dos processos educativo-seletivos em que foram articuladas as iniciativas do Ministério da Saúde (Projeto VER-SUS/Brasil) com as experiências locais de estudantes e de gestores do SUS, situando a estratégia como parte das Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil e pontuando seu potencial disparador da atividade protagonista, condição para a ocorrência da aprendizagem significativa e da autogestão.

Quando pensamos em processo de seleção, geralmente visualizamos provas, entrevistas, avaliação de currículos, indicações etc. Esse procedimento mais tradicional de prática seletiva está ligado a uma lógica que busca selecionar os “mais qualificados” de acordo com um perfil predeterminado, sendo para a maioria um processo de exclusão. No Projeto VER-SUS/Brasil, o processo de seleção dos estudantes interessados na participação é proposto como um processo educativo-seletivo de distribuição das vagas, em vez de um processo simplesmente de seleção. Assim, a ênfase está na formação, e os estudantes passam a ser responsáveis pela distribuição das vagas, legitimando as escolhas na pactuação e decisão coletiva, que exime as Comissões Locais de possíveis favorecimentos para um ou para outro acadêmico. Aqueles não selecionados já terão, até aí, mobilizado significados e terão estado “em atividade”.

Sendo o processo educativo-seletivo de distribuição das vagas parte de um projeto conhecido e assumido pelo coletivo que o está operando, é importante considerar os objetivos e as características apresentadas para sua construção, fomentando a autogestão. Uma “roda” é formada, e geralmente se inicia com a apresentação da Comissão Local e dos estudantes que pretendem realizar a vivência. São instigados para que se expressem, dizendo quem são, de onde

são e o que entendem por VER-SUS, no sentido de promover trocas e conhecer as diferentes percepções sobre o processo, desejos e expectativas. Exploram-se os diversos territórios que se transversalizam de forma quase imperceptível, criando um primeiro contato para a constituição de um novo território, agora compartilhado e em busca de um coletivo. Essa construção de um coletivo, de um grupo caracterizado por uma aposta e pelo sentimento de “agenciamento” (não de filiação), coloca-se como propósito maior da vivência-estágio. Em outras palavras, é o aprender – na convivência em grupo – o trabalho em equipe, aprendendo a lidar – no cotidiano – com as variabilidades, reconhecendo os nossos valores pessoais nesse contato entre indivíduos, o que suscita o autoquestionamento de nossos lugares. Emergem nesse cenário a necessidade da tolerância, consigo e com os outros, e a criação de um espírito de cooperação para o andamento da vivência, única forma de viabilizar o trabalho e alcançar seus objetivos.

Nos processos educativo-seletivos analisados (auto-analisados), observamos, tanto nas etapas de Santa Cruz do Sul, quanto da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, várias expressões e impressões dos estudantes que buscavam ser “estagiários” e que vamos tentar descrever, destacando nossas vivências a partir do olhar de uma Comissão Local.

As Comissões Locais são geralmente formadas por estudantes integrantes dos coletivos estudantis e núcleos estudantis multiprofissionais de saúde coletiva/educação e saúde existentes ou constituídos para “facilitar” o processo de distribuição das vagas. Enfatiza-se o caráter formativo, na tentativa de esclarecer uma das particularidades dessa experiência de formação, que consideramos um de seus pontos de potência – por ser espaço de invenção e desenvolvimento de tecnologias para operacionalizar a proposta – que é a autogestão. A autogestão aparece como um desafio às Comissões Locais e como incerteza aos novos atores que ingressam nessa “ciranda de roda”, fazendo aumentar a sensação de mistério que cerca a experiência, por seu tanto de inusitada. As respostas colocadas não respondem, num primeiro momento, aos questionamentos e anseios dos estudantes sobre como se fará a distribuição das vagas, abrindo-se um *vazio* importante à expressão das individualidades e revolvendo-se pré-conceitos envolvidos (abrir um *vazio* é abrir demandas singulares; revolver é pôr em análise).

Esse é o cenário que marca a proposta: um campo de tensionamentos, de incertezas e de novidades, em que cada um entra com sua curiosidade, com diferentes disponibilidades e potencialidades, com olhares desconfiados, que se cruzam tentando prever como se dará o processo. Destacamos a importância especialmente adequada dessas sensações, pois, como encontramos em Paulo Freire, é o desejo de saber, é a pergunta e não a resposta já pensada o que instiga a busca e a construção de **conhecimentos significativos**. Para Ausubel, seria a **aprendizagem por descoberta**, mas é preciso conjugar as formulações.

Uma aprendizagem por descoberta só será significativa se o novo conteúdo se incorporar de forma não-arbitrária e não-literal. É que as **aprendizagens receptivas** também ocorrerão e não deixarão de ser significativas pelo mesmo pressuposto da não-arbitrariedade e não-literalidade. O grande mérito da aprendizagem por descoberta está em que o conteúdo principal a ser aprendido deve ser descoberto pelo aprendiz, enquanto na aprendizagem receptiva o que deve ser aprendido é apresentado ao aprendiz em sua forma final. Voltamos à distinção de aprender o conteúdo das habilidades da profissão (estágios curriculares por núcleo profissional) e o conteúdo “da equipe”, do ser, estar e fazer-se como equipe. Para um, cabe a aprendizagem significativa, mesmo que receptiva; para o outro, tem de ser por descoberta. Por não ser aprendizagem arbitrária e literal, tem de ser criação original, isto é, experimentação, vivência coletiva, vivência de si. É que a aprendizagem por descoberta ou a aprendizagem receptiva para os cognitivistas e teóricos críticos da educação está ou estão, ambas, na ordem do aprender sobre o que existe ou é potencialmente explorável pelo conhecimento existente (educação como solução de problemas), enquanto na prática cognitiva da invenção estão as **aprendizagens criativas**, onde a solução de um problema implica criação (educação como invenção de problemas).

