

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER

**O TRABALHO DA EQUIPE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÃO DA
INTERDISCIPLINARIDADE**

**FLORIANÓPOLIS
2006**

MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER

**O TRABALHO DA EQUIPE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÃO DA
INTERDISCIPLINARIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina para obtenção do título de Doutora em
Enfermagem - Área de concentração: Filosofia, Saúde
e Sociedade.

Orientadora: Dra Denise Elvira Pires de Pires.

FLORIANÓPOLIS
2006

Ficha Catalográfica

S326t Scherer, Magda Duarte dos Anjos
O trabalho na equipe de saúde da família: possibilidades de construção da
interdisciplinaridade [tese] / Magda Duarte dos Anjos Scherer. – Florianópolis:
UFSC/PEN, 2006.
232 p.; il.

Inclui bibliografia.

1. Saúde – Enfermagem. 2. Equipe de Saúde. 3. Programa de Saúde da
Família. I. Título.

CDD19ª ed.– 362.820 981

MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER

**O TRABALHO DA EQUIPE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÃO DA
INTERDISCIPLINARIDADE**

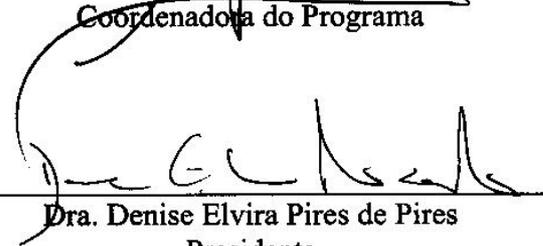
Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

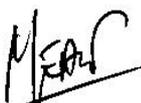
DOUTOR EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 30 de outubro de 2006, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.

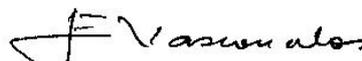

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Radilha
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

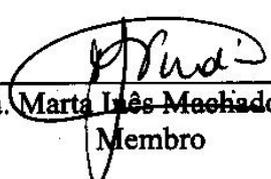

Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Presidente

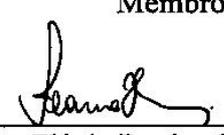


Dr. Rémy Jean
Membro

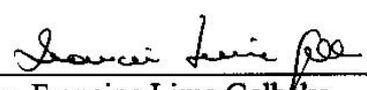


Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos
Membro


Dra. Marta Inês Machado Verdi
Membro


Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Membro


Dra. Rosita Saupe
Membro Suplente


Dra. Francine Lima Gelbcke
Membro Suplente

**Ao Clóvis e à Débora,
meus grandes amores.**

Agradecimentos

Foram muitas as contribuições para que este trabalho acontecesse e chegasse ao fim. Mas agradeço aqui àquelas pessoas que estiveram, de alguma maneira, mais próximas dessa caminhada.

Aos residentes e supervisores queridos, sujeitos desse meu estudo, não só por terem possibilitado essa “viagem” pelo tema interdisciplinaridade, mas sobretudo pela oportunidade da convivência, da aprendizagem, e por continuarmos juntos.

Aos meus amigos, colegas e parceiros dessa empreitada (Curso de Residência) e de muitos sonhos, especialmente Regina, Marta, Renata, Fernanda, Daniela, Neila, Marcão e Luciana.

À Pós-Graduação em Enfermagem, pelo espaço de reflexão, de aprendizagem e de convívio, onde aprendi a admirar o trabalho das enfermeiras. Agradecimento especial à sua coordenadora Maria Itayra Padilha e a Claudia, secretária do Programa, pelas “portas sempre abertas”.

À Denise Pires, minha super orientadora, pela atenção, pelo cuidado, pela responsabilidade, pela seriedade, pela amizade.

Ao Grupo de Pesquisa Práxis, pelo convívio e pelas reflexões que proporcionou nesses anos de doutorado.

À CAPES, pelo apoio que permitiu o estágio na França e ao CNPq, pelo apoio que possibilitou a minha dedicação ao doutorado.

Às amigas desses anos de doutorado, com as quais compartilhei as alegrias e as dificuldades: Elianinha, pela “convivência eletrônica” nos meses finais de elaboração da tese; Selma, pela presença amiga e pelos bons momentos com Ana Lúcia e Albertina; Jade, pelas palavras acolhedoras.

Ao Departamento de Ergologia da Universidade Aix-Marseille I pela acolhida, em especial ao professor Yves Schwartz, pelo carinho com que recebe os brasileiros e pela importante contribuição teórica nesse meu trabalho. Quem sabe um dia apresentarei a minha tese por lá.

Ao Rémy Jean, que ajudou a concretizar o sonho do estágio na França, agradeço a disponibilidade, a dedicação, a amizade e por ter me orientado no aporte teórico metodológico que norteou minha pesquisa. Agradeço

imensamente o esforço de ler a tese em português para contribuir ainda mais.

Ao Pierre Trinquet, querido amigo, obrigada pela atenção em Aix e pela companhia pelo MSN nesses últimos meses de tese.

Ao meu pai, que sempre me incentivou a estudar.

À minha mãe, pela presença constante e apoio incondicional, pelos dois meses em Aix, pelas semanas em Brasília, pelas massagens relaxantes, pelo carinho, por tantas coisas difíceis de enumerar aqui.

À Arlete e ao Jonas, meus tios queridos, incentivadores desse meu percurso.

Agradecimento especial àquela figurinha especial, minha filha Débora, que me dizia que eu trabalhava muito, mas que parecia compreender que eu estar ali, diariamente na tese, recusando brincar, não significava desamor. Obrigada pelos muitos beijos e abraços, por me fazer companhia ao desenhar ao meu lado.

Agradecimento também especial ao Clóvis, que não só “suportou” meu doutorado, com aqueles inúmeros finais de semana passados inteiros diante do computador, mas esteve comigo sempre, incondicionalmente.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. **O trabalho na equipe de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade**, 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 232p.

RESUMO

A prática hegemônica em saúde fundamenta-se no conhecimento disciplinar e no modelo biomédico, apesar das críticas aos limites deste modelo para o entendimento da complexidade da vida humana e do processo saúde-doença. O Programa de Saúde da Família tem sido apontado como estratégico para a construção de um novo modelo assistencial em saúde, sendo que a redefinição do processo de trabalho com a articulação/integração de várias práticas profissionais na perspectiva interdisciplinar é um de seus principais desafios. Nesse contexto, o objetivo geral deste estudo é *analisar, nas práticas dos profissionais de saúde que participaram de um Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, na Região Sul do Brasil, as possibilidades de construção da interdisciplinaridade a partir das percepções e expressões dos residentes e supervisores*. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa utilizando triangulação na coleta e análise dos dados, fundado na dialética marxista e na ergologia. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, observação participante plena, análise documental e grupo focal, no período de março de 2003 a agosto de 2006. A análise qualitativa seguiu os três passos sugeridos por Demo (2004): contextualização sócio-histórica, análise formal e interpretação, seguindo referencial teórico acerca do trabalho em saúde, da interdisciplinaridade e da ergologia. Da análise dos dados surgiram três grandes temas. “O contexto do estudo, os sujeitos e sua relação com o trabalho em saúde da família” é o primeiro, composto pelas seguintes categorias: *elementos motivadores; expectativas; e perspectivas de atuação profissional*. O segundo tema é “a interdisciplinaridade prescrita”, que inclui as categorias *concepção dos sujeitos; para acontecer o trabalho interdisciplinar; e contexto político-institucional*. O terceiro tema, “a vivência da interdisciplinaridade”, foi composto pelas seguintes categorias: *interdisciplinaridade – processo complexo e ação concreta; e as dramáticas do uso de si*. Nesta última encontram-se quatro sub-categorias: *o núcleo e o campo de competências em mutação; a multiprofissionalidade no trabalho em equipe; contexto: limitador e facilitador do exercício da interdisciplinaridade; e estratégias dos sujeitos*. Para novas práticas parece necessário o desenvolvimento de competências para lidar com a complexidade dos problemas e do trabalho em saúde, que envolve profissões, disciplinas e paradigmas diferentes. A interdisciplinaridade dependeria predominantemente da atitude dos sujeitos, do contexto institucional e da gestão do trabalho no cotidiano, com os profissionais e os usuários.

Palavras-chave: interdisciplinaridade, trabalho em saúde, Programa de Saúde da Família.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. **Work in the family health team: possibilities for building interdisciplinarity**, 2006. Thesis (Doctorate in Nursing) – Postgraduate Nursing Programme, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis. 232p.

ABSTRACT

Hegemonic practice in health care derives from disciplinary knowledge and the biomedical model, despite criticisms of the limitations of this model in understanding the complexity of human life and the health-illness process. The Family Health Programme has been indicated as being strategic for the construction of a new model of health care, whereby one of the major challenges facing it is the redefinition of the working process so as to unite/integrate several professional practices from an interdisciplinary perspective. Within this context, the main purpose of this study is *to analyse, in the practices of health professionals who took part in a Multiprofessional Residential Training Course on Family Health, in Southern Brazil, the possibilities of building interdisciplinarity based on the perceptions and expressions of the resident trainees and supervisors*. It is a study of a qualitative nature using triangulation in the collection and analysis of the data, based on Marxist dialectics and ergology. The data was collected by means of semi-structured interviews, full observation of participants, analysis of documents and focal groups, between March 2003 and August 2006. The qualitative analysis followed the three steps suggested by Demo (2004): social and historical contextualisation, formal analysis and interpretation, following theoretical references on working in health care, interdisciplinarity and ergology. Three main themes arose from the analysis of the data. “The context of the study, the subjects and their relation to working in family health” is the first one and is comprised of the following categories: *motivational elements; expectations; and perspectives of professional activities*. The second theme is “prescribed interdisciplinarity”, which includes the categories of *the subjects’ conception; for interdisciplinary work to happen; and the political and institutional context*. The third theme, “experiencing interdisciplinarity”, was comprised of the following categories: *interdisciplinarity – complex process and concrete action; and the dramatic arts of the use of oneself*. This theme has four subcategories: *the nucleus and the field of changing competencies; multiprofessionality in teamwork; context: as a limiting and facilitating factor in practicing interdisciplinarity; and strategies of the subjects*. In order for there to be new practices it appears to be necessary to develop competencies to be able to deal with the complexity of health problems and health work, which involves different professions, disciplines and paradigms. Interdisciplinarity would appear to depend predominantly on the attitude of the subjects, the institutional context and daily work management, involving both the health professionals and the service users.

Keywords: interdisciplinarity, health work, Family Health Programme.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. **El trabajo de equipo en la salud de la familia:** posibilidades de construcción de la interdisciplinariedad, 2006. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 232p.

RESUMEN

La práctica hegemónica en salud se fundamenta en el conocimiento disciplinar y en el modelo biomédico, aunque hayan críticas cuanto a los límites de ese modelo para el entendimiento de la complejidad de la vida humana y del proceso salud-enfermedad. El Programa de Salud de la Familia ha sido apuntado como estratégico para la construcción de un nuevo modelo asistencial en salud, siendo que la redefinición del proceso de trabajo con la articulación/integración de varias prácticas profesionales en la perspectiva interdisciplinaria es uno de los desafíos principales. En ese contexto, el objetivo general del estudio es *analizar, en las prácticas de los profesionales de salud que participan de un Curso de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia, en la Región Sud de Brasil, las posibilidades de construcción de la interdisciplinariedad según las percepciones e expresiones de los residentes y supervisores*. Se trata de un estudio de naturaleza cualitativa utilizando triangulación en la coleta y análisis de los datos, fundado en la dialéctica marxista y la ergología. Los datos fueron colectados a través de entrevistas semi-estructuradas, observaciones participante plena, análisis documental y grupo focal durante el período de marzo de 2003 a agosto de 2006. El análisis cualitativo siguió los tres pasos sugeridos por Demo (2004): contextualización socio-histórica, análisis formal e interpretación, siguiendo el referencial teórico sobre el trabajo en salud, la interdisciplinariedad y la ergología. Del análisis de los datos, surgieron tres grandes temas. “El contexto del estudio, los sujetos y su relación con el trabajo en salud de la familia” es el primero, compuesto por las siguientes categorías: *elementos motivadores; expectativas; y perspectivas de la actuación profesional*. El segundo tema es “la interdisciplinariedad prescrita”, que incluye a las categorías *concepción de los sujetos; para que ocurra el trabajo interdisciplinario; y contexto político-institucional*. El tercer tema, “la vivencia de la interdisciplinariedad”, fue compuesta por las siguientes categorías: *interdisciplinariedad – proceso complejo y acción concreta; e las dramáticas del uso en si mismo*. En esta última se encuentran cuatro sub-categorías: *el núcleo y el campo de las competencias en mutación; la multiprofesionalidad del trabajo en equipo; contexto: limitador y facilitador del ejercicio de la interdisciplinariedad; e estrategias del sujeto*. Para nuevas prácticas parece necesario el desarrollo de competencias para tratar con la complejidad de los problemas y del trabajo en salud, que envuelve profesiones, disciplinas y paradigmas diferentes. La interdisciplinariedad dependería predominantemente de la actitud de los sujetos, del contexto institucional y de la gestión del trabajo en el cotidiano, con los profesionales y los usuarios.

Palabras-claves: interdisciplinariedad, trabajo en salud, Programa de Salud de la Familia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BA - Bahia

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CE – Ceará

ECRP – Entidade Coletiva Relativamente Pertinente

GF – Grupo Focal

MG – Minas Gerais

MI – Momento de Integração

MS – Ministério da Saúde

PEN – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

PR – Paraná

PSF – Programa de Saúde da Família

RJ – Rio de Janeiro

SCIELO – Scientific Electronic Library On Line

SC – Santa Catarina

SE – Sergipe

UA – Unidade de Saúde A

UB – Unidade de Saúde B

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1	28
O DEBATE SOBRE INTERDISCIPLINARIDADE	28
1.1 Processo de construção do conhecimento e interdisciplinaridade	28
1.2 A origem da interdisciplinaridade	33
1.3 Por que é necessária a interdisciplinaridade?.....	35
1.4 Multi, pluri, inter e transdisciplinaridade – definindo os termos.....	38
1.5 Os caminhos da interdisciplinaridade	48
1.6 Algumas considerações ao final.....	53
CAPÍTULO 2	56
A INTERDISCIPLINARIDADE NO CAMPO DA SAÚDE.....	56
CAPÍTULO 3	68
O TRABALHO COMO ATIVIDADE HUMANA	68
3.1 O trabalho coletivo	77
3.2 O trabalho coletivo em saúde	83
3.2.1 As organizações e serviços de saúde	83
3.2.2 Profissões	86
3.2.3 As múltiplas dimensões do trabalho em saúde.....	89
CAPÍTULO 4	101
METODOLOGIA.....	101
4.1 Instrumentos de coleta de dados	104
4.1.1 As entrevistas.....	106
4.1.2 O Grupo Focal	108
4.1.3 A análise documental.....	111
4.2 Análise dos dados.....	112
CAPITULO 5	116
O CONTEXTO DO ESTUDO, OS SUJEITOS E SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.....	116
5.1 Contexto do estudo	116
5.2 Os sujeitos e sua relação com o trabalho na equipe de saúde da família	120
5.2.1 Elementos motivadores.....	121
5.2 Expectativas	125
5.3 Perspectivas de atuação profissional	127
CAPITULO 6	132
A INTERDISCIPLINARIDADE PRESCRITA	132
6.1 Concepção dos sujeitos	132
6.2 Para acontecer o trabalho interdisciplinar	137
6.2.1 Atitude individual	137

6.2.2 Trabalho em equipe	140
6.2.3 Formação	144
6.2.4 Articulação dos saberes	146
6.3 Contexto político-institucional	147
CAPITULO 7	152
A VIVÊNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE	152
7.1 Interdisciplinaridade – processo complexo e ação concreta	153
7.2 As dramáticas do uso de si	159
7.2.1 O núcleo e o campo de competências em mutação	168
7.2.2 A multiprofissionalidade no trabalho em equipe.....	173
7.2.3 O contexto: limitador e facilitador do exercício da interdisciplinaridade	185
7.2.4 Estratégias dos sujeitos.....	197
CAPÍTULO 8	201
O TRABALHO EM SAÚDE COMO ESPAÇO DE CONSTRUÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE – CONSIDERAÇÕES FINAIS	201
REFERÊNCIAS.....	212
APÊNDICES	225
ANEXOS.....	231

INTRODUÇÃO

O trabalho na equipe de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade. Ao se deparar com este título, o leitor pode achar um pouco estranho e indagar: ora, mas numa equipe composta de médico, enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem e agentes comunitários, que interdisciplinaridade é possível? Em um âmbito tão restrito de profissões?

Este estudo originou-se de um sonho. Um sonho compartilhado e pactuado por um coletivo, de concretizar uma equipe com uma diversidade tal de profissões, sem pensar num tipo ideal, que ampliasse a capacidade de lidar com a complexidade do processo saúde doença.

Esse sonho compartilhado começou a ser vivido num Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, onde residentes e supervisores de sete profissões, ensaiavam construir juntos uma nova forma de trabalhar em saúde, que melhorasse a qualidade da atenção à saúde. Foi um processo viabilizado pelo esforço inicial de professores de sete Departamentos de uma Universidade Federal, profissionais de um Hospital Universitário, representantes do então Pólo de Educação Permanente para o PSF e técnicos da Secretaria de Saúde de um município da Região Sul do Brasil onde se realizava o curso. O processo era fruto de uma política de saúde conquistada e legalizada na Constituição de 1988. Esta política abriu espaço para avançar na formação dos profissionais de saúde, para melhor articular serviços e instituições formadoras e para exercitar novas formas de cuidado à saúde que articulassem diferentes profissões, de maneira a lidar melhor com a complexidade dos problemas de saúde.

E é nesse contexto de, entre outras questões, repensar o processo de trabalho em saúde, que surge a pergunta que impulsiona esse estudo: quais as possibilidades de construção da interdisciplinaridade no trabalho da equipe de saúde da família?

O tema interdisciplinaridade não é novo, assim como não é nova a sua discussão na área da saúde. Para situar o contexto no qual o tema desta pesquisa se insere, resgato a trajetória recente da política de saúde no Brasil, destacando o Programa de Saúde da Família – PSF e alguns estudos sobre ele, disponíveis na literatura, em especial os que abordam o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade. Em relação à política de saúde, por ser um tema com muita produção a respeito, optei por resgatar brevemente a década de 1980, onde se destaca a construção do movimento pela reforma sanitária.

Deve-se levar em consideração que a política social, onde se insere a de saúde,

é a resultante possível e necessária das relações que historicamente se estabeleceram no desenvolvimento das contradições entre capital e trabalho, e, ao mesmo tempo, é fator determinante no curso posterior da relação entre as forças sociais fundamentais. (TEIXEIRA, 1989).

Ao mesmo tempo, é necessário considerar que diversos interesses, muitos de natureza contraditória e mesmo antagônica, têm se colocado no cenário por intermédio de atores com capacidade de vocalização.

Um dos grandes temas em discussão nos anos 80 era a crise do modelo de atenção à saúde. O debate dividia opiniões entre aqueles que consideravam mais a necessidade de intervenção no âmbito político, financeiro e administrativo do Estado, e aqueles que, além disso, se preocupavam em como, também nos espaços micro, provocar mudanças nas práticas dos profissionais que no dia a dia operacionalizavam a política de saúde no contato direto com os usuários dos serviços.

O modelo médico hegemônico, biologicista, centrado na atenção médica individual e focado na cura da doença, que orientava a forma de organizar e produzir serviços de saúde, não dava conta de responder aos problemas de saúde em sua complexidade. Além disso, se colocavam imperativos éticos tais como a questão do direito à saúde, a responsabilidade do Estado em relação à saúde, o entendimento do conceito de saúde e o papel dos profissionais e usuários no processo assistencial.

O advento do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1988, marcou uma conquista e uma nova fase de lutas. Os princípios do SUS de universalidade, integralidade e participação, com controle social, delimitaram os espaços orientando o caminho, mas sob resistência de muitos atores. E é no jogo contraditório das correlações de forças que o SUS vai se configurando e que se avança mais ou menos na definição da política de saúde.

O movimento pela reforma sanitária aconteceu no bojo do processo de democratização do país, onde alianças pela conquista de direitos se fortaleciam, e fazia parte da luta pela construção da cidadania, ampliação da consciência sanitária, e por um novo paradigma de compreensão do processo saúde doença e de organização das práticas.

A partir do SUS, a política do Ministério da Saúde – MS – vem se pautando por três grandes eixos que se constituem nos pilares do Sistema Único de Saúde: no plano administrativo, a descentralização, no plano assistencial, os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários e no plano político, o controle social.

O Programa de Saúde da Família foi implantado em 1994 pelo Ministério da Saúde. Esse Programa surgiu em um contexto político complexo, no qual diversos autores do campo da saúde coletiva (CAMPOS, 1994; MENDES, 1995; PAIM, 2002) debatiam a necessidade de combinar meios técnico-científicos para promover a saúde e resolver problemas de saúde individuais e coletivos, com qualidade, efetividade e equidade, ou seja, de estruturar modelos assistenciais capazes de atender as necessidades de saúde da população.

Nos primeiros anos, a formulação e implantação do PSF, ocorrida centralmente em áreas de pobreza, foi alvo de diversas críticas quanto ao seu provável caráter de focalização conforme propostas do Banco Mundial. A partir de 1998 os documentos do Ministério da Saúde passaram a caracterizá-lo como estratégia e a abordar o seu potencial estruturante dos sistemas municipais de saúde.

A ênfase na implantação do Programa de Saúde da Família – PSF – é justificada pela necessidade de substituição do modelo assistencial historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um novo modelo sintonizado com os

princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. Segundo o MS, o indivíduo deixaria de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto familiar, social e de seus valores e seria possível desenvolver novas “ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas”. (BRASIL, 2000, p.9).

É considerado item necessário à implantação das Equipes de Saúde da Família a

existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. (BRASIL, 2006a, p.10).

No período de dezembro de 2002 a dezembro de 2005, foram implantadas 7.866 novas Equipes de Saúde da Família (ESF), totalizando 24.564 ESF em atuação pelo país, com um aumento da cobertura populacional de 54,9 milhões de habitantes em dezembro de 2002 para 78,6 milhões em dezembro de 2005. Com relação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foram incluídos 32.641 novos agentes no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2005, totalizando 208.104 ACS em atuação pelo país. Em relação à população coberta pelos ACS, ela passou de 90,7 milhões de pessoas em dezembro de 2002 para 103,5 milhões em dezembro de 2005. (BRASIL, 2006b). Esses números são importantes, pois demonstram a consolidação de uma política em todo o país.

Mas, para o âmbito deste trabalho é importante compreender melhor o PSF, como ele vem se desenvolvendo no país, em especial em relação ao trabalho em equipe e as possibilidades de construção da interdisciplinaridade. Nesse sentido, foi revisada a literatura disponível sobre o tema. Entretanto, a maioria dos trabalhos versa sobre a implantação do PSF e sobre as mudanças no modelo assistencial de maneira geral, elementos sem dúvida importantes ao se pensar na interdisciplinaridade, mas sobre esta, especificamente, pouco é tratado.

A revisão foi feita nas seguintes fontes de dados: a Biblioteca Virtual em Saúde da BIREME, mais especificamente as bases SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Lilacs Express, o Portal de periódicos da CAPES, o Banco de Teses da CAPES, o Banco de Teses e Dissertações da PEN/UFSC e publicações do Ministério da Saúde. Foi selecionado o período de 1997 a 2003 e foram destacadas algumas categorias que emergem dos estudos e que considerei centrais como contribuição para a reflexão pretendida neste momento: modelo assistencial, processo de trabalho, trabalho em equipe, formação acadêmica, hegemonia médica e apoio externo (apoio de fora da instituição para implantação do PSF). Essas categorias apareceram em cada estudo de forma particular, conforme o caminho percorrido pelos autores e as utilizei como guia para compreender o contexto atual do PSF, a partir do meu recorte.

Um estudo analisando a estrutura e funcionamento do PSF no Ceará menciona, dentre os aspectos positivos, o fato da maioria dos médicos e enfermeiros dedicar tempo integral ao programa e a assistência ser mais contínua, integral e humanizada. Quanto aos problemas identificados pelo estudo, destaca-se que a maioria dos médicos e enfermeiros não dispõe de garantia dos direitos trabalhistas; há um número significativo de profissionais sem qualificação adequada para atuar no programa; incipiente tentativa de atuação intersetorial; e nem todas as ações básicas preconizadas pelo programa estão sendo realizadas por todas as equipes. (ANDRADE, 1998).

D'Aguiar (2001), estudando o caso de Volta Redonda / RJ identificou, entre outras limitações, a precária integração do programa na rede local dos serviços de saúde, a alta rotatividade dos médicos e o fato da atenção estar mais voltada para o campo assistencial com poucas ações de promoção da saúde.

Segundo Sá Filha (2000), em estudo em Aquiraz / CE, “na prática cotidiana das ações de saúde no município existe claramente a convivência do modelo tradicional com o novo, visto que não se realizaram ainda as mudanças substanciais na organização dos serviços, que virão a consolidar a efetivação do PSF”.

Mais contundente é Aguiar (1998, s/p) quando afirma que a implantação do PSF não altera os princípios e diretrizes do SUS, e “no que diz respeito à revisão do modelo assistencial, seus limites e possibilidades estariam vinculados à forma de sua

inserção nos sistemas locais de saúde e, neste sentido, tem sido polemizado justamente porque tanto pode servir a tendências simplificadoras, como a motivações de mudança para gerar resultados mais efetivos do SUS”.

Estudo em Joinville / SC, realizado por Silveira (2000), conclui que o PSF não reorienta o modelo de atenção à saúde, mas se constitui numa “proposta capaz de alterar de forma positiva as práticas sanitárias, desde que o cenário conjuntural assim o permita”.

Por outro lado, Peret (2001), analisando Campina Grande / PB, diz que o PSF tem provocado discussões intersetoriais inéditas e impactos através das ações básicas de saúde, mas para superar o modelo curativo ainda hegemônico deve superar inúmeros obstáculos e entraves políticos.

Diversos autores evidenciam a centralidade dos recursos humanos na reorganização do processo de trabalho com a implantação do PSF, tais como Nobre (1999), que estudou as concepções de profissionais que coordenam e executam o PSF no Maranhão. O autor destacou a importância do papel desempenhado por estes “sujeitos do PSF”, que favorecem, no plano concreto das práticas de saúde, a mudança do modelo assistencial.

Fernandes (2000), objetivou identificar e analisar o comprometimento que os profissionais estabelecem com o PSF e conhecer a natureza dos comprometimentos identificados, em dois municípios baianos. “Os resultados revelaram homogeneidade quanto a um significativo grau de adesão dos profissionais ao PSF; diferenças são vistas quanto aos focos e à natureza deste comprometimento”. A maioria dos profissionais se classificou “numa categoria mista afetivo-normativa, isto é, associada a sentimentos de satisfação pessoal, apego, envolvimento e ligado a razões morais, quando consideram seu trabalho uma atividade de responsabilidade social, um dever a ser cumprido”. Este estudo contribui para análise dos recursos humanos “enquanto sujeitos e atores sociais, valorizando sua subjetividade e sua relação no processo de trabalho em saúde”.

A estratégia de saúde da família tem potencial para reorganização das práticas sanitárias, conforme estudo realizado em Londrina / PR por Baduy (1998), que

evidenciou que a criação de novos modos de trabalhar em saúde traz consigo a mudança de hábitos, de valores, portanto, requer uma disponibilidade para a constante aprendizagem.

Teixeira (2000), em estudo na região metropolitana de Salvador / BA, analisa o modelo de trabalho em equipe no contexto da atenção básica. Diz que o PSF modifica a forma de trabalho, rompendo com a prática individualizada, especialista e centralizadora para o trabalho organizado em equipe multiprofissional. Entretanto, como o município estudado apresenta características do modelo cubano, “que tem como uma de suas características a liderança explícita do médico”, ele se afasta do modelo preconizado pelo MS.

O problema da hegemonia médica é apontado pela maioria dos estudos como fator limitante das mudanças no trabalho da equipe de saúde e ao mesmo tempo como um grande desafio. A equipe do PSF de um município no Alto Uruguai Gaúcho, estudado por Denti, discute os problemas e define os rumos do trabalho de forma democrática, com a participação de todos, mas

há poucas intervenções do profissional médico na reunião e também [...] as suas decisões dificilmente são contestadas. [...] Deve-se tomar cuidado com este tipo de estrutura hierárquica porque haverá aprisionamento de cada um em seu núcleo específico de saberes e práticas, aprisionando um processo de trabalho e enrijecendo as estruturas onde se privilegia técnica. (DENTI, 2000, p.109).

O mesmo estudo aponta a necessidade de mudança no perfil de formação acadêmica dos futuros profissionais de saúde. Considera um problema a normatização excessiva do PSF, limitando, entre outras coisas, a composição ampliada da equipe, conforme cada realidade. Além disso, identifica limitação ideológica dos profissionais, que só sabem atuar no modelo focado na doença. A adesão dos profissionais à proposta é uma necessidade.

Há uma tendência de que práticas antigas persistam, justificadas pela sobrecarga, mas também relacionadas com a cultura institucional e formação

profissional, segundo Conill (2002), que analisou o PSF em Florianópolis / SC no período de 1994-2000. A autora conclui que o PSF evolui de um programa isolado para uma estratégia de reorientação do modelo assistencial e práticas alternativas ao modelo biomédico tradicional são viáveis no município.

Magalhães e Senna (S/D) consideraram, ao estudar os casos de Camaragibe / BA e de Aracaju / SE, que em geral, os profissionais de saúde e, especialmente, os médicos resistiram ou apoiaram pouco a implementação do PSF. “A carga horária e a dificuldade na atuação para além dos marcos da medicina curativa, individual e centrada no hospital não contribuiu para a maior adesão dos profissionais, apesar dos incentivos financeiros”.

No município de Contagem/MG, Goulart observou que os médicos

demonstravam e reivindicavam ser membros especialmente distintos dentro da equipe de saúde, uma questão de fundo cultural, reconhecidamente difícil de mudar. Como exemplo, eram os únicos membros da equipe que gozavam de liberação para se ausentar das reuniões coletivas, inclusive com a coordenação de referência, sob a alegação de terem consultas e outros afazeres a realizar. Em outras palavras, suas atividades assistenciais eram autoreferidas, com respaldo da equipe, como mais importantes do que as atividades de outras naturezas. Era objeto de consenso entre os interlocutores de Contagem a marcante diferença entre a adesão dos médicos, sempre mais morosa ou ausente, e a do pessoal de enfermagem, de características opostas, particularmente quando do início da nova proposta. (GOULART, 2002, p.161).

Em Curitiba/PR, Goulart identificou como grande obstáculo à operacionalização do PSF a formação deficiente, a pouca adesão e o prevalecimento da lógica de mercado na corporação médica, o que era menos acentuado nas demais categorias profissionais. Observou que deixava a desejar o amadurecimento das equipes para aceitação e adesão ao processo de mudança em andamento. Entretanto, Curitiba sempre enfatizou os processos de capacitação de suas equipes: em 1995 implantou o primeiro curso de especialização em saúde da família e depois a residência, se antecipando às iniciativas do Ministério da Saúde.

Fertonani (2003) concluiu que, em Maringá / PR, nas equipes do PSF estudadas por ela, não existia trabalho interdisciplinar. O trabalho continuava centrado no modelo médico e o atendimento priorizava a atenção à demanda espontânea. As equipes não planejavam suas atividades, o médico pouco participava de atividades de grupo, ficando mais restrito ao atendimento em consultório. Além disso, muitos profissionais eram oriundos da área hospitalar, sem formação adequada para o PSF.

Já em Ibiá, município pequeno no oeste de Minas Gerais, houve uma mudança radical no processo de trabalho da categoria médica. A maioria dos médicos passou a ser assalariado pela Prefeitura, o que tornou residual a clínica privada. Desta forma, problemas comuns em outros municípios, tais como “a alta rotatividade médica, a desmotivação, os movimentos desestabilizadores sobre o sistema de saúde, principalmente por parte dos médicos, eram pouco relevantes na cidade”. A discussão realizada nos grupos focais, que tratava do processo de trabalho no PSF, produziu manifestações tais como: “ampliação de horizonte”, “compromisso com resultados”, “questionar a realidade”. (GOULART, 2002, p. 215). Mesmo assim, o estudo concluiu que a adesão à proposta do PSF era menor entre os médicos que nos demais membros da equipe.

Paix (2001, s/p), em estudo em Vitória da Conquista / BA, discutiu aspectos da integração e fragmentação do processo de trabalho de uma equipe do PSF. Segundo ela, a reunião semanal da equipe, onde eram planejadas as ações, se constituía no espaço de conformação do trabalho coletivo. Entretanto, na operacionalização, as atividades eram realizadas por sub-grupos específicos, tais como a enfermeira e os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, a médica e os ACS, a auxiliar de odontologia e a odontóloga. O que ocorria era a referência e contra-referência intra-equipe, o processo de trabalho era fragmentado conforme as especificidades de cada categoria profissional. “A multiprofissionalidade da prática da saúde é um ingrediente a mais que, por um lado, potencializa as habilidades dos sujeitos de saúde, mas por outro, explicita suas fragilidades”.

Estudo desenvolvido por Araújo em 3 equipes de um mesmo município mostrou que

os sujeitos produtores das ações do PSF são jovens situando-se na faixa de 20 a 30 anos de idade, com pouca experiência de trabalho em atenção primária, sendo que para a maioria é seu primeiro emprego. As averiguações explicitam que estão ocorrendo transformações na concepção do processo saúde-doença, e há um movimento para incorporação de uma nova prática sanitária, dentro de uma transição paradigmática em franco desenvolvimento. Evidenciou-se que o PSF vem propiciando a construção de um conhecimento do tipo novo através do trabalho em equipe, na concepção inovadora, e do desenvolvimento de novas estratégias de organização do processo de trabalho. (ARAÚJO, 1999, s/p).