A aprendizagem inventiva inclui a experiência de problematização e a invenção de problemas; a aprendizagem não se submeteria aos seus resultados de aquisição de conhecimento, mas abriria potências de divergência (saber mais, seguir interrogando, diferenciar de si mesmo, engendrar novos mundos). Isto posto, destacamos como características relevantes desse momento: 1) ênfase no processo de

formação, operando com o princípio de construção coletiva do conhecimento, fundamentado na aprendizagem significativa, ao envolver o ser-estudante integral; 2) a lógica de distribuição de vagas, ressignificando noções de adaptação e capacitação na elaboração dos pré-requisitos à participação; 3) trabalho dos estudantes que compõem a Comissão Local na organização dessas oficinas, atuando como facilitadores do processo e assumindo – na equipe multiprofissional – o desafio de fazer desse espaço-tempo um campo de invenção. Para isso, faz-se necessária a criatividade para reinventar o processo, a fim de potencializar o envolvimento e a participação de todos os estudantes que estão se inserindo – desejantes de uma vaga para a vivência dos 15 dias de imersão no estágio; bem como para instrumentalizar a autogestão do grupo (estudantes estagiários e integrantes dos núcleos e grupos de estudos e trabalhos em Saúde Coletiva – Comissão Local) na tomada de decisão frente à realidade colocada, que é a de um número limitado de vagas e a indicação sobre como continuarão participando desse movimento. Frente a isso, as Comissões Locais criam, em diálogo com os diferentes atores protagonistas nos coletivos de estudantes da área da saúde, uma síntese de reflexões individuais articuladas na construção coletiva de uma tecnologia educativo-seletiva.

A organização do processo acontece mediante “jornadas formativas” ou cursos de extensão abertos a toda a comunidade acadêmica. Na adesão de um número significativo de estudantes e nas aprendizagens e ressonâncias dessas vivências, percebemos indicativos que reafirmaram a importância de movimentos de mudança na graduação, ao reconhecermos um desejo de um novo/efetivo/crítico/criativo contato com a “realidade do SUS”, desejo de movimento (interprofissionalidade, pesquisa-intervenção e pesquisa-ação) e desejo de vivacidade na formação acadêmica (produção de coletivos, de crítica e de aprendizagens criativas).

No uso de tecnologias educativo-seletivas, surgiram as estratégias de socialização do que estávamos fazendo, como uma operação para o envolvimento do movimento estudantil e que respondesse ao objetivo de forjar multiplicadores implicados com a transformação da realidade de ensino e de saúde em que estávamos inseridos, por intermédio de outras formas de produção de conhecimento. Dize-

mos isso no sentido de compartilhar os caminhos que fomos construindo nesse percurso, em que a atividade, como atividade de si e do trabalho, vai tramando uma intensa malha de aprendizagens e sentidos, onde passamos de uma prática transmissiva de conhecimento pronto, para a aprendizagem significativa, interacionista e construtivista do conhecimento. No momento em que o estudante se apropria do desejo de “mudança”, ela surge não só nos serviços de saúde, mas na busca de transformações sociais que promovam movimentos de fluxo nas instituições de ensino superior.

A Comissão Local agencia situações e “afecções” no exercício de facilitação da “roda”, propondo oficinas de vivências para que os estudantes possam iniciar a “conversa”, uma espécie de “estopim” no processo pedagógico proposto pelo VER-SUS/Brasil. Educação permanente em saúde, formação em saúde e Saúde Coletiva passam a ser levados para o debate; relatos de vivências individuais começam a ser compartilhados entre os atores, disparando entre eles uma lógica de ensino/aprendizagem – “ensinagem”, na acepção de Anastasiou e Alves (2005).⁶

Pensando essa ação com o uso de oficinas, encontramos em Coelho *et al.* (2005, p. 11) indicações que esclarecem noções e objetivos da metodologia usada para a construção coletiva da aprendizagem, pautada numa estética do conhecimento que visa à produção e à transformação da realidade, num processo que envolve os atores de maneira integral (dimensões do pensar, sentir e querer). Dentre suas contribuições, pontuamos o estabelecimento de uma relação dialógica entre facilitadores e participantes, que, permeada pela confiança, possibilite a construção coletiva. Entende-se que ocorram a angústia frente ao desconhecido e desconforto pelo contato intensivo com o inesperado e o imprevisível, quando a produção do coletivo ocorre *em ato* ou de maneira espontânea.

Por isso, consideramos fundamental a participação de facilitadores que consigam estar atentos aos movimentos do grupo, bem como ter uma trajetória de trabalho com as temáticas propostas para discussão. São chamadas ao convívio “personalidades de referência”: militantes do Movimento Sanitário Brasileiro, docentes, lideranças e ex-lideranças estudantis e coletivos/movimentos envolvidos na construção do processo VER-SUS, para instigar os acadêmicos, no intento de amadure-

cer o debate sobre saúde coletiva e seu engajamento nos processos políticos do SUS (formulação, implantação, implementação, acompanhamento, efetivação e avaliação de políticas públicas de saúde). Neste momento, questionamentos são levados à roda, fomentando o debate, para o confronto de idéias e, assim, os diversos atores passam a se apoderar da palavra, circulando na roda e amadurecendo o grupo.

Cirandagem: a roda de discussões como dispositivo

Trabalhar com o dispositivo da roda implica colocarmo-nos como atores que se inserem no processo de educação permanente em saúde, à disposição do grupo, para facilitar, ajudar, recriar, pontuar, questionar – em última análise, movimentar o processo.

Os facilitadores do VER-SUS/Brasil geralmente são estudantes que já vivenciaram o projeto em alguma versão prévia, como estagiários. Assim, por vezes nos sentimos em situação de desconforto, quando não podemos antecipar os processos que irão emergir no grupo, na medida em que isso significa despotencializar esses coletivos para o amadurecimento que conquistarão simplesmente vivendo. Ao refletirmos no novo coletivo questões próprias, algumas delas emergentes do processo antes vivenciado e significado em nós, mostramo-nos dificultadores das discussões e da melodia desse novo coletivo. O respeito ao tempo e ao ritmo dos movimentos, a ciranda da roda, ao tom que esses coletivos imprimem às suas vivências no processo, são desafios colocados ao facilitador, que se deve orientar pela autogestão no modo de trabalho com o grupo.

A proposta de trabalho embasada na autogestão provoca a necessidade da auto-análise, no sentido de não ocorrer um “atropelamento”, que poderá incorrer na estagnação da evolução do grupo. Registramos que o contexto desafia o facilitador,⁷ ao passo que também esse lugar no processo é construído no coletivo, concomitantemente ao exercício desse protagonismo, que passa a fazer parte do grupo para a pactuação de estratégias, sendo essencial para o andamento da vivência.

A roda de discussões, mecanismo empregado para a avaliação do processo, torna-se nosso primeiro *dispositivo*⁸ para o acompanhamento dos movimentos – fluxos que delineiam caminhos para tal elaboração. Com efeito, quando cada participante se reconhece como protagonista, é chamado a (re)olhar suas expectativas frente ao VER-SUS, sintetizan-

do o que permaneceu da vivência. Nesse momento, notamos que ocorre um processo de amadurecimento gradativo, perante a diversidade do coletivo, colocando cada indivíduo como a(u)tor nessa roda. Cada estudante entra em cena no sentido de se olhar como parte do processo, e não como mero coadjuvante, amadurecendo e se apropriando de diferentes tecnologias para seu fortalecimento. Isso inquieta os participantes, que se movimentam para encontrar respostas a esses anseios, na construção de estratégias que objetivam o crescimento do grupo. Esse percurso se constitui do agenciamento das diferentes análises e transversalidades, considerando também os diferentes territórios encontrados na roda, onde circulam não somente a palavra, mas também o olhar, o gesto e as afecções que são sentidas e pré-sentidas por toda a ciranda. Muitas vezes, essas afecções potencializam em um ou outro dos atores individuais aquilo que é do todo, provocando ansiedade e angústia, ou sensações de alívio entre os indivíduos subjetivados nesse território coletivo.

Assim, construímos no grupo um mapeamento de alguns aspectos relevantes para a descrição do trabalho. Traduzimos essas falas a partir dos registros em um “diário de bordo” que nos acompanha nesse trajeto, no qual vamos registrando cada afecção dos momentos que passamos, cada sentimento com que nos deparamos, tentando por meio da escrita desabafar nossas angústias e aliviar um pouco a pressão com a qual nos deparamos. Para tanto, tornou-se fundamental nos dar conta do não-saber e, nisso, da relevância da interdisciplinaridade, da interinstitucionalidade e do trabalho de abrangência regional, reconhecendo nas variabilidades a possibilidade de complementação e de integralidade da abordagem, quando construímos estratégias pautadas no respeito, acolhimento e abertura mútua à alteridade.

Vivência do coletivo: cada um em vários lugares; todos em um só lugar

Ponderamos que todo o processo, bem como o lugar de cada um, é uma construção coletiva e singular, pois a cada novo coletivo pactuado, peculiaridades se somam à visão abrangente que buscamos estabelecer. Em cada coletivo sob estruturação, processos antecedentes o transversalizam, transversalizando as Comissões Locais, agenciando problematizações e produzindo interferências no andamento da vivência. Em todos os processos, uma postura ético-política alimenta

as expectativas e busca de conhecimento do movimento sanitário brasileiro e da reforma sanitária brasileira, com ênfase na aproximação às políticas de educação permanente em saúde, pelo que ofertavam de oportunidades de crescimento, sensibilização e superação das fragmentações entre setor da saúde e setor da educação, profissionais *em formação* (estudantes) e profissionais *em exercício* (trabalhadores), gestores e formadores, entre outros.

Emerge, todo o tempo, o “desconhecido” – seja da história, seja sobre a montagem de coletivos. Esse desconhecido se torna motivador, assim que se passa da angústia para a satisfação de descobrir em cada ponto de interrogação possibilidades a serem exploradas. Possibilidades são exploradas segundo um olhar crítico/construtivo, a ser lançado sobre todos os instituídos do processo e sobre a inquietude do contexto amplo no qual somos subjetivados. É a capacidade crítica que torna o desconhecido menos ameaçador, e as aprendizagens mais significativas. Por vezes, não reconhecemos possibilidades de fuga e de invenção e, sim, apropriação para que atravessemos o atual desconforto, tornando-o potencialmente significativo. Em geral, coloca-se para os estagiários um movimento antifluxo, uma vez que se propõem a problematizar e transformar a realidade na qual atuam, emergindo, então, a preocupação de não alcançar nada, não mudar nada e restringirem-se ao processo de sensibilização. Entretanto, o que ocorre na etapa da vivência é a transposição dos processos mentais tradicionais para processos inovadores, o efeito é uma subjetividade interrogante, estranhamento onde antes havia reiteração, vontade de recriar no qual antes havia o pedido de explicação.

Segundo Cezar Wagner Lima Góis (2005, p. 84), “o ser humano não se adapta, se apropria do mundo por meio de uma atividade que é significativa, orientadora e transformadora”. Ao apropriar-se, o vivente (aquele que está vivendo) ultrapassa seus limites biológicos, fazendo história coletiva e pessoal. Para Góis, ocorre que, além disso, ao se apropriar da realidade, “a pessoa exerce maior controle sobre si mesma e sobre o mundo ao redor”. Então, ao transformar-se ou transformar o mundo, é que alguém é transformado por ele, transformando-o ainda mais.

O que queremos dizer é que não ocorre a idealização configurada no início, mas, se ocorrem aprendizagem significativa e experiência

de autogestão, consumou-se a vivência sobre ser e estar em coletivo, ser e estar em equipe e estar em produção. Destacamos a necessidade de usarmos diferentes instrumentos de aferição, podendo assim sentir, ver, perceber, aprender e nos sensibilizar com o que parece rotineiro. Isso se mostra extremamente mais complexo quando conseguimos transpor “o que todo mundo vê”, compreendendo, então, o contexto de cada especificidade, em um momento de construção/desconstrução/reconstrução de conceitos e práticas existentes. Pontuamos aqui o agenciamento do grupo, no sentido de ser um disparador de pensamentos – como num quebra-cabeças “em ato” – no qual várias peças com formatos, cores e percursos diferentes tentam unir-se, buscando encaixes para todos. A convivência interpessoal é um dos maiores desafios desse estágio de vivências, de tal modo que assim materializamos o compromisso ético-político objetivado no projeto VER-SUS, frente às diversidades dos cotidianos reais. Nesse processo, é a diversidade do grupo que o torna positivo, pois quando emergem dúvidas e questionamentos, estes instigam os estudantes e demais atores imersos na roda, potencializando ainda mais a construção de idéias e o fortalecimento desse coletivo – e, conseqüentemente, a autogestão.