O município de Vitória da Conquista / BA se destaca nos estudos de Goulart. As equipes do PSF demonstravam adotar práticas qualificadas e inovação na gestão, onde a criatividade e a adesão ideológica estavam presentes. Uma característica marcante nas equipes foi chamada de “empreendedorismo militante”. (2002, p.276). Boa parte dos médicos do PSF deste município tinha formação pós-graduada, poucos eram recém formados e algo que se destaca, “pareciam ter feito da atividade pública, particularmente no PSF, sua opção profissional”. (GOULART, 2002, p.277).

Em discrepância com os demais estudos encontrados, Romano e Campos (S/D) dizem que o trabalho em equipe no PSF é “ficção pactuada”, porque não discute a pluralidade de motivações. Considera que existem diferenças intransponíveis entre os membros da equipe, tais como a disparidade salarial entre o agente comunitário de saúde e o médico (1143%), “tornando improvável qualquer motivação comum de interesses para o trabalho, apesar do discurso de missão, de união de interesses, de linearidade perpassar todos”. Entretanto, sustenta ser possível um gerenciamento desta equipe que coordene discussões sobre as dificuldades internas, que negue o planejamento normativo e oriente a construção de pactos cotidianos que permitam a convivência com as diferenças.

Outro estudo, realizado em Unidades Básicas de Saúde – UBS, a partir de entrevistas com os gerentes, mostrou que as relações entre as diversas categorias profissionais é hierárquica e que uma desconhece a potencialidade da outra. A superação do problema poderia se dar pela criação de um espaço democrático de

discussão entre a equipe, na busca de interação, na criação de acordos e na emancipação dos agentes envolvidos, valorizando-os e flexibilizando as regras impostas para o desenvolvimento dos trabalhos. (MISHIMA et al, 2000).

Segundo Campos (1994b), mudanças institucionais no campo da saúde têm sido limitadas por não terem produzido sujeitos sociais que dessem conta de sustentá-las e lhes dar prosseguimento.

Experiências na formação de recursos humanos têm mostrado que estratégias como a criação de espaços coletivos de reflexão e ação, a problematização da prática e a democratização dos saberes têm impulsionado os sujeitos para a transformação da prática e produção do conhecimento (FEUERWERKER, 2000), entendendo espaços coletivos como “lugar de reflexão crítica, produção de subjetividade e constituição de Sujeitos”. (CAMPOS, 2000a, p.14).

Os diversos estudos apontam vários fatores como fundamentais para desencadear processos de mudança do modelo assistencial em saúde nos municípios pesquisados. Dentre eles, podemos destacar, com relação aos profissionais de saúde, a sua dedicação em tempo integral ao programa, a adesão à proposta, a crença na possibilidade de mudança e a formação adequada para atuar no modelo. Além disso, a criação de espaços coletivos de reflexão e ação, bem como a contratação de consultores externos ou o estabelecimento de parcerias com instituições acadêmicas ou governamentais, tais como as Secretarias Estaduais de Saúde ou o Ministério da Saúde, parecem ter contribuído para a implantação do programa aproximando-se de suas diretrizes.

Percebe-se que, após a Constituição de 1988, o contexto da política nacional de saúde é favorável ao desenvolvimento de propostas inovadoras, de tentativas de produção de mudanças no processo de trabalho em saúde, orientadas pelos princípios do SUS. O Programa de Saúde da Família, criado em 1994, constitui-se numa proposta e numa experiência que inclui aspectos inovadores em relação ao modelo biomédico vigente. Entretanto, críticas em relação à capacidade do PSF de reorientar o modelo de atenção, associadas à pressão dos grupos identificados com o projeto da reforma sanitária, entre outros, levaram o Ministério da Saúde a investir na capacitação dos

trabalhadores de saúde para trabalhar no Programa. Assim, em 2001, especializações e residências em saúde da família iniciam em vários lugares do país. A formação permanente dos trabalhadores de saúde, para serem protagonistas de novas práticas, em diferentes cenários, é estratégica e a equipe de saúde da família é um espaço privilegiado onde a interdisciplinaridade pode ser construída.

Neste estudo, parte-se do pressuposto que para mudar o modelo de atenção para os moldes preconizados pelo PSF, pressupõe, entre outros fatores, a existência de uma equipe de saúde capacitada para lidar com a complexidade do processo saúde-doença, que articule os conhecimentos necessários para responder aos problemas de saúde que se colocam e atuar efetivamente na promoção da saúde. Ou seja, torna-se necessário estruturar o processo de trabalho baseado na prática multiprofissional com uma abordagem interdisciplinar e intersetorial. E que o espaço propício para que essa formação aconteça é o serviço de saúde, no desenvolvimento das atividades de trabalho.

Sendo assim, o contexto de um Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família para o desenvolvimento deste estudo foi escolhido porque se espera que este seja um espaço de desenvolvimento da interdisciplinaridade.

O interesse em estudar as possibilidades de construção da interdisciplinaridade no processo de trabalho de profissionais que foram capacitados em uma experiência de Residência em Saúde da Família decorre do meu envolvimento com o grupo que a organiza, compartilhando sonhos, bem como do fato de eu ter sido professora e supervisora local, o que facilitava o acompanhamento sistemático, avaliando a prática proposta e a prática realizada. Além disso, a minha atuação em Unidade Local de Saúde e na Universidade permitia a realização do sonho de unir ensino e assistência em serviços de saúde. Por outro lado, tenho a crença que se deve apostar e investir no profissional de saúde como agente de mudanças e que um trabalho de equipe estruturado na ótica da integralidade e da interdisciplinaridade pode contribuir para melhor gerir o processo de trabalho.

Apesar do tema interdisciplinaridade ter sido objeto de muitos estudos, considero relevante abordá-lo novamente porque se trata de refletir sobre a aplicação

prática de uma nova política de formação de recursos humanos voltada para a reorientação do modelo de atenção à saúde de acordo com os princípios do SUS, onde a interdisciplinaridade é preconizada como estratégica. Além disso, mesmo não se tratando de uma avaliação do curso de residência, este trabalho poderá identificar potencialidades, dificuldades e iniciativas inovadoras, além de socializar a produção de conhecimentos gerados no processo de formação em serviço.

O estudo tem como objetivo geral analisar, nas práticas dos profissionais de saúde que participaram de um curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, num município da Região Sul do Brasil, as possibilidades de construção da interdisciplinaridade, a partir das percepções e expressões dos residentes e supervisores. E tem como objetivos específicos:

- conhecer os motivos que levaram os profissionais a ingressar no Curso de Residência;
- identificar a percepção que cada profissional tem de interdisciplinaridade;
- identificar e analisar elementos facilitadores e dificultadores da prática interdisciplinar;
- identificar e analisar práticas interdisciplinares vivenciadas pelos residentes e as estratégias desenvolvidas por eles para efetivá-las.

A forma de apresentação do relatório de pesquisa foi uma escolha, assim como todo o caminho percorrido o foi.

O primeiro capítulo tem como objetivo traçar um panorama do debate em torno do tema interdisciplinaridade. Com base numa revisão da literatura, busca identificar o contexto do seu surgimento, apresentar a sua relevância, as principais concepções, obstáculos e perspectivas para a sua efetivação.

O segundo capítulo, dando continuidade à discussão do primeiro, versa sobre a interdisciplinaridade no campo da saúde.

No terceiro capítulo discute-se o trabalho como atividade humana, articulando essa discussão às especificidades do trabalho em saúde.

No quarto capítulo é apresentado o percurso metodológico.

Os resultados obtidos com a pesquisa de campo são apresentados nos capítulos cinco, seis e sete. Os resultados são apresentados num diálogo com a base teórica que sustentou o processo de pesquisa.

No capítulo oito é discutido o trabalho em saúde como espaço de construção da interdisciplinaridade a título de considerações finais.

CAPÍTULO 1

O DEBATE SOBRE INTERDISCIPLINARIDADE

Un être humain est une galaxie ; il est non seulement extraordinairement complexe, mais il possède sa multiplicité intérieure. Il n'est pas le même à tout moment de son existence ; il n'est pas le même en colère, il n'est pas le même quand il aime, il n'est pas le même quand en famille, il n'est pas le même au bureau etc. Nous sommes des êtres de multiplicité en quête d'unité et les phénomènes de dédoublement et de triplement de personnalité, considérés comme cas pathologiques, sont en fait l'exasperation de ce qui est absolument normal. (MORIN, 1997, p.6).¹

Este capítulo tem como objetivo traçar um panorama do debate em torno do tema da interdisciplinaridade. Busca identificar o contexto do seu surgimento, apresentar a sua relevância, as principais concepções, obstáculos e perspectivas para a sua efetivação, segundo autores identificados, na literatura contemporânea, como referências para o tema, para a seguir fazer aproximação com o debate sobre interdisciplinaridade no campo da saúde.

1.1 Processo de construção do conhecimento e interdisciplinaridade

A problemática da interdisciplinaridade tem sido preocupação constante no seio das ciências e em particular nas ciências sociais. A constatação de que o patrimônio de conhecimentos da humanidade amplia-se e de que é necessário articulá-lo numa perspectiva de totalidade, de maneira a dar respostas aos problemas complexos do

¹ Um ser humano é uma galáxia; ele não é somente extraordinariamente complexo, mais ele possui sua pluralidade interior. Ele não é o mesmo em toda a sua existência; ele não é o mesmo quando está furioso; ele não é o mesmo quando ele ama, ele não é o mesmo quando está em família, ele não é o mesmo no trabalho, etc. Nós somos seres plurais em busca de unidade e os fenômenos de duplicidade e multiplicidade da personalidade, considerados como casos patológicos, são de fato a exasperação daquilo que é absolutamente normal. (MORIN, 1997, p.6, tradução nossa).

cotidiano, aponta para a construção de um conhecimento interdisciplinar. Conhecimento, entendido aqui como uma representação do real, “[...] daquilo que é possível fazer e, por conseguinte, representação daquilo que poderia ser objeto de uma decisão na sociedade” (FOUREZ, 1995, p.208).

O processo de construção do conhecimento segue basicamente dois caminhos: o campo do conhecimento científico ou epistemológico e o campo do fazer ou da prática. A ciência se “desenvolveu em determinado contexto, o qual permitiu o surgimento de modos precisos de conhecimento, importantes em relação a projetos precisos, condicionados [...] pelo contexto histórico”², e pelos sujeitos que individualmente e coletivamente fazem história. O campo do fazer, afetado pelos mesmos condicionamentos, está relacionado aos modos de produção e reprodução da vida material, às situações de trabalho. Mas, apesar da distinção entre ciência e trabalho, ambos são formas de atividade humana e, portanto, de produção de saberes.

Segundo Schwartz (2000), essa dualidade no processo de conhecimento, as duas formas distintas existentes de construir o conhecimento, que ele chama de disciplina epistêmica e disciplina ergológica, deveriam se entrecruzar: a primeira seria a disciplina dos conceitos e do experimentável, relacionada ao que se convencionou chamar de campo das “ciências duras”, enquanto a segunda seria relativa aos processos ergológicos, ou seja, as atividades humanas em geral (onde estão incluídas as ciências humanas e sociais, que, segundo Schwartz, fazem história) e que são renormalizantes, no sentido de que o ser humano renormaliza³ o seu meio, conforme as suas próprias capacidades e valores e as condições que o meio lhe oferece.

A disciplina epistêmica está relacionada ao desenvolvimento da ciência, onde há definição de um objeto inicial e exterior, de um sistema de conceitos e se constrói um processo de conexão entre uma teoria e um determinado objeto, resultando num consenso paradigmático, partilhado por uma comunidade científica. (KUHN, 2001).

² Ibid, p.253.

³ “Norma é uma palavra latina que significa esquadro ou ângulo reto. A norma exprime aquilo que uma instância avalia como o que deve ser : segundo o caso, uma idéia, uma regra, um objetivo, um modelo. Esta instância pode ser exterior ao indivíduo [normas impostas], como pode ser o próprio indivíduo se dando normas [normas instauradas durante a atividade], porque cada um procura ser o produtor de suas próprias normas, a partir das exigências que a governam. Todo agir humano é particularmente industrioso, na medida que não é jamais puramente automático, é regido e se rege por normas”. (DEPARTAMENTO DE ERGOLOGIE, 2006, tradução nossa).

Relaciona-se, portanto, ao campo disciplinar. A ergologia trata das atividades humanas, e ao contrário do pólo epistêmico, não define para si um objeto real que ela deverá compreender, porque o seu campo é a vida social. Nesse caso, não há o confronto entre uma teoria e uma experiência, mas um confronto de saberes entre aqueles que vivem a atividade social e aqueles que tentam conceituá-la, o que supõe que esses saberes sejam comensuráveis, ou seja, sem hierarquia de valores entre eles. O processo de conhecimento é um constante re-conhecer e não conhecer tendencial, onde os conceitos são fluídos e adquirem significação e validação na sua utilização, o que provoca no pesquisador aquilo que Yves Schwartz chama de desconforto intelectual e faz reconhecer que conhecimento e ação andam juntos. (DI RUZZA, 2003).

É impossível prever o que fazem realmente as pessoas porque toda atividade humana é inantecipável, é sempre um espaço de encontros singulares entre o prescrito, o previsto, o antecipado, o normalizado e a história pessoal dos seres humanos. [...] E somente a pessoa concernente pode dizer, mais ou menos facilmente, as razões pelas quais ela engendra e gere a distância entre as normas antecedentes de toda natureza e sua atividade real. (DI RUZZA, 2003, p.51, tradução nossa).

A ergologia seria um outro modo de elaboração de conhecimentos: “um campo de investigação aberto, constituído pelo conjunto da vida das sociedades humanas”, um processo de produção de conhecimentos baseado no diálogo de saberes e “uma renormalização conceitual permanente no nível teórico”⁴.

Di Ruzza utiliza-se de Ludwig Wittgenstein para falar de “*jeu de langage*”, dizendo que os conceitos fazem parte de uma atividade, que só adquirem sentido nela. “Não existe referência abstrata por intermédio da qual uma correspondência poderia ser feita entre as palavras de um jogo de linguagem particular e as mesmas palavras de um outro jogo de linguagem. É isto que explica que todos os conceitos, todas as

⁴ Ibid, p.60, tradução nossa.

categorias são fluídas”⁵. Um conceito só tem sentido na sua utilização efetiva.

A abordagem ergológica consiste em fazer dialogar os diferentes jogos de linguagem

sem que qualquer hierarquia seja estabelecida entre eles: linguagem das ciências humanas e sociais existentes, linguagens que exprimem os diversos valores de que são portadoras as atividades e os gestos (religiosos, éticos, estéticos, filosóficos, etc) e linguagens daqueles que vivem as atividades e os gestos. [...] Dessa maneira, as ciências passam a não ter mais um objeto a conhecer, mas sujeitos-atores com quem elas devem dialogar.⁶

[...] O diálogo entre os saberes repousa sobre três princípios essenciais: a rejeição de toda hierarquia entre os saberes, a comensurabilidade dos saberes, o intervencionismo da atividade de elaboração e de produção de saberes⁷.

Admitir a comensurabilidade dos saberes não significa dizer que eles sejam idênticos, eles são diferentes na forma, no conteúdo e na sua amplitude, mas não são diferentes na sua natureza quando se está num mesmo campo de investigação. “[...] o diálogo entre os saberes é necessariamente simultaneamente o diálogo sobre o regime de sua elaboração e um diálogo sobre as modalidades de colocá-lo em prática. [...] É um diálogo que exige tolerância e modéstia” de todas as partes, constituindo “as forças *d’appels et de rappels*”⁸, que questionam, balizam, validam, garantem e difundem os resultados, os tornam visíveis e explícitos, modificam as atividades e os gestos⁹. O projeto ergológico tem como foco as contradições, o movimento e a mudança.

No desenvolvimento do conhecimento buscamos a certeza, mas não há nenhum fundamento seguro de que vamos encontrá-la. Essa busca, na história das ciências, era ancorada por três idéias fundamentais: a idéia de que o universo era ordenado; o

⁵ Ibid, p.63, tradução nossa.

⁶ Ibid, p.64, tradução nossa.

⁷ Ibid, p.65, tradução nossa.

⁸ Segundo o vocabulário ergológico: as forças de convocação dos saberes constituídos e as forças de reconvocação dos saberes para validá-los, reconceituá-los, no confronto com a experiência.

⁹ Ibid, p.73, tradução nossa.

princípio da separação, confirmado pela criação de domínios disciplinares; e a razão, que significava uma coerência fundamentada nos princípios clássicos da dedução, indução, da contradição, da identidade e do terceiro excluído (não aceita o paradoxo - A é ou B ou não B). (MORIN, 1999). Estes princípios estruturaram a visão de um mundo coerente, inteiramente acessível ao pensamento, e tudo que excedia este pensamento ficava situado fora da lógica, fora do mundo e fora da realidade. (MORIN, 1992).

Mas é no seio do positivismo que contraditoriamente o século XX, compreendido como “a época dos limites do saber” (SINACEUR, 1977), traz uma nova revolução científica entendida “como sendo um deslocamento da rede conceitual através da qual os homens vêem o mundo” (KUHN, 2001, p.137). Noções e referências antes consideradas fundamentais ou intocáveis são contestadas. Surge o conceito de complexidade, que segundo Demo (2002), aplicada à realidade realça dimensões cruciais: a realidade é imprecisa, criativa, indevassável, histórica e potencial. Surge a desordem e a incerteza. Um novo paradigma emerge, onde o conhecimento tende a não ser dualista e a se fundar na superação de dicotomias históricas, tais como subjetivo/objetivo, coletivo/individual, repercutindo nas disciplinas que sobre elas se fundaram. (SANTOS, 1995).

A forma de pensar fragmentada, monodisciplinar e quantificadora, que consiste em separar para analisar e religar para sintetizar ou complexificar, conduz a um conhecimento limitado. (MORIN, 1997). Por outro lado, as disciplinas aceleraram o progresso do conhecimento, possibilitaram diversos olhares para um mundo complexo. No entanto, ao mesmo tempo provocaram uma ruptura entre os espaços de reflexão e de decisão na sociedade e dificultaram a visão de totalidade. Nesse contexto, o olhar e a prática interdisciplinar poderiam ser um caminho de construção do conhecimento no sentido ergológico, que consiste em pensar a *práxis*¹⁰ e a *poiêsis*¹¹ como atividade unificada.

¹⁰ No vocabulário ergológico, ação refletida, deliberada, que transforma internamente o ser que reflete.

¹¹ No vocabulário ergológico, ato de fabricar, produção, onde o resultado é exterior ao produtor; é o fazer concreto.

1.2 A origem da interdisciplinaridade

A necessidade da interdisciplinaridade para a produção do conhecimento remonta à busca do saber unitário que sempre existiu na história do pensamento. “O *mito* para o homem pré-histórico, as idéias de *cosmos* no mundo grego e a aceitação de um Deus criador e protetor do *cosmos* na Idade Média sempre sustentaram a unidade do saber e garantiram a integridade do horizonte epistemológico”. (JAPIASSÚ, 1976, p.45, grifos do autor).

Tanto no mundo grego como no medieval, havia uma visão unitária do real, não havia separação entre as ciências e a filosofia e o conhecimento só tinha sentido numa perspectiva de totalidade, o que correspondia a uma pedagogia unitária.

Os sofistas gregos foram os criadores de um programa enciclopédico de ensino chamado de *enkúklios paidéia*, que tinha como objetivo o desenvolvimento integral do indivíduo. As disciplinas eram articuladas entre si e complementares. O programa de ensino contemplava o ensino da gramática, da dialética e da retórica, bem como da aritmética, da geometria, da música e da astronomia.

A pedagogia da totalidade começou a ser rompida com o advento do modelo de racionalidade que se iniciou a partir da revolução científica do século XVI. Esse modelo se desenvolveu nos séculos seguintes no seio das ciências naturais, sob a filosofia de Bacon e principalmente Descartes, e no século XIX se ampliou para o domínio das ciências sociais, em fase de estruturação, se consubstanciando na filosofia positivista. O positivismo estabeleceu o método científico como o condutor do processo de conhecimento. Tornou-se um problema a ser examinado pela ciência o que é passível de observação, verificação e descrição, e sendo assim, fragmentou-se o real.

A separação entre a natureza e o ser humano, o rigor matemático (que divide, quantifica e reduz a complexidade), o conhecimento causal, a objetividade, a idéia de ordem e estabilidade, entre outros, são os fundamentos do paradigma da ciência moderna, que vão justificar e consolidar o conhecimento disciplinar.(SANTOS, 1995).

O século XIX é marcado pela expansão do trabalho científico e pela

fragmentação do território epistemológico, é o tempo dos especialistas, como afirma Gusdorf (1977), onde os cientistas são levados à solidão e perdem o sentido de uma causa comum. A ciência, segundo o autor, é guiada pelo positivismo, onde cada disciplina se isola na sua própria metodologia e o rigor metodológico é absoluto.

Durante sua evolução, a ciência pouco a pouco apagou as suas origens. Esqueceu as questões do cotidiano que fizeram surgir a física, a medicina, a informática, para pretender que só existe uma ciência universal. Começou-se a acreditar que tudo depende de raciocínios que podem ser os mesmos em qualquer lugar e se supõe que o discurso científico obedece a uma racionalidade independente de qualquer época. (FOUREZ, 1995, p.166).

A ciência, como uma atividade humana, “é um saber ligado a grupos sociais determinados”¹², com paradigmas que vão influenciar na evolução das disciplinas e na valoração desigual das diversas formas de conhecimento, científicos ou não.

Fourez recorre a imagem da “árvore da ciência de Porfírio”, surgida no ocidente no século III d. C., para explicar como determinados conhecimentos são considerados mais importantes que outros. Os conhecimentos seriam como uma árvore, onde os mais fundamentais estariam localizados no tronco e os demais nos ramos, e para praticar as ciências dos ramos, seria necessário conhecer as ciências fundamentais. Este raciocínio faz supor que alguns conhecimentos seriam mais nobres que outros e justificariam a relação de dominação de algumas práticas em relação a outras, como, por exemplo, a sujeição do trabalho manual pelo intelectual ou a sujeição de algumas profissões por outras.

A história mostra que o termo interdisciplinaridade surge no contexto de construção da hegemonia do modelo cartesiano de ciência. Esse processo, que fragmenta o saber, também mobiliza críticas e tentativas de retomada da unidade da ciência.

O século XIX é marcado pelo surgimento das disciplinas, num processo de

¹² Ibid, p.191.

reestruturação das universidades, e pelo recuo da esperança interdisciplinar, com o desenvolvimento das especializações, impulsionado pelo avanço da pesquisa científica.

A origem da palavra disciplina designa um pequeno chicote que servia para auto-flagelo, permitindo assim a autocrítica; nesse sentido, ela se torna “um meio de flagelar quem se aventura no domínio das idéias que o especialista considera como sua propriedade”. (MORIN, 1994, p.1, tradução nossa). As disciplinas têm, portanto, uma história: nascem, se institucionalizam, evoluem, etc. Elas nascem “como uma nova maneira de considerar o mundo e essa nova maneira se estrutura em ressonância com as condições culturais, econômicas e sociais de uma época”¹³.

Segundo Morin, ao mesmo tempo em que a história das ciências é marcada pelo surgimento de disciplinas, também o é pela ruptura das fronteiras disciplinares, pela apropriação de um problema de uma disciplina por uma outra, ou seja, é a história da disciplinaridade e da inter-trans-multi-disciplinaridade.

1.3 Por que é necessária a interdisciplinaridade?

A interdisciplinaridade, segundo Frigotto (1995, p.26-27), “se impõe como necessidade e como problema fundamentalmente no plano material histórico-cultural e no plano epistemológico”, ou seja, em todos os campos da atividade humana, e o caráter necessário do trabalho interdisciplinar “decorre da própria forma de o homem produzir-se enquanto ser social e enquanto sujeito e objeto do conhecimento social”. Além disso, “a necessidade de interdisciplinaridade na produção do conhecimento funda-se no caráter histórico dialético da realidade social que é, ao mesmo tempo, una e diversa e na natureza intersubjetiva de sua apreensão”.

Algumas razões, sem pretensão de serem as únicas, justificam, no plano prático, a existência da interdisciplinaridade: a expansão da ciência demanda uma organização

¹³ Fourez, op. cit., p.105.

interna da pesquisa, para a qual, por exemplo, diversas disciplinas se associam na resolução de problemas, compartilhando equipamentos ou profissionais, focando ao mesmo tempo na economia e na eficácia; e a complexidade dos problemas implica no entendimento interdisciplinar para a sua solução. (JAPIASSÚ, 1976).

Segundo Morin (1997), em debate sobre a reforma do pensamento e transdisciplinaridade, nós vivemos sob o que ele chama de paradigma da disjunção, onde o conhecimento é parcelado, monodisciplinar, quantificador, fazendo com que se perca a capacidade de contextualizar e dificultando a reflexão sobre os saberes e sobre como integrá-los. A mudança passaria por uma reforma do pensamento, que implicaria em novos conceitos, concepções e no que Morin chama de “*des opérateurs de reliance*”. O primeiro seria a noção de sistema ou de organização (termo preferido pelo autor), que permitiria conectar as partes a um todo e nos desaprisionar do conhecimento fragmentado. O segundo é “*la causalité circulaire*” ou “*la boucle*”, que significa que o conhecimento, em forma de espiral, circula do conhecimento das partes para o todo e do todo para as partes, o que confere uma autonomia relativa aos sistemas.

A noção de “*boucle*” é explicada através do exemplo do ser humano, produto de um ciclo de reprodução biológica onde ele também é, para que o ciclo continue, o produtor, o que significa dizer que os indivíduos produzem a sociedade que produz os indivíduos. Essa noção gera conseqüências incompatíveis com a lógica clássica: uma é que um produto pode ser um produtor e outra é a idéia de auto-produção e de auto-organização, e por extensão a idéia de autonomia que está em relação dialética com a de dependência.

Morin defende que na nossa identidade de indivíduo social e de sujeito pensante temos uma série de noções herdadas e adquiridas que nos permitem o pensamento ou o saber integrado.

O terceiro “*opérateur de reliance*” é a dialógica, noção equivalente ou originária da dialética, entendida como a presença necessária e complementar de processos ou de instâncias antagônicas. E a quarta noção é o princípio hologramático, ou seja, que num sistema, num mundo complexo, não somente a parte se encontra no

todo, mas o todo se encontra na parte.

Para Morin, a articulação entre todas essas noções que se daria através da reforma do pensamento, encontra condições favoráveis, como a revolução quântica, que aboliu a concepção mecanicista do universo e o que ele denomina de revolução sistêmica, que se manifesta nas abordagens complexas e polidisciplinares de algumas ciências, tais como a ecologia. Ele relaciona também condições desfavoráveis para um pensamento complexo, a exemplo das estruturas mentais e institucionais e do paradigma da disjunção e da redução que funciona no interior dos espíritos. Considera que a verdadeira mudança de paradigma deve ser pensada não só no interior das universidades, mas inclusive no ensino fundamental. Nesses espaços os educadores se educariam com a ajuda dos educandos.

Considera que um pensamento que integra tem conseqüências éticas. A moral, a compreensão, a solidariedade e a responsabilidade são induzidas pelo modo de pensar e pela experiência vivida. A reforma do pensamento e do ensino são elementos constitutivos essenciais para a mudança, mas não se reduzem a eles.

Para Tarride (1998, p.18), “ao se usarem diferentes abordagens para observar a realidade, do mesmo modo que se dispõe de múltiplas teorias para explicá-la e de métodos diversos para enfrentar os problemas que se apresentam, se disporá de mais e melhores oportunidades de formular perguntas válidas e de encontrar respostas às mesmas”.

A necessidade da interdisciplinaridade justifica-se por várias razões: por proporcionar troca de informações e de críticas entre os cientistas, ampliar a formação geral dos especialistas e questionar a possível acomodação, preparar melhor para a formação profissional, preparar e engajar os especialistas na pesquisa em equipe e desenvolver a formação permanente. (GUSDORF, 1976).

A multiplicidade de disciplinas que não se comunicam entre si, comparada por Nicolescu (1999) a um “processo de Babelização”, coloca em perigo a própria existência da humanidade. Problemas de diversas ordens exigem a competência dos tomadores de decisão, sejam eles individuais ou coletivos e apontam para a emergência da integração entre as diversas disciplinas.

Morin (1994) considera que a existência das disciplinas se justifica desde que tenham um campo de visão que reconheça a existência de ligações e de solidariedades e que não ocultem a realidade global. Não é possível criar uma ciência unitária do homem porque ela dissolverá a multiplicidade complexa do que é o homem. Diz que um novo paradigma está nascendo para estabelecer pontes entre as ciências e as disciplinas que não se comunicam.

1.4 Multi, pluri, inter e transdisciplinaridade – definindo os termos

Para nos situarmos no debate acerca da interdisciplinaridade, é preciso definir primeiramente o sentido da palavra disciplina.

A disciplina é uma categoria organizacional no interior do conhecimento científico. Ela institui a divisão e a especialização do trabalho e responde a diversidade de domínios que recobrem as ciências. A disciplina, por um lado, define um domínio de competência sem o qual o conhecimento se tornaria fluído e vago. Por outro, ela revela ou constrói um objeto importante para o conhecimento científico. Uma disciplina define suas fronteiras, sua linguagem, suas técnicas e muitas vezes sua própria teoria, o que lhe confere autonomia e proporciona o isolamento em relação a outras disciplinas e aos problemas que as sobrepõem. (MORIN, 1994).

Para Fourez (1995, p.103), toda disciplina é determinada por “um paradigma, ou seja, estrutura mental, consciente ou não, que serve para classificar o mundo e poder abordá-lo”. “[...] uma disciplina não é definida pelo objeto que ela estuda, ela constrói (a partir de um projeto humano) seu próprio objeto, que pode variar ao longo do tempo conforme a sua evolução”¹⁴. “As disciplinas científicas são, portanto ligadas a múltiplos mecanismos sociais e mesmo a lutas sociais”¹⁵.

Campo disciplinar é definido por Vasconcelos (2002, p.64) como sendo a

¹⁴ Ibid, p.106.

¹⁵ Ibid, p.120.

delimitação feita por disciplinas científicas e profissões respectivas, como dispositivos histórico-institucionais de saber-poder que reivindicam competência sobre um determinado campo de fenômenos, constituindo-os como seus objetos, bem como um processo de relação com objetos diferenciados com características fenomenais próprias, gerando um quadro conceitual e formas interventivas próprios.

Para caracterizar a natureza de uma disciplina científica, Japiassú (1976, p.60) destaca alguns critérios que devem ser aplicados:

1. “o domínio material”, compreendido por seus objetos;
2. “o domínio de estudo”, que pode ser comum a várias disciplinas;
3. “o nível de integração teórica” dos seus conceitos, “tendo em vista uma reconstrução da *realidade* do domínio de estudo a fim de explicar e prever os fenômenos que a ele se referem”;
4. “os métodos próprios para apreender e transformar os fenômenos”;
5. “os instrumentos de análise”;
6. “as aplicações”, que quanto mais se voltam para aplicação profissional, mais exigem programas pluridisciplinares;
7. “as contingências históricas”: as disciplinas encontram-se sempre em transição.

A instituição disciplinar engendra o risco de hiper especialização do pesquisador, de “coisificação” do objeto estudado, como se ele não fosse construído. Uma das conseqüências é a desconexão com objetos de outras disciplinas e por extensão a concepção fragmentada do universo do qual o objeto faz parte. “A constituição de um objeto que seja ao mesmo tempo interdisciplinar, multi e transdisciplinar é que permite criar a troca, a cooperação e a multicompetência”. (MORIN, 1994, p.3, tradução nossa).

Na literatura se observam diversas definições para o que seja interdisciplinar. Utiliza-se também com freqüência as terminologias pluridisciplinar, multidisciplinar e

transdisciplinar. Para Fazenda (1991, p.31) na pluri e multi haveria uma justaposição de conteúdos de disciplinas diferentes ou integração de conteúdos numa mesma disciplina. No caso da interdisciplinaridade haveria interação, estabelecimento de subjetividade, dependendo de mudança de atitude diante do conhecimento, “da substituição de uma concepção fragmentária pela unitária do ser humano”. A multi e pluri poderiam ser etapas da inter e a trans seria uma utopia, além de apresentar uma incoerência, pois a transcendência “pressupõe uma instância científica que imponha sua autoridade às demais”.

A interdisciplinaridade, para Fazenda, seria uma atitude de buscar conhecer mais e melhor, de espera perante atos não-consumados, de reciprocidade, de humildade, de perplexidade ante a possibilidade de desvendar novos saberes, de desafio diante do novo, de envolvimento e comprometimento, de compromisso e de responsabilidade.

O que caracteriza a atitude interdisciplinar é a ousadia da busca, da pesquisa, é a transformação da insegurança num exercício do pensar, num construir. A solidão dessa insegurança individual que vinca o pensar interdisciplinar pode transmutar-se na troca, no diálogo, no aceitar o pensamento do outro. Exige a passagem da subjetividade para a intersubjetividade¹⁶.

A atitude é sem dúvida um componente fundamental da interdisciplinaridade, mas “aceitar o pensamento do outro” parece contraditório com a atitude de compromisso e de responsabilidade. Uma coisa é respeitar o pensamento do outro, sendo divergente, ou respeitar diferenças, outra coisa é aceitar pensamentos que trazem proposições contrárias, por exemplo, ao que corresponderia a um projeto ético.