Cabe como referência que uma característica do imaginário estudantil é o fato de não se saber tudo e se estar aprendendo; então as “defesas baixas” contra o outro são fator de composição com o outro, não de rejeição. Um devir-estudante presente nos universitários é fundamental às aprendizagens disruptoras, não uma forma-militante de entrar nos processos para veicular certezas. Um devir-estudante (virtude pedagógica) presentifica a ciranda de roda.

Note-se que estamos opondo devir e forma. A distinção entre devir e forma é que o devir é fluxo, propulsão orientada por uma força (devir-estudante = fluxo do buscar, explorar, interrogar o saber); forma é estasiamento do fluxo, conformação/esquadrinhamento em uma definição/identidade (forma-militante = pregoeiro do saber válido). Não nos interessa uma forma-estudante, mas um devir-militante, que defendemos ao final deste texto.

Percebemos que as trocas passam a sustentar a roda, as respostas possivelmente exploradas e, assim que encontradas, instigantes de novas interrogações, muitas vezes não ditas. Os questionamentos dos

coletivos os defrontam com um “desconhecido” dos questionamentos (os porquês), mas – nas relações que consolidamos durante esse período do estágio – sentimos como imprescindíveis essas trocas (as interlocuções e o que chamamos de devoluções). Nessas cirandas de diálogo, o grupo sente o que o facilitador está sentindo, na intensidade, na satisfação e insatisfação, acompanhando suas crises e seu crescimento. Com isso em vista, afirmamos que durante o estágio vamos firmando momentos de encontros, em que inclusive os desencontros nos orientam para o fortalecimento do grupo autogestionado. Uma vez que buscamos a integralidade e a equipe em nossas ações, reafirmam-se, como estratégia necessária e relevante, a interdisciplinaridade e a desterritorialização de todos os tipos de fronteiras prévias.

“O aprendizado assume a forma de um círculo”, diz Kastrup (2005, p. 1.279), como se interpretasse a ciranda de que falamos. A autora diz que o aprender descreve um movimento de “reincidir, retornar, reinventar, reiterar, recomeçar”, uma lógica circular do aprender que aponta para o *inacabamento* desse processo. Virgínia Kastrup constrói uma argumentação sobre a cognição, mostrando o aprendizado como jamais concluído e sempre abrindo para um novo aprendizado. O aprendizado é afirmado como contínuo e permanente, “não se fechando numa solução e não se totalizando em sua atualização, precisando por isso ser sempre reativado”.

Autogestão no cotidiano do coletivo: tensionamentos

De maneiras singulares, os atores do grupo se tornam agentes de construção quando se posicionam perante os demais, tomando lugares de referência para as situações. Deparamo-nos com o modo de gerir esses acontecimentos e de nos posicionar. Constantemente nos questionamos se a autogestão está acontecendo ou não, e precisamos de balizamento quanto à vontade de interferir nos ritmos, limites e individualidades presentes. Nessa linha argumentativa, é interessante retomar Yves Schwartz (2004, p. 23), que escreve sobre trabalho e gestão, pensando seus níveis, critérios e instâncias. Fazemos isso a partir da sua conceituação de gestão: “a gestão, como verdadeiro problema humano, advém por toda parte onde há variabilidade, história, onde é necessário dar conta de algo sem poder recorrer a

procedimentos estereotipados”. Para Schwartz, “toda gestão supõe escolhas, arbitragens, uma hierarquização de atos e de objetivos, portanto, de valores em nome dos quais essas decisões se elaboram”. O autor ressalta, então, que “o trabalho nunca é totalmente expectativa do mesmo e repetição, mesmo que o seja em parte”. A *gestão* se diferencia da *administração*, não é mais um conceito gerencial, é um conceito de coletivos em processo de produção.

A gestão do cotidiano desloca-se sobre uma multiplicidade de registros, em conformidade com o autor, remetendo a questões sobre o si mesmo: “como fazer uso de si, fazer-se disponível para tornar compatíveis as gestões heterogêneas?” (SCHWARTZ, 2004, p. 26) A indagação pode ser considerada o tensionamento máximo de quem está no lugar de facilitador, uma vez que – dada a “incapacidade de antecipar todas as possibilidades presentes e futuras de uma situação” – precisamos redimensionar nossos compromissos microgestionários, bem como as expectativas e objetivos políticos que envolvem e possibilitam tal vivência-estágio. Schwartz fala das “modulações tendenciais”, que afetam o engajamento das pessoas e o psiquismo nas transformações do trabalho, assim como “as formas patológicas tendencialmente ligadas a essas modulações” (SCHWARTZ, 2004, p. 25). O que Schwartz propõe com tal reconsideração do taylorismo, resumimos com o abandono da noção de recursos humanos como acervo profissional impregnado em um sujeito para acatar a flutuação e os defasamentos do ser pelo uso de si por si mesmo e pelo uso de si por outros: processos de subjetivação, não-recursos humanos; atores em atividade de si e de trabalho, não-identidades profissionais.

Em Ceccim (2004 e 2005a) podemos retomar duas formulações resultantes, também elas, das mesmas interrogações presentes neste texto, sobre o “processo de equipe”: em lugar dos recursos humanos da saúde, os *coletivos organizados de produção da saúde* e a *equipe de saúde como perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos*, borramento das fronteiras profissionais, não para eliminar as profissões, mas para aprender, umas das outras, tudo o que coloque um profissional real com maior capacidade de escuta, cuidado e cura diante de pessoas (usuários) reais, não as anatomias e fisiologias repetíveis apenas *in vitro*, e não a ciência das profissões afastada das humanidades.

Com a presente análise, buscamos entender esses processos como vivos, o trabalho como trabalho humano. Os modos de subjetivação dos estudantes, durante os 15 dias do VER-SUS, bem como as possíveis direcionalidades que esses estudantes assumem após terem sido “convocados” à experiência de transgredir o imperativo que organiza a formação acadêmica (fragmentação, disciplinarização e dissociação entre teoria e prática, por exemplo) os deparam com uma contradição somente superada pela autogestão ou gestão coletiva das suas ações.

Quando os estudantes se dispõem à gestão da vivência-estágio, o grupo, em seu contexto de ações, apresenta proposições próprias para suas atividades. Questionamentos surgem com mais frequência, assim como dúvidas, incômodos e desconfortos sobre como mudar a realidade. Conflitos do grupo tornam-se constantes e complexos, com situações que transparecem à vivência e transbordam do coletivo. O grupo, em muitas situações, aguarda com expectativa a manifestação do facilitador. Este, por sua vez, num momento de ansiedade, aguarda as respostas do grupo, pois tais contradições fazem parte da gestão do cotidiano e dizem respeito aos saberes, às histórias e aos valores que tiveram sido trazidos/aportados ao grupo.

Com isso, pretendemos a integralidade no processo de aprendizagem, sem o intento de acabar com os conflitos; antes, “há que se explorar as relações conflitivas entre o instituído e o instituinte, pondo-as em movimento”, conforme pondera Coimbra (1995, p. 55). Percebe-se que, concomitantemente à ampliação da autonomia e da capacidade reativa e criativa do grupo, persistem a culpabilização e a incerteza dos atores, pelas iniciativas frente aos emergentes de histórias, valores e saberes do grupo. Nesse anseio, o grupo desenvolve um “processo de luto” pelas decisões abandonadas (tanto esforço por chegar a elas!), as culpabilidades evidenciam-se e o sentimento fraterno aparece com mais intensidade, fortalecendo muitos dos laços que antes somente haviam sido sinalizados.

Num primeiro momento, o grupo tende a ver o facilitador como um coordenador ou, ainda, associado à imagem construída do professor, da referência – como aquele que sabe e transmite, impõe, é o “dono da verdade”. Relativizar essas noções é um ponto importante para assegurar o cumprimento dos princípios e objetivos do estágio. Assim, desnaturalizar lugares e funções, compreendendo que são

construções sociais, é um desafio que marca intensamente a vivência, principalmente na primeira semana, em que o grupo se inicia no processo, no trabalho de construção de diretrizes e concepções que transversalizarão toda a vivência. Dessa forma, subverter o assujeitamento, a passividade e a alienação frente ao nosso processo de formação é um movimento fomentado pela vivência-estágio, quando se salienta que a forma instituída de gerir a educação é um modelo entre possíveis.

Compreender que os modelos sociais são historicamente construídos, com finalidades específicas e planejadas, muitas vezes alheias à maioria da população, é o caminho para os primeiros dias da vivência, mas se desdobram com a cobrança por respostas prontas, “pensamentos já pensados”. Assim, muitos dos estagiários percebem como “incompetência” do facilitador a negativa da resposta pronta, sendo que na verdade este também tem imensa dificuldade de não antecipar compreensões, conceitos e valores, e apenas organizar atividades para o coletivo. Identificamos que é no alheamento em relação aos outros e na despolitização que experienciamos em nossa sociedade,⁹ que residem as possibilidades de captura da subjetividade e da liberdade de criar. As multiplicidades da vida, os diferentes processos de vivência coletiva e de contato com a alteridade, abrem possibilidades de fuga e de (re)criação da vida naquilo em que ela estiver sendo aprisionada (identidades, profissão, cargos etc.). Assim, passar por um processo de ruptura, de transgressão e de fortalecimento das formas coletivas é da problemática de uma produção que quer aprendizagem significativa e atividade protagonista.

Na medida em que o grupo aceita o facilitador como “igual”, ocorre a percepção do coletivo e o mesmo pode, sim, organizar-se a partir da autogestão. Os “pontos de vista individuais” acabam como “vistas de um ponto do coletivo”.¹⁰ Experienciamos, portanto, um “momento de êxtase”, quando o grupo amadurece significativamente. É quando emergem questionamentos sobre o cronograma previsto e as proposições de atividades práticas ou de estudo; quando *as pessoas* passam a se relacionar de outro modo, tanto com colegas quanto com a vivência, com as rodas de discussão e com os processos de formação relativos ao conhecimento. Em última análise, a autogestão é experienciada e entra em pauta por iniciativa dos estudantes imersos na vivência.

Nós na roda: o ser facilitador

Ser facilitador passa por todos os impasses descritos e analisados neste texto, acrescidos de uma tendência de nos sentirmos responsáveis pelo andamento do processo. Equívoco, pois inclusive a forma como nós entendemos esse lugar é construída na relação com esse coletivo que constituímos – e que imediatamente passa a nos constituir quando aderimos à proposta. Conter a ansiedade de alcançar a excelência do/no processo implica uma constante auto-análise e a capacidade de nos distanciarmos de nossos lugares; relativizar posturas e anseios, para percebermos que o que sentimos diz do coletivo muito mais do que de nós mesmos. Vivenciar nossas singularidades, gerindo também nossas limitações e incertezas, é uma intensidade que em alguns momentos nos coloca em contradição e nos faz “dificultadores”.

Desse modo, ao integrarmos esse coletivo, abrindo-nos ao grupo, co-engendramos uma vivência “de estágio”, uma vivência “de grupo”, uma vivência “política” e uma vivência “do olhar”. Nesse momento, precisamos de apoio emocional e intelectual, principalmente de parceiros apresentados e “referenciados” na vivência, ou seja, a(u)tores com legitimidade no processo.¹¹ Somos instigados a ultrapassar a cultura individualista e egocêntrica para reconhecer que essa proposta de trabalho se inviabiliza frente à arrogância e à individualização. Perceber-se contemplado no grupo, sem que um integrante, um “eu”, seja exaltado, é uma compreensão que sugere o reconhecimento de que tudo o que produzimos é um agenciamento das múltiplas contribuições do grupo, sendo todos igualmente capazes. Nessa compreensão reside também a desmistificação de precisarmos saber tudo – ou saber mais do que os outros – por sermos facilitadores.