Japiassú não crê, em curto prazo, na possibilidade de criação de uma teoria interdisciplinar, para ele há um método interdisciplinar. A interdisciplinaridade seria

o instrumento e a expressão de uma crítica interna do saber, como um meio de superar o isolacionismo das disciplinas, como uma maneira de abandonar a pseudo-ideologia da independência de cada disciplina

¹⁶ Ibid, p. 18.

relativamente aos outros domínios da atividade humana e aos diversos setores do próprio saber; do outro, como uma modalidade inovadora de adequar as atividades de ensino e de pesquisa às necessidades sócio-profissionais, bem como de superar o fosso que ainda separa a universidade da sociedade. (JAPIASSÚ, 1976, p.57).

Japiassú se utiliza dos estudos de E. Jantsch (1972) para conceituar multi, pluri, inter e transdisciplinaridade, em graus sucessivos de cooperação e coordenação. Multidisciplinaridade seria uma simples justaposição, sem um trabalho de equipe e coordenado. Pluridisciplinaridade teria como incremento o agrupamento das disciplinas de maneira que apareçam as relações entre elas. A interdisciplinaridade introduziria a noção de finalidade e na transdisciplinaridade haveria a coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas tendo como referência a mesma axiomática geral.

Na interdisciplinaridade haveria o enriquecimento da cada disciplina envolvida no processo interativo. Seria um “empreendimento” que incorpora resultados de várias especialidades, toma emprestados instrumentos e técnicas metodológicas, “fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los *integrarem e convergirem*, depois de terem sido *comparados e julgados*”¹⁷.

A interdisciplinaridade, segundo Jantsch e Bianchetti (1995, p.23), é princípio mediador entre as diversas disciplinas, é o princípio da diversidade e da criatividade, a passagem do dever ser para o poder ser. Os autores fazem críticas aos escritos de Fazenda e Japiassu, que ao seu ver são fundamentados em uma filosofia do sujeito, que se caracterizaria, segundo os autores,

por privilegiar a ação do sujeito sobre o objeto, de modo a tornar o sujeito um absoluto na construção do conhecimento e do pensamento. [...] Nesta visão desaparecem as condições objetivas que envolvem o processo de construção do conhecimento. Enfim, aí a história não existe e o sujeito normalmente é confundido com o indivíduo humano. Portanto, essa filosofia do sujeito atropela, a nosso ver, também o sujeito.

¹⁷ Ibid, p. 75, grifo nosso.

Os mesmos autores ponderam que a questão central não seria apenas o estabelecimento ou não de parcerias, conforme enfatiza Fazenda, mas em que momento e em quais condições. Argumentam que a disciplinaridade, bem como a interdisciplinaridade, se impõe historicamente, são construções humanas. Segundo eles, as disciplinas são a base para a interdisciplinaridade, que não dependeria da decisão do sujeito, mas seria uma imposição do momento.

A crítica feita por Jantsch e Bianchetti ao entendimento de Fazenda sobre interdisciplinaridade parece deslocar o foco do sujeito como agente central na construção da interdisciplinaridade para o contexto histórico, quando na verdade essa dicotomia é falsa porque contextos históricos e sujeitos condicionam o fazer da humanidade, em graus de intensidade variáveis, conforme as condições do meio e a capacidade dos sujeitos de agir.

Morin (1994) reforça a idéia de que é difícil definir inter, multi ou poli e transdisciplinaridade. Ele distingue “interdisciplinaridade”, que pode ser simplesmente dois pesquisadores trabalharem juntos, focando cada um nos seus interesses, de “interdisciplinaridade”, que pode ser troca e cooperação, se transformar em algo orgânico. A multidisciplinaridade seria uma associação de disciplinas em torno de um projeto ou objeto comum e a transdisciplinaridade é um conjunto de esquemas cognitivos que podem atravessar as disciplinas. As noções-chave implicadas são: cooperação, articulação, objeto comum e projeto comum. Segundo o autor, os conhecimentos parcelares servem para serem confrontados para formar uma configuração que responda às nossas necessidades.

Basarab Nicolescu (1999, p.3, tradução nossa) define a pluridisciplinaridade como sendo o estudo de um objeto de uma disciplina por várias disciplinas ao mesmo tempo, enriquecendo-o. Já na interdisciplinaridade há uma transferência de métodos de uma disciplina para outra, onde pode se distinguir três graus:

- a) um grau de aplicação. Por exemplo, os métodos da física nuclear transferidos à medicina conduzem a novos tratamentos do câncer;
- b) um grau epistemológico. Por exemplo, a transferência de métodos da lógica formal no domínio do direito produz análises interessantes na epistemologia do direito;
- c) um grau de engendramento de novas disciplinas. Por exemplo, a transferência de métodos da matemática no domínio da física engendrou a

física matemática, da física das partículas à astrofísica – a cosmologia quântica [...].

Tanto a pluri quanto a interdisciplinaridade invadem as disciplinas.

Uma terceira possibilidade é a transdisciplinaridade que significa ser ao mesmo tempo entre, através e para além das disciplinas. “Na presença de diversos níveis de realidade, o espaço entre e para além das disciplinas é pleno, como o vazio quântico é pleno de todas as potencialidades [...]”¹⁸. A pesquisa transdisciplinar se volta para a dinâmica engendrada pela ação de diversos níveis de realidade ao mesmo tempo, enquanto a pesquisa disciplinar concerne a um único nível de realidade. A primeira se nutre da segunda, que por sua vez é enriquecida pela primeira. Nesse sentido, são complementares.

O Centro Internacional de Pesquisa e Estudos Transdisciplinares (1987, p.1, tradução nossa) define a transdisciplinaridade como uma tentativa de construir uma imagem coerente do mundo, através do

estudo dos isomorfismos entre os diferentes domínios do conhecimento. Ela toma para si as consequências do fluxo de informação que circula de um ramo do conhecimento a outro, permitindo a emergência da unidade na diversidade e da diversidade pela unidade. Sua tarefa prioritária é a elaboração de uma nova linguagem, de um novo conhecimento, de novos conceitos que possibilitem o diálogo entre os especialistas, sem a pretensão de um projeto globalizante ou de um sistema fechado de pensamento.

A indefinição do tema interdisciplinaridade é também mencionada por Gusdorf (1977). Para este autor, a interdisciplinaridade demanda uma figura espacial diferente, não só justaposição, mas interseção e a instituição de um regime de co-propriedade, que crie a possibilidade de diálogo entre os interesses. Ele acredita que a interdisciplinaridade se aproxima mais da *universitas scientiarum*, a comunidade das

¹⁸ Ibid, p.3, tradução nossa.

disciplinas do conhecimento que constitui a universidade tradicional. Ele questiona se a busca pela interdisciplinaridade não seria apenas uma figura de retórica acadêmica, já que considera que ela separa mais do que une os especialistas e que o núcleo epistemológico é um vazio no qual os acadêmicos se apóiam. Eles se juntam, mas cada um olha na sua direção particular.

A transdisciplinaridade, defendida por Gusdorf (1977, p.635, tradução nossa)

enuncia a idéia de transcendência, de uma instância científica capaz de impor sua autoridade às disciplinas; ela designa um espaço de convergência, uma perspectiva de visão que unirá no horizonte do saber numa dimensão horizontal ou vertical, as intenções e preocupações das diversas epistemologias. Pode ser uma metalinguagem ou uma metaciência [...].

Ele argumenta que cada cientista tende a pensar que a sua disciplina é prioritária, que a transdisciplinaridade, tal como é praticada, é uma situação cômoda que alimenta a vaidade intelectual. Diz que as tentativas recentes de fazer a síntese do saber refletem a desordem contemporânea da epistemologia sem trazer um remédio para isso. A transdisciplinaridade da maneira como é definida por Gusdorf, já criticada anteriormente por Fazenda, faz pensar que essa “instância científica” poderia ser uma nova disciplina, também com suas fronteiras e normas e não uma abertura a criação.

Para Sinaceur (1977), a multiplicação de disciplinas, cada uma com seu objeto, seu projeto e seu campo exige a multiplicação de competências, o que faz com que ele se pergunte se realmente é possível a interdisciplinaridade se constituir em prática científica. Argumenta que a interdisciplinaridade, no seu nascimento, caracterizou todas as disciplinas dignas dessa noção. Cita como exemplo a revolução galileana, que uniu duas disciplinas, antes separadas, a matemática e a física, o que ocorreu em outros campos da ciência. Naquele momento do desenvolvimento da ciência era possível aos pesquisadores adquirir conhecimentos disponíveis e úteis, condição essencial ao conhecimento interdisciplinar: a competência nos domínios chamados a cooperar. Entretanto, essa condição não é mais garantida hoje. A tendência nas

ciências não é a interdisciplinaridade, mas a multiplicação de disciplinas, cada uma sendo fonte potencial de meios de investigação a serem utilizados pelas outras.

Dessa forma, uma disciplina ao pensar seus problemas, utiliza-se dos termos de outra disciplina. Isso significa dizer que a colaboração entre duas disciplinas exige a dupla competência e a interdisciplinaridade vai exigir tantas competências quanto o número de disciplinas que ela coloca em cooperação. Esse fato não caracteriza a interdisciplinaridade. “O que surge é uma instância que convida pontos de vista diferentes, especialistas a exprimir sua opinião, o que poderia ser chamado de síntese. A simples cooperação entre disciplinas consagra um resultado que pertence a uma ou a outra disciplina ou a uma nova que surja”. (SINACEUR, 1977, p.621, tradução nossa).

Sinaceur introduz algo novo no debate quando afirma que a prática interdisciplinar tem a característica de “não-saber” e que ela compreende dois termos sem medida comum: informação e decisão. Informação como suporte para a tomada de decisão. Existe uma exterioridade na decisão. Para ele, o saber é constitutivo do poder e a necessidade de integração do saber está relacionada à necessidade de um conhecimento aplicado que oriente a perpetuação do poder. Nesse sentido, a interdisciplinaridade seria mais um sintoma do que uma tendência de nossa civilização e estaria relacionada à necessidade de tomada de decisão a partir de cenários construídos sobre conhecimentos precisos. As ciências aplicadas seriam o campo fértil para a interdisciplinaridade, envolvendo questões éticas relacionadas às finalidades e aplicação dos conhecimentos. Considera que a pesquisa operacional que tem por objeto as organizações nas quais os homens se inserem, é o paradigma da interdisciplinaridade, porque ela se situa num plano essencial: a execução de tarefas determinadas. A questão central é a ação.

A questão do poder também é mencionada por Fourez (1995), para quem são possíveis duas atitudes em relação à interdisciplinaridade. Uma que entende que a mistura de diferentes disciplinas produz um “enfoque original”, uma nova representação da vida cotidiana, uma nova disciplina ou um novo paradigma. E outra, onde a interdisciplinaridade seria uma “prática” específica em função de problemas do cotidiano e não a criação de uma nova disciplina.

A diferença entre estas concepções, segundo Fourez¹⁹, “é que a primeira, ao pretender relacionar diferentes disciplinas em um processo supostamente neutro, mascara as questões políticas próprias à interdisciplinaridade: a que disciplinas se atribuirá maior importância? Quais serão os especialistas mais consultados? De que modo a decisão será tomada?”.

Na segunda concepção a interdisciplinaridade seria então uma maneira complexa de entendimento e enfrentamento dos problemas, mediante a negociação para a tomada de decisão. Entretanto, com o risco do “abuso de saber” dos especialistas das diferentes disciplinas, que poderia fazer surgir, conforme Fourez, uma tecnocracia interdisciplinar que decidiria de maneira inteiramente racional, esquecendo a negociação com a sociedade.

Em geral se demanda a um especialista que tome decisões em função do seu conhecimento específico, mas, contraditoriamente, como o seu saber depende e é aplicável segundo um determinado paradigma e as demandas são destinadas à resolução de problemas do cotidiano, não se coloca ao especialista uma questão de ordem científica, mas de ordem social ou econômica. Nesse sentido, “a especialidade não se liga apenas às disciplinas científicas, mas à maneira pela qual o especialista traduz o problema da vida comum em seu paradigma disciplinar”, que vai depender do senso comum, o que significa que ele não fala unicamente em nome de sua disciplina. (FOUREZ, 1995, p.214).

Siebeneichler (1989) acredita que a interdisciplinaridade ainda não existe de fato, apesar dos inúmeros argumentos a seu favor. Os centros de pesquisa que se dizem interdisciplinares trabalham na verdade em laboratórios isolados. O que ocorre com frequência é a pluri ou multidisciplinaridade, onde várias disciplinas estabelecem um objetivo específico de estudar um mesmo tema sob diversos ângulos, a exemplo de eventos sobre temas polêmicos, como o do aborto.

Guattari (1992, p.21-22) prefere chamar a interdisciplinaridade de transdisciplinaridade, que “passa [...] pela reinvenção permanente da democracia, nos diversos estágios do campo social”. “A elaboração cognitiva [...] é inseparável do

¹⁹ Ibid, p.136.

engajamento humano e da escolha de valores em que implica”. [...] “A pluridisciplinaridade consistiria também, no que diz respeito às questões sociais, urbanísticas e ecológicas, em assumir uma dimensão planetária e problematizar as questões locais, a partir de horizontes que levem em conta o conjunto da vida e das relações internacionais”.

A falta de posições consensuais entre o que seja inter, multi e transdisciplinaridade fez com que Porto e Almeida (2002) adotassem o termo “estratégias de integração disciplinar”, que envolveriam dimensões éticas, epistemológicas, políticas e institucionais.

Di Ruzza (2003, p.77, tradução nossa) descreve a prática da pluridisciplinaridade, que aconteceria de duas maneiras: a cooperativa e a integradora. A cooperativa seria, ao mesmo tempo, “o inverso e a consequência da divisão do trabalho – cooperação entre especialistas que a divisão do trabalho separou, praticada mais ou menos conscientemente por aqueles que trabalham e se inserem na divisão do trabalho”. Existe um objetivo comum, a cooperação é coordenada, cada profissional tem competência para resolver determinados problemas, é necessário um diálogo entre eles. Entretanto, uma questão se coloca: como definir precisamente um problema e como definir quais especialistas serão convocados? E quais as competências necessárias para resolver o problema? A natureza e o campo das competências necessárias é fonte de debate mesmo dentro de cada disciplina e o diálogo é difícil. A pluri como cooperação entre disciplinas é um mito, a cooperação é praticamente impossível, segundo o autor, porque ela pressupõe a existência de disciplinas que não precisam a todo tempo justificar a sua cientificidade e que respeitem os critérios qualificados de epistêmicos; o que não é o caso no domínio das ciências humanas e sociais. Não que seja totalmente impossível a cooperação, mas a questão que se coloca é quem define quais são os problemas e quem é competente para tratar e falar deles.

A pluridisciplinaridade integradora, por outro lado, coloca em jogo as disciplinas consideradas vizinhas, em campos ou objetos considerados anteriormente como separados por fronteiras definitivas. Novas relações entre estas disciplinas surgem que não podem ser comparados às relações resultantes da divisão de trabalho,

e originam novas disciplinas, que vão criar novos objetos, novos métodos e novos conceitos. Nesse caso então há descontinuidade do objeto e continuidade do projeto, que provêm de uma exigência científica ou teórica intrínseca a uma ou diversas disciplinas. Nesse caso se desenvolveria a interdisciplinaridade fundada na incompetência de tratar o novo objeto, que deve ser reconhecida pelos pesquisadores para que haja integração, e estes seriam incompetentes conscientes da sua incompetência.

Segundo Di Ruzza²⁰, não haveria um conjunto de problemas precisos no tempo e no espaço a resolver, mas uma problematização ao longo do tempo imprecisa e sempre retrabalhada e com soluções parciais, que vai operar a integração e a renormalização das disciplinas existentes. Cooperação e integração não são oposições, em ambas existem conflitos, interesses, e põem em xeque as competências.

1.5 Os caminhos da interdisciplinaridade

A atitude interdisciplinar implica no diálogo com outras fontes de saber, em valorizar o conhecimento do senso comum e o conhecimento científico. A interdisciplinaridade é uma construção coletiva, mas a sua concretização está diretamente relacionada ao “percurso teórico pessoal de cada pesquisador que se aventurou a tratar as questões da interdisciplinaridade” (FAZENDA, 1991, p.25) e exige a revisão cotidiana das práticas. Nesse sentido ela está contida na práxis.

Frigotto (1995, p.37) alerta que as relações sociais que se estabelecem na produção da existência humana estão relacionadas a maneiras de conceber a realidade, de representá-la e de agir. Acrescenta que predomina a concepção “fragmentária, abstrata, linear e fenomênica” de realidade e de conhecimento, o que coloca três desafios no plano prático:

²⁰ Ibid, p.83.

- inventário crítico da matriz cultural e intelectual dominante em nossa sociedade – (o colonizado identifica-se com o colonizador / postura de desenraizamento e ecletismo);
- atuar no limite das condições de trabalho e organização dominantes; e
- romper com a concepção de interdisciplinaridade focada apenas nos métodos e técnicas de transmissão do conhecimento, para uma concepção que articule o processo de produção e reprodução do conhecimento.

A idéia de que a interdisciplinaridade não é apenas um conceito teórico, mas se impõe como uma prática é defendida também por Japiassú. Haveria a prática individual representada pela atitude, que não seria apreendida, mas exercida; e a prática coletiva, onde participariam representantes qualificados das diversas disciplinas, abertos para o trabalho em equipe. Mas diversos são os obstáculos ao exercício da interdisciplinaridade. Eles surgem sempre que “o pensamento científico existente encontra-se em perigo e resiste, por isso mesmo, às ameaças de *ruptura* com as fronteiras estabelecidas pelo saber [...]” e “quando nos encontramos diante de forças que tendem a definir as fronteiras de uma disciplina”. (JAPIASSÚ, 1976, p.96).

Quatro modalidades de obstáculos para a interdisciplinaridade são apontadas por Gusdorf (apud JAPIASSÚ, 1976, p. 94-95): epistemológico, onde o especialista perde o sentido do conjunto; institucional, onde cada disciplina separa-se das demais pela via administrativa e gere uma parcela do saber; psicossociológicos, onde a pulverização e fragmentação do saber isola o especialista, reforça a vontade de poder e coloca a carreira a frente do avanço científico; e cultural, o que significa que cada grupo de cientistas tem sua história e sua linguagem próprias.

Mas algumas exigências necessárias, que indicam as possibilidades da efetivação da interdisciplinaridade são identificadas por Japiassú: deve estar fundada na competência de cada especialista; “o reconhecimento, por cada especialista, do *caráter parcial e relativo* de sua própria disciplina, de seu enfoque, cujo ponto de vista é sempre particular e restritivo”²¹; focar na resolução de problema social ou

²¹ Ibid, p.105, grifo do autor.

institucional, através de pesquisas teóricas ou aplicadas com a participação das disciplinas relacionadas a ele; *ultrapassagem* ou superação, sem negação, das modalidades de colaboração que não realizam a integração das disciplinas, como no caso, segundo Japiassú, da pluridisciplinaridade. A necessidade de “previsão, planificação e de controle” na nossa sociedade também favorece a construção da interdisciplinaridade.

O problema da interdisciplinaridade está relacionado à natureza, ao destino do saber e ao futuro da humanidade. A pesquisa limitada ao formalismo lógico científico e a alternativa encontrada, o “sistemismo”, é criticada por Gusdorf (1977). O sistemismo é definido por ele como sendo uma maneira restrita que se contenta em generalizar, extrapolar os axiomas existentes, que “avança recuando por uma via bloqueada”. O conhecimento interdisciplinar deve ser uma lógica de descoberta, uma abertura recíproca, uma comunicação entre os domínios do saber, uma fecundação mútua e não um formalismo que neutraliza todos os significados fechando todas as saídas.

O caminho é a elaboração de uma lógica da complexidade, capaz de compreender o papel da desordem, do ruído, do antagonismo, da concorrência entre os fenômenos organizacionais, ao mesmo tempo orientada pela indeterminação relativa e pela teoria das possibilidades. (MORIN, 1970 apud GUSDORF, 1977, tradução nossa). “É absurdo e vão pretender constituir uma ciência do homem se esta ciência não faz da existência humana seu ponto de partida e seu ponto de chegada”. (GUSDORF, p.646, tradução nossa).

Vasconcelos (2002, p.45) argumenta que uma estratégia de interdisciplinaridade deve considerar as rupturas e descontinuidades entre os diferentes campos epistemológicos bem como reconhecer que “as descontinuidades não se dão apenas entre disciplinas diferentes, mas entre áreas descontínuas dentro de um mesmo campo disciplinar ou até mesmo na investigação de um mesmo fenômeno, de natureza complexa, que comporta características diversas cuja abordagem exige diferentes perspectivas epistemológicas”. Sustenta que o debate sobre a interdisciplinaridade deve ser ampliado para o que ele chama de práticas interteóricas, intepistemológicas

e /ou interparadigmáticas, “para não legitimar as disciplinas como dispositivos de saber-poder constituídos de forma a-histórica. Além disso, uma prática interdisciplinar nem sempre é interparadigmática, e práticas interparadigmáticas nem sempre são interdisciplinares”²².

Para o autor a perspectiva pós-moderna constitui uma das possíveis estratégias de sustentação e construção da prática interdisciplinar. Mas cita problemas, tais como o completo relativismo; a ruptura radical entre sujeito e realidade empírica; a ausência de critérios de julgamento de valor entre saberes de campos semelhantes; e ausência de comparação entre contribuições de diferentes disciplinas ou paradigmas. Vasconcelos se propõe a utilizar o paradigma da complexidade, de Morin, tendo como referência as idéias de Kuhn sobre o desenvolvimento da ciência e considera dois espaços institucionais propícios ao desenvolvimento de práticas interdisciplinares e interparadigmáticas: as universidades; e os projetos e/ou organizações de caráter popular e democrático.

A transdisciplinaridade, defendida por Guattari (1992, p.24) como movimento interno da transformação das ciências, aberta para o social, o estético e o ético, não nascerá espontaneamente. Seu aprofundamento implica numa permanente “pesquisa sobre a pesquisa, uma experimentação de novas vias de constituição de agrupamentos coletivos de enunciação”. Daí a importância de registrar as experiências, os pontos negativos e positivos, o percurso inicial e as características do processo. “Não existe uma pedagogia geral com relação à constituição de uma transdisciplinaridade viva. Deve-se levar em conta a iniciativa, o gosto pelo risco, a fuga de esquema pré-estabelecidos, a maturidade da personalidade [...]”²³.

Movimentos internacionais existem no sentido de buscar a interdisciplinaridade. Exemplo disso é a realização, em Portugal, de 2 a 7 novembro de 1994, do Primeiro Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, que adotou um conjunto de princípios consubstanciados na Carta da Transdisciplinaridade, redigida por Lima de Freitas, Edgar Morin e Basarab Nicolescu:

- o reconhecimento da existência de diferentes níveis de realidade, regidos

²² Ibid, p.64.

²³ Ibid, p.25.

por lógicas diferentes, é inerente à atitude transdisciplinar;

- a transdisciplinaridade é complementar a abordagem disciplinar, faz emergir da confrontação entre as disciplinas novos dados que as articulam;
- pressupõe uma racionalidade aberta por um novo olhar sobre a relatividade das noções de “definição” e de “objetividade”;
- ela leva o domínio das ciências exatas para o diálogo e sua reconciliação não somente com as ciências humanas, mas também com a arte, a literatura, a poesia e a experiência interior;
- em relação à interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade, a transdisciplinaridade é multireferencial e multidimensional, leva em conta as concepções de tempo e de história, não exclui a existência de um horizonte trans-histórico;
- não constitui uma nova religião, nem uma nova filosofia, nem metafísica, nem uma ciência das ciências;
- a dignidade do ser humano é também de ordem cósmica e planetária, ele é um ser transnacional;
- conduz a uma atitude aberta ao olhar dos mitos e das religiões;
- é transcultural;
- uma educação autêntica deve ensinar a contextualizar, concretizar e globalizar; deve reavaliar o papel da intuição, do imaginário, da sensibilidade e do corpo na transmissão dos conhecimentos;
- a elaboração de uma economia transdisciplinar é fundada sob o postulado de que deve estar ao serviço do ser humano;
- a ética transdisciplinar recusa toda atitude que recusa o diálogo e a discussão; e
- rigor, abertura e tolerância são características fundamentais da atitude trans. A abertura comporta a aceitação do desconhecido, do inesperado e do imprevisível. A tolerância é o reconhecimento do direito às idéias e verdades contrárias às nossas.

Os movimentos emancipatórios, conforme denomina Vasconcelos (2002), como os de gênero, etnia, entre outros, bem como as articulações interdisciplinares realizadas no meio acadêmico, também contribuem numa perspectiva de construir alternativas ao modelo compartimentalizado de construção do conhecimento e à crise dos paradigmas que lhe dão sustentação.

1.6 Algumas considerações ao final

Ao final desse apanhado teórico sobre interdisciplinaridade, são pontuados alguns aspectos considerados chave pela pesquisadora, no debate sobre o tema, e que orientam a escolha teórico-conceitual para esse estudo.

Como percebido nas páginas anteriores, é denso o debate sobre interdisciplinaridade e permeado por distintas concepções entre os autores pesquisados. A interdisciplinaridade pode ser analisada tanto no plano epistemológico quanto no plano da resolução de problemas da vida prática.

Para o âmbito deste trabalho, adota-se multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e interdisciplinaridade como graus sucessivos de cooperação entre as disciplinas e entre as profissões delas decorrentes.

A multi seria a justaposição de disciplinas em torno de um mesmo objeto e na pluri haveria como acréscimo a articulação e coordenação entre elas. A interdisciplinaridade é entendida como uma maneira complexa de entendimento e enfrentamento de problemas do cotidiano, instrumento e expressão de uma crítica do saber, que integra e renormaliza as disciplinas em articulação ou cooperação e as profissões delas decorrentes. A inter é inicialmente a cooperação entre especialistas que a divisão do trabalho separou, e concretiza ao final a íntima relação entre conhecimento e ação. Ela desenvolve-se a partir da incompetência em tratar a descontinuidade do objeto, e esta deve ser reconhecida pelo profissional, o que implica

num posicionamento ético e político compartilhado. Exige, portanto, diálogo e negociação para definição das competências necessárias para a resolução dos problemas enfrentados.

Algumas condições parecem influenciar a ocorrência da interdisciplinaridade:
complexidade dos problemas;

- compatibilidade de paradigmas;
- atitude do sujeito de abertura ao novo, de engajamento ético e político, de valorização de outros saberes, reconhecimento da própria incompetência;
- integração e convergência de métodos e técnicas;
- diálogo, cooperação, articulação, afinidades pessoais, objeto e projeto comum;
- instituição de um regime de co-propriedade;
- estrutura institucional favorável;
- desenvolvimento de competências para lidar com problemas novos, e com soluções por vezes parciais e provisórias;
- equipe multiprofissional; e
- processo de produção e reprodução do conhecimento com a participação dos diversos sujeitos que produzem saberes a respeito do objeto de estudo.

A construção da interdisciplinaridade se coloca como um caminho necessário. Mas essa perspectiva de compartilhamento de saberes para a análise dos fenômenos e intervenção na realidade não segue e parece que não seguirá uma trajetória linear, retilínea, e sim contraditória. Também não se pode afirmar que agir e produzir conhecimento na perspectiva interdisciplinar seja suficiente para romper com os chamados paradigmas convencionais. Tendo como referência a complexidade da realidade e a diversidade de atores ou sujeitos coletivos agindo e interagindo sobre ela, num espaço de micro e macro poderes, podemos afirmar que tanto a perspectiva disciplinar quanto a interdisciplinaridade têm intencionalidades, não são processos

neutros, obedecem a múltiplos interesses, tendo, portanto, um caráter político, histórico e de provisoriedade.

É importante registrar que a interdisciplinaridade não é uma panacéia, mas um caminho seguido por grupos que se propõe a buscar mudanças a curto ou médio prazo, tais como na formação dos cientistas e na ampliação dos resultados das pesquisas, bem como de longo prazo, quando contribui para mudanças sociais, através da busca de solução para determinados problemas que afligem a humanidade, bem como por gerar a articulação de sujeitos individuais e coletivos. Isso aponta para o estabelecimento de acordos paradigmáticos, em graus de intensidade variáveis a depender da complexidade do objeto e da finalidade do trabalho.

CAPÍTULO 2

A INTERDISCIPLINARIDADE NO CAMPO DA SAÚDE

O movimento histórico de fragmentação do processo de produção do conhecimento que se consubstanciou na formação das diversas disciplinas teve sua trajetória específica na área da saúde, conformando diversos campos e núcleos profissionais. As profissões de saúde se estruturaram contraditoriamente em torno de um objeto comum que é o ser humano em sua multidimensionalidade, objeto este que demanda abordagem multiprofissional e interdisciplinar.

Esse processo de estruturação das profissões de saúde, segundo Pires (1989), foi construído historicamente. Na idade média, por exemplo, conviviam diversas práticas de cuidados em saúde que eram desenvolvidas de forma independente, tais como boticários, barbeiros e físicos (médicos clínicos), além de religiosos e leigos que cuidavam de indivíduos e de suas doenças também como práticas autônomas. Não havia naquele momento o poder da decisão terapêutica e domínio do processo de trabalho pela profissão médica.

Foi um processo complexo de transformações nas práticas profissionais que ocorreu em todo o mundo, mas com especificidades locais.

No Brasil, a institucionalização da medicina, “que resultou na imposição do saber médico como o único, verdadeiro e superior”, ocorreu em um contexto de mudanças político-econômico-estruturais do país, que perpassou o século XIX e início do século XX e teve como marco “a estruturação do ensino formal, a organização de entidades associativas e a prática intra-hospitalar”²⁴. Predominava até o final do século XIX, na formação e na prática médica, o saber de base metafísica, que é rompido no início do século XX pela introdução do pensamento positivista.

²⁴ Para aprofundar esse tema, ver PIRES, D.. Hegemonia Médica na Saúde e Enfermagem, 1989.

O positivismo, ao mesmo tempo em que contribuiu para avançar na compreensão e intervenção no processo saúde doença, “negou todo o conhecimento anterior por considerar que a produção daquele conhecimento não tinha base científica”²⁵ e reforçou, entre outros, a idéia de neutralidade da ciência e por extensão, da prática profissional em saúde, assumindo como incomensuráveis os saberes formais e os saberes oriundos da experiência.

O trabalho em saúde, a partir do século XX, apresenta-se com forte característica de trabalho coletivo sob gerenciamento médico. Os médicos apropriaram-se ao longo da história do saber em saúde como “saber médico”, bem como se apropriaram do diagnóstico e da decisão sobre a terapêutica. Conseguiram legitimar a idéia de que somente os possuidores de um determinado tipo de conhecimento – o saber médico – seriam capazes de avaliar e intervir sobre o processo saúde-doença, colocando-se em uma posição de dominação com relação às demais ocupações no campo da saúde. Esse contexto influenciou o desenvolvimento das demais profissões de saúde, chegando a ser reconhecidas no ano 2000, pelo Conselho Nacional de Saúde, 16 profissões.

Ao mesmo tempo em que surgiam novas especializações, se criava um ambiente propício à formação de equipes multiprofissionais e abordagem interdisciplinar, como já dito anteriormente, em função da complexidade do processo saúde-doença e da própria inter-dependência entre as profissões para a realização da assistência.

Para Minayo (1993, p. 13 e 14), a área da saúde tem abrangência multidisciplinar e estratégica, por situar-se em uma realidade complexa que demanda a integração de conceitos, “que coloca de forma imediata o problema da intervenção”. Vivencia-se “dificuldades de aproximação do objeto, de vencer dicotomia analíticas, de se mover no terreno da totalidade das dimensões que o fenômeno saúde/doença revela e oculta”. Além disso, na área da saúde encontram-se dificuldades históricas para provocar mudanças no processo de trabalho, apesar da existência de propostas concretas no sentido de melhorar a qualidade da atenção à saúde. Mudar o processo de

²⁵ Ibid, p.82.

trabalho implica na alteração de estruturas de poder estabelecidas, o que tem encontrado fortes resistências nas corporações profissionais, em especial na medicina.

A complexidade do processo saúde doença e a demanda por uma abordagem interdisciplinar tem sido objeto de debate por diversos autores (MINAYO, 1993 e 2001; NUNES, 1995; TARRIDE, 1998; FEUERWERKER e SENA, 1999; CAMPOS e BELISÁRIO, 2001; ALMEIDA e MISHIMA, 2001; ARTHMAN, 2001; PAIM, 2002; MEIRELLES e ERDMANN, 2005; SCHERER, ANDRADE e RAMOS, 2005; SAUPE et al, 2005) com vistas a contribuir para a compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença, bem como responder aos problemas que se apresentam.

Para Minayo (1993, p.15),

[...] as condições de vida e trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados,

o que justifica a demanda por uma abordagem interdisciplinar.

A busca do caminho interdisciplinar, segundo Nunes (1995, p.108), foi intensificada a partir da 2ª Guerra, quando houve a necessidade de incorporação do social, de maneira mais sistemática, para dar conta dos problemas dela decorrentes, e também pela necessidade de “entender o processo saúde-doença e as práticas de saúde não somente referido ao modelo biológico e a uma prática hospitalocêntrica”.

Pode-se dizer que a saúde é uma área da atividade humana

onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto saúde e onde operam distintas disciplinas que o contempla sob vários ângulos e, também, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes, especializados ou não, dentro e fora de espaço convencionalmente reconhecido como setor saúde. (SCHERER, ANDRADE E RAMOS, 2005).

Apesar da complexidade da saúde como objeto epistemológico, o modelo de saúde brasileiro até 1988, quando houve a mudança constitucional que criou o Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado pelas Leis 8080 e 8142 de 1990, cristalizou dicotomias entre saúde e doença, curativo e preventivo, individual e coletivo, através de uma prática assistencial fortemente centrada em hospitais.

A formação médica foi estruturada sob influência do modelo flexneriano, fundamentado no estudo das doenças, na especialização, e na fragmentação do indivíduo. O modelo flexneriano orientou a organização das escolas de medicina nos Estados Unidos e influenciou fortemente as escolas médicas no Brasil, bem como a formação de outras profissões da área da saúde. Mas mesmo nesse contexto de hegemonia do modelo flexneriano ou da biomedicina, na década de 1960 identificava-se a defesa do caráter multiprofissional e multidisciplinar das práticas de saúde. Isto ficou visível nas propostas de reforma do setor formuladas pelo movimento da Medicina Comunitária e presente nos programas de extensão de cobertura e nos projetos de integração docente-assistencial em vários municípios brasileiros. Estas propostas sinalizaram uma certa resistência e um movimento de mudança no interior do modelo dominante.

A implantação do SUS, em 1988, sob os princípios da universalidade e integralidade, sob o conceito de saúde como associado às condições de vida e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, alterou a estrutura organizacional e funcional do sistema público de saúde, bem como criou mecanismos de controle social e contribuiu para a melhoria de alguns indicadores epidemiológicos. (MENDES, 1996). Entretanto, dicotomias persistem, relacionadas ao processo de trabalho das equipes de saúde, que se mantém predominantemente nos moldes do modelo biomédico hegemônico.

O campo da saúde é articulado ao conjunto da sociedade e como tal sofre as influências políticas, sociais e culturais do contexto onde está inserido, e nesse sentido, passa permanentemente por recomposições, nos espaços micro e macro. “Saúde transcende e ultrapassa os limites setoriais, depende de políticas macro e microeconômicas e sociais, e envolve relações comportamentais e ações institucionais

e individuais”. (MINAYO, 2001, p.15).

Minayo (2001), ao refletir sobre a práxis da saúde coletiva, afirma que a lógica do modelo biomédico desconsiderou o sujeito²⁶. Além disso, considera que os estudos no campo da saúde na década de 70 e 80 enfatizaram aspectos históricos-estruturais da realidade e deixaram em segundo plano as análises da práxis e dos sujeitos sociais, históricos e culturais na configuração do campo da saúde. Isso poderia explicar em parte a ênfase nos aspectos legais e administrativos da Reforma Sanitária e na implantação do Sistema Único de Saúde.

Ainda segundo Minayo²⁷, na década de 90 teria havido o “retorno do sujeito”. Considera que o campo da saúde coletiva, apesar dos avanços na ação prática e teórica, continua lidando com um mundo a transformar “objeto de uma operação conceitual definido externamente, mesmo quando os atores são convidados a participar” e que apesar do conceito ampliado de saúde, a produção e a prática da saúde coletiva continuam orientadas pelo modelo centrado no médico e na doença.

O rompimento com o modelo biomédico deve fazer parte da estratégia de compreender e operar o complexo saúde-doença-cuidado, a partir de uma abordagem interdisciplinar. Para Pessini, Alves e Beraldo (2006), na área da saúde, a epidemiologia é um bom exemplo de natureza interdisciplinar: incorpora a medicina, utiliza a matemática, a informática, a sociologia, antropologia, a psicologia, a filosofia, entre outras áreas do conhecimento.

Mas para que se avance no caminho interdisciplinar, no confronto com o real e a partir da evidência das possibilidades e limites de cada disciplina, é necessária a convergência de pesquisadores que articulem os conhecimentos de suas disciplinas, guiados por uma ética de transformação, que substitua o princípio da hierarquia pelo da cooperação. Na resposta aos problemas, fortalecer o seu campo específico e flexibilizar as fronteiras, “estabelecendo interfaces entre seus diversos corpos conceituais/metodológicos e engendrando novas práticas que ensejem formas mais

²⁶ “O individualismo constituiu o objeto individual da saúde, ao considerar o paciente como abstração à parte da coletividade e, portanto, excluído de todos os demais aspectos sociais da vida”. (SCHERER, ANDRADE E RAMOS, 2005, p.57). Pode-se dizer que o objeto de trabalho do modelo biomédico é o corpo biológico, que orienta para que as ações sejam centradas nos atos médicos e medicalizadores.

²⁷ Ibid, p.18.

abrangentes e totalizadoras de aproximar-se da realidade”. (MINAYO-GOMES e THEDIM-COSTA, 1997, p. 28).

Minayo-Gomes e Thedim-Costa²⁸ falam sobre incorporar o referencial de outras disciplinas para ampliar o olhar, que significa não opor, por exemplo, o quantitativo e o qualitativo, o saber teórico e o prático gerado no cotidiano dos trabalhadores. Mas na prática haveria barreiras de compatibilização dos conceitos, relacionadas à formação, que estariam sendo enfrentadas pela pós-graduação multiprofissional e pelas pesquisas multidisciplinares. Os autores alertam para a existência de alguns equívocos que podem comprometer a potencialidade desses projetos: “incorporação, sem o devido rigor, dos conceitos de outras disciplinas; a polissemia de noções comuns que, por sua falsa aparência de transitividade, escondem as profundas diferenças que as separam; a substituição pura e simples de análises fragmentadas por sínteses simplificadoras”.

Para Tambellini (1994, apud PORTO e ALMEIDA, 2002), existem duas possibilidades de desenvolvimento da interdisciplinaridade: um pesquisador de uma disciplina que se apropria do conhecimento de outras disciplinas e vai ampliando o seu olhar; ou um processo coletivo, tal como o trabalho de uma equipe multiprofissional. A autora debate os limites e pré-requisitos para inter: pode gerar muitos conflitos; depende de multiplicidade de enfoques e estudos especializados; precisa de equipes multiprofissionais: competentes nas suas especificidades, dispostos ao diálogo, capazes de articular conceitos comuns e realizar triangulações metodológicas; diálogo dos cientistas entre si, com a sociedade e com a sua consciência; marcos referenciais construídos e compartilhados pela equipe. Considera também que grupos pequenos interdisciplinares são incapazes de análises de grande complexidade. Além disso, a definição de um problema deve passar por uma definição compartilhada, deve haver afinidades políticas e pessoais entre os membros da equipe e a construção da interdisciplinaridade depende muito das políticas e das instituições.

O estabelecimento de estratégias para a integração multidisciplinar e multiprofissional deve acontecer a partir de “uma revisão crítica do conhecimento, do processo de formação e da prática profissional em saúde”, que passaria pela

²⁸ Ibid, p.28.

reorganização do ensino das profissões, pelo desenvolvimento de novos modelos assistenciais e pela instauração de uma nova ética entre profissionais e a sociedade. (PAIM, 2002, p. 231). A integração multidisciplinar e multiprofissional seria condicionada por mudanças no plano institucional da formação, que rompesse com a organização acadêmica compartimentalizada em departamentos e disciplinas para abordagens totalizantes.

Paim alerta para a historicidade das práticas de saúde, reforçando o fato de elas serem ação humana que, com determinada finalidade transformam um objeto em um dado produto, utilizando-se de certos instrumentos, sob determinadas relações sociais. Práticas essas que se recompõem também em função da permanente mudança do objeto. Essa realidade coloca limites e possibilidades a integração multidisciplinar e multiprofissional, que seria uma prática requalificada, quando necessária a um determinando modelo de atenção à saúde.

Interessante observar que a busca de interdisciplinaridade como caminho para enfrentamento dos desafios que são colocados no dia a dia tem provocado mudanças que estão em curso na formação de diferentes profissões na área da saúde (NUNES, 1999; FEUERWERKER e SENA, 1999; SOUZA, 1999; BOGADO, 1999; ASSAD, 1999; CARVALHO, 1999).

[...] A busca de ações integradas na prestação de serviços, ou a associação de docência e serviço, ou a questão da interface entre o biológico e o social passa pelo campo genericamente denominado de relações interdisciplinares. Trata-se da tentativa de sair da compartimentalização, que estaria presente também na pesquisa, procurando dar uma resposta aos problemas de saúde que regra geral são disciplinares. (NUNES, 1995, p.98).

Se o enfoque interdisciplinar for incorporado na formulação de políticas públicas e na organização de serviços de saúde, pode contribuir para mudar a formação, desde a graduação. Uma política que privilegia integração multidisciplinar e multiprofissional representa uma reconfiguração de poderes.

Portanto, a proposição que busca a integração multidisciplinar e multiprofissional nas práticas de saúde não é progressista nem conservadora em si. Ela pode ser coerente ou incoerente em relação a um certo marco conceitual, pertinente ou não a uma dada conjuntura, viável ou inviável por referência a uma dada configuração de poder no setor saúde e nas instituições acadêmicas. A sua organicidade para com um dado projeto de transformação não pode ser analisada abstratamente mediante noções ou conceitos estratégicos, mas sim no plano da experiência, isto é, no desenvolvimento histórico das práticas de saúde em cada formação social. (PAIM, 2002, p. 238).

Nunes (1995, p.102) acrescenta que a fundamental articulação do conhecimento e da prática deveria ser o ponto de partida de uma abordagem interdisciplinar, porque, segundo ele, “não existe interdisciplinaridade como decorrência do puro desejo de saber, independente de um projeto [...] nem mesmo nas Ciências Exatas e Naturais [...]”.

A ciência é um saber ligado a grupos sociais determinados, cada qual com seus próprios paradigmas, que vão influenciar na evolução das disciplinas e na conformação das práticas dos trabalhadores na área da saúde. Uma determinada concepção de saúde poderia levar a mudanças no trabalho em equipe, tirando, por exemplo, a centralidade do trabalho médico: uma mudança de paradigma poderia provocar mudanças na estrutura social da equipe, fazendo com que a equipe fosse mais integrada, e tudo isso teria conseqüências sociais, influenciaria na escolha de prioridades e na maneira de agir. (FOUREZ, 1995, p. 116).

Mas, segundo Iribarry (2003, p.488), uma equipe coordenada, colaborativa e com finalidade compartilhada não é condição suficiente para que aconteça a interdisciplinaridade.

É preciso que haja um compromisso com a geração de dispositivos renovados para o trabalho realizado. É preciso também que cada membro da equipe esteja o mais familiarizado possível com a diversidade de disciplinas e que freqüente continuamente as disciplinas de seus colegas. Ademais, é preciso que os discursos se tornem legíveis e não mais se tornem exercícios velados e obscuros.

Além disso, a tomada de decisão deverá ser horizontal.

Saupe et al (2005, p.521 e 523), ao discutirem o trabalho em saúde da família, trazem uma importante contribuição ao definirem interdisciplinaridade como uma competência necessária, “que resulta de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes”, que se expressa na “relação articulada entre as diferentes profissões de saúde”. Para os autores, essa competência se concretiza no trabalho em equipe pelo domínio de alguns conceitos, relacionados ao conhecimento, tais como reforma sanitária, integralidade, interdisciplinaridade, papel de cada disciplina, educação, saúde e aplicação prática, no sentido de entender o porquê do trabalho interdisciplinar. As habilidades, como componente da competência, incluem, entre outros, “atitude”, para relacionar-se com o outro e com a comunidade, e a habilidade para o reconhecimento de problemas e suas soluções, bem como para reconhecer situações interdisciplinares e para identificar dificuldades para o trabalho em equipe interdisciplinar.

Pode-se supor, a partir do parágrafo anterior, que para essa competência se concretizar,

esta apreensão da totalidade nos exige um pensamento complexo, capaz de conceber o que nos une, contextualizando o pensamento no sentido de que todo acontecimento, informação ou conhecimento seja considerado na relação da inseparabilidade com seu meio ambiente, seja cultural, social, econômico, político ou natural. (MEIRELLES, 2003, p.71).

Vilela e Mendes (2003, p.529), apontam como obstáculos à interdisciplinaridade no campo da saúde coletiva a

tradição positivista e biocêntrica no tratamento dos problemas de saúde, os espaços de poder que a disciplinarização significa, a estrutura das instituições de ensino e pesquisa em departamentos, na maioria das vezes, sem nenhuma comunicação entre si, às dificuldades inerentes a experiência interdisciplinar, tais como a operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas.

Campos (2000b), entretanto, considera que exista uma certa sobreposição de limites entre as disciplinas e que o mesmo ocorre com os campos de prática, o que o leva a concluir que quase todo campo científico ou de práticas seja interdisciplinar ou multiprofissional.

Schraiber e Peduzzi (2004) ao estudarem o trabalho da equipe de saúde consideraram a interdisciplinaridade e ação multiprofissional como duas faces desse mesmo trabalho, e a interdisciplinaridade como insuficiente no encaminhamento da problemática da equipe multiprofissional de saúde. As autoras entendem que “a ação multiprofissional diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais, portanto ao mundo do trabalho; e que a interdisciplinaridade refere-se à integração das várias disciplinas científicas, no âmbito da pesquisa e do ensino”. Entendem que uma prática multiprofissional só pode ser decorrente de uma interdisciplinaridade se houver integração no plano das ações e a interação dos profissionais.

Falar em “mundo do trabalho” e “âmbito da pesquisa e do ensino” delimita dois campos que de fato são diferentes, mas que por outro lado, se constituem em dimensões da atividade humana, que são inseparáveis. O trabalho, no sentido *strictu sensu*, e a ciência ou campo disciplinar, são formas de atividade humana que produzem conhecimento, saberes e transformam práticas. A disciplina²⁹, como categoria organizacional no interior do conhecimento científico, pertence ao campo das normas e institui a divisão e a especialização do trabalho, de cujo processo podem ser geradas novas disciplinas. Por outro lado, o trabalho fragmentado, especializado, não dá conta de responder a problemas complexos e se coloca a necessidade da integração interdisciplinar, pois ação e conhecimento são inseparáveis, como dito no parágrafo anterior, ação multiprofissional e interdisciplinaridade são duas faces de uma mesma moeda.

No caso do trabalho em saúde, são várias profissões, orientadas por determinadas disciplinas, e em cada profissão, atuam profissionais com paradigmas e experiências profissionais e pessoais diferentes. Colaboram para produção da assistência, ao mesmo tempo recriam saberes e reorientam as disciplinas e as práticas

²⁹ Ver tópico sobre Multi, pluri, inter e transdisciplinaridade – definindo os termos.

individuais e coletivas. Retomando a fala de Campos (2000b), é nessa cooperação que ocorre uma sobreposição de limites entre os campos disciplinares e de práticas, que pode ser uma primeira porta aberta para a interdisciplinaridade.

Na área da saúde, segundo Schraiber e Peduzzi (2004, p.3), há uma desigual valorização social das disciplinas, bem como das profissões, o que é um dos dificultadores da concretização de práticas interdisciplinares e cooperativas. Nesse sentido, é importante a interação dos profissionais na “busca do entendimento e reconhecimento mútuo, pois a articulação das ações, dos saberes tecnológicos e das disciplinas científicas também implicará numa crítica radical das alianças e compromissos ideológicos, bem como do projeto ético-político”.

Os profissionais de saúde, como os demais trabalhadores, no seu cotidiano recriam os seus saberes e o processo de trabalho, e ao mesmo tempo reiteram o que já está estabelecido, conforme as suas possibilidades e as que lhes são oferecidas pelo meio. O profissional, dotado de intencionalidade na ação, tanto interioriza o que está estabelecido socialmente quanto provoca mudanças a partir de sua perspectiva, do que acredita e que acaba se transformando num projeto em torno do que ele acredita ser ideal a ser perseguido. E será a partir desse projeto, consciente ou não, que ele irá renormalizar sem cessar a sua atividade de trabalho, que poderá vir a se constituir num esforço consciente de busca da interdisciplinaridade.

Enfim, trata-se de um debate aberto, no qual surgem questões novas e as respostas são sempre provisórias. Quando se afirma que o objetivo ou a finalidade dos serviços de saúde é a produção de saúde (MENDES, 1996; CAMPOS 2000b), pode-se indagar a seguir: como o trabalho em saúde pode produzir saúde? Como a interdisciplinaridade pode concretamente contribuir com a produção de saúde? A interdisciplinaridade se constitui preocupação no seio da política de saúde? Constitui-se em projeto? Nesse caso, como se operacionaliza? E quais seriam os consensos ou acordos necessários para um projeto interdisciplinar?

Este trabalho não pretende responder a todas estas indagações, mas tentar apontar alguns caminhos e ser mais uma contribuição ao debate.

O debate acerca da interdisciplinaridade, como se pode perceber, é indissociável

do campo das práticas, e remete a discussão também sobre o significado do trabalho, mais especificamente na área da saúde, que será objeto do próximo capítulo.

CAPÍTULO 3

O TRABALHO COMO ATIVIDADE HUMANA

Tout sujet, tout groupe humain au travail est un centre de vie, un essai d'appropriation du milieu, et sa vie au travail n'est pas un enclos séparé de son ambition de vie globale . (SCHWARTZ, 2004a, p.61).³⁰

Ao longo da história da humanidade, homens e mulheres trabalham, produzem e reproduzem a vida. Esta é uma constatação, que faz com que estudiosos das mais diversas disciplinas se debrucem sobre o estudo de como esse trabalho se realiza e do que muda, no tempo e no espaço, no mundo do trabalho.

A evolução contemporânea das formas de organização e de gestão do trabalho repousa sobre princípios que, segundo Dejours (2001), sacrificam a subjetividade em nome da rentabilidade e da competitividade, tais como o uso da avaliação quantitativa e objetiva do trabalho e a individualização e apelo à concorrência generalizada entre as pessoas, entre as equipes e os serviços. Dessa maneira, por um lado se aumenta a produtividade, mas por outro se desagregam coletivos, separa-se o trabalho do conjunto da vida e como conseqüência agravam-se as patologias decorrentes do trabalho.

Refletir sobre o que se transforma no ou do trabalho tem implicações políticas e éticas, porque não se trata de um campo neutro e os instrumentos utilizados na produção do conhecimento e dos produtos materiais e não materiais não estão separados das escolhas e julgamentos de valor implícitos. (SCHWARTZ, 1998a). Concordando com estas considerações, reassume-se, neste estudo, como de vital importância para a produção de conhecimentos acerca do trabalho, a necessidade de

³⁰ Todo indivíduo, todo grupo humano no trabalho é um centro de vida, uma tentativa de apropriação do meio, e sua vida no trabalho não é separada de sua ambição de vida global. (Schwartz, 2004a, p. 61, tradução nossa).

engajamento ético e político do pesquisador, em posição permanente de aprendizagem.

Falando das “transformações reais” do trabalho, Schwartz (1998a, p.10-11, tradução nossa) diz que estas podem ser percebidas através das estruturas e das tecnologias e da organização, mas ao mesmo tempo ocorrem transformações “que não introduzem jamais rupturas ou incomensurabilidades entre *épocas* de trabalho humano”. Segundo Schwartz, ocorreram mudanças no trabalho ao longo da história da humanidade, mas se manteve sempre a disposição dos sujeitos ou dos trabalhadores em “negociar as variabilidades, gerir encontros entre *contraintes*³¹ e valores”. Os “indivíduos e grupos sempre procuraram negociar localmente as tendências de transformação e fazer de suas contradições a matriz de uma história que continua”.

Mas uma primeira indagação se coloca: como definir o trabalho?

Em termos genéricos o trabalho consiste em um processo “em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza” e “modificando-a, modifica assim sua própria natureza”. (MARX, 1982, p.202). O processo de trabalho é composto pela atividade adequada a um fim, pelo objeto de trabalho e pelos meios de trabalho.

Braverman (1981, p.53), baseando-se nas discussões de Marx, define o trabalho como uma atividade que transforma um determinado objeto, onde o trabalhador conscientemente imprime a ele um determinado projeto, o que faz com que o trabalho seja um produto especial da espécie humana. Mas com o advento do capitalismo, o trabalho assume formas diferentes sob novas relações de produção, “a unidade de concepção e execução” é dissolvida e a “idéia concebida por uma pessoa pode ser executada por outra”. Os trabalhadores são separados dos meios de produção, passam a vender a sua força de trabalho para o capitalista e dessa forma, transformam-se eles próprios em mercadoria.

Para Gorz (2003, p.21), o trabalho como o chamamos hoje “é uma invenção da modernidade”, sendo reconhecido como uma atividade remunerada, reconhecida e

³¹ A palavra *contrainte* é mantida no texto, sem tradução, pelo seu sentido amplo, difícil de ser expressado em poucas palavras em português. Segundo o Le Petit Larousse, designa pressão moral ou psíquica exercida sobre alguém; obrigação criada por regras ou necessidades; mal estar em função de ter que cumprir ações indesejáveis; esforço exercido sobre um corpo, por uma força exterior ou devido a forças internas a esse corpo.

valorizada socialmente, que se realiza na esfera pública, e que permite ao ser humano adquirir uma identidade social.

Focando mais nas transformações no mundo do trabalho na sociedade contemporânea, Antunes (2003, p.209 e 216) diz que se verifica “uma significativa heterogeneização, complexificação e fragmentação do trabalho”. Novos processos de trabalho emergem e, segundo o autor, mantém-se a centralidade da categoria trabalho na vida social. Considera que a emancipação humana passa por “um processo de emancipação simultaneamente *do* trabalho, *no* trabalho e *pelo* trabalho”.

Mas o trabalho, segundo Schwartz (2004, p.62, tradução nossa), é uma realidade enigmática e de difícil conceituação, que comporta sempre uma “parte de invisível provisório a espera de uma eventual elucidação [...]”.

Para Dejours (2001, p.1, tradução nossa), são diversas as concepções acerca do trabalho, tais como uma relação salarial, ou um emprego ou ainda uma atividade de produção social, entre outros, que não encontram consenso. Para o autor, o trabalho é tudo aquilo relacionado ao fato de trabalhar: “os gestos, *des savoir faire*, o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações, é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc”.

Para melhor compreender o trabalho, a ergologia propõe estudar a atividade³² de trabalho, entendendo a atividade humana como um entrecruzamento de normas antecedentes e de tentativas de renormalização, na relação com o meio de vida, onde ocorre um debate permanente de valores que resultam em escolhas feitas pelos indivíduos e pelos grupos. No contexto do trabalho *stricto sensu*, ou seja, atividade remunerada na sociedade de mercado e de direito,

as normas antecedentes são, aproximadamente, as prescrições, procedimentos, constraints, relações de autoridade, de poder, mas também os saberes científicos, técnicos, as regras jurídicas, as experiências acumuladas, tudo que antecipa a atividade de trabalho que virá antes mesmo que a pessoa tenha começado a agir. E as renormalizações são as múltiplas gestões de variabilidades, furo de normas, construção de redes humanas, de canais de transmissão que toda situação de trabalho requer, sem por outro lado jamais antecipar aquilo que elas serão, na medida que estas renormalizações são feitas por seres e grupos sempre singulares, em situações de trabalho sempre, elas próprias, em parte singulares. (SCHWARTZ, 2004, p.66, tradução nossa).

³² Grifo nosso.

A concepção de atividade de trabalho, segundo a ergologia, tem conseqüências decisivas, a medida em que o trabalhador, sabendo alguma coisa do conteúdo existente entre aquilo que lhe demandam fazer e aquilo que o faz retrabalhar a norma para renormalizá-la, pode se posicionar melhor para negociar o seu espaço num coletivo, aprender com a experiência, antecipar os problemas a resolver, transmitir aquilo que o confronto com o real ensina e, de forma geral, aparecer como uma força de proposição para progredir. A inventividade necessária para gerir esse processo permite que cada um reconheça os outros e a si próprio como produtores de saberes e, portanto, produtores de história. (DEPARTAMENTO DE ERGOLOGIE, 2006, tradução nossa).

A atividade, segundo Di Ruzza (2003, p.62, tradução nossa) “possui propriedades de transversalidade, ela concerne a todas as ciências sociais e humanas e as transcende”. Ela é também o local de articulação das dimensões pessoal e sócio-econômica que o trabalho comporta e que vai resultar, ao mesmo tempo, em uma obra pessoal da qual o trabalhador pode se orgulhar ou não e em um bem ou serviço cuja utilidade terá reconhecimento social. (GUÉRIN et al, 2001). A atividade humana é um lugar de contradição potencial, de transgressão consciente ou inconsciente, e retrata individualmente e coletivamente, de maneira ínfima ou visível, consígnias, normas e ao mesmo tempo valores em diversos graus de universalidade, construídos mais ou menos localmente ou globalmente, conforme o meio e cada processo histórico individual e social. (SCHWARTZ, 1998; SCHWARTZ, 2005, informação verbal).

Falando da atividade de trabalho, Daniellou (1996 apud DURAFFOURG 1998, p. 146, tradução nossa), ao discutir a complexidade do “objeto trabalho” e a amplitude de questões epistemológicas para sua abordagem, diz que “na sua atividade de trabalho, homens e mulheres tecem”, e comparando a um tear, menciona o lado trama e o lado urdidura³³. A trama seria os processos técnicos, as propriedades da matéria, os instrumentos, os clientes, as políticas econômicas, as regras formais, o controle das pessoas, entre outros; a urdidura seria a própria história dos indivíduos, o corpo que aprende e envelhece, as múltiplas experiências de vida e de trabalho, o pertencimento a grupos sociais que fornecem valores, saberes, regras, as pessoas próximas, como

³³ No original “Côte trame et côte chaîne”.

amigos ou familiares, fontes de energia e de preocupações, os projetos, angústias, desejos, sonhos, entre outros.

Importante destacar que a experiência não é um estoque através do qual se pode dispor de receitas para resolver problemas, para realizar atos. A experiência é um conjunto de recursos colocados em jogo e a capacidade de construir respostas se concretiza no momento da sua realização. (FAÏTA, 2005, informação verbal³⁴).

A trama seria o lado visível do trabalho e a urdidura, o menos visível ou invisível, segundo Schwartz (2004, p.64-65, tradução nossa). E o entrecruzamento entre o visível e o invisível da atividade é “um vai e vem entre o micro do trabalho e o macro da vida social cristalizada, incorporada nas normas. Vai e vem que não exclui nenhum desses dois níveis”. E essa dialética entre o global e o local é permeada por debates de normas e de valores que vão gerar situações de trabalho relativamente previsíveis e ao mesmo tempo novas e inéditas, porque toda atividade humana integra uma dimensão de transformação. (SCHWARTZ E DURRIVE, 2003).

Para a realização de um trabalho, existe sempre uma prescrição, objetivos definidos, regras e procedimentos relativos aos resultados esperados e a maneira de os obter. A prescrição é feita pela sociedade e pela instituição de modo geral, majoritariamente, mas também pelo próprio trabalhador e pelos colegas de trabalho, individualmente e em grupo. Para Saujat³⁵ (2005, informação verbal), o prescrito não é apenas o oficial, mas também o oficioso, a maneira como os trabalhadores se organizam para fazer ou não o que está prescrito; e o real, é o realizado, mas também aquilo que não se faz e se gostaria de fazer sem conseguir, bem como a atividade impedida.

“A finalidade do trabalho é exterior ao homem tomado como indivíduo isolado: a atividade de trabalho é imediatamente social; ela permite a cada um de se produzir como ser social”, mas esse processo não é uma simples aplicação do prescrito. O trabalho pode ser visto sob dois ângulos: um, particular, onde ele é aplicação de um protocolo, que pode ser codificado, antecipado e mesmo automatizado, e de outro, um ângulo singular, onde ele é um momento da história e, portanto, único. Nesse sentido,

³⁴ Apontamentos da aula de Ciências da Linguagem, Departamento de Ergologia, Universidade de Provence.

³⁵ Apontamentos durante aula de psicologia, Departamento de Ergologia, Universidade de Provence, França.

trabalhar “é gerir o conteúdo da distância entre o prescrito e o realizado, continuamente renovados [...]”. (DUC, DURAFFOURG, DURRIVE, 2003, p.53-54, tradução nossa).

Para que se compreenda a dificuldade de articulação entre o aspecto particular e o singular de todo ato técnico, Schwartz (2003, p.78, tradução nossa) faz as seguintes considerações: toda atividade, utilizando determinadas técnicas, coloca em prática dispositivos, orientados por princípios de eficácia pensados fora do contexto local onde elas acontecem, sendo, portanto, generalizáveis, e desse ponto de vista são neutras em relação ao meio e a quem as executa, e é isso que as torna eficazes, que permite antecipar em parte as atividades antes mesmo que elas aconteçam. Ao mesmo tempo, considerando as variabilidades parcialmente locais, se as pessoas colocam em prática esses dispositivos nas condições que foram concebidos, não são eficazes. Elas vão julgar e fazer escolhas para fazer funcionar os dispositivos, o meio técnico, a despeito das normas precedentes. Nesse sentido, elas neutralizam ainda mais a técnica porque elas o fazem com sua própria inteligência, sua criatividade e as relações coletivas que elas estabeleceram. “E deste ponto de vista, a padronização total é impossível, mesmo se ela é assíntota: quer dizer que ela não está longe, mas não é alcançada jamais”.

O conteúdo da distância entre o prescrito e o real é gerido pelo que é chamado por Schwartz (2003, p.27-28, tradução nossa), de “*corps-soi*”³⁶, que seria uma espécie de “entidade um pouco enigmática”, “ao mesmo tempo alma e corpo”, que representaria o sujeito da atividade, nem totalmente consciente, nem totalmente inconsciente das escolhas que faz, mas o fato é que as faz, em função de critérios orientados por valores. O uso de si por si e pelos outros manifesta as dimensões de execução e de subjetividade³⁷, ou seja, a dimensão gestonária do trabalho, onde o trabalhador se dá normas, se autolegisla e recria saberes, valores e novas normas. (ROSA, 2005). “Há, pois, no uso de si a predominância da dimensão de média da norma [ou seja, de padronização] subjugando e excluindo a outra dimensão da norma,

³⁶ Segundo Schwartz (2003, p.197, tradução nossa), “Todo ato de trabalho é arbitrado por um si: corpo (parte do ser vivo); ser social (em debate com o meio); ser psíquico (singularizado por sua história privada)”.

³⁷ Onde entram a reflexividade e a capacidade de atividade deliberada.

a de seu tempo criador”. Ocorre um debate de normas internas na mais ínfima atividade, que é ao mesmo tempo debate do trabalhador consigo mesmo relacionado à economia do corpo e debate de valores que são de ordem social, “colocando a questão da responsabilidade, da ética [...], o bem comum: o bem de Si – individual e coletivo”. (ROSA, 2005, p.32).

As dimensões social e singular da atividade de trabalho são expressas da seguinte maneira por Schwartz (1998a, p.7, tradução nossa): “Toda atividade de trabalho é sempre uma dramática do uso de si, uma problemática negociação entre uso de si por si e uso de si pelos outros, e o conteúdo dessas dramáticas não são que parcialmente antecipáveis e objetiváveis”. Nessa dialética de uso de si, o trabalhador faz uso de si mesmo em função do que os outros lhe demandam e em função do que ele próprio se demanda, e faz uso dos demais, e esse jogo expressa o coletivo de trabalho.

Dentre os componentes do processo de trabalho, segundo Schwartz³⁸ (2005, informação verbal), o que sofre mais variabilidade é a força de trabalho, tanto variabilidade individual quanto coletiva, que jamais se estabiliza, porque a singularidade se introduz em permanência, na ambição impossível de suprimir a diferença entre o prescrito e o real. Decorre daí a dificuldade de gerir a gestão dos outros.

Analisar o trabalho a partir da *chaîne*, compreender que o essencial de todo trabalho pode estar na dialética entre *trame e chaîne*, pode permitir reconsiderar os conceitos de inovação, rotina, resistência à mudança, este último, “muitas vezes utilizado para ocultar escolhas e os valores daqueles que sofrem as transformações da vida que lhe são desfavoráveis”. (SCHWARTZ, 2004, p.71, tradução nossa). Segundo Nouroudine (2003), na maior parte dos casos em que as pessoas se recusam a mudar na situação de trabalho, não se trata de resistência a mudanças, simplesmente, mas a recusa de certas condições e modalidades de mudança. As mudanças devem ser apropriadas pelos trabalhadores a partir do patrimônio de conhecimentos, de saberes práticos e de valores que eles portam.

³⁸ Apontamentos durante disciplina de filosofia em 26/09/05, Departamento de Ergologia, Universidade de Provence, França.

Conhecer uma determinada atividade de trabalho implica em visualizá-la como resultado de um compromisso complexo do trabalhador, em permanente atualização, que envolve diversos fatores, tais como os objetivos da organização, os meios para a realização da atividade, as normas, o espaço de trabalho, bem como fatores internos próprios a cada trabalhador, que vão condicionar a sua relação com o mundo e com o trabalho. Nesse contexto, o trabalhador vai desenvolver competências para lidar com as situações de trabalho, sempre em parte imprevisíveis, o que faz com que competências sejam “antes de tudo um agir aqui e agora” (SCHWARTZ, DUC, DURRIVE, 1998, p.201, tradução nossa), relacionado a um meio e a um processo de aprendizagem.

A questão das competências no trabalho é de grande atualidade e ao mesmo tempo problemática, principalmente quando se trata da ampliação das interfaces a gerir, a exemplo da área da saúde, onde o objeto é de grande complexidade e os limites da situação de trabalho são fluídos, difíceis de padronizar e por consequência, não é fácil estabelecer quais são as competências apropriadas.

Na atividade de trabalho, a relação dialética entre o grau de apropriação dos saberes conceitualizáveis, o grau de apreensão das dimensões históricas da situação e o debate de valores realizado pelo indivíduo para fazer escolhas, num determinado contexto político e de relações de poder, mobiliza ingredientes heterogêneos da competência, colocados, segundo Schwartz (1998b, p.106, tradução nossa), “numa encruzilhada entre tecnicidade e escolhas sociais e econômicas”. Ainda segundo o autor, o meio tem uma variabilidade constitucional e os trabalhadores vão utilizar a originalidade de suas experiências para encontrar os recursos para enfrentar o que há de inédito em cada situação.