Pelos caminhos das rodas de discussão e do círculo de diálogos, no estar com o(s) outro(s), vamos repensando o exercício da liderança. À medida que, em cada situação, emerge um parceiro em meio ao grupo que conduz o processo de forma mais segura e eficiente, propiciam-se melhores resultados, possibilitando a todos o reconhecimento e a valorização de cada potencial. Nessa linha argumentativa, nossos “versusianos” encontraram Cezar Góis (1996 e 2005) definindo as “fases do processo de liderança comunitária”. A descrição do que ele nomeia como “liderança educativa” contribuiu para a “formação” de facilitadores. De acordo com o autor, os líderes educado-

res trabalhariam como animadores, buscando a construção de um contexto de educação permanente e de autonomia, desenvolvendo processos que aceitam novas lideranças e a ampliação dos objetivos para além do grupo e de atos revolucionários, procurando o controle do sistema de ação histórica da sociedade. Há, dessa forma, segundo Góis (2005, p. 204), a aceitação de que todos os membros são líderes do próprio grupo, conformando uma direção colegiada. Segue afirmando que esse exercício da liderança é característico de grupos em fase comunitária, ou seja, em que há a percepção das necessidades da sociedade e sua integração com as necessidades de grupo. O grupo adquiriria um caráter revolucionário e se ampliaria como movimento social, constituindo “uma estrutura de formação de novos líderes e de ação política para a satisfação das necessidades da coletividade” (GÓIS, 2005, p. 205).

Uma vez que essa construção se pauta em acontecimentos e devires, este se torna um campo de incertezas, de instabilidades e de tensionamentos constantes. Frente à aposta nessa estratégia de gestão, formação, atenção e controle social em saúde,¹² deparamo-nos com o receio de que, passado o encantamento inicial, a mobilização se despotencialize e o processo iniciado se limite a si próprio. Assim, não se disseminariam em articulações e posturas críticas; antes se esgotariam em momentos fragmentados (e fragmentários). Uma saída é que a vivência não se configure somente como uma situação de sensibilização momentânea e, sim, como parte de um processo de (trans)formação, seja nas universidades, via diretórios e centros acadêmicos, na criação de núcleos e grupos de saúde coletiva (interprofissionais), em movimentos sociais com os quais cada um esteja implicado, na luta pelo fortalecimento do controle social no SUS com a presença dos estudantes da área da Saúde, na participação nos congressos da área de ensino nas profissões de Saúde, na participação nas Conferências de Saúde, na produção de trabalhos de conclusão de curso da graduação etc. Enfim, na luta pelo direito à saúde para todos os brasileiros.¹³

No trabalho com/em grupos, precisamos nos despir de nossas expectativas, suspendê-las para abrir possibilidades de realização. Por mais contagiados que estejamos, por mais inspiração que a temática produza em nós, precisamos, como facilitadores, nos colocar à dis-

posição do grupo. Estar disponível pressupõe respeito ao tempo de cada integrante do processo. Como afirma Righi (2001), a velocidade das transformações globais dá um tom de instabilidade e de complexidade, em que cada a(u)tor tem seu tempo, seu processo individual, que é por si só um processo do coletivo.

Aprendizagens: tramando algumas reflexões

A cada registro fomos fazendo outras conexões, num momento de muitos sentidos e incontáveis articulações. Na tessitura dessa trama, lançamos alguns aspectos à discussão, dentre os quais sintetizamos: 1) a educação permanente em saúde, pontuada no processo de formação dos profissionais da área da Saúde; 2) as rodas de discussão como dispositivos de trabalho, com grande efeito quando cada participante se reconhece como protagonista e passa a (re)olhar suas expectativas; 3) os modos de gestão e trabalho na educação permanente em saúde, enfatizando a autogestão como possibilidade de implementação dos princípios do SUS; 4) o projeto VER-SUS/Brasil como ferramenta para o protagonismo do estudante da área da Saúde na construção da política nacional de saúde e, por decorrência, na conformação do perfil profissional em formação.

Dessa forma, buscamos ultrapassar o modelo gerencial de organização do trabalho em saúde, tal como temos sido subjetivados. Por meio de outro modo de gestão do trabalho com/em equipes de profissionais da saúde, encontramos a aprendizagem significativa, a atividade protagonista e a autogestão, a fim de que ocorram problematizações no coletivo, interdisciplinaridade, multiprofissionalidade e alteridade com os usuários.

Finalizamos esta produção refletindo e socializando as aprendizagens que produzimos a partir dessas vivências-estágio, como protagonistas de um processo de militância pelo SUS. Fomos instigados a reinventar o modo de atenção à saúde, o desafio da busca pelo novo, pela mudança, em uma “quebra” de conceitos preestabelecidos, inclusive na área da Saúde Coletiva, onde – como facilitadores – nos desafiamos a inovar, a discutir com cada ator (gestores, acadêmicos, trabalhadores em saúde, usuários...) e a repensar o que temos como “pronto”, para refazermos, recriarmos, restabelecermos. Apesar de termos um processo de formação fragmentado e repleto de lacunas,

podemos nos desafiar, indagar e questionar em nossa formação acadêmica. Assim, deixamos de ser reféns de quaisquer processos formadores para sermos questionadores da sociedade, passando a exercer um controle social que seja ativo nas diversas instâncias participativas e em constante debate sobre as formas com que implementamos ensino, trabalho, gestão e controle social no SUS: devir-militante.

A experiência de equipe, ao ser equipe em autogestão, tem sido indiscutivelmente relevante nas iniciativas VER-SUS para *desejar* nas aprendizagens significativas e na atividade protagonista um exercício de equipe em autogestão. *Desejar*, nesse caso, é o despertar de um modo de pensar-sentir-querer, não mais dos recursos humanos da saúde, mas de um ser/estar como coletivos organizados de produção da saúde. No caso das equipes em situação de trabalho, equipes de “profissionais em exercício”, a saída pedagógica é a da educação permanente em saúde, tal como apresentada em Ceccim (2005b): desafio ambicioso e necessário.

O *mistério* do VER-SUS talvez esteja na sua característica de permitir a seus participantes que pratiquem ou efetuem, na qualidade de agentes, as características indicadas como de implementação do SUS no tocante aos trabalhadores. Isto é, atuar em equipe, segundo os princípios da integralidade em saúde e de maneira apropriada dos princípios e diretrizes do modelo assistencial previsto na Lei Orgânica da Saúde. Com as iniciativas VER-SUS, intencionava-se proporcionar um espaço para aprender a ser, conhecer e fazer **em equipe**: estudantes agindo SUS.