O primeiro ingrediente da competência é a dimensão conceitual, o conhecimento armazenado pelo indivíduo pela escola ou universidade, aquilo que está relacionada a “Trama”, tudo que contribui para que a situação se desenvolva de acordo com um protocolo experimental.

O segundo ingrediente é o pólo oposto, a dimensão experimental, a “urdidura”, a situação contingencial e variável. Ser competente seria a capacidade para tomar

decisões de acordo com a conjuntura, a partir de sínteses individuais ou microcoletivas, difíceis de serem verbalizadas ou transmitidas. Entretanto, alguns problemas poderiam afetar o desenvolvimento deste ingrediente: trabalhos temporários ou de duração recente, por exemplo, dificultariam a cristalização da experiência; a formação, ela acontece com o tempo, na realização da atividade; e esse ingrediente varia muito em função das pessoas.

A capacidade de estabelecer uma dialética entre os ingredientes 1 e 2 caracteriza o terceiro ingrediente, que implica em identificar a necessidade de reconfigurar uma situação numa determinada circunstância, e supõem a existência de criatividade para articular, nas escolhas, as características gerais e as locais. “Instaurar essa dialética é um exigente uso de si por si, um reajustamento indefinido, uma vigilância sensorial, relacional e intelectual”. (SCHWARTZ, 1998b, p. 122, tradução nossa).

O quarto ingrediente está relacionado à capacidade de questionar a qualidade das dramáticas do uso de si e da dialética estabelecida no ingrediente 3. Schwartz³⁹ menciona que este ingrediente “introduz uma espécie de ruptura no inventário”, criando oportunidade de debate das dinâmicas e limitações próprias ao meio de trabalho. É onde se desenvolve a vontade “político-gestionária” e a possibilidade de construção de “uma real pedagogia de redescobrimto de seus próprios recursos”, que podem ser desenvolvidos ou bloqueados.

O quinto ingrediente se refere à recorrência parcial do ingrediente 4 no 1 e no 2. No ingrediente 1 se refere à relação com o saber, que vai influenciar, por exemplo, no desejo de uma pessoa voltar a estudar, a querer se apropriar de novas ferramentas formais para executar o seu trabalho. No 2, há construção de um patrimônio de experiências pertinente a sua atividade e a sua vida.

Construção sinérgica ou competência coletiva caracteriza o sexto ingrediente como sendo aquilo que pode ser atribuído ao coletivo, mas de difícil circunscrição, porque os coletivos não são estáveis e bem definidos.

O conceito de competência coletiva também é utilizado por Boreham (2004,

³⁹ Ibid, p.126.

p.9, tradução nossa) ao criticar o pensamento neo-liberal, que, segundo o autor, é restrito ao individualismo, quando na verdade ambas as competências devem ser consideradas como mutuamente constitutivas, com igual valoração. Ele propõe três princípios normativos para agir com competência: “produção de um entendimento coletivo dos eventos no local de trabalho, desenvolvimento e utilização de uma base cognitiva coletiva e desenvolvimento de um sentido de interdependência”.

3.1 O trabalho coletivo

O trabalho é uma construção social negociada, os coletivos de trabalho [são] considerados como entidades capazes de inovação, capazes de se dar regras e não somente se submeter [...]. (EFROS, DUC, FAÏTA, 1998 p.41 apud ROLLE & DE TERSSAC, 1990, p.121, tradução nossa).

Mas o que significa realmente o trabalho coletivo ou um coletivo de trabalho ou uma equipe de trabalho?

A idéia de trabalhador coletivo é fortemente marcada na literatura pelas discussões de Marx quando ele analisa as mudanças no trabalho humano com o advento do modo capitalista de produção.

No capítulo XI do Livro 1 do Capital, Marx (1982) fala que o ponto de partida do capitalismo aconteceu no momento em que um mesmo capital particular utilizou a atuação simultânea de um grande número de trabalhadores e o processo de trabalho ampliou a sua escala passando a gerar produtos em maior quantidade. Segundo o autor, operou-se “uma revolução nas condições materiais do processo de trabalho” e o trabalho adquiriu um caráter social, ou seja, uma “forma de trabalho em que muitos trabalham juntos, de acordo com um plano, no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes, mas conexos”. O processo de produção envolve a cooperação entre diversos trabalhadores, criando uma força produtiva nova, a força

coletiva. (MARX, 1982, p.373-74).

A cooperação, segundo Marx, pode ser considerada simples, quando os trabalhadores realizam a mesma tarefa ou tarefas da mesma espécie, ou pode ser cooperação complexa, quando o processo de trabalho é complicado e exige a realização de várias operações ao mesmo tempo, permitindo a diminuição do tempo necessário para a conclusão das tarefas. “Ao cooperar com outros de acordo com um plano, desfaz-se o trabalhador dos limites de sua individualidade e desenvolve a capacidade de sua espécie”⁴⁰.

Mas no capitalismo, o trabalhador passa a trabalhar para o capitalista e sob o seu controle. “A conexão entre as funções [desempenhadas pelos trabalhadores] e a unidade que formam no organismo produtivo estão fora deles, no capital que os põe juntos e os mantém juntos. A conexão entre seus trabalhos aparece-lhes idealmente como plano, e praticamente como autoridade do capitalista, como o poder de uma vontade alheia que subordina a um objetivo próprio a ação dos assalariados”⁴¹. Os trabalhadores resistem ao controle ao mesmo tempo em que aumentam os esforços do capital para dominar essa resistência, o que resulta em diversas experiências de condução do processo de trabalho pelo capitalista.

Com o desenvolvimento do capitalismo, a gerência do trabalho aparece como um problema para o capitalista e vai assumindo novas dimensões. Ao final do século XIX, destaca-se a contribuição de Taylor, com a Organização Científica do Trabalho, que segundo Braverman (1981), procurou padronizar a realização do trabalho e a produção, separar o trabalho manual do intelectual e separar os indivíduos pelo parcelamento das tarefas. Mas, “apesar das tentativas do capital, a expropriação do saber operário nunca se deu de forma absoluta” (PIRES, 1998, p.34).

Sobre este tema há um debate teórico imenso, de críticas e de contribuições, mas que não cabe aprofundar neste estudo. A intenção nesse momento é apenas situar o leitor na base teórica que sustenta a discussão desenvolvida a seguir.

No debate contemporâneo sobre o trabalho, Schwartz (2000) considera que nenhuma atividade humana pode ser totalmente padronizada e controlada. Porque a

⁴⁰ Ibid, p.378.

⁴¹ Ibid, p.380.

atividade é sempre resultado de uma dialética entre o que está prescrito ou normatizado, relacionado diretamente a atividade a ser executada como também, por exemplo, ao que é considerado “bem comum” estabelecido socialmente, em confronto com a singularidade de cada indivíduo e cada coletivo, num jogo de relações de poder em situações históricas que comportam elementos globais e locais.

Nesse sentido, podemos afirmar que “os coletivos de trabalho” se transformam acompanhando as mudanças sociais, culturais, econômicas, tecnológicas, entre outras, e re-atualizam permanentemente o debate acerca do trabalho e da utilização da força coletiva.

Segundo Efros, Duc e Faita (1998), que distinguem o coletivo prescrito do coletivo real, trabalhar coletivamente “é um fazer juntos” e um “estar juntos”. O coletivo prescrito seriam as equipes oficiais ou que figuram nos organogramas, cujo funcionamento é formalmente prescrito e o real, o coletivo de contornos indefinidos que se forma no cotidiano do trabalho, que reconfigura as normas prescritas em normas interindividuais e de grupos, em função da especificidade desses grupos. O coletivo de trabalho se expressa na colaboração efetiva entre os trabalhadores para realização da atividade que não necessariamente acontece na equipe prescrita, e dependendo dos objetivos a atingir, esse coletivo se recompõe permanentemente.

A atividade de antecipação consiste não só em trabalhar com os outros, mas também em função dos outros. As micro-recomposições do coletivo em torno da equipe permitem orientar o processo de trabalho em função de referências e lógicas próprias à atividade onde as prescrições são reapropriadas. “A atividade coletiva não pode ser calcada sobre a estruturação a priori de coletivos, mas evolui segundo as normas daqueles que trabalham juntos tentando construir no curso de sua experiência individual e coletiva de trabalho”. Sendo assim, os coletivos, na busca de eficácia, são “entidades geometricamente variáveis no tempo e no espaço”. (EFROS, DUC e FAITA, p.57-58, tradução nossa).

Os coletivos se organizam para além dos organogramas, tem sua própria história e dessa forma, constituem Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes – ECRP, que estão presentes em toda organização.

As ECRP são um espaço de transição dinâmico entre o pólo de debate de valores, mais individualizado, onde esses valores são tratados no território das atividades de trabalho, no espaço mais local e o pólo mais universalizado, o campo da política ou campo mais global da gestão das atividades econômicas. (SCHWARTZ, 2003, p. 141, tradução nossa).

Schwartz diz que a existência das ECRP é a busca pela promoção do bem comum, cuja credibilidade pode ser afetada por problemas no campo da política, e pela busca de eficácia, que vai depender de como as pessoas gerem as variabilidades e fazem as escolhas em função dos seus valores.

Schwartz explica da seguinte forma a origem do termo ECRP:

- ✦ entidades: porque existem fronteiras invisíveis que englobam pessoas que pertencem a serviços diferentes ou pessoas que se conhecem mas que não trabalham juntas;
- ✦ coletivas: porque são vários trabalhadores buscando a eficácia e as vezes a eficiência no seu trabalho, em espaços onde transitam informações pelas vias mais diversas;
- ✦ relativamente pertinentes: elas são pertinentes para compreender como o trabalho acontece, e relativas porque as fronteiras são variáveis, em função das pessoas e da história das organizações. São fluidas, frágeis.

Os elementos de cooperação não podem ser jamais antecipados ou prescritos. Segundo Efros (2004), o conceito de ECRP possibilita uma maneira de encontrar os processos de cooperação existentes na realização de uma atividade, em cada ato, que são diferentes a cada momento. Existem aspectos que são observáveis e outros invisíveis nos coletivos que são prescritos ou clandestinos de uma atividade de trabalho formalizada ou não. Segundo a autora, o conceito de equipe, compreendido na maioria das vezes como algo estável, é limitado para analisar o trabalho coletivo, porque o coletivo se reconstitui conforme a necessidade do trabalho. Os trabalhadores vão procurar os demais que podem ajudar a resolver problemas, aqueles que

cooperam, que eles sabem que darão as respostas necessárias, e nem sempre serão encontrados nas equipes prescritas. Como diz Schwartz⁴² (2005, informação verbal), o coletivo é um entrecruzamento de dramáticas do uso de si.

A partir de uma representação da atividade os indivíduos colaboram, cooperam, se auto-ajudam ou se confrontam, avaliam o que é possível realizar, e a composição final será sempre singular. Conhecer o trabalho do outro, ou seja, ter uma representação suficiente do trabalho que é efetuado pelos outros, é uma condição considerada necessária por Guérin et al (2001) para que uma colaboração se desenvolva. Para isso, a comunicação, bem como a identificação da presença de diversas lógicas e a compreensão, pelos profissionais, dos *contraintes* das outras profissões, podem contribuir para a resolução das dificuldades de colaboração. A gestão cotidiana de compromissos, implícitos ou explícitos, definindo responsabilidades, pode articular as diversas lógicas dos distintos atores.

Para Chanlat (2004), o sucesso do trabalho coletivo dependeria principalmente de seis elementos :

- ✕ projeto, finalidade e objetivos coletivos
- ✕ espaço / tempo comum
- ✕ universo simbólico compartilhado
- ✕ trabalho reconhecido
- ✕ hierarquia legítima
- ✕ ética de responsabilidade e de solidariedade

Todo membro de um coletivo é impulsionado por algo maior do que o prescrito para ele. São importantes espaço e tempo compartilhados para que as pessoas se conheçam, troquem, tenham prazer e possam se divertir fora do tempo do trabalho. A construção do coletivo depende de haver um mínimo de estabilidade e de uma certa permanência no emprego e na organização, porque a confiança e a cooperação se constroem com o tempo.

A cooperação só vai existir se houver relação de confiança mútua entre os trabalhadores e aceitação de regras de trabalho comuns a todos, e para que a confiança

⁴² Apontamentos durante disciplina de epistemologia e ergologia em 22/11/05, Departamento de Ergologia, Universidade de Provence, França.

se estabeleça, reforçando o dito por Guérin, é preciso haver visibilidade do modo de trabalhar, o que significa dizer que o trabalhador vai ter que mostrar aos demais como ele burla as regras, fraudas, engana. (DEJOURS, 1993). Como diz Schwartz, trabalhar é sempre correr riscos.

Dejours (2004, p.131-32, tradução nossa) considera que “a cooperação não é um produto mecânico da organização do trabalho”, ela não pode ser prescrita, ela é “tributária da vontade dos agentes”. A cooperação é fruto da busca, pelo trabalhador, da qualidade do trabalho como uma condição para ter prazer no trabalho, saúde mental e construção da sua identidade singular. A retribuição esperada é o reconhecimento, que passa por dois tipos de julgamento: o julgamento de utilidade e o de beleza. O primeiro trata da utilidade social, econômica e técnica das contribuições individuais e coletivas na elaboração da organização social, que faz com que as pessoas sintam-se pertencendo a um coletivo. O segundo corresponde a atribuir ao sujeito, pelos seus pares, qualidades que lhe distinguem dos outros, relaciona-se a identidade singular, a execução de “belas obras”. São julgamentos do trabalho e não do sujeito, que vão influenciar na conformação da identidade e no estabelecimento de boas relações de convivência no trabalho. (DEJOURS, 1993). O reconhecimento profissional vai ajudar a construir a imagem de si do profissional e a auto-estima.

Quanto mais o universo simbólico e a linguagem são compartilhados pelos diferentes atores, mais são portadores de sentido, mais o coletivo se reforça e se motiva.

Entretanto, segundo Dejours (2001, p.9, tradução nossa), “a cooperação supõe, numa certa medida, uma limitação consentida (ou imposta?) [...]” e “a renúncia a uma parte do potencial subjetivo individual [...]”, sendo que “inúmeros conflitos no interior dos coletivos mostra que a renúncia não é sempre facilmente consentida por todos”.

Toda organização é permeada por relações de poder, sempre há uma regulação política que deve ter legitimidade. É difícil um superior hierárquico se impor quando ele é nomeado sob critérios que não correspondem ou correspondem pouco ao trabalho real exigido. A ética que orienta a ação é fator fundamental na construção do coletivo, que deve ser uma ética da responsabilidade pelas conseqüências dos atos praticados e

da solidariedade.

3.2 O trabalho coletivo em saúde

Sobre o trabalho em saúde, inicialmente serão abordados brevemente alguns aspectos considerados relevantes para compreendê-lo, tais como o contexto das organizações e as profissões que produzem serviços de saúde. Dando continuidade a discussão que se iniciou no capítulo 2, destaca-se a medicina, pela direcionalidade que tem dado ao modelo predominante de assistência à saúde. Em seguida debate-se mais amplamente o trabalho coletivo em saúde, na sua modalidade de trabalho em equipe e nas suas possibilidades de se efetivar como prática interdisciplinar.

3.2.1 As organizações e serviços de saúde

O cenário atual é marcado pela internacionalização da economia, tanto do mercado como do processo de produção industrial e pelo crescimento do setor de serviços, onde se inserem as organizações e serviços de saúde.

O setor de serviços é parte da totalidade social e, apesar da imensa diversidade de atividades e de formas de produzir, também é profundamente influenciado pela lógica da acumulação de capital, pela tecnologia e pelas formas de organização do trabalho utilizadas na indústria. [...] O setor de saúde é parte do setor de serviços, compartilha características do processo de produção no setor terciário da economia, ao mesmo tempo que tem características específicas. (PIRES, 1999, p. 28).

Os serviços de saúde atendem a necessidades complexas e variáveis e não podem ser totalmente padronizados, porque há muita variabilidade, no sentido de que cada problema é único, o que faz com que tenha algum grau de incerteza e as atividades sejam sempre ressingularizadas. Desse modo, os profissionais precisam de

autonomia para traduzir normas gerais a casos particulares, decidir como e qual serviço prestar para atender às necessidades de saúde. (DUSSAULT, 1992; PEDUZZI, 1998).

Os profissionais estão sempre fazendo uso deles mesmos

num contexto institucional precário e fluido, decodificando e antecipando políticas flutuantes, se movendo numa esfera de valores sem dimensão [...] não suscetíveis de avaliação e prescrições unidimensionais, segmentadas, seqüenciais, e que, no entanto, devem dispor de respostas às situações dentro de um contexto de crise [...]. (SCHWARTZ, 1998, p.12, tradução nossa).

Dussault (1992) utiliza a tipologia de Mintzberg e diz que as organizações de saúde são organizações profissionais⁴³, porque dependem do trabalho de especialistas, exigindo, portanto, qualificação de alto nível, não se prestam à formalização e ao controle, e o mecanismo de coordenação é a padronização das qualificações. Um outro grupo de trabalhadores também atua nas organizações de saúde, realizando atividades de apoio aos profissionais que se ocupam diretamente da assistência em saúde, tais como o pessoal da limpeza e da recepção, entre outros, e também influencia na conformação do serviço que é ofertado à população. (PIRES, 1999).

Os serviços de saúde em geral são produzidos por um grupo heterogêneo de trabalhadores, com nível de instrução e de qualificação profissional muito diferentes, que vão dificultar a construção de um espírito de equipe. (NOGUEIRA, 1994). Além disso, cada profissional domina determinados conhecimentos para produção do cuidado em saúde que serão utilizados conforme cada situação, o que dificulta o controle da administração da instituição e lhe confere um certo de grau de autonomia de decisão. (PIRES, 1999).

⁴³ “Trabalho profissional corresponde ao trabalho especializado, reconhecido socialmente como necessário para a realização de determinadas atividades. Origina-se das características do trabalho artesanal desenvolvido na Idade Média, nas corporações de artífices, no qual os produtores tinham controle sobre o seu processo de trabalho, controlavam o ritmo do trabalho, tinham controle sobre o produto, bem como da produção e reprodução dos conhecimentos relativos ao seu trabalho”.(BRAVERMAN, 1981; MARGLIN, 1980; MARX, 1982; apud PIRES, GELBCKE, MATOS, 2004).

Destaca-se que no caso específico das organizações de serviços públicos de saúde, há dependência do ambiente sócio-político e os objetivos e os dirigentes são definidos por autoridade externa, o que predispõe à centralização das decisões. Tais organizações não são regidas pela lógica do mercado, sobrevivem mesmo quando não são eficientes, seus resultados são difíceis de medir e prestam serviços dotados de dimensões éticas e morais. (DUSSAULT, 1992).

Alguns paradoxos são mencionados por Chanlat (2004) com os quais algumas organizações se confrontam e onde podem ser incluídas as organizações de saúde: a afirmação do coletivo e desenvolvimento de práticas cada vez mais individualizadas; a preocupação de flexibilidade permanente e o desejo de estabilidade; a redução do espaço-tempo social e afirmação da importância do coletivo; a urgência de qualidade e a realização de práticas que vão em sentido contrário.

O cenário é de disputa entre atores com diversos interesses: os usuários, os profissionais, as empresas de materiais e produtos, os seguros, o setor privado de serviços de saúde, os governos nas diversas esferas, entre outros. O ambiente organizacional, segundo Azevedo (2002), é propício a conflitos, o que demanda um processo de negociação permanente.

Também compõe o cenário o fato dos processos de trabalho das equipes multiprofissionais manterem a lógica do modelo biomédico. Pires (1999, p.33) aponta alguns dos fatores que explicam a manutenção desse modelo:

A inexistência de mecanismos de controle de qualidade da assistência prestada; a história da organização das profissões de saúde; o tratamento de quem recebe a assistência de saúde como “paciente” e não como cliente; a influência da organização capitalista do trabalho no setor saúde e o modelo hegemônico de produção de conhecimentos em saúde.

Além disso, no cotidiano dos serviços há uma articulação frágil entre as ações de saúde coletiva e individual, a redução de recursos financeiros para o setor saúde e a precarização do trabalho, onde a política de recursos humanos não tem dado conta de

responder efetivamente aos problemas. (PEDUZZI, 1998).

Nesse contexto, torna-se um grande desafio a gestão dos serviços de saúde, de maneira a considerar esse conjunto de interesses, dentro de uma ética que privilegie as necessidades de saúde dos usuários e da coletividade.

3.2.2 Profissões

Na história de seu desenvolvimento, as profissões obtiveram uma definição de seu domínio de competências e atos próprios, adquiridos através de formação, e essas definições legais e regulamentares pesam sobre a divisão do trabalho e sobre a fronteira entre os grupos.

O que define sociologicamente uma profissão, entre outras coisas,

é o fato de que ela controla um corpo de conhecimento e detém o monopólio da prestação de um serviço no mercado. [...] o que resulta na obtenção de autoridade cultural sobre um segmento da realidade [...] [e] [...] em privilégios ocupacionais e vantagens materiais. (COELHO, 1995, p.36).

É importante considerar que cada profissão tem sua organização, com controle e identidade própria, onde seus membros compartilham valores, papéis e limites. (MACHADO, 1995). Além disso, outros elementos, são destacados pela sociologia das profissões para definir o que seria uma profissão: formação longa e teorizada – universitária, pouca referência à hierarquia, ser um serviço de interesse geral, a entrada no grupo e o exercício profissional é controlada pelos pares, deontologia: lealdade interna e ideal de serviço, identidade profissional: tratamento comum, pertencimento a um grupo, autonomia reconhecida por autoridade civil – protegidos pela concorrência e garantia de dignidade. (AMIGUES, 2005, informação verbal⁴⁴).

Entretanto, mudanças no mundo do trabalho, caracterizadas entre outros pelo progressivo assalariamento, pela padronização de condutas, pela especialização e pelo

⁴⁴ Apontamentos durante aula de ciências da educação, Departamento de Ergologia, Universidade de Provence, França.

próprio fato do trabalho em saúde ser do tipo coletivo, limitam a autonomia profissional. Por outro lado, o ataque à autonomia, no sentido gerencial, tende a ser incompleto, em função da demanda informada por qualidade, que cria espaços de decisão entre profissionais e usuários sobre condutas que a gerência procura controlar. (MENDES, 2000). No âmbito do trabalho em saúde,

mesmo quando o trabalho médico é assalariado e as condições de trabalho, jornada e salário são definidas pelo empregador, bem como grande parte dos instrumentos de trabalho são de propriedade do empregador, o médico continua mantendo o controle sobre seu ritmo de trabalho e dominando a tecnologia envolvida na assistência. (PIRES, 1999, p.39).

Já os demais profissionais de saúde desenvolvem os seus trabalhos com relativa autonomia, mas sob o gerenciamento médico. Os médicos controlam o processo assistencial, fazendo com que os demais profissionais se tornem dependentes em maior ou menor grau de suas decisões. O desenvolvimento do trabalho em saúde ocorre em cenários delimitados pelas regras institucionais e as relações entre os profissionais podem ser mais ou menos colaborativas, a depender da correlação de forças vigente, dos limites das regras das instituições e da legislação referente à organização dos serviços e ao exercício das diversas profissões. (PIRES, 1998). Desse modo, “a diversidade dos processos de trabalho em saúde transcende [...] as causas funcionais associadas à divisão técnica do trabalho e revela-se uma diversidade de natureza político-ideológica”. (NOGUEIRA, 1994, p.83).

Como diz Schwartz (1998a), indivíduos e coletivos se enfrentam e negociam as normas antecedentes para construir o meio como o seu meio e desenvolvem capacidade para aprender o que está mudando nas situações de trabalho e as mudanças que eles próprios podem influenciar.

Há um consenso na literatura em saúde que é necessário revisar o papel central e hegemônico do médico no trabalho em saúde para ampliar a qualidade da atenção à saúde.

Para Campos e Belisário (2001), a formação médica é uma das principais dificuldades para reestruturar o modelo assistencial com atenção resolutive. Os autores entendem que os médicos são preparados para atuar no hospital e para a atenção curativa individualizada, e incapazes para propor diagnósticos e intervenções sobre o coletivo. O corporativismo dos profissionais médicos e o treinamento recebido para trabalhar de forma independente são pontos-chave mencionados por Rodrigues Filho (1994), que fazem com que o objetivo profissional esteja acima do organizacional, dificultando o controle gerencial e o trabalho em equipe.

A formação baseada no individualismo é uma característica inicial da prática que faz com que os médicos façam seu mundo próprio de experiências e assumam sozinhos o tratamento dos seus casos, e está na origem da autonomia profissional, que lhes garante *status* e controle do trabalho. Essa condição coloca o médico numa posição de dominação em relação aos demais trabalhadores da saúde. (MISOCZKY, 2005).

Por outro lado, estamos vivendo um momento de grandes estímulos a mudanças na formação, na graduação e na pós-graduação, advindos dos Ministérios da Saúde e da Educação, o que pode contribuir para mudanças nas práticas profissionais em saúde.

Ao mesmo tempo, a intensa divisão de trabalho e a convivência de diversas profissões, cada qual com abordagens específicas do processo saúde doença e das necessidades de saúde, tem redesenhado os espaços de atuação profissional. Entretanto, segundo Peduzzi (1998), apesar de algumas profissões, como o serviço social e a psicologia entrarem em conflito com a abordagem mais focada no biológico da medicina, enfermagem, nutrição e odontologia, por exemplo, as recomposições dos trabalhos que ocorrem ainda se baseiam neste modelo.

Contribuindo para esta discussão, estudo sobre a prática médica, realizado por Menezes e Rocha & Trad (2005, p.303), revelou que “o PSF parece ser um *locus* potencial para operar transformações no profissional médico que, enquanto sujeito, é capaz de ressignificar sua prática, resgatando dimensões humanas e sociais”. A pesquisa aponta que, apesar de haver uma tendência à diluição do poder corporativo do

médico no PSF, continua conflitante a divisão de trabalho e o poder na equipe.

Schraiber (1993, p.24) ao se referir ao trabalho médico como sendo um trabalho social, diz que este deve ser concebido “como estrutura **estruturada** e também **estruturante** deste mesmo social”. Nesse sentido, há uma singularidade na profissão médica que é parte de uma totalidade, “razão pela qual a criatividade, a inovação do singular encontra seu limite no todo em que se inscreve”.

Concordando com Merhy (2002, p.115), pode-se falar do trabalho médico “como um paradoxo: tanto um dispositivo estratégico para instituir um modelo de atenção à saúde descompromissado com o usuário e procedimento centrado, quanto uma *ferramenta* a desarmá-lo e produzir um novo modo de agir”.

Mas é importante lembrar que o trabalho em saúde se dá num contexto de disputas e ao mesmo tempo de cooperação das diversas profissões em saúde para realização da atenção à saúde, onde entram em cena outros atores, a exemplo dos usuários, e onde se reinventam permanentemente, nas dramáticas do uso de si, respostas aos problemas do cotidiano.

3.2.3 As múltiplas dimensões do trabalho em saúde

O trabalho em saúde acontece majoritariamente na modalidade de trabalho coletivo entendido como “o modo de produzir que emerge com a divisão manufatureira do trabalho e encontra-se no trabalho industrial, no setor de serviços, e também no trabalho assistencial em saúde, que é parte do setor de serviços”. (PIRES, 2000, p.86). O trabalho coletivo em saúde acontece em forma de cooperação, mas em geral através de ações fragmentadas, onde cada área técnica se responsabiliza por uma parte da atividade.

Segundo Acker (2004), a cooperação no trabalho se manifesta no ponto de encontro de *contraintes* externos que pesam sobre o trabalho, relacionados à organização do serviço, a natureza do coletivo de trabalho instaurado e a posição de cada ator. Mas a cooperação pode vir a ser uma libertação se ela é concebida como possibilidade de reforçar as próprias capacidades de ação.

O processo de trabalho, de acordo com Schraiber (REDEUNIDA, 2001, p.2), é

“uma ação de intervenção humana, bem definida histórica e socialmente, sobre realidades que se quer mudar. Portanto, ato que apreende e altera, transforma, seu objeto de intervenção”. A mesma autora diz que o processo de trabalho em saúde é constituído pelos agentes, meios, objeto e as relações técnicas (mediadas pelo saber e pela tecnologia) e sociais que se estabelecem entre os vários elementos deste processo.

O trabalho não é um ato isolado, é histórico e social, “mesmo que alguém esteja agindo individualmente, porque cada trabalho responde a necessidades sempre sociais”. (SCHRAIBER, 1996, p.8).

O trabalhador, como elemento do processo de trabalho, executa atividades permeadas pela intencionalidade, operando a transformação de um objeto em um produto, utilizando instrumentos próprios da sua área profissional.

Peduzzi (2001) chama atenção para a existência das dimensões técnica e social da divisão do trabalho e para as desiguais inserções sociais dos agentes, que irão lhe conferir maior ou menor autonomia técnica. O trabalho parcelado coloca o trabalhador numa determinada etapa do projeto terapêutico, o que gera, de maneira relativa, a sua alienação do objeto de trabalho e a falta de interação com o resultado do trabalho. (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999).

A divisão técnica do trabalho, [...] introduz o fracionamento de um mesmo processo de trabalho originário do qual outros trabalhos parcelares derivam, [mas] por outro lado, introduz os aspectos de complementaridade e de interdependência entre os trabalhos especializados atinentes a uma mesma área de produção. (PEDUZZI, 2001, p.3).

O trabalho em saúde, realizado predominantemente em equipe, é permeado, grosso modo, por dois objetivos distintos, que vão gerar práticas também distintas: a produção da cura das doenças vai enfatizar a assistência individualizada e curativa, e a produção da saúde vai resultar na ênfase do trabalho em equipe, com foco no ser humano como uma totalidade histórico-social e na coletividade. Nesse sentido, são criadas dicotomias quando na verdade essas dimensões deveriam estar articuladas.

Peduzzi e Palma (2000, p.4 e 7) ao estudarem o trabalho coletivo em saúde distinguiram dois tipos de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração. Na tipologia criada, caracterizou a primeira pela fragmentação e a segunda pela articulação com a proposta de integralidade das ações de saúde, entendendo “por articulação as situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas”. O enquadramento da equipe na tipologia baseia-se nos seguintes critérios: comunicação entre os agentes do trabalho, projeto assistencial comum, trabalhos diferentes e trabalhos desiguais, especificidade dos trabalhos especializados versus flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica. A autora concluiu que “o trabalho da equipe multiprofissional consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e na interação dos agentes de diferentes áreas profissionais”.

A multiprofissionalidade na estruturação dos serviços de saúde não tem garantido respostas adequadas à complexidade de determinadas demandas assistenciais, em função da freqüente atuação isolada e concorrencial dos profissionais, que não conseguem uma boa interação entre as diferentes competências técnicas, conforme revela estudo realizado por Kurokawa e Silva et al (2002). Os autores alertam para a importância de se pensar a complexidade do objeto, dos problemas e também a complexidade da equipe multiprofissional que deverá atuar.

Uma crítica ao enfoque majoritário dos estudos que coloca a equipe “como uma realidade dada”, e a outros estudos que focam no objeto de trabalho e não na integração no trabalho ou ação técnica, é feita por Peduzzi (1998, p.4), que considera que os profissionais transitam entre o tipo de equipe agrupamento e o tipo integração.

A ergologia trás uma contribuição importante nessa discussão quando diz que a equipe oficial é um elemento importante do funcionamento do trabalho real, mas sua definição é insuficiente para compreender as trocas entre as pessoas para a realização da atividade e para torná-la mais eficaz. (SCHWARTZ, 2003). A atividade de trabalho de uma equipe não se limita às trocas e às ações entre as pessoas que a compõem, mas se integra permanentemente, mesmo através de pequenos atos, com outros serviços e

outras equipes. Existe uma rede relacional mais ou menos informal que se constrói no trabalho coletivo. (EFROS, 2004).

No trabalho em saúde, pela sua natureza, as atividades são sempre ressingularizadas, sobretudo nas ações de assistência direta ao usuário, e nesse caso é difícil a simples aplicação da prescrição, o que favorece a organização das Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes. Pertinentes, segundo Schwartz (2003, p.77, tradução nossa), porque as pessoas mudam e nem sempre as mesmas relações se criam e “os mesmos circuitos de informações onde transitam conhecimentos, saberes, ajuda mútua, continuam”.

As ECRP se traduzem por todos os gestos, iniciativas, relações que acontecem sem que haja formalização no organograma. “Então existem as técnicas, os procedimentos, mas também sempre as ECRP que permitem a essas técnicas, a esses procedimentos, de ter certa eficácia”, e cada equipe vai fazer funcionar de maneira diferente.

O profissional vai procurar, no desenvolvimento da atividade de trabalho, os profissionais que ele sabe irão contribuir para atender uma determinada necessidade de saúde, buscando a eficácia, porque as práticas técnicas, segundo Merhy (2002), mesmo quando não são usuário-centradas, necessitam de alguma maneira ser eficazes em relação às necessidades dos usuários, senão perdem seu sentido de tecnologias de saúde. E os profissionais procurados não necessariamente serão membros de sua equipe prescrita, pode ser alguém de outra equipe ou de outro setor ou serviço, mas pessoas que compartilham valores, escolhas e nas quais ele pode confiar.

A existência de uma equipe e a possibilidade de experimentar são dois aspectos, condicionados pela natureza do exercício da autoridade hierárquica, considerados chave por Martini (1998), que vão possibilitar a reflexão e o confronto de estratégias ou exigir que o coletivo siga estritamente um programa estabelecido. A equipe é construída, se elabora no tempo, exige confiança adquirida pelo conhecimento da forma de trabalhar. A experimentação é um vetor poderoso de inovação, associada às escolhas impostas pela situação e busca de eficácia pelos trabalhadores, onde há um confronto com o que é parcialmente desconhecido e a transgressão de algumas regras

formais e do saber formal.

Durrive (2003) fala da dialética entre coordenação e cooperação, a primeira tendo relação com a prescrição e tudo aquilo que é antecipável, e a segunda com o relacionado à experiência, que fazem com que haja uma alquimia de singularidades colocada em prática no trabalho num momento dado.

A experiência vivida fará com que o profissional, numa determinada situação, mobilize saberes mais ou menos vastos, e cada nova situação vai aumentar a sua experiência:

ele pensará em ir ou não buscar informações que não estão imediatamente disponíveis, ele estabelecerá mais ou menos relações entre os diferentes elementos de uma mesma situação, ele antecipará as consequências de suas diversas ações num tempo mais ou menos longo. [...] Segundo a estrutura de seus saberes, ele colocará a situação atual em relação com casos anteriores, e poderá emanar regras mais gerais, ou, ao contrário, elementos novos virão somente se justapor aos precedentes, sem que novas ligações sejam estabelecidas. (GUÉRIN et al, 2001, p.87, tradução nossa).

Guérin et al (2001) consideram também que a aprendizagem permite integrar um conjunto vasto de características de uma determinada situação, levantar hipóteses e imaginar possibilidades que um iniciante teria tendência a deixar de lado.

Pode-se pensar que condições difíceis de aprendizagem em contextos institucionais limitadores da ação profissional poderia ser uma razão da “resistência à mudança” pelos profissionais de saúde, muitas vezes considerada incompetência para lidar com situações novas.

As competências a viver – ou as competências em geral – não são somente a capacidade a fazer determinada coisa. É reconhecer que se é uma pessoa em circunstâncias sempre variáveis, com colegas diferentes e que mudam, com relações delicadas, com valores que se contradizem mais ou menos e onde o resultado não é jamais fixado. Portanto, afirmar: <você é competente para fazer isso>, é enquadrar a pessoa, lhe dizer: a reconhecemos como capaz disso ou daquilo e a fechamos dentro disso.[...] É uma certa maneira de limitar a capacidade indefinida dessa pessoa a fazer novas arbitragens e de uma certa maneira de recompor mais ou menos o seu ambiente de trabalho. (SCHWARTZ, 2003, p.134, tradução nossa).

Da mesma forma que sempre houve gestão do trabalho, sempre houve o problema das competências. Uma nova maneira de produzir serviços de saúde, ou seja, um processo de trabalho baseado nos princípios da integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade vão ampliar as interfaces a gerir e colocar novas dificuldades e desafios no plano das competências. Nesse sentido, os seis ingredientes da competência mencionados anteriormente devem ser considerados ao se pensar sobre o potencial de cada profissional e as possibilidades dos coletivos trabalharem interdisciplinarmente.

Os conceitos de Campo e Núcleo – de competência e de responsabilidade são sugeridos por Campos como forma de combinar a necessidade de polivalência e ao mesmo tempo de especialização, e de lidar com a autonomia e definição de responsabilidades.

Por Núcleo entender-se-ia o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade. [...] Por Campo ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades. Todo o saber básico, por exemplo, sobre o processo saúde-doença”. (CAMPOS, 1997, p.248).

O campo seria um espaço onde cada disciplina e profissão se apoiaria nas outras para dar conta das suas tarefas teóricas e práticas, sendo, portanto, um espaço de limites imprecisos. Tanto o núcleo como o campo se interinfluenciam e estão em mutação. (CAMPOS, 2000b).

O campo é o que deve prevalecer, segundo Merhy (2002, p.130-131), e dessa forma se fortalece o núcleo específico. Essa seria uma maneira de favorecer a diminuição das relações de dominação que se estabelecem entre os profissionais, e possibilitar a abertura de um espaço que favoreça a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório, mas “assumindo e reconhecendo que certas abordagens profissionais, em certas circunstâncias são, de fato, mais eficazes que outras. [...] mas, sem [...] que uma profissão se imponha sobre as outras”.

Schwartz (1998b) chama atenção para a gerência como um elemento importante que pode possibilitar que a polivalência, a ajuda-mútua e as trocas não sejam condenadas à semi-clandestinidade, mas patrocinadas por organogramas e um gerenciamento sensíveis às exigências de flexibilidade e de renormalização contínuas. “É nos processos, nos fazeres que podemos identificar dispositivos para mudar as maneiras de governar os recursos disponíveis e os modos de produzir os resultados que expressam a missão de uma dada organização”. (MERHY, 2002, p.136).

Campos (1994a, p.117) considera que

a normatização excessiva dos serviços de saúde pública, bem como a definição precisa das atribuições de cada nível de hierarquia da rede [de serviços de saúde] ou de cada profissional [...] tem limitado a iniciativa, a criatividade e a capacidade de improvisação dos profissionais de saúde.

O mesmo autor entende que os agentes que realizam as ações clínicas ou de saúde pública devem ter sempre combinações de graus de autonomia com responsabilidade para que o seu trabalho seja resolutivo. (CAMPOS, 1997).

A construção de um processo de trabalho cooperativo, entre os diversos profissionais envolvidos, pode ser impulsionada pela “antevisão das demandas [através do planejamento]”, superando “os acordos e as articulações centrados apenas nas relações interpessoais, direcionando-os ao compartilhamento em torno de projetos de trabalho”. (KUROKAWA e SILVA et al, 2002, p.115-116). Mas é importante salientar que um espaço de discussão no trabalho não se decreta, ele se constitui e se renova como fruto de uma coordenação coletiva de vontades singulares, condicionado pelo contexto organizacional. (DEJOURS, 1993).

A saúde é atividade “de intensa complexidade dinâmica”, que envolve questões relacionadas à vida e à morte, “recortadas, enquanto objetos de intervenção, como a saúde e a doença no seu âmbito social” (PEDUZZI, 1998, p. 61). Essa realidade gera a necessidade de vários conhecimentos e práticas para lidar com um sujeito e não paciente, que tem história de vida singular, “que tem emoções e interesses, que

participa de grupos e tem uma inserção social que lhe dá possibilidades distintas de adoecer e de ter acesso a recursos para tratamento”, (PIRES, 1998, p.238), ou seja, é preciso lidar com indivíduos e grupos com condições sócio-históricas e culturais próprias.

No trabalho em saúde o objeto, que é um outro sujeito, “um sujeito concreto” (CAPELLA, 1996, p.116), é o ser humano e os coletivos que no cotidiano se concretizam no Senhor Fulano, na criança tal ou na família X. Cada indivíduo ou família é singular e vai exigir um projeto terapêutico diferente, que pode ser construído com o usuário e não ser decisão somente de um profissional ou um grupo de especialistas. Um determinado projeto pode demandar um ou diferentes especialistas, mas vai sempre exigir a mobilização e a troca de saberes, vai mobilizar um coletivo.

De uma certa maneira, se está sempre diante de algo que é desconhecido, que vai exigir o uso de ingredientes da competência, conforme a situação. Cada projeto vai provocar, num certo sentido, a cooperação e conseqüentemente confronto e conflitos entre os profissionais, na definição dos problemas prioritários, bem como dos recursos e meios para resolvê-los. Os saberes adquiridos ao longo do processo de formação são ingredientes da competência necessários para atuar nesse cenário, mas insuficientes. O contexto organizacional e profissional coloca a seguinte questão: como desenvolver ingredientes que permitam avançar no estabelecimento e na continuidade de um projeto que exige flexibilidade, humildade e construção de campos de conhecimento?

O trabalho em saúde é permeado todo o tempo por práticas multi, pluri e interdisciplinares, conforme os problemas que se colocam, as demandas surgidas e a necessidade de resolução (depende da complexidade do problema ou da demanda? Problemas simples não demandam intervenções interdisciplinares?) Há urgência de eficácia e de eficiência, e para tanto o profissional ou a equipe, dependendo da situação será um ou outro, vai procurar outros recursos de outras especialidades ou não. Mas essa eficácia e eficiência serão julgadas por ele próprio, pelos seus colegas de trabalho e pelo usuário.

Segundo Saujat⁴⁵ (2005, informação verbal), os meios de realização da

⁴⁵ Apontamentos durante aula de psicologia, Departamento de Ergologia, Universidade de Provence, França.

atividade mudam, nem sempre são os desejados, mas os necessários para ser eficaz e às vezes eficiente, fazem mudar a atividade e remetem ao *móBILE*, ou seja, à razão de agir, e o trabalhador renormaliza a atividade, consciente ou não. Esta razão de agir consciente ou não é uma pré-ocupação, que mobiliza para ação. As ações e resultados são guiados por uma representação consciente do resultado, ou seja, por uma intenção, que vai exigir colocar em prática operações, meios de realização e técnicas. A insatisfação é inerente à atividade, em função da distância entre o que deve ser feito, a mobilização que se faz e os objetivos a alcançar, o que leva a busca de eficiência, mesmo se as condições não são propícias. O autor entende que a relação entre *mobiles* e meios de realização vai desencadear o desenvolvimento de competências.

Trabalhar é gerir compromissos. E é nas dramáticas do uso de si, por si e pelos outros, que o profissional vai desenvolver meios de defesa para enfrentar o meio renormalizando suas atividades como resposta. E transformar a defesa em resposta passa pela transformação do *metier*⁴⁶, ou seja, pela transformação das competências. Trata-se de um processo complexo porque, segundo Amigues⁴⁷ (2005, informação verbal), um *metier* comporta diversas dimensões: a dimensão impessoal é o *metier* prescrito; a dimensão interpessoal é a atribuída pelos outros, pelo coletivo; a dimensão transpessoal ou cultura do *metier*, representa a história que está presente na organização de trabalho, é acumulada e se torna referência, sendo apropriada por quem se mantém na organização; e a dimensão pessoal, aquilo que o indivíduo considera ser o seu *metier*.

O coletivo de trabalho multiprofissional em saúde vai expressar de alguma maneira as possibilidades de articulação entre seus membros e destes com outros atores, principalmente usuários, para efetivar práticas comprometidas com a produção da saúde, que vão depender da capacidade de enfrentar as limitações do meio.

L'Abbate (1999), ao referir-se ao trabalho em saúde hoje, aponta um limite institucional ao desenvolvimento de práticas interdisciplinaridades ao afirmar que os

⁴⁶ *Metier*: compreendido como o saber prático, habilidade técnica resultante da experiência, de uma longa prática. (Le Petit Larousse, 1996). Distingue-se de profissão: dois trabalhadores podem ter a mesma profissão, mas não serem necessariamente do mesmo *metier*.

⁴⁷ Apontamentos durante aula de ciências da educação, Departamento de Ergologia, Universidade de Provence, França.

profissionais de saúde geralmente se inserem em instituições com objetivos e processos de trabalho já determinados, o que sugere a necessidade de propostas inovadoras para a sua formação e capacitação de modo a instrumentalizá-los para a proposição e implementação de mudanças. O desenvolvimento do aprendizado e da prática multiprofissional é um elemento estratégico para a construção de novos paradigmas na educação e na prática de saúde, mas tem encontrado resistência no interior da academia. (FEUERWERKER; MARSIGLIA, 1996). A formação acadêmica deve contribuir para que o indivíduo encontre sentido para se comprometer com um projeto de ação.

Outro limite a ser destacado é o fato da atuação dos profissionais de saúde ser historicamente centrada nas competências de cada categoria profissional, enquanto que a prática interdisciplinar supõe uma desconsideração das fronteiras disciplinares e exige uma renúncia ao corporativismo e às rivalidades profissionais. (DUSSAULT, 1992).

A possibilidade deixada ao sujeito de construir sua identidade no trabalho depende do espaço deixado ao desenvolvimento da experiência bem como da consideração pela hierarquia das formas de experiência desenvolvidas.

Falar do trabalho é falar de quem trabalha. A organização do trabalho, quando especifica os postos, as competências, as qualificações, as relações entre as pessoas, produz implicitamente um modelo de quem trabalha. “[...] as qualidades do trabalho se tornam simbolicamente as qualidades do trabalhador”. (MARTINI, 1998, p.180, tradução nossa). Isso quer dizer que o trabalho qualifica o trabalhador e essa qualificação produz um efeito sobre a forma como os sujeitos apreendem a si próprios, sobre o que eles pensam ser. E ela vai ser um fator identificador do que vai influenciar na relação do sujeito com sua experiência. Quando a organização diz ao trabalhador que deve se ater ao prescrito, ele interdita formas de conhecimento que poderiam problematizar a questão do trabalho como lugar e momento de produção de eficácia.

Apesar dos limites internos e externos à realização do trabalho nas instituições de saúde, é o trabalhador, no coletivo, que na sua prática cotidiana desenvolve e sustenta um projeto de ação. E como, no caso da saúde, o objeto de trabalho é um

outro sujeito, “um sujeito concreto”, este último influencia, numa relação dialética, o processo de trabalho dos profissionais. Há necessidade da construção de um processo de co-responsabilização entre profissionais, usuários e instituição na definição e realização da atenção à saúde.

É frequente a idéia, entre os defensores do SUS, que para os seus princípios e diretrizes serem operacionalizados, é fundamental tornar os trabalhadores de saúde sujeitos do processo.

[...] entende-se, como sujeito, uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo, ao desconhecido e, na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade determinada, capaz de perceber seu papel pessoal / profissional / social diante dos desafios colocados a qualquer momento”. (L’ABBATE, 1994, p.483 apud L’ABBATE, 1997, p.272).

Schraiber (1996) ao debater as contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, diz que o trabalhador só terá domínio sobre sua ação se detiver seu “saber operante”, ou seja, se tiver domínio do seu projeto de trabalho e do modo de fazê-lo.

Para Campos (2000), a constituição do sujeito estaria relacionada ao seu esforço em produzir “Obras”, individuais ou coletivas e um indivíduo compromete-se com um projeto ou um coletivo quando ele encontra sentido para a ação.

A conduta dos indivíduos pode estar influenciada pela confiança, “[...] definida como crença na credibilidade de uma pessoa ou sistema, tendo em vista um dado conjunto de resultados ou eventos, em que essa crença expressa uma probidade ou amor de um outro, ou na correção de princípios abstratos <conhecimento técnico>”. (GIDDENS, 1991, p.41). Além disso, diversos fatores, associados a características individuais e história de vida, entre outros, impulsionam um debate de valores e influenciam nas escolhas, onde se inclui a profissão e o que fazer com ela. Um conjunto de elementos estaria sempre presente na tomada de decisões.

Compreender as ações dos indivíduos é fundamental para entender os processos sociais, tendo claro que

os homens fazem sua própria história, mas não a fazem arbitrariamente, nas condições escolhidas por eles, mas nas condições dadas diretamente e herdadas do passado. [Por outro lado], a história não faz nada, não possui riqueza imensa, não dá combates, é o homem, o homem real e vivo que faz isso e realiza combates: estejamos seguros de que não é a história que se serve do homem como um meio para atingir – como se ela fosse um personagem particular – seus próprios fins; ela nada mais é que a atividade do homem que persegue seus objetivos. (MARX, 1983, p. 131).

Assim como a sociedade produz o homem, assim ela é produzida por ele: pensar e ser são distintos, mas ao mesmo tempo estão em unidade um com o outro.

Os trabalhadores de saúde são sujeito e objeto de processos de trabalho operados no cotidiano de serviços permeados por dicotomias que os aproximam e ao mesmo tempo os afastam da crença de que é possível um novo projeto de atenção à saúde. E para um novo projeto, é preciso tornar-se um agente de mudanças.

Para ser um agente, é preciso estar em algum lugar. Este sentido de lugar básico e integrativo veio a ser fragmentado em partes complexas, contraditórias e desorientadas. O espaço está se tornando muito mais integrado e no entanto territorialmente fragmentado. Lugares são específicos ou únicos, embora em muitos sentidos eles pareçam genéricos e iguais. Lugares parecem estar lá fora, e no entanto são construídos humanamente... Nossa sociedade armazena informação sobre lugares, e contudo temos pouco senso de lugar. [...]. (GIDDENS, 1991, p.119 apud SACK, s/d).

CAPÍTULO 4

METODOLOGIA

Este trabalho parte do princípio de que o nosso conhecimento é limitado, só é possível chegar a resultados aproximados, pois só conhecemos do real a nossa própria intervenção nele. O real seria “o conjunto daquilo que vivemos, o conjunto de nossas representações e não uma realidade que estaria como que escondida por trás das aparências (os fenômenos)” (FOUREZ, 1995, p. 258). O real é a história da forma que a estruturamos em objeto, a maneira possível para nós de representá-la, e para isso fazemos um recorte.

Fazer um recorte da totalidade é correr o risco de distorcê-la, pois os objetos não têm fronteiras definidas, se entrecruzam em relações com outros objetos. (SANTOS, 1995). Na verdade, “o objeto é sempre um objeto-sujeito”. (DEMO, 2004, p.10). Mas a decisão de limitar é baseada no entendimento do conhecimento como articulado à realização da totalidade, e não como um valor em si mesmo. (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Este estudo consiste na análise das possibilidades de construção da interdisciplinaridade no trabalho da equipe de saúde da família, a partir das práticas percebidas e expressas por profissionais de saúde residentes e supervisores, de uma turma do Curso de Especialização em Saúde da Família / Modalidade Residência, no período de 2002 a 2004. A pesquisa ocorreu no contexto de duas unidades de saúde de um município da Região Sul do Brasil, onde se desenvolvia a educação em serviço dos residentes.

A população do estudo foi o conjunto dos alunos residentes e os supervisores locais que participaram de todo o curso (dois anos), ou seja, 16 residentes e 5 supervisores locais foram convidados a participar. A princípio todos consentiram, mas efetivamente participaram 16 profissionais, sendo 11 residentes e 5 supervisores

locais, correspondendo a 76% do universo. Os residentes e supervisores atuavam em duas unidades de saúde municipais (denominadas neste estudo de UA e UB) onde havia equipes de saúde da família. Os supervisores locais de enfermagem e medicina eram profissionais das equipes municipais enquanto os das demais profissões – psicologia, serviço social, nutrição, odontologia e farmácia eram contratados pelo curso. Dois critérios foram utilizados para a definição desta população:

a) estudar uma equipe multiprofissional em saúde que passou por um processo de formação que incentiva e privilegia as práticas interdisciplinares como condição essencial para a efetivação dos princípios do SUS. Sendo assim, um dos elementos focados pela literatura como limitadores da atuação interdisciplinar, que é a formação fragmentada e centrada no modelo biomédico, teria sido enfrentado na formação recebida na residência;

b) incluir profissionais de saúde que se encontravam em situações de trabalho que lhes demandavam prática interdisciplinar e que dispunham de suporte teórico prático concomitante, o que permitia supor que estes estariam mais preparados para trilhar o caminho da interdisciplinaridade.

Trata-se de um estudo qualitativo, fundado na dialética marxista e na ergologia. A opção pela dialética marxista é por esta atuar “em nível dos significados e das estruturas, entendendo estas últimas como ações humanas objetivadas e, logo, portadoras de significado”. (MINAYO e SANCHES, 1993, p.244). A dialética marxista, alicerçada nos princípios de “especificidade histórica” e “totalidade”, tem potencialidade metodológica para “apreender e analisar os acontecimentos, as relações e cada momento como etapa de um processo, como parte de um todo”. (MINAYO, 1993, p.12). Além disso, permite, segundo Minayo⁴⁸, interpretação consistente dos dados, “na medida em que ela se propõe a captar o movimento, as contradições e os condicionamentos históricos”, porém, adverte a autora, não se trata de um empreendimento fácil. No método dialético parte-se da maneira como “as pessoas se representam algo”, e a partir disso “propõe-se uma nova maneira de ver”. O processo de tese, antítese e síntese faz surgir uma nova maneira de ver, resultado da

⁴⁸ Minayo, op. cit., p.230.

investigação, que não significa uma visão absoluta, definitiva do que está sendo estudado (FOUREZ, 1995, 37).

Nesse estudo, o foco central de análise do processo de trabalho é o elemento força de trabalho, sem perder de vista a sua relação com os demais elementos.

A abordagem ergológica foi escolhida porque, tendo também como foco o movimento, a contradição e a mudança, bem como a análise pluridisciplinar das situações de trabalho, orienta, para compreender e para agir, a colocar em debate permanente e em confrontação as experiências de vida, onde se inclui o trabalho, e os conceitos que, como diz Schwartz (2003), são sempre imperfeitos e provisórios diante das experiências, bem como indispensáveis para construir algo conjunto, a partir desses debates.

A ergologia, para compreender os processos históricos, do macro ao mais micro da atividade humana, utiliza um dispositivo chamado de “dispositivo a três pólos”:

- o pólo dos saberes disponíveis ou das disciplinas constituídas ou das competências disciplinares, abertas a serem retrabalhadas sob a *constraint* do conceito de atividade⁴⁹;
- o pólo das forças de convocação e validação dos saberes investidos na atividade e em permanente recriação, no confronto com os saberes disciplinares;
- o pólo das exigências ético-epistemológicas, que rege um modelo de mundo a construir, suporte de cooperação entre os outros dois pólos.

O dispositivo a três pólos é definido por Schwartz (2003, p.264, tradução nossa) como sendo

o lugar de encontro, o lugar de trabalho em comum onde se ativa uma espécie de espiral permanente de retrabalho dos saberes, que faz retrabalhar as disciplinas umas com as outras, e transforma eventualmente um certo número de hipóteses, de conceitos entre as disciplinas. Temos uma verdadeira matriz de interdisciplinaridade que não é artificial – e que conduz, por esta contribuição ao trabalho cooperativo, as disciplinas a se transformarem em competências disciplinares, quer dizer a cessar de se fechar nelas mesmas.

⁴⁹ Para a ergologia, toda atividade é sempre uma fonte de novos saberes, em gestação, a espera de conceitualização. O conceito de atividade é abordado nas páginas 71 e 72 do capítulo 2.

Jean (2005, p.12), se refere ao dispositivo a três pólos como “no fundo a idéia da necessidade de uma co-produção sistemática e em todos os níveis entre interventores e protagonistas do trabalho”. Mas alerta que não se trata de criar simplesmente condições para expressão de pontos de vista de maneira igualitária, desconsiderando os contextos de desigualdade e as relações de dominação dentro das organizações. O autor considera que o dispositivo a três pólos pode ser utilizado não só para a análise do trabalho, mas ser, por exemplo, dispositivo criador de democracia e da transformação das relações entre os homens.

Ergologia significa estudo do trabalho. O prefixo ergo vem da palavra grega que significa trabalho, ação, obra, fazendo referência mais a vitalidade, a energia daquele que trabalha, na relação que a pessoa tem com o meio na qual ela é engajada, do que para designar o trabalho visto por uma pessoa exterior a ele. (DURRIVE, 2003).

4.1 Instrumentos de coleta de dados

Embora não tenha sido programada como instrumento de coleta de dados, a observação participante plena constituiu-se em um suporte para definição do desenho da pesquisa, para a coleta e para análise dos dados, devido ao fato da pesquisadora ter atuado como supervisora dos residentes durante os dois anos de curso. Esta participação ao mesmo tempo influenciava mudanças e era modificada pelo contexto.

A observação participante plena, segundo Cruz Neto (1994, p.60), caracteriza-se “por um envolvimento [do pesquisador] por inteiro em todas as dimensões de vida do grupo a ser estudado”. Para Fourez (1995, 40), “uma observação é uma interpretação: é integrar uma certa visão na representação teórica que fazemos da realidade” e, portanto, é selecionar e recortar aquilo que nos interessa, conforme o os objetivos da pesquisa.

O fato de a pesquisadora ter sido professora no curso e ter sido supervisora da Unidade A durante os dois anos de curso facilitou a entrada em campo por haver

anteriormente um vínculo estabelecido com os sujeitos da pesquisa. Por outro lado, um dos obstáculos no processo de pesquisa, citados por Minayo (1993), é que quanto maior a familiaridade do pesquisador com seu objeto de estudo, maior serão as chances dele interpretar os dados a partir da sua subjetividade, como se a realidade se apresentasse claramente a ele. Ciente do risco epistemológico colocado foi realizado um esforço para olhar os dados de modo que a interpretação estivesse menos vulnerável ao que poderia vir a se constituir num viés de pesquisa.

Nesse sentido, alguns cuidados foram tomados. Primeiro, reconhecer rigorosamente os dados obtidos através dos instrumentos formais, que foram as falas nas entrevistas e no grupo focal e as informações da documentação analisada. Segundo, usar a triangulação na coleta e na análise dos dados, que permitia olhar o fenômeno através de dados obtidos em diversas fontes e também propiciou que, na análise de cada categoria, forem confrontadas as informações. Múltiplas formas de coleta de dados, através da utilização de vários informantes, em diferentes momentos e situações, é uma estratégia para validação dos dados (DENZIN, 1970 apud LÜDKE e ANDRÉ, 1986). Terceiro, após a coleta e pré-análise dos dados, foi realizado um estágio de doutorando no exterior, no Departamento de Ergologia da Universidade de Provence, em Aix en Provence, França, de agosto a dezembro de 2005, que permitiu um distanciamento crítico do contexto da pesquisa, bem como estimulou a incluir a abordagem ergológica no processo teórico e analítico da pesquisa.

O estágio permitiu conhecer algumas experiências e estudos sobre o trabalho que utilizavam abordagens pluridisciplinares e a abordagem ergológica na análise de situações de trabalho, conhecer o trabalho de equipes de saúde em outra realidade, fazer autocríticas e novas reflexões sobre a análise dos dados, e, sobretudo, contribuiu para o aprofundamento teórico metodológico e para a finalização do estudo. É importante destacar neste momento, uma dentre as muitas contribuições da ergologia: a fundamental importância do engajamento ético e político do pesquisador e a sua inserção no processo de pesquisa em posição do que Schwartz chama de "*l'inconfort intellectuel*"⁵⁰, ou seja, em posição de constante aprendizagem, assumindo as

⁵⁰ Desconforto intelectual, tradução nossa.

implicações dessa postura e olhando os participantes da pesquisa como “seres parecidos conosco, tateando para encontrar o melhor nas condições de vida e de atividade que não nos são jamais transparentes”. (SCHWARTZ, 1998, p.18, tradução nossa).

A pesquisa ocorreu de junho de 2004 a março de 2006, respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa (054/05) foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os seguintes procedimentos foram realizados: os entrevistados foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice II); os participantes do grupo focal assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndices III e IV); todos os profissionais foram identificados pelo gênero masculino como uma maneira de proteção de suas identidades.

Os instrumentos para a coleta de dados neste estudo foram os seguintes: entrevistas semi-estruturadas, grupo focal e análise documental.

4.1.1 As entrevistas

Foram realizadas 16 entrevistas na modalidade semi-estruturada, seguindo um roteiro previamente estabelecido (Apêndice I). A entrevista é compreendida não apenas como instrumento de coleta de dados ou como a coleta de uma verdade absoluta ou de algo oculto que o pesquisador deseja revelar, mas como um processo no qual entrevistador e entrevistado são sujeitos e, portanto, protagonistas na construção do dado de pesquisa, o que faz com que a entrevista “seja o lugar no qual se constroem possíveis versões da realidade”. (ROCHA, DAHER e SANT’ANNA, 2004, p.166). Existe uma distância entre a situação empírica e a situação discursiva e não foi ao acaso o fato de determinados sujeitos e não outros terem participado da pesquisa. Nesse sentido, foram escolhidos como sujeitos do estudo “quem já sabe a respeito”, o que significa “que o referido saber já se atualizou anteriormente em outras interações”, e que algo de novo se produz a cada nova situação⁵¹. A entrevista é, assim, um

⁵¹ Ibid, p.174.

“dispositivo” complexo que permite atualizar “textos produzidos em interações anteriores”⁵².

Nesse estudo, entrevistar teve o objetivo de resgatar dos profissionais os motivos que os levaram a ingressar no Curso de Residência e a participar como supervisores, bem como as percepções dos mesmos sobre interdisciplinaridade. Além disso, busquei identificar elementos facilitadores e dificultadores da prática interdisciplinar, as práticas interdisciplinares vivenciadas e as estratégias desenvolvidas para efetivá-las.

A escolha pela entrevista semi-estruturada justifica-se por possibilitar ao entrevistado “discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador”. (MINAYO, 1993, p.108). As primeiras perguntas do roteiro iniciaram sempre a entrevista, tendo também por objetivo fazer uma espécie de aquecimento. As demais não tiveram uma ordem fixa, sendo colocadas conforme o desenrolar da conversa. A decisão de fazer a pergunta aos residentes e supervisores sobre o que os motivou a estar na residência deveu-se ao entendimento de que este aspecto deveria ser considerado para se compreender o lugar do sujeito, como ele se percebe no contexto e está relacionado às suas crenças, escolhas e a sua própria construção como sujeito agente de mudanças.

Foram entrevistados residentes e supervisores locais que acompanharam os residentes durante os dois anos de curso, das seguintes profissões: entre os supervisores, 1 da psicologia (UA e UB), 1 da medicina (UA), 2 da enfermagem (UA e UB) e 1 da farmácia (UA); dos residentes, 2 da nutrição (UA e UB), 1 da farmácia (UA), 1 da odontologia (UA), 4 da medicina (1 UA e 3 UB), 1 da psicologia (UA) e 2 da enfermagem (UA e UB).

As entrevistas foram realizadas em locais escolhidos pelos entrevistados, incluindo a residência deles e espaços institucionais, e tiveram duração entre quarenta minutos e uma hora e quinze minutos.

Todos os entrevistados demonstraram interesse em participar e de poder compartilhar os resultados ao final do estudo. Nos contatos por e-mail, pessoais e

⁵² Ibid, p.177.

telefônicos, vários manifestaram entusiasmo com a possibilidade de contribuir e de participar do grupo.

As entrevistas, após a transcrição, foram enviadas a cada entrevistado, para verificarem se estavam completas e corretas.

No decorrer de algumas entrevistas percebia-se dificuldade dos profissionais de explicar o que faziam, apesar da insistência da pesquisadora. Nesses casos, segundo Schwartz (1993, p.122, tradução nossa), não se trata de incompetência do entrevistado, “mas lacunas de expressão provisórias e de incultura do receptor em matéria de atividade industriosa: duplo percurso de aprendizagem, para uns recursos conquistadores da linguagem e, para outros, de situações de trabalho”.

4.1.2 O Grupo Focal

A realização do Grupo Focal justifica-se por ser uma técnica que tem como vantagem, entre outras, segundo Dall’Agnoll e Trench (1999), a possibilidade de intensificar o acesso a informações acerca de um fenômeno, tanto pela intenção de gerar novas idéias, como pela averiguação de uma idéia em profundidade. Na medida em que diferentes olhares e diferentes ângulos de visões acerca de um fenômeno vão sendo colocados pelos sujeitos, podem ser elaboradas percepções que ainda se mantinham numa condição de latência. A passagem desta condição à de elaboração-expressão ocorre no processo interativo que vai se estabelecendo no grupo. A técnica do grupo focal teve também como objetivo a validação do conteúdo construído a partir das entrevistas.

Os dados obtidos com as entrevistas foram analisados e organizados em pré-categorias, e levados para debate em grupo focal, para o qual foram convidados todos os entrevistados.

O grupo focal aconteceu no dia 25 de junho de 2005, num sábado à tarde, com duração prevista de 3 horas, tempo maior do que é recomendado pela literatura, que seria de no máximo de 2 horas. Foi considerado que, após um ano, o grupo precisaria de um momento inicial de aquecimento maior que o usual para amenizar o desejo e a necessidade de conversar, de trocar as experiências do ano que se passou após a

formatura. Além disso, o fato de ser um grupo homogêneo que partilhou a experiência de educação em serviço por dois anos consecutivos e de ser um grupo com bastante interesse na temática, justificou a ampliação da carga horária.

Participaram da reunião os seguintes profissionais: dentre os residentes, 1 psicólogo (UA), 1 médico (UA), 1 nutricionista (UA), 1 farmacêutico (UA); dos supervisores, 1 médico (UA), 1 psicólogo (UA e UB), 1 farmacêutico (UA) e 1 enfermeiro (UA), totalizando os 8 profissionais que haviam confirmado presença (considerado ideal de 8 a 10 pessoas). Importante mencionar que dentre os residentes, 2 médicos (UB), 1 odontólogo (UA), 1 enfermeiro (UA) e um nutricionista (UB) justificaram as ausências por estarem trabalhando em cidades distantes, o que lhes impossibilitava a participação. Um enfermeiro (UB) e 1 médico (UB) se ausentaram por razões de ordem pessoal. Um dos supervisores, 1 enfermeiro (UB), havia mudado de endereço, foi convidado por e-mail, mas não houve resposta. Dois entrevistados que não puderam participar do grupo, se colocaram a disposição para contribuir de outra forma.

O grupo foi coordenado pela pesquisadora e contou com a presença de dois observadores, sendo que um deles realizou também a filmagem da atividade, consentida pelos participantes.

O grupo foi realizado numa sala da Universidade existente no município onde se desenvolveu o estudo e após todos se juntaram a outros residentes e supervisores que não integraram a pesquisa, para uma confraternização pelo primeiro aniversário de formados.

A realização do grupo focal ocorreu um ano após o término do curso de residência, permitindo que novos elementos sobre as possibilidades de construção da interdisciplinaridade no trabalho em saúde pudessem ser acrescentados pelos participantes.

O Grupo Focal foi um espaço onde a informação qualitativa foi “comunicativamente trabalhada e retrabalhada, para que duas condições” fossem “satisfeitas: do ponto de vista do entrevistado, ter a confiança de que se expressou como queria; do ponto de vista do entrevistador, ter a confiança de que obteve o que

procurava ou de que realizou a proposta”. (DEMO, 2004, p.31).

No Grupo Focal, os dados das entrevistas foram validados e alguns acréscimos ocorreram. Pode-se considerar que, em função da homogeneidade do grupo e sua facilidade em se expressar, um encontro foi suficiente.