Referências

- ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. (Org.). *Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula*. Joinville: Univille, 2005.
- AUSUBEL, D. P. *Educational psychology: a cognitive view*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1978.
- BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional*. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2001.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 335*, de 27 de novembro de 2003. Afirma a aprovação da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde e a estratégia de Pólos ou Rodas de educação permanente em saúde como instâncias locorregionais e interinstitucionais de gestão da educação permanente no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. O desafio de ser facilitador de educação permanente em saúde. In: MARQUES, C. M. S.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. (Org.). *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem integradora*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-37.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, set. 2004/fev. 2005b, p. 161-178.

_____. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004. p. 259-278.

_____. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005^a. p. 161-180.

CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p. 163-178.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COELHO, S. (Coord.). Oficina de planejamento das oficinas do VI Congresso Nacional da Rede Unida. *Olho Mágico*, Londrina, v. 12, n. 4, p. 5-17, out./dez. 2005.

COIMBRA, C. M. B. Os caminhos de Lapassade e da análise institucional: uma empresa possível? *Revista do Departamento de Psicologia da UFF*, Niterói, v. 1, n. 1, p. 52-80, 1995.

COSTA, J. F. A ética democrática e os seus inimigos: o lado privado da violência pública. In: NASCIMENTO, E. P. (Org.). *Brasília: capital de debate – o século XXI – Ética*. Rio de Janeiro: Garamond, 1997. p. 67-86.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs*. v. 4. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.

EIRADO, A.; PASSOS, E. A noção de autonomia e a dimensão do virtual. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 77-85, 2004.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

GÓIS, C. W. L. Metodologia de la acción municipal. In: CONGRESO DE PSICOLOGÍA AMBIENTAL, 5. *Libro de comunicaciones*. Barcelona: Universidad de Barcelona, nov. 1996, p. 24-31.

GÓIS, C. W. L. *Psicologia comunitária: atividade e consciência*. Fortaleza: Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.

GUATTARI, F. Fundamentos ético-políticos da interdisciplinaridade. *Revista Tempo Brasileiro*, Rio de Janeiro, n. 108, p. 19-25, 1992.

GUIMARÃES, A. R.; KLAFKE, T. E.; LENZ, F. L. Autogestão no trabalho com/em equipes de saúde: reflexões a partir do VER-SUS/Brasil. *Olho Mágico*, Londrina, v. 13, n. 2, p. 337, abr./mai./jun. 2006.

KASTRUP, V. Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devirmestre. *Educação & sociedade*, Campinas, v. 26, n. 93, set./dez. 2005, p. 1273-1288.

PIAGET, J. *Epistemologia genética*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

RIGHI, L. B. Município: território de produção de novas formas de gestão e atenção à saúde – considerações sobre a aposta e suas implicações a partir do processo de formação de gestores. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, n. 24, p. 19-27, 2001.

SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Trabalho e educação – Revista do NETE/UFMG*, Belo Horizonte, n. 7, p. 38-46, jul.-dez. 2000.

SCHWARTZ, Y. *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Toulouse: Octarés, 2000.

_____. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M. *et al.* (Org.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 23-33.

TEIXEIRA, J. F. *Mentes e máquinas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

UNIVERSIA BRASIL. Estágio de imersão no SUS: diminuir a distância que existe entre estudantes universitários e a realidade do Sistema Único de Saúde do país é a principal meta dos idealizadores do VER-SUS/Brasil. *Notícias universia.net*, São Paulo, 24/06/2004. http://www.universia.com.br/html/materia/materia_edhi.html. Acesso em: 30 mai. 2007.

VARELA, F. J. O círculo criativo: esboço histórico-natural da reflexividade. In: WATZLAWICK, P. (Org.). *A realidade inventada - como sabemos o que cremos saber?* Campinas: Workshopsy, 1994. p. 302-316.

VARELA, F. J.; MATURANA, H. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do conhecimento humano*. Campinas: Workshopsy, 1995.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

Notas

¹ David Paul Ausubel: *abordagem cognitiva da psicologia educacional*; Jean Piaget: *epistemologia genética*; Lev Semenovich Vygotsky: *formação social da mente*; Paulo Freire: *educação como prática da liberdade*.

² Francisco (Javier) Varela (Garcia): *as bases biológicas da autonomia e enação – a cognição como ação corporizada*; Félix Guattari: *singularização e agenciamento coletivo de enunciação*; Schwartz: *a ergologia e a filosofia do trabalho* – que orientam a existência de uma *clínica da atividade*, não mais a psicopatologia do trabalho, mas a atividade de trabalho como fonte permanente de recriação de novas formas de viver.

³ O sítio do VER-SUS/Brasil, quando disponível *on-line*, era <http://www.saude.gov.br/sgtes/versus>.

⁴ Ao dizermos “partir de qualquer lugar e, ao mesmo tempo, de lugar nenhum” referimos o pressuposto de que em processos de educação e aprendizagem não há linearidade ou sequencialidade natural. Por ser trabalho vivo e em ato, seus tensionamentos, fluxos e movimentos são vias de passagem, interrogação, interação, ação.

⁵ Um trabalho com o registro da experiência do VER-SUS Região Noroeste e VER-SUS Santa Cruz do Sul foi apresentado por Adernanda de Rocco Guimarães (da Região Noroeste e facilitadora em Santa Cruz do Sul), Francielle Limberger Lenz (de Santa Cruz do Sul e facilitadora na Região Noroeste) e Teresinha Eduardes Klafke (professora orientadora) na sessão de pôsteres “Experiências de ativação de processos de mudança na formação de profissionais de saúde”, durante o VII Congresso Nacional da Rede Unida, realizado em

Curitiba, em julho de 2006, cujo tema foi “Promover saúde e impulsionar mudanças na formação profissional e no cuidado à saúde, uma política de Estado” (GUIMARÃES; KLAFKE; LENZ, 2006).

⁶ *Ensinagem* é um neologismo adotado para significar uma situação de ensino da qual necessariamente decorra a aprendizagem, sendo a parceria entre professor e alunos a condição fundamental para a construção do conhecimento necessário à formação durante a graduação. Anastasiou (2005, p. 15) argumenta que a *ensinagem* é um processo de parceria na construção do conhecimento; processo de ensinar e apreender que exige um clima de trabalho tal em que se possa saborear o conhecimento que estiver em questão. A autora pontua que, pela *ensinagem*, deve-se possibilitar o pensar.