Ao final foi realizada avaliação da atividade, considerada positiva e proveitosa. Algumas falas dos participantes durante o Grupo Focal, acordadas pelos participantes, ilustram bem:

Eu achei (...), acho que um presente. Para mim é legal lembrar as coisas e se questionar de novo: será que eu estou fazendo isso aqui mesmo? (GF)

A gente está discutindo uma questão teoricamente tão ampla, mas a gente está se traduzindo no trabalho. Isso que é muito rico. Então, não fica aquilo só: vamos discutir, ler. Mas a gente tem toda uma história, um processo já de trabalho e a gente vê que essas questões, discutir isso só enriquece o trabalho. Você sai da mesmice, você amplia a tua concepção do teu trabalho e da sociedade como um todo. (GF).

Eu acho que foi mais um momento de crescimento, assim, para nós. (GF)

Eu achei tudo muito interessante. E esse espaço da gente mesmo estar lidando com os dados da pesquisa. [...] Quando a gente participa das coisas a gente se sente construtor também. (GF)

[...] Dentro da metodologia eu achei bem legal assim. É uma experiência bem interessante [...]. É, é uma oficina para a gente. (GF)

[...], mas a gente se questiona muito, assim: o que precisa para efetivar a interdisciplinaridade? [...] às vezes, tu ficas te questionando: a gente está sendo interdisciplinar ou não está? Isso é interdisciplinaridade ou não é? (GF)

E ao final, a pesquisadora fez a sua avaliação e algumas considerações a respeito do processo de pesquisa:

Eu posso dizer para vocês que essa foi a minha primeira grande dificuldade. Quando eu comecei a pensar o tema para a minha tese a minha orientadora

dizia: mas o que tu queres fazer mesmo? Tu queres avaliar o curso de residência? Daí eu dizia: eu não sei. Na verdade eu não sabia. O meu tema era a interdisciplinaridade, mas eu não sabia se eu queria avaliar a residência construindo isso ou se eu queria avaliar a construção da interdisciplinaridade. Aí eu fiz a opção. Eu não quero fazer a avaliação de um curso. Eu quero avaliar é a possibilidade de construir um outro processo de trabalho que seja interdisciplinar. Então, por isso que hoje eu fiz questão de dizer para vocês: olha, o foco maior desta pesquisa não é a residência. [...]. Então, assim, o contexto escolhido foi esse. Que eu considero que é privilegiado. Então, assim, sem dúvida vocês são os grandes atores. As pessoas que eu entrevistei, as pessoas que vieram nesse momento de novo para validar esses dados, para complementar. Então, sintam-se realmente responsáveis por esse trabalho. Claro que eu vou continuar isso depois sozinha. Mas vocês têm uma grande, grande mesmo parcela de contribuição. Sem a experiência de vocês, a fala de vocês, a avaliação de vocês, isso não andaria. E eu saio daqui, na verdade, com algumas questões a mais. [...] Então, assim, aí eu não sei como eu vou dar conta ainda de todo esse processo de achar essas respostas, então, por isso que digo que, talvez, eu procure vocês [...] ou talvez eu ache outras maneiras de buscar essas respostas para esse trabalho. [...] prazer enorme, enorme, enorme de estar com vocês. Eu fiquei muito feliz que as oito pessoas confirmadas, as oito pessoas vieram.

Exatamente um ano após a realização do grupo focal, uma nova reunião aconteceu, dessa vez com três entrevistados que não puderam participar do grupo e que desejavam conhecer os resultados das entrevistas e contribuir ainda mais para o processo de pesquisa, além do fato da pesquisadora considerar que poderia ocorrer ampliação dos dados.

A reunião aconteceu no dia 23 de junho de 2006, num município de outra Região do país onde residiam e trabalhavam os sujeitos que haviam sido entrevistados. O local foi escolhido pelos participantes, que assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, teve duração de duas horas e foi mais um momento de validação dos dados obtidos anteriormente.

4.1.3 A análise documental

Foram estudados os seguintes documentos no intuito de identificar as

concepções e diretrizes relacionadas à interdisciplinaridade: o Projeto do I Curso de Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência; documentos do Ministério da Saúde sobre o Programa de Saúde da Família; Relatórios de Avaliação do Curso de Residência; Trabalho de Conclusão de Curso de Residência versando sobre interdisciplinaridade.

4.2 Análise dos dados

A etapa de análise dos dados é o momento de estabelecer conexões e relações que possibilitem a proposição de novas explicações e interpretações.

A análise qualitativa seguiu os três passos (integrados) sugeridos por Demo (2004):

- A. contextualização sócio-histórica, “cuja pretensão é alocar no espaço e no tempo o fenômeno pesquisado, tendo-se em mente que a história e a inserção social são parte da gênese e da explicação”⁵³;
- B. análise formal, onde foi identificada a frequência de elementos, categorias, conceitos, etc, ordenando, codificando e estruturando os dados coletados;
 - o a pré-análise dos dados, momento inicial da análise formal, partiu da transcrição das entrevistas, retorno à literatura sobre o trabalho de campo e análise de dados qualitativos, leituras repetidas das entrevistas (leitura flutuante), definição dos temas mais relevantes, que foram levados ao grupo focal, definidos a partir do que emergiu das falas, independente da frequência com que ocorreram;
 - o em um segundo momento foi realizada análise dos dados obtidos com o Grupo Focal, re-leitura das entrevistas, estruturação das informações, classificação das informações (interação entre empíricas e teóricas), ao mesmo tempo em que houve um novo momento de coleta de dados e validação do que havia sido obtido com as entrevistas, com entrevistados

⁵³ Ibid, p.52.

que não participaram do Grupo Focal;

- o o terceiro momento caracterizou-se pela organização e apresentação dos dados em forma de relatório de pesquisa, ao mesmo tempo em que análise ia sendo melhor elaborada. Na apresentação dos resultados da pesquisa, foi atribuído um número a cada entrevistado, seguido, no caso dos residentes, da letra inicial da categoria profissional, por exemplo: entrevistado 1 dentista – E1D, entrevistado 2 nutricionista – E2N. Os supervisores também foram identificados por um número, seguido da letra S – supervisor, por exemplo, entrevistado 5 supervisor – E5S. As falas originadas no Grupo Focal foram identificadas pela sigla GF.

C. Interpretação, que seguiu o referencial teórico adotado, o qual sofreu alterações e/ou acréscimos no decorrer do processo. Neste momento foi adotado “um compromisso metodológico que” perseguiu “um certo nível de objetivação⁵⁴ à medida que” se buscou “deixar a realidade pesquisada falar mais alto que os esquemas de captação” pré-definidos⁵⁵. Ao mesmo tempo o pesquisador assumiu “a posição de intérprete autônomo”, onde a interpretação, a partir do seu ponto de vista, ocorreu num processo de desconstrução e reconstrução analítica do objeto pesquisado. O quadro referencial teórico metodológico foi construído para orientar a análise dos dados, de maneira a permitir ir além das aparências e do que estava sendo dito. É o que podemos chamar de “compromisso teórico metodológico” (CRUZ NETO, 1994, p.61-62), que possibilita que o pesquisador seja um “agente de mediação entre a análise e a produção de informações”. Três grandes temas surgiram nessa construção: a. “O contexto do estudo, os sujeitos e sua relação com o trabalho em saúde da família”, destacando-se os elementos motivadores para o trabalho, as expectativas e as perspectivas de atuação profissional; b. “a interdisciplinaridade prescrita”, onde aparecem como categorias as concepções dos sujeitos participantes da pesquisa sobre interdisciplinaridade, aquilo que é definido por eles para que a interdisciplinaridade aconteça, bem como a prescrição institucional; c. “a vivência da interdisciplinaridade”, contempla as seguintes

⁵⁴ Grifo do autor.

⁵⁵ Ibid, p.56.

categorias: interdisciplinaridade – processo complexo e ação concreta e as dramáticas do uso de si, esta última incluindo o núcleo e o campo de competências em mutação, a multiprofissionalidade no trabalho em equipe, o contexto: limitador e facilitador do exercício da interdisciplinaridade, e as estratégias dos sujeitos.

As categorias são recortes que nos auxiliam na análise, mas que podem nos limitar a visão, porque a atividade de trabalho não tem fronteiras, ela atravessa os recortes que fazemos e “descategoriza” parcialmente. Os conceitos são representações mentais – abstrações – que tem uma aplicação prática. Identifica-se determinado número de elementos ou características comuns a diferentes situações para efetuar uma generalização, faz-se uma abstração, mas a atividade de conceitualização não está ausente do agir concreto, os conceitos estão ali presentes em formação, à espera de serem trabalhados, circunscritos, o que explica que, ao falar de saberes conceitualizados pelos saberes formalizados, reconhece-se também saberes em ação que não são o simples decalque dos primeiros. (SCHWARTZ e DURRIVE, 2001).

Um determinado conceito tem valor a depender do meio onde ele está inserido, da sua história e da sua aplicação, o que faz com que o pesquisador, segundo Schwartz (1998a, p.17, tradução nossa), corra o risco de cair na armadilha da “ilusão do cientista”, mutilando através dos conceitos a atividade humana. Sendo assim, no processo de conhecimento da realidade, as categorias e os conceitos são ferramentas indispensáveis que “necessitam ser reconstruídas, redefinidas e saturadas com as especificidades próprias da realidade investigada”. (FRIGOTTO, 1995, p.29).

O temor de mutilar a atividade humana através dos conceitos foi justamente a primeira grande dificuldade com que me deparei ao começar a organizar e analisar os dados da pesquisa. Por um momento isso me paralisou. A questão que me vinha: como tirar das falas que apresentavam uma experiência os recortes estabelecidos no estudo, sem fragmentar e deturpar aquilo que estava sendo dito?

Mas como já dito anteriormente, fazer escolhas é necessário, e assumo aqui as implicações delas decorrentes.

Nos próximos três capítulos serão apresentados os resultados, obtidos através das entrevistas, grupo focal e análise documental. No capítulo 5 apresenta-se o

contexto do estudo, destacam-se os elementos motivadores para atuar na Estratégia de Saúde da Família, as expectativas e as perspectivas em relação à inserção profissional no PSF ou no SUS. O capítulo 6 trata da interdisciplinaridade prescrita, segundo a Política Nacional de Saúde, a concepção de interdisciplinaridade dos sujeitos participantes, e aquilo que estes consideram necessário para que ela se efetive. A vivência da interdisciplinaridade, quando e como ela aconteceu, bem como fatores facilitadores e dificultadores, e as estratégias desenvolvidas pelos sujeitos para que a interdisciplinaridade aconteça é o tema do capítulo 7.

CAPITULO 5

O CONTEXTO DO ESTUDO, OS SUJEITOS E SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

5.1 Contexto do estudo

Cursos de especialização e residências em saúde da família em caráter multiprofissional têm sido estimulados pelo Ministério da Saúde para atender à necessidade de formação de recursos humanos qualificados em âmbito nacional. Para isso o MS instituiu parcerias que congregam instituições de ensino superior, secretarias estaduais e municipais de saúde, consubstanciadas inicialmente nos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de pessoal para o PSF, voltadas para a integração ensino-serviço (PIANCASTELLI et al, 2000).

A partir de 2004, o MS, através da Portaria N°198/GM, reorienta a política de formação de recursos humanos, instituindo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, reorientando também o ensino de graduação, com ênfase no princípio da integralidade, considerada essencial para ampliar a qualidade da atenção à saúde da população. “Atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam equipes multiprofissionais interdisciplinares) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se desenvolva efetivamente a autonomia dos usuários)”. (BRASIL, 2004a, p.4).

A integralidade é um dos princípios do SUS, mas existem diversas abordagens e propostas e a sua definição é imprecisa (CAMARGO JR, 2001). Para Bertoncini (2000) é entendida como prestar atenção completa e contínua a todas as fases do ciclo de vida de um indivíduo no contexto em que ele vive e se traduz em ações de promoção, prevenção e recuperação, nos níveis primário, secundário e terciário.

Segundo Pinheiro (2006), esta é uma definição legal, e é necessário ir além dela, compreendendo a integralidade como construção e prática social.

Para Mattos (2001) a integralidade é um conceito que pode ser definido como sendo situacional. A integralidade vai ser definida por cada ator a depender da posição que ocupa no cenário social. A integralidade, segundo Pinheiro (2006)

é um termo muito rico, que permite iluminar as possibilidades de relações, porque elas existem, em especial, no cotidiano dos sujeitos nas instituições, onde diferentes saberes e práticas interagem o tempo todo. Quando essa interação — repleta de contradição que, num espaço democrático, se reverte em construção e transformação — é compreendida e concedida pelos sujeitos, a Integralidade ganha uma noção própria naquele contexto ou experiência.

Sem dúvida, a integralidade é um conceito também central a ser trabalhado quando se objetiva uma nova forma de organizar e produzir serviços de saúde e para pensar a construção da interdisciplinaridade no campo da saúde.

Em 2001 os projetos dos Cursos de Especialização e Residência em Saúde da Família, fruto de parceria entre a Universidade e a Prefeitura do município onde ocorre o estudo foram aprovados pelo MS, e iniciaram em maio de 2002. Em 2003 formaram-se os primeiros especialistas e, em maio de 2004, a primeira turma de residentes concluiu o curso. Para a residência foram admitidos 18 profissionais: 5 médicos, 5 enfermeiros, 1 assistente social, 2 farmacêuticos, 1 odontólogo, 2 nutricionistas e 2 psicólogos. A educação em serviço acontecia em duas unidades de saúde do município. Cada profissão tinha um supervisor local e um supervisor acadêmico, que trabalhavam articuladamente com a equipe local de saúde, estagiários e professores de graduação.

O Curso de Residência em Saúde da Família, num movimento que pode ser considerado inovador, possibilitou a operacionalização de uma estratégia de formação em serviço que articulou sete Departamentos de uma Universidade e procurou integrar as instituições parceiras, sob a “lógica da multiprofissionalidade, da

interdisciplinaridade e da integração ensino-serviço”. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2004a, p. 10).

O principal objetivo do Curso de Residência era “formar profissionais de saúde, através de treinamento em serviço, para o desempenho de suas atividades no Sistema Único de Saúde, baseado no modelo assistencial proposto pela Estratégia de Saúde da Família, capazes de multiplicar tal experiência”. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2002, p.22).

A proposta de educação permanente que orientava o curso era compreendida como um processo de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporavam ao cotidiano das organizações e ao próprio trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

O curso era organizado em atividades teóricas e de educação em serviço, ambas articuladas, e a parte de educação em serviço, realizada nas unidades de saúde, era acompanhada por supervisores locais e acadêmicos.

A educação em serviço era desenvolvida nos três níveis de atenção do sistema de saúde: atenção básica, atenção secundária e atenção terciária, possibilitando aos alunos a aquisição da noção do que é o SUS. Em cada um desses níveis eram desenvolvidas atividades definidas como Atividades Gerais Compartilhadas e Atividades Profissionais Específicas, configurando, conforme Campos (1997), o campo e o núcleo de competências e responsabilidades para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional em saúde. Os residentes compunham duas equipes, cada qual atuando numa determinada unidade de saúde. O planejamento local de saúde, a educação em saúde, o controle social e o acolhimento eram eixos condutores do processo de trabalho. Os residentes tinham assegurado, nas unidades de saúde, espaços para reflexão e organização do processo de trabalho, bem como para definir quais as prioridades e como prestar o cuidado de saúde, com acompanhamento dos supervisores locais: Momentos de integração – MI, consistiam em reuniões diárias de uma hora, voltadas especialmente para discussão dos casos clínicos; reuniões semanais de planejamento; uma reunião de supervisão específica semanal e uma de supervisão

coletiva mensal. Além disso, no espaço acadêmico, havia um conjunto de atividades teóricas destinadas a dar suporte à prática realizada no dia a dia. Dessa forma, o curso organizou e estruturou atividades teóricas e práticas de maneira a permitir o desenvolvimento de um processo de trabalho em saúde baseado na multiprofissionalidade, com possibilidade de construção de saberes e práticas interdisciplinares e intersetoriais.

O desafio que se coloca é a redefinição do processo de trabalho no campo da saúde da família, a partir da articulação / integração das várias práticas profissionais. Isso não significa dizer que esta mudança não deva ou possa acontecer em todo o sistema de saúde, mas nesse estudo o foco é o nível da atenção básica.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006a).

Além disso, segundo o Ministério da Saúde,

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2006a).

O SUS, pelos seus princípios e diretrizes, pode romper com o modelo centrado no cuidado médico individual e biologicista, com práticas fragmentadas, que não dá conta de responder aos problemas de saúde que se impõem e de articular práticas orientadas pelo entendimento de saúde como direito de cidadania. Mas esse rompimento implica em mudanças na forma de produzir e distribuir as ações de saúde.

As novas práticas exigem, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000c, p. 10), profissionais com perspectiva inovadora, abordagem crítico-reflexiva e democrático-participativa, que colaborem com as transformações no modelo de formação profissional e que tenham visão ampla e integral do indivíduo, inserido no contexto familiar e em determinados grupos sociais. Além disso, profissionais que possam reorganizar o processo de trabalho baseado na prática multiprofissional com abordagem interdisciplinar e intersetorial.

Sendo assim, supõe-se ser uma exigência a incorporação de novos perfis profissionais à equipe de saúde do PSF, além da equipe básica recomendada pelo Ministério da Saúde (1 enfermeiro, 1 médico, 1 auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários) para responder às demandas e problemas identificados. Além disso, deve-se levar em consideração que a atenção básica exige profissionais com um amplo domínio de saberes e técnicas que permitam a apreensão de um determinado objeto de grande complexidade (MEDINA, AQUINO, CARVALHO, 2000).

5.2 Os sujeitos e sua relação com o trabalho na equipe de saúde da família

Os elementos motivadores e as expectativas, no caso deste estudo, de ingressar na residência em saúde da família, bem como as perspectivas traçadas pelos sujeitos para o trabalho profissional a ser realizado, compõem o quadro de múltiplos fatores significativos para a sua relação com o mundo e o trabalho, bem como influenciando o delineamento de compromissos no cotidiano do trabalho. São fatores que podem contribuir para facilitar o processo de aprendizagem, o desenvolvimento de

competências e o trabalho no coletivo.

Dos 16 profissionais participantes da pesquisa, 11 já estavam inseridos no mercado de trabalho e 5 haviam recém concluído o curso de graduação ao ingressar no curso de residência em saúde da família. Essa diferença na história dos componentes do grupo não mostrou discrepâncias nas respostas a ponto de ser necessário apresentar os resultados em dois grupos distintos.

5.2.1 Elementos motivadores

Aqui estão descritos, de forma articulada, os diversos aspectos formulados pelos sujeitos da pesquisa que sintetizam um conjunto dialético de elementos motivadores para atuar na saúde da família, numa perspectiva interdisciplinar. Como já explicitado no capítulo da metodologia, a motivação é um aspecto a ser considerado para se compreender o lugar do sujeito, como ele se percebe no contexto e está relacionado às suas crenças, escolhas e a sua própria construção como sujeito agente de mudanças.

Aparecem nas falas da grande maioria dos entrevistados alguns elementos que compõem o que poderia ser chamado de Dimensão Pessoal, onde entra o desejo de realização pessoal, o interesse pelas causas sociais e pelo contato com a comunidade, como também a identificação com o trabalho, a vontade de fazer algo diferente e a busca do conhecimento da situação de vida e de saúde do povo brasileiro para contribuir com mudanças. A Dimensão Pessoal, dessa forma, configura a identidade do grupo, que é marcada pelo comprometimento com um projeto de mudança.

Acho que bastante é o interesse pessoal pelas causas sociais, digamos assim, eu sempre fui bem interessado em querer fazer alguma coisa que pudesse ajudar alguém, que eu pudesse estar me sentindo realizado como pessoa, como ser humano mesmo, que a minha profissão contribuísse para uma coisa boa mesmo, para uma coisa legal, eu me interessei pelo tema, eu gosto muito de política, então, saúde pública foi a minha área de escolha já desde a graduação, [...]. (E2N).

Na verdade, eu fiquei empolgado em trabalhar com comunidade, em trabalhar com saúde pública, eu sempre quis trabalhar com a área social e isso me motivou a estar trabalhando com comunidade, mas nada muito pensado antes. O que me motivou foi trabalhar com as pessoas, porque eu adoro trabalhar com isso. (E16P).

[...] a situação de saúde da comunidade era muito complexa, muito dinâmica [...] e participar disto também seria uma coisa muito interessante, então, que o que me motivou foi, na verdade, a tentativa de entender um pouquinho mais sobre a situação de saúde da população e o processo de trabalho no qual eu estava inserido. (E4S).

Na Dimensão Profissional, foram expressos elementos relacionados à formação e a realização do trabalho propriamente dito. Com relação à formação, a graduação foi fator de motivação para a saúde pública e para ingressar na residência em saúde da família para quatro dos entrevistados, enquanto que para dois foi a busca do aprimoramento do conteúdo específico profissional, que permitiria ampliar a capacidade de dar respostas aos problemas de saúde da população, como mostra a fala a seguir:

eu esperava aprimorar a minha parte específica da medicina, [...] mas também agregar outros conhecimentos das outras áreas, para poder aí aumentar também a minha capacidade de resolver problemas, de atender a população. (E10M).

Falando da sua experiência em saúde pública na graduação, um dos entrevistados diz que recebeu incentivo de professores e que quando se formou foi trabalhar com saúde pública.

O interesse em atuar na atenção básica fica evidente na fala a seguir:

Acredito que a gente precisa trabalhar lá, entender o que acontece lá, na base, para depois entender o que acontece no todo. E acho que é isso que falta muito no profissional de saúde, ter a noção do todo na saúde, [...], principalmente no pessoal que sai da universidade, que já vão direto, geralmente, para atenção secundária e terciária, porque não entendem realmente a importância da atenção básica. (E8E).

A insatisfação com o trabalho realizado, a busca de entendimento do seu processo de trabalho e a necessidade de ampliar as possibilidades de intervenção são apontados por sete entrevistados como motivadores para o trabalho na ESF.

O Secretário me obrigou a trabalhar com fichas que as pessoas acordavam as 4 horas da manhã para pegar essas fichas, isso me incomodava, mas eu não sabia como fazer diferente, eu precisava de subsídios para o meu trabalho lá. (E1D).

Além disso, a possibilidade de trabalhar com outras profissões é considerada fundamental por seis entrevistados, como ilustram as seguintes falas:

[...] a participação de profissionais de outras áreas seria uma coisa muito interessante e bem vinda para que a gente pudesse fazer um trabalho no sentido de entender um pouquinho melhor a complexidade da situação de vida, de saúde e, do próprio processo de trabalho no serviço. (E4S).

Queria [...] trabalhar com outros profissionais, uma coisa que não tinha feito muito, durante minha experiência profissional. Era só com médico que eu trabalhava, e com agentes comunitários, e ainda assim, com aquela dificuldade, o médico geralmente só ficava dentro do consultório atendendo [...]. (E9E).

Os fatores motivadores para participar da residência estão diretamente relacionados às expectativas que os sujeitos tinham do processo. A possibilidade de vivenciar a interdisciplinaridade já aparece como fator motivador no início de uma das entrevistas, e também como expectativa, sem que o tema tivesse sido ainda mencionado:

a residência era campo propício para trabalhar com outros profissionais porque era uma filosofia que teoricamente todo mundo iria seguir, de trabalhar juntos, tentar usar os conhecimentos de todos para dar atenção a saúde. (E5S).

Essa fala demonstra a abertura e a disposição de um dos sujeitos à vivência da interdisciplinaridade, e se aproxima do que Fazenda chama de Atitude para a interdisciplinaridade e do que Japiassú aponta como sendo a busca de superação do isolacionismo das disciplinas. Além disso, se identifica com o que diz Morin sobre a importância da troca e da cooperação como pressupostos para que haja interdisciplinaridade.

Entretanto, de uma maneira geral, segundo os participantes da pesquisa, o contexto dos serviços de saúde é de desconhecimento do SUS, do que é o PSF e de falta de capacitação, que, associados a uma questão cultural, são fatores desmotivadores para atuar na perspectiva interdisciplinar.

A forma como o Brasil foi colonizado, todo esse processo histórico e social de que não há uma lógica de se trabalhar o social. Então, os profissionais, também, vivendo dentro desse modelo não conseguem ter o compromisso com o social. [...] Não é só uma questão de motivação. [...], não existe ainda esse se perceber fazendo parte de um todo. Visão política, social e política. [...]. E nisso há uma dificuldade de se fazer a interdisciplinaridade porque é uma questão de troca. [...] A gente sempre cai no erro, talvez, de dizer que o indivíduo não quer trabalhar assim ou não trabalha assim porque não está motivado, porque só quer saber dos seus interesses pessoais. Não que não tenha isso. Mas quando a gente pensa que isso é quase com todo mundo é que alguma coisa está errada. Isso aí [...] é cultural mesmo, isso já vem desde o crescimento da pessoa do primário, secundário. Na graduação isso não se rompe e se forma um profissional que continua da mesma forma. Então, a gente tem que refletir o que está errado. Por que é complicado dizer que é do indivíduo aquilo. Enquanto é uma coisa que diz respeito a tanta gente. Por que tanta gente tem esse comportamento? Por que tanta gente é desmotivada? Por que tanta gente só quer saber do seu umbigo? Por que tanta gente só quer saber da sua profissão? Por que tanta gente quer trabalhar só no seu consultório? Por que é assim? E aí eu acho a necessidade de o curso ter fomentado mais essa discussão, mesmo, de sociedade. Em que sociedade que a gente vive? Por que senão fica na interdisciplinaridade, pela interdisciplinaridade como objetivo final. Na verdade o objetivo é além disso. [...]. Então, eu acho que essa discussão, ela tem que estar mais forte, até para poder avaliar e se perceber e se colocar a disposição de que a interdisciplinaridade aconteça. (GF).

Estas colocações fazem refletir sobre o que de fato gera a motivação para o trabalho. Difícil definir com precisão, porque são diversos os elementos que

influenciam nesse processo, mas pode-se dizer que o contexto do trabalho não está dissociado do contexto de vida geral das pessoas, do mundo onde elas vivem, e é nesse lugar que cada indivíduo vai fazer a sua síntese e as suas escolhas, numa relação dialética com o meio. A motivação estaria relacionada à capacidade que os indivíduos tem de gerir a sua atividade de trabalho, considerando que “todo homem quer ser sujeito de suas normas”, como dizia Canguilhem (1947 apud SCHWARTZ 2000 p. 293).

Importante destacar que na fala anterior do Grupo focal já aparece a indicação de que a interdisciplinaridade é um meio, que não tem um fim em si mesma e aponta para a necessidade da discussão acerca da sociedade que se pretende construir.

Outro componente enfatizado como motivador para o trabalho em saúde da família, é a formação, que não se restringe a acadêmica, mas também a formação pessoal, que se relaciona com o modelo de sociedade na qual se vive.

Por que se fala muito da formação acadêmica. Eu vou falar da formação pessoal dos sujeitos. Eu acho que isso é uma coisa muito importante. Que tem a ver com o modelo de sociedade, com a cultura que tu estás inserido, em que lógica que tu és educada, assim. Se tu és educado a ser uma pessoa extremamente competitiva, que não divide, que não sabe trabalhar em equipe, se desde criancinha tu foste educado dessa forma, é muito difícil você se tornar um adulto e aprender a trabalhar dessa forma. Tu vais apanhar [...]. Ou, então, tu vais buscar equipes que trabalhem dessa forma, cada um na sua, ninguém se mete, cada um faz seu trabalho isolado. Então, as pessoas buscam trabalhos por afinidades pessoais também. (GF).

5.2 Expectativas

As expectativas dos sujeitos ao ingressar no curso de residência em saúde da família, assim como a motivação anteriormente apresentada, apontam elementos considerados importantes para compreender o lugar dos sujeitos e pensar a respeito das suas possibilidades de vivenciar um trabalho numa perspectiva interdisciplinar. A discussão das expectativas, entretanto, ao mesmo tempo em que permite pensar essas

possibilidades anteriormente referidas, por vezes se confunde com avaliação que os participantes da pesquisa fazem do Curso de Residência, que havia sido recentemente concluído quando as entrevistas ocorreram.

Neste estudo, a expectativa com a participação no curso está relacionada às expectativas com um possível trabalho futuro no Programa de Saúde da Família. Além disso, não é demais lembrar que a escolha desse contexto se deu em virtude de ser considerado um espaço propício para que a interdisciplinaridade ocorresse.

A possibilidade de vivenciar o trabalho em equipe, aprender e trocar com outras profissões fez parte das expectativas satisfeitas, segundo relato de nove entrevistados. Destes, um deles considera que avançou no conhecimento profissional específico e dois entendem

que aumentou a [...] resolutividade. (E15M).

Dois participantes mencionam como expectativa satisfeita no curso a realização profissional e pessoal, e ter aprendido coisas para além do núcleo de competência específico, conforme as falas a seguir:

[...] você é um profissional de saúde, então você tem que conhecer esse outro lado de ser profissional de saúde, que seria fazer planejamento local de saúde, essas questões de instrumentos de educação e saúde, essas coisas típicas de profissional, que eu não tinha, mesmo na graduação. (E13F).

[...] então eu tive um pouquinho do experimento de quão caótico está a situação do povo brasileiro, que é uma coisa que para mim é novo, eu não tinha acesso a isso. E aprender de alguma forma como mudar isso [...] ou plantar uma sementinha [...]. (E12N).

Um dos supervisores teve como expectativa satisfeita sensibilizar os alunos para

o trabalho na atenção básica, para o entendimento do que é o SUS e para o ingresso no PSF.

Com relação às expectativas não satisfeitas durante o período de residência, destaca-se a pouca ênfase no aprimoramento profissional específico citado por quatro deles, dos quais três são médicos e dois recém formados.

[...] o aprimoramento clínico assim, aquela história de que o médico num posto de saúde teria que atender 80%, teria que resolver 80% do que aparece, eu acho que não cheguei a isso. Acho que estou longe disso. (E3M).

Outras expectativas não satisfeitas foram mencionadas pelos demais entrevistados, individualmente: não ter vivenciado atendimento clínico interdisciplinar, não ter ampliado a resolutividade no cuidado à saúde, integração incipiente entre residentes e alunos da graduação que realizavam estágio na unidade de saúde, esperança de trabalhar na equipe do PSF ou como capacitador para a estratégia de saúde da família ao final do curso.

5.3 Perspectivas de atuação profissional

É importante lembrar que as entrevistas foram realizadas ao final do curso, momento este no qual nem todos os profissionais estavam já inseridos no mercado de trabalho. E que o grupo focal ocorreu um ano depois das entrevistas.

As perspectivas de trabalho profissional após o curso de residência se mostraram diferenciadas para os participantes da pesquisa, conforme a categoria profissional de cada um. O fato de nutricionistas, psicólogos e farmacêuticos não fazerem parte da equipe básica de saúde da família limita a sua inserção profissional na estratégia de saúde da família, ao mesmo tempo em que produz algumas frustrações, como sugerem algumas falas a seguir:

Agora parece que eu não tenho muito onde trabalhar, como devolver esta formação que eu recebi, então, eu não sei se eu pretendo trabalhar, como se diz, na ponta, na assistência mesmo, eu gostaria, gosto, eu me interesso por gestão, eu me interesso por planejamento, gostaria de [...] contribuir com a formação de profissionais de saúde [...]. E2N).

O aprendizado ninguém vai me tirar, a experiência, foi excelente, mas eu esperava chegar no fim e poder exercer o meu trabalho, de alguma forma, e claro, ganhar com isso. Então eu tinha isso, esperança de que a gente fosse absorvido, sabe, que de alguma forma, sendo capacitador, trabalhando nos Pólos de Capacitação, se não fosse direto com o povão, que fosse com as pessoas que trabalham com os usuários. [...] todo aquele processo que foi dado pelo país, que os impostos pagaram e agora eu estou em casa, entende. (E12N).

Eu me percebo como um educador de uma universidade, alguma coisa assim. [...] mas com um pé, eu não sei se vou conseguir, mas com um olhar na prática que está acontecendo, o serviço, o controle social. (E13F).

Apesar de manifestarem frustração por não estarem atuando no PSF, esses profissionais se mostram cientes das dificuldades, não desanimam e traçam outras perspectivas. Demonstram adesão à proposta do PSF e crença na possibilidade de contribuir com as mudanças que a proposta exige. Além disso, percebe-se comprometimento ético e político com um projeto de melhoria da atenção à saúde da população. São três elementos considerados na literatura fundamentais para a implementação do PSF conforme suas diretrizes.

Alguns profissionais falam da forma como se percebem preparados para o trabalho, após o processo de formação. Observam mudanças na atitude individual e ampliação das possibilidades de atuação profissional:

Bom, o que eu posso colocar é que, saindo da residência, eu hoje posso dizer que eu sei fazer algumas coisas, porque a gente aprendeu lá fazendo. Mesmo quando a gente não conseguiu fazer, mas a gente sabe como é que tem que fazer, isso pelo menos a residência conseguiu mostrar, mesmo se na prática a gente não conseguiu fazer, conseguiu mostrar alguns caminhos. (E8E).

Eu ampliei bastante a minha visão, e vi várias possibilidades. Eu acho que tenho muito que estudar ainda, sim, claro que tenho. Mas eu acho que pelo menos a visão é uma visão diferente, e a vontade também. [...] A gente não vai mais conseguir trabalhar no modelo antigo. [...] Eu acho que a interdisciplinaridade vai fazer sempre parte, agora, do nosso trabalho, querendo ou não, a gente vai buscar isso. (E10M).