⁷ Encontramos interessante abordagem sobre o ser facilitador em situações de ensino-aprendizagem no “Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde”, que aponta desafios para o trabalho de mobilização da Educação Permanente em Saúde, na Unidade de Aprendizagem Integradora (BRASIL, 2005).

⁸ *Dispositivo* é qualquer coisa que faz disparar um processo instituinte, cujos resultados não são, em essência, bons ou ruins (o novo é um processo de reconfiguração desprovido de essência, sendo antes encontro das intensidades presentes). O que referenciamos como dispositivo é também nomeado de agenciamento e de transversalidade instituinte-organizante (abertura e organização de um campo por singularidade), como didatiza Barembliitt (2001, p. 66-67).

⁹ As noções de alheamento e de despolitização são encontradas em Costa (1997, p. 67-86): “A ética democrática e os seus inimigos – o lado privado da violência pública”.

¹⁰ Com a expressão “os pontos de vista individuais acabam como vistas de um ponto do coletivo” explicamos o sentido da “grupalidade” desejada na gestão coletiva do VER-SUS.

¹¹ Os a(u)tores referência são, por um lado, docentes da nossa proximidade, os docentes apoiadores da vivência, podendo ser os gestores apoiadores da vivência, em especial coordenadores de processos de mudança na gestão, mas, por outro lado, são as “referências bibliográficas em pessoa”, autores dos textos, conceitos e idéias que escolhemos para o debate.

¹² Referenciamos Ceccim e Feuerwerker (2004), em “O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social”.

¹³ Afirmamos, com contundência, que deve caber aos estudantes da área da Saúde um lugar reconhecido nos Conselhos e Conferências de Saúde, previstos pela Lei Federal nº 8.142/90. Essa posição se conjuga com o artigo 14 e parágrafo único do artigo 27 da Lei Federal nº 8.080/90, específicos sobre a formação dos quadros da área da Saúde (pelo e para o SUS). No âmbito do SUS, por mais que interesse a ampliada participação da sociedade (movimento estudantil em geral incluído) na indicação e avaliação de seus rumos, no que se refere aos estudantes da área da Saúde, não estamos falando apenas em cidadania, mas na subjetivação daqueles que serão os operadores do sistema de saúde na gestão, na atenção e na formação de outras gerações profissionais de saúde.

SOBRE OS AUTORES

ADERNANDA DE ROCCO GUIMARÃES

Acadêmica do curso de Farmácia, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul em Ijuí (Unijuí); integrante do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (Gesc), Unijuí; facilitadora do Estágio de Vivências no Sistema Único de Saúde, realizado em Santa Cruz do Sul, em fevereiro de 2006. Endereço eletrônico: adernandaguimaraes@yahoo.com.br.

ANA LUCIA C. HECKERT

Professora no Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo atuando como docente no curso de graduação em Psicologia e no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional/UFES. Endereço eletrônico: anaheckert@uol.com.br.

ANA PAULA FIGUEIREDO LOUZADA

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo; professora na Faculdade Salesiana de Vitória. Endereço eletrônico: paula-louzada@ig.com.br.

CARLOS EDUARDO DE MORAES HONORATO

Mestre em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; médico psiquiatra da Assessoria de Saúde Mental da SESDEC-RJ. Endereço eletrônico: caduhonorato@uol.com.br.

CLÁUDIA ABBÊS BAETA NEVES

Professora no Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense atuando como docente no curso de Graduação em Psicologia e no Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFF. Endereço eletrônico: abbes@luma.ind.br.

CRISTIANA BONALDI

Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), mestre em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Instituto Osvaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE) da UFES. Endereço eletrônico: crisbonaldi@hotmail.com.

FABIO HERBERT DA SILVA

Psicólogo, mestrando do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFES. Endereço eletrônico: fabiohebert@hotmail.com.

FABRÍCIA DA SILVA BARROS

Psicóloga graduada pela UERJ e bolsista do CNPq/LAPPIS. Endereço eletrônico: binhabarros@oi.com.br.

FRANCIELLE LIMBERGER LENZ

Acadêmica do curso de Psicologia, Universidade de Santa Cruz do Sul; integrante do Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva (Netesc), da Unisc; facilitadora do Estágio de Vivências no Sistema Único de Saúde, realizado na região Noroeste do Rio Grande do Sul, em janeiro de 2006. Endereço eletrônico: fran_llenz@yahoo.com.br.

MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS

Professora no Departamento de Psicologia, do Programa de Pós-Graduação de Psicologia Institucional e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Endereço eletrônico: betebarros@uol.com.br.

MARINA PEDUZZI

Enfermeira, doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas e professora no Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Endereço eletrônico: marinape@usp.br.

RAFAEL DA SILVEIRA GOMES

Psicólogo, especialista em Saúde do Trabalhador, mestre em Ciências da Saúde e doutorando em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), pesquisador do LAPPIS. Endereço eletrônico: rsgomes33@hotmail.com.

REGINA BENEVIDES DE BARROS

Psicóloga, professora no Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF). Endereço eletrônico: rebenevi@terra.com.br.

RICARDO BURG CECCIM

Professor no Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, mestre em Educação, doutor em Psicologia Clínica; idealizador dos projetos de Vivência-Estágio (Rio Grande do Sul, 2002) e de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS). Endereço eletrônico: burg.ceccim@ufrgs.br.

ROSENI PINHEIRO

Enfermeira, sanitária, doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; professora adjunta no Departamento de Planejamento e Administração de Saúde, IMS-UERJ; líder de pesquisa do Grupo CNPq LAPPIS e coordenadora do projeto *Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde*. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br.

RUBEN ARAUJO DE MATTOS

Médico, doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; professor adjunto no Departamento de Planejamento e Administração de Saúde, IMS-UERJ; coordenador adjunto do LAPPIS. Endereço eletrônico: ruben@ims.uerj.br.

TERESINHA EDUARDES KLAFKE

Professora no Departamento de Psicologia, Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc); mestre em Psicologia Clínica; docente de referência para os projetos de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil) na Unisc. Endereço eletrônico: tklafke@unisc.br.