Então eu vou para uma realidade, [...], eu tenho um instrumento já, uma mala de ferramentas que a residência acabou desenvolvendo, aprimorando, que vai me ajudar, vai facilitar a minha inserção nesse serviço, mas eu vou enfrentar eu acho que praticamente as mesmas dificuldades, o mesmo tipo de dificuldades, mas de repente eu vou encará-las de uma forma mais tranquila de ser superada, de repente. Vou sentir muita falta da minha equipe, porque querendo ou não é a minha equipe, então não tem mais a minha equipe. Eu vou me inserir numa equipe que teoricamente já está formada, então isso vai ser novo, eu penso. Isso [...] de repente vai ser uma coisa nova que eu ainda de repente não enfrentei, porque eu [...] não vou ter a Universidade me respaldando, não vou ter supervisor ali para dar uma mão. (E13F).

Um profissional diz que percebe que é diferente de outros médicos da atenção básica, porque conseguiu romper com a visão predominantemente biologicista no cuidado à saúde das pessoas:

São mais biologicistas. Eles até compreendem, eles têm esse entendimento, só que a forma como eles investem o trabalho deles é diferente. Eles preferem investir no biologicismo, na cura, no tratamento, medicamento. Não na independência da pessoa. Tentar livrar a pessoa da necessidade, não livrar a pessoa, mas tentar fazer com que a pessoa seja um agente de mudança desse processo. Isso não é muito trabalhado por eles. E eu acho que essa que foi a grande contribuição da residência para mim. Mostrar uma outra visão sobre a saúde. (E14M).

Uma nova visão de saúde é um dos elementos necessários para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, mas esta é construída, e essa construção passa pela atitude dos sujeitos, por uma formação que proporcione a reflexão necessária

entre os conceitos transformados em patrimônio pelos sujeitos individuais e coletivos e a experiência vivida. Entretanto, uma nova concepção de saúde esbarra no contexto político, institucional e cultural, conforme demonstra a fala a seguir:

Só que o modelo novo, na verdade, quem vai fazer é a gente. Eu não fui formado para ir trabalhar num lugar que está esperando um profissional novo. Não tem isso. O campo de trabalho, ele está esperando o profissional antigo. O profissional antigo com as conformações que vêm de cima para baixo. O secretário de saúde que está contratando médico lá, os profissionais que trabalham no centro de saúde, eles não estão esperando alguém que vá lá e vá fazer acolhimento⁵⁶, que vá fazer planejamento [...]. Eles estão esperando o médico que vai chegar lá e vai entrar no consultório e vai atender a demanda. (E14M).

Outro profissional reforça a idéia de que o mercado de trabalho espera um bom clínico, mas que a residência formou um bom sanitarista. A divergência entre eles é que o primeiro critica o modelo de atenção em saúde vigente e o segundo critica a formação recebida no curso de residência. Começa a esboçar-se aqui o que mais a frente, na vivência da interdisciplinaridade (Capítulo 7), se configura claramente como uma dicotomia campo e núcleo de competências e de responsabilidade.

Mudanças ocorridas como resultado dos dois anos de formação, relacionadas a características pessoais e da formação, influenciando na atuação profissional futura também são manifestadas:

Então hoje eu não tenho medo, eu consigo falar com outra pessoa então, como é que a gente vai planejar, a gente precisa fazer um projeto, eu aprendi a escutar mais e saber como falar com outras pessoas para que me escutem também. (E16P).

⁵⁶ Há um grande debate na literatura sobre o acolhimento. No Curso de Residência ele era compreendido de maneira geral como um processo re-ordenador do processo de trabalho e do cuidado em saúde, tendo, os seguintes objetivos: formação de vínculo profissional / usuário, avaliação das necessidades do usuário e da sua família, redimensionamento e organização da demanda trazida pelo usuário, educação em saúde, atendimento imediato em casos de urgência, realização dos encaminhamentos necessários (para consultas, visitas domiciliares, grupos, outros setores da rede pública de serviços). O(s) profissional(s) acolhedor deveria fazer uma discussão interdisciplinar, quando necessário, para a melhor resolubilidade dos problemas enfrentados.

Diferenças entre o espaço propiciado pela Residência para a efetivação do trabalho multiprofissional e a realidade concreta dos serviços de saúde são expressas por quem foi trabalhar numa equipe PSF após o término da residência, mostrando os limites da formação na conformação de um processo de trabalho articulado entre as diferentes profissões. O espaço de discussão que havia na equipe de residentes é difícil de ser implementado na equipe PSF real.

Está muito o trabalho de cada um faz o seu, de não sentar para discutir caso, ainda está assim. (E9E).

Esta realidade dos serviços de saúde vai exigir desses profissionais a ampliação da capacidade de gerir as situações que se apresentam. Os conhecimentos acadêmicos e a experiência adquirida anteriormente não são suficientes para tal. Será preciso aprender e re-aprender com a vivência cotidiana e reinventar os coletivos. Essas dramáticas gestionárias, segundo Schwartz (2000), vão remeter a todo o tempo o trabalhador para um debate de valores consigo mesmo: como usar de si mesmo e como estar em condições de gerir a complexidade de questões relacionadas ao trabalho coletivo em saúde.

CAPITULO 6

A INTERDISCIPLINARIDADE PRESCRITA

A interdisciplinaridade prescrita é compreendida pelos sujeitos da pesquisa, no âmbito deste estudo, como sendo as concepções dos entrevistados sobre o tema, bem como tudo aquilo que os profissionais definem como necessário para que a interdisciplinaridade aconteça. Além disso, considera-se como interdisciplinaridade prescrita recomendações, normatizações e resoluções no contexto da Política Nacional de Saúde que orientam o trabalho em saúde, no tocante à interdisciplinaridade.

A tarefa que deve ser desempenhada pelo trabalhador corresponde de início, segundo Guérin et al (2001, p.48), a um conjunto de objetivos designados a eles e a um conjunto de prescrições definidas do exterior para atingir os objetivos, seria o resultado antecipado, fixado sob condições determinadas. “Entretanto, na quase totalidade das situações de trabalho, esses *contraintes* são geridos ativamente pelos trabalhadores, e sua natureza pode ser remodelada parcialmente no decorrer do tempo”. Nesse processo, a renormalização é permanente e os compromissos, da mesma forma, se atualizam permanentemente.

6.1 Concepção dos sujeitos

A concepção dos sujeitos da pesquisa trás elementos principalmente do que dizem autores tais como Japíassú, que trata da interdisciplinaridade como sendo método, instrumento e expressão de uma crítica interna do saber, de Morin, que discute a construção de um pensamento ou saber integrado, e de Sinaceur, para quem a questão central é a ação. Para uns, a interdisciplinaridade está presente na prática

cotidiana dos profissionais,

é uma questão de atitude mesmo. Ela está na tua cabeça. Tu não fazes isso nos espaços, mas tu a fazes no teu fazer cotidiano, ela se incorpora nas tuas atividades, no teu modo de pensar e de agir. (GF).

Outros, entretanto, ponderam:

[...] a gente já pensou um pouco diferente no sentido de que [seja] uma atitude, tudo bem, mas tu tens que [receber isso na] formação e [vai] se construindo essa atitude. Então, a gente entende que MI⁵⁷, reuniões, interconsulta, eram espaços que possibilitavam, uns mais outros menos, propiciavam essa formação, essa construção dessa atitude. E que, então, ela não se deu o tempo todo [...] no processo de formação essa questão da interdisciplinaridade, nossa avaliação é que ela não estava [presente] durante o tempo todo. (GF).

E reforçam que havia fragilidade do núcleo específico das profissões para o trabalho integrado com as demais profissões. É considerado fundamental que cada profissional esteja bem fundamentado no que diz e por outro lado também ser questionado pelos demais. Esta discussão está relacionada ao que Di Ruzza (2003) fala sobre a importância de invadir as fronteiras disciplinares, explicitar os limites e a incompetência de cada disciplina ou profissão para fazer avançar no processo de construção do conhecimento.

Transpondo especificamente para o campo da saúde, a interdisciplinaridade é vista como um jeito novo de ver a saúde e o cuidado com o outro, em função da complexidade dos problemas de saúde. É ver o ser humano em todas as dimensões. Dessa forma, segundo os sujeitos da pesquisa, está diretamente relacionado à integralidade:

⁵⁷ Momento de Integração – MI: para os residentes, uma hora diária disponível após as atividades profissionais específicas para discussão em equipe.

quanto mais interdisciplinar, mais integral vai ser, é um novo jeito de ver a vida. (E12N).

Essa relação entre interdisciplinaridade e integralidade, presente nas falas de diversos sujeitos da pesquisa, se coaduna com o pensamento de Mattos (2001, p. 62), que diz que “o profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos”.

A troca e a construção de novos saberes é o que se destaca nas falas quando a interdisciplinaridade é definida pelos entrevistados. E a equipe se constitui no espaço propício para que isto aconteça, a depender principalmente da atitude individual dos profissionais. A interdisciplinaridade acontece quando os profissionais trabalham em sintonia, respeitam as opiniões dos outros, colaboram, têm iniciativa e preocupação com o grupo. Acredita-se que quando um profissional está consciente da importância e deseja atuar interdisciplinarmente, o processo pode ser desencadeado.

Desde o momento que tu tenhas consciência, mesmo que o teu colega que trabalhe contigo não entenda muito bem, tu acabas aos pouquinhos puxando e assim vai, acaba despertando isso no outro também, é um processo. (E8E)

É interessante observar que a força atribuída à atitude individual quando refletia sobre o que é interdisciplinaridade é relativizada pelo mesmo profissional quando fala da sua vivência, mostrando a distância entre o que é prescrito por ele próprio e as possibilidades de execução.

eu voltando agora para o [trabalho] estou estranhando horrores, porque a gente vem da equipe de residência, que se tem um espaço em que todo mundo está discutindo aquilo, está estimulado para fazer aquilo, e tu entras numa instituição e trabalha com profissionais que já não tem esse estímulo, que já não acreditam muito numa melhora da saúde, da instituição, e que são desanimados, não se motivam, não tem essa motivação. (E8E)

Nesse contexto, coloca-se o desafio para o sujeito, que saiu de uma formação com foco na multiprofissionalidade e na interdisciplinaridade, de encontrar estratégias para seguir o caminho no qual acredita. A residência lhe deu um determinado instrumental teórico e prático que será utilizado de acordo com a capacidade do sujeito de lidar com as situações que se apresentam, mas sem desconsiderar, como diz Schwartz, (2005, informação verbal⁵⁸), que o meio é infiel. Um meio hostil vai influenciar nas possibilidades de agir dos sujeitos.

A interdisciplinaridade é descrita como um trabalho conjunto no mesmo espaço e tempo, mas, também pode acontecer mesmo quando um profissional está sozinho, realizando um trabalho, porque o conhecimento ou métodos ou abordagens utilizadas por outras profissões pode ter sido incorporada em experiências anteriores de trabalho conjunto.

Inter pode acontecer de várias formas, as vezes não é necessário a presença do profissional ali para que ocorra, mas que eu saiba utilizar um pouco do que eu conheço da prática de um colega, que eu saiba utilizar aquilo no momento que estou planejando uma atividade. (E2N)

Esse entendimento de que a interdisciplinaridade acontece mesmo quando o profissional está só se aproxima do que Fazenda chama de Atitude Interdisciplinar, mas não deve ser confundido com estar só num projeto individual, porque a atitude é um dos componentes para se efetivar a interdisciplinaridade. Se considerarmos que interdisciplinaridade é um processo complexo de diálogo e negociação para definição de competências para resolução de determinados problemas, isso pressupõe a existência de um coletivo em atuação. Um profissional agindo sozinho, no sentido do que foi dito por E2N, pode significar que ele realizou uma síntese de saberes adquiridos em algum momento de trabalho coletivo e não necessariamente a efetivação da interdisciplinaridade.

⁵⁸ Apontamentos durante disciplina de ergologia, em 30/09/2005, Departamento de Ergologia, Universidade de Provence, França.

Em contraposição a fala anterior, E13F considera que o trabalho interdisciplinar só é visível quando é possível perceber os distintos saberes presentes no trabalho da equipe, oriundos das diferentes profissões, mesmo havendo a construção de um conhecimento comum da equipe. As especificidades, o olhar de cada profissão contribui para a discussão e solução de problemas, possibilitando ações diferentes, mais amplas, segundo E4S, e pressupõe respeito, por parte de cada profissional, aos seus próprios limites e aos limites dos demais.

O limite do conceito interdisciplinaridade é mencionado pelos sujeitos da pesquisa, porque entendem que pertence ao

campo das disciplinas, [...] dos campos científicos, e os outros saberes, eles não estão contemplados. (GF)

Entretanto, segundo Fazenda (1991), o diálogo com outras fontes de saber e a valorização do conhecimento do senso comum além do conhecimento científico, estão presentes na atitude interdisciplinar. Mas além de dialogar e valorizar outros saberes, é fundamental articulá-los em ações concretas, na produção de novos saberes.

A interdisciplinaridade, para os sujeitos dessa pesquisa, pode ser sintetizada, a partir da triangulação dos dados obtidos, como sendo uma filosofia, um método e ao mesmo tempo instrumental de trabalho, onde várias disciplinas contribuem para ampliar a visão e a compreensão da realidade e para aumentar a capacidade de alcance dos objetivos. É um campo de práticas e saberes, em torno de um objetivo comum, onde se procura ver o todo, transitando entre o geral e o específico. São saberes que se trocam e se transformam em novos conhecimentos, ressignificando a realidade, sem, contudo, se constituir num saber único.

6.2 Para acontecer o trabalho interdisciplinar

O conjunto de respostas sobre o que é necessário para que a interdisciplinaridade aconteça pode ser organizado em fatores relacionados à atitude individual, à existência de trabalho em equipe multiprofissional onde as profissões atuam de maneira integrada, à formação e à articulação dos saberes, todos diretamente relacionados à mobilização de ingredientes da competência, que vão orientar as escolhas dos indivíduos e dos coletivos, e fatores relacionados ao contexto político/institucional. A capacidade de articulação de saberes está associada à atitude individual e à articulação da equipe, mas a decisão por colocá-la como uma temática separada foi para que possa ser mais evidenciada. Na verdade, não é demais reforçar que todos esses aspectos fazem parte de uma totalidade e o que aqui se apresenta são recortes que possibilitam uma aproximação a ela.

6.2.1 Atitude individual

A maioria dos fatores apontados como necessários à realização de um trabalho interdisciplinar estão no campo do que chamamos de Atitude Individual, ou seja, o sucesso do empreendimento interdisciplinar dependeria essencialmente da mobilização e do esforço de cada profissional, assumindo uma postura individual de comprometimento ético-político com o trabalho.

O profissional, segundo os sujeitos da pesquisa, deve ter flexibilidade, humildade, interesse de olhar para o seu colega, de trocar idéias e construir algo no coletivo, porque

[...] não adianta botar um bando de gente junto, cada um muito bom na sua área, se estas pessoas não tem o interesse de olhar para o seu colega, de trocar idéia, de construir uma coisa, de chegar a um objetivo em comum, [...]. (E3M)

Para o trabalho interdisciplinar, segundo os sujeitos da pesquisa, é preciso saber relacionar-se com o outro, com a equipe e com o usuário do serviço de saúde, para que ele possa contribuir também. Mas isso exige que as pessoas se desarmem, compartilhem o seu conhecimento, saibam ouvir, entender, levar um projeto adiante.

[...] Existem pessoas que podem trabalhar dentro de uma equipe, que não conseguem interagir. [...] porque pra ser interdisciplinar, tem sim que, as vezes, abrir mão de alguns conceitos, pré-conceitos, e tem que estar sempre focado no usuário, no que vai ser melhor pra ele, independente as vezes do que eu aprendi na academia como sendo, ah, mas o correto é isso, não espera aí, a gente precisa flexibilizar, então, tem que ser uma pessoa, um indivíduo, um profissional que tenha essa maleabilidade, que seja flexível, que consiga interagir com as pessoas, tanto na equipe em que ele trabalha quanto com o usuário. (E12N)

Na fala de E12N é evidenciada a importância da atitude como elemento importante para acontecer a interdisciplinaridade. Além disso, o foco no usuário exige que o profissional não esteja preso a prescrição, mas que busque compreender quais são as suas necessidades e reinventar, ou seja, “buscar na originalidade de sua experiência os recursos para fazer face ao que é inédito em cada situação”. (SCHWARTZ, 2000, p.483).

Está presente, portanto, a dimensão de uso de si do trabalho, evidenciando um sujeito que retrabalha as normas antecipadoras do trabalho, onde “o trabalho real é o trabalho prescrito modificado ou trabalhar segundo as normas já é o trabalho prescrito renormalizado ou retrabalhado”. Trata-se de uma dupla antecipação da dupla dimensão da norma, ou seja, do trabalho prescrito e do trabalho realizado: “A primeira dimensão da norma efetua a antecipação sobre o trabalho, e a segunda dimensão da norma realiza a antecipação em trabalho, ou seja: esta é feita na e pela atividade do trabalho real e pelos seus protagonistas, manifestação da presença de um “sujeito”. (ROSA, 2003, 7).

Mas a atitude dos profissionais, fundamental para a existência de um trabalho interdisciplinar, é percebida como condicionada por um contexto político, institucional

e cultural:

E isso é construído de uma forma lenta, porque eu poderia dizer, ah, então poderia ser fácil, porque tem tanta gente boa trabalhando num centro de saúde, mas as coisas são construídas de uma forma que as pessoas perdem essa sensibilidade, essa finesse, essa coisinha que a gente nasce com isso, a pessoa acaba se perdendo em função do tumulto que é, em função da má condição de trabalho, do desconforto, da correria, do receber mal pra caramba, ter que trabalhar em dois, três empregos pra poder sobreviver, [...] então, [o trabalho em saúde], pra ele ser interdisciplinar, é preciso valorizar o profissional, passa pela valorização dele, porque, também, essa sensibilidade ela vai se esmorecendo se por exemplo, eu te dou carinho e tu me dá tapa, eu te dou carinho e tu me dá tapa, tem uma hora que, espera aí, eu vou te dar um tapa também, porque cansei de te acarinhar. (E12N)

Comparando o trabalho dos residentes e funcionários, o mesmo profissional diz compreender a dificuldade dos trabalhadores da Unidade de Saúde de realizar um trabalho integrado em equipe, em função de um contexto desfavorável.

Então eu entendo bem porque é tão difícil pra eles trabalhar da forma que a gente trabalhava, pela própria situação que a gente tava, por ser aluno, ganhando muito bem, porque a gente ganhava bem, e tinha sempre a acolhida um do outro, enfim, coisas que eles não tem. Então pra ser interdisciplinar é tudo isso, só tudo isso. (E12N)

Ao refletir sobre a atitude dos sujeitos no trabalho contribuindo mais ou menos para que a interdisciplinaridade aconteça, devemos considerar que ela se dá num contexto determinado e no âmbito de uma série de relações intersubjetivas, como diria Dejours (2004), que se estabelecem entre os diversos trabalhadores, de distintas profissões, com graus de autonomia e funções, entre outros, também diferentes, em cada local de trabalho.

Limites para que a atitude individual se configure como impulsionadora da interdisciplinaridade são explicitados, mas alternativas também são apontadas. Alguns

profissionais, quando não tinham a colaboração esperada de profissionais de sua equipe, procuravam outros, de equipes vizinhas, que se dispunham a compartilhar problemas e a buscar soluções. Em momentos como esses, a partir de uma atitude de comprometimento e de responsabilidade, reconfigurava-se momentaneamente o coletivo de trabalho, fazendo surgir Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes – ECRP.

A sensação é de estar sempre no limiar entre algo possível e algo improvável, entre a presença e a ausência da atitude contribuindo para que a interdisciplinaridade aconteça ou para que seja algo inatingível.

6.2.2 Trabalho em equipe

A existência de um trabalho em equipe que seja integrado é considerada uma questão básica para o exercício da interdisciplinaridade. Segundo os sujeitos da pesquisa, depende fundamentalmente de atitude dos sujeitos e de um espaço / tempo compartilhados, que permita o estabelecimento de objetivo comum e a criação de vínculo entre os participantes.

E acho que esse é o melhor jeito de trabalhar em equipe, [equipe de residentes] bastante tempo para trocar idéia, para se organizar, para planejar, para voltar aos problemas que passam e a gente, as vezes, por excesso de trabalho varre para baixo do tapete, não, a gente ia fundo em muitas coisas, que talvez não teria ido, se não tivesse tempo e espaço definido para discussão. (E3M)

O vínculo facilita muito o trabalho interdisciplinar na equipe. Eu acho que uma equipe, quanto mais entrosada ela é, mais fácil fica a troca de saberes, tu evidencias o que tu sabes ou mostrar as tuas dúvidas, as tuas fragilidades também. Por que as pessoas se escondem muito [...]. (GF)

O vínculo também é considerado necessário para o trabalho interdisciplinar e inclui não só os membros de uma equipe, mas também os usuários dos serviços.

Para trabalhar interdisciplinaridade em uma equipe de saúde da família, você tem que ter vínculo entre a equipe. A ação com a comunidade não pode ser esporádica, tem que ser uma atuação que tem de ter um tempo decorrido. O vínculo não se estabelece só porque você chegou lá para trabalhar, vai acontecendo na medida em que as pessoas vão se conhecendo. Isso é fundamental para desenvolver qualquer trabalho interdisciplinar. Senão, acho que se pode desenvolver trabalho em equipe, com cada um fazendo sua parte. (E6S)

O vínculo, segundo Ribeiro (2005, p.54), “é uma *relação especial* que se estabelece e se mantém entre o(s) profissional (is) da saúde e o usuário (individual e coletivo) em *função de adotarem uma forma intencionalmente diferenciada de se relacionarem*. Esta relação é produzida pela adoção de atitudes/comportamentos dos profissionais de saúde frente aos usuários (individual e coletivo) e pelos usuários”.

Os sujeitos da pesquisa consideram que as pessoas precisam ter liberdade para expor o que pensam e para discordar do outro. Além disso, o usuário precisa ser ouvido e a equipe, quando propõe intervenções, deve considerar se é o que a comunidade deseja, aceita ou compreende.

Para lidar com as dificuldades, o profissional precisa ter claro qual é o seu papel na equipe e valorizar a sua especificidade, criando estratégias para ocupar espaços de atuação.

Tem que melhorar a organização do posto. Enquanto a enfermagem não assumir seu papel pra poder a partir disso ter uma relação interdisciplinar com outros profissionais, não dá. Isso tem que estar instituído dentro do próprio posto de saúde, porque daí tu tens mais claro os papéis de cada um, aí sim tu podes ter uma relação interdisciplinar. (E8E)

O discurso anterior não aparece entre os médicos, mas está presente nos discursos das demais profissões que manifestam os próprios limites de atuação

profissional no contexto do modelo médico hegemônico.

Modelo médico hegemônico pode ser definido como

o conjunto de práticas, saberes e teorias gerados pelo desenvolvimento do que se conhece como medicina científica, o qual, desde fins do século XVIII, tem conseguido estabelecer como subalternas o conjunto de práticas, saberes e ideologias teóricas até então dominantes nos conjuntos sociais, até conseguir identificar-se como a única forma de atender à doença, legitimada tanto por critérios científicos como pelo Estado. (MENÉNDEZ, 1992, p.108 apud TARRIDE, 1998, p. 28).

É importante não simplificar a problemática do modelo médico hegemônico atribuindo ao médico ou aos médicos, isoladamente, a grande responsabilidade pela sua manutenção. A hegemonia do modelo biomédico resulta de uma construção histórica, envolvendo um conjunto de relações, bem como a participação e o consentimento de muitas outras categorias profissionais.

A existência de médicos generalistas e especialistas, tais como pediatra e ginecologista, na Unidade de Saúde, é criticada, sob a alegação de que a sua presença dificulta a articulação da equipe do PSF com a comunidade e a definição das atribuições no serviço. Os especialistas deveriam ser atenção secundária, acionados pela equipe do PSF quando necessário.

Essa é uma discussão polêmica e que vai exigir combinar interesses dos usuários, decisões técnico-gerenciais, capacidade de resolução dos problemas pelas equipes de saúde da família, entre outros. Pediatria e ginecologia são consideradas especialidades básicas pelo Ministério da Saúde.

No processo de trabalho em saúde são diversos os atores, cada qual com seus interesses e profissões com recortes diferenciados do objeto, que vão conformar maneiras diferenciadas de prestar o cuidado em saúde e de perceber as múltiplas dimensões do ser humano. Nesse jogo se constrói e reconstrói o campo e os núcleos de saberes específicos de cada profissão, se modifica os fazeres no cotidiano, mesmo de uma maneira ínfima e imperceptível, como diria Yves Schwartz.

Nesse sentido, a definição do papel de cada profissional na equipe, de maneira a “fazer funcionar” o núcleo profissional específico de cada um, é considerado fundamental para que a interdisciplinaridade aconteça.

[...] na enfermagem mesmo teria que instituir, organizar a atenção, organizar a puericultura e a consulta pré-natal para depois poder ter uma relação interdisciplinar com outros profissionais. Aí a gente sabe até onde um vai, até onde a gente vai e a aí a gente pode trabalhar junto. (E8E)

A idéia de que é fundamental a equipe conhecer o núcleo de competência de cada profissão para poder articular o trabalho e também ampliar a aprendizagem de cada um, é reforçada da seguinte forma:

O campo de trabalho é o mesmo. [...] a família, a comunidade é a mesma para todas as [profissões]. Só que tem que dizer qual é o teu objeto [...], de que lugar tu estás falando para dar a tua contribuição. Por que senão parece que o objeto é o mesmo, [que] todo mundo sabe. [...] É um aprendizado pessoal também. Tu aprenderes a te colocar, porque tu tens que saber muito bem qual é a tua especificidade. E, às vezes, a gente não sabe. (GF)

Outras questões importantes para haver interdisciplinaridade no trabalho em equipe são apontadas pelos sujeitos da pesquisa: o compartilhamento do modo de trabalhar e as regras estarem bem claras, de maneira igual, para todos os profissionais, como exemplifica a fala a seguir.

Se tu tiveres ali dentro pessoas que não concordam com a forma como tu vais trabalhar, eles, às vezes até inconscientemente, vão estar minando o teu trabalho. Por que eles não vão estar compartilhando do teu jeito, dos teus ideais. Então, só o fato da pessoa que está trabalhando contigo não compartilhar do teu trabalho, atender os usuários com uma cara mal humorada, isso já vai atrapalhar o teu trabalho. (E14M)

Afinidades entre os profissionais na forma de pensar a saúde, a sociedade e as possibilidades de mudança, para entenderem como isso influencia as dificuldades e facilidades para o trabalho, também foi apontado como importante pelos sujeitos da pesquisa. E para isso é fundamental ter espaços instituídos para o diálogo.

As afinidades mencionadas acima, bem como espaços favoráveis a atuação interdisciplinar podem desenvolver o quarto ingrediente da competência, que está relacionado à capacidade do sujeito de questionar a qualidade das dramáticas do uso de si por si e pelos outros e dessa forma potencializar a sua atuação.

6.2.3 Formação

As falas sobre a formação focam por um lado em aspectos individuais, ligados a atitude dos sujeitos para desenvolverem competências no trabalho e por outro, a aspectos relacionados à educação formal acadêmica e à educação permanente.

Mudanças nos cursos de graduação devem ser efetivadas para preparar os profissionais e motivá-los para a busca de formação complementar multiprofissional e interdisciplinar. E a Universidade deve repensar a sua contribuição na preparação dos alunos para trabalhar na saúde pública, porque

são as disciplinas que o pessoal mais mata, que o pessoal mais fala mal, que o pessoal mais goza dos professores. E eu acho que isso é um ponto bem crítico que a universidade tem que repensar. (GF)

Além disso, é preciso, segundo os sujeitos da pesquisa, uma nova lógica de pensamento, onde

pensar complexamente envolve você aceitar as diferenças, conviver com o diferente, com múltiplas visões e tal. O que o pensamento simplista, ele não abre espaço para isso. (GF)

Por outro lado, segundo os sujeitos da pesquisa, o foco das mudanças na formação em saúde da família deve envolver também os profissionais que estão atuando nos serviços de saúde há muito tempo. Além disso, o processo de formação para o trabalho em equipe também deveria incluir os trabalhadores técnicos e auxiliares de enfermagem.

Tem que pensar nos que estão na rede, nos que estão lá há 15 anos, estão de saco cheio de estar na saúde pública, cheios de vícios, e aderindo porque dobra o salário. (E1D)

A gente fica pensando na residência, que se propõe a fazer processo de formação para o trabalho em equipe, [...], que exclui, [...], o saber, ou a prática, não sei definir melhor, dos técnicos e auxiliares de enfermagem, que são, pode-se dizer, a maioria, ou são os que realmente parecem sentir muito mais aquelas questões ali cotidianas do centro de saúde do que os profissionais do nível de graduação. (E13F)

Os técnicos e auxiliares de enfermagem, no cotidiano dos serviços de saúde, no contexto estudado, são os que mais se ocupam e se responsabilizam pelo fornecimento de medicamentos. Com a inserção do trabalho do farmacêutico, foi criado um serviço de assistência farmacêutica, que extrapolava a simples prescrição e fornecimento de medicamentos. Esse processo estabeleceu uma relação estreita entre os profissionais envolvidos, ou seja, técnicos e auxiliares de enfermagem e farmacêuticos, o que faz supor que tenha despertado essa necessidade, no residente, de ampliar a equipe a participar do processo de formação.

Outro elemento considerado essencial para a interdisciplinaridade acontecer é a existência de supervisão no serviço, de alguém com boa formação contribuindo para a reflexão sobre o processo de trabalho no cotidiano da Unidade de Saúde.

A preocupação com a supervisão em saúde na América Latina, segundo Reis e Hortale (2004, p.494) antecede a década de 70 e o conceito, que inicialmente era de inspeção e controle, tem evoluído ao longo do tempo, e quando passa a ser compreendida

[...] como parte integrante do sistema de saúde, a supervisão apresenta-se como elemento viabilizador da política de saúde, à proporção que repassa conceitos, redefine procedimentos, dá mobilidade entre os vários níveis do sistema e orienta a execução dos serviços. Assume uma dimensão política à medida que interpreta os interesses dos níveis periféricos, e procura reforçar o processo de descentralização. Embora se instrumentalize valendo-se de conteúdos técnico-administrativos, definidos em consonância com os objetivos da política de saúde, a supervisão deve rever tais conteúdos com base nas necessidades reais, face ao caráter dinâmico da realidade de saúde enquanto parte da estrutura social e política.

6.2.4 Articulação dos saberes

Para haver interdisciplinaridade, outros saberes devem ser convocados, além dos pertencentes a cada profissão que compõem a equipe básica de saúde da família e para além do setor saúde. É necessário atuar intersetorialmente e com as organizações comunitárias para enfrentar os problemas de saúde que, pela sua complexidade, exigem atuar para além do modelo biologicista ainda predominante nos serviços de saúde.

O serviço tem a equipe mínima, que é médico, enfermeiro, os técnicos de enfermagem, quando você discute as questões de saúde da população, até a nível lá de associações, no conselho local de saúde, você percebe que cada profissional tenta resolver o problema da sua maneira e dependendo da vontade individual a gente lança mão de buscar ajuda [em outros setores e com outros profissionais de saúde] então, o serviço se esquece de que é possível você buscar resolução em outras esferas, então, seria muito importante assim que os serviços de saúde, realmente, incorporassem [outras profissões], principalmente [...] a psicologia e o serviço social, porque parece que eles não fazem parte do serviço, parece que a saúde se resolve só com médico e enfermeiro, você sabe que não é assim, tendo em vista a complexidade sócio-econômica, cultural, etc, etc, da nossa população de baixa renda. (E4S)

As pessoas devem assumir uma atitude, no dizer de Schwartz, de “desconforto

intelectual” diante de seus próprios saberes, questionar a sua própria formação e abrir outras frentes de trabalho, aceitando, segundo os sujeitos da pesquisa, a contribuição de outros fazeres para repensar o seu jeito de agir.

[...] Eu acho que tem que pedir emprestado a lente do outro para ver como que é enxergar o mundo a partir dos olhos do outro que vem de uma outra formação. E que ele tem um olhar de mundo, de sujeito, tão bom quanto o seu. Então, eu acho que isso para mim é básico. (E11S)

A fala anterior tem como suporte a idéia da comensurabilidade dos saberes e a que segue critica o uso instrumental do conhecimento do outro.

Eu acho que as pessoas, elas têm que ter essa disponibilidade. Eu percebo que algumas pessoas, elas querem só se apropriar do teu conhecimento [...] para agirem sozinhas. Então, eu me aproprio do que tu sabes e depois eu não preciso mais de ti para trabalhar. Isso para mim não é interdisciplinaridade. Acho que uma equipe interdisciplinar é aquela em que justamente [...] só é possível trabalhar se for em conjunto. Claro que o profissional, ele incorpora conhecimentos novos, mas isso não quer dizer que ele vá poder atuar sozinho depois, em todas as situações. (E11S)

Parece ocorrer troca e cooperação, em muitos momentos do trabalho em equipe, que vão proporcionar aos profissionais a ampliação das competências, sem que isso caracterize a interdisciplinaridade, segundo a concepção de Sinaceur (1977). E nesse processo os profissionais fazem uso de si e dos outros.

6.3 Contexto político-institucional

As facilidades e dificuldades presentes no contexto político-institucional perpassaram todo o debate a respeito da interdisciplinaridade e são mais explicitados

no capítulo que trata da vivência da interdisciplinaridade.

Os principais elementos destacados, considerados necessários à vivência da interdisciplinaridade, segundo os sujeitos da pesquisa, são: melhor organização dos serviços de saúde, onde se inclui a existência de um sistema de referência e contra-referência entre os níveis de atenção no SUS; existência de equipes estáveis e de espaços instituídos para planejamento; direcionamento do gestor para o trabalho interdisciplinar; supervisão técnica no serviço; educação permanente em serviço; e valorização dos profissionais de saúde.

Eu acho que para isso é importante também que gestores estejam apoiando isso, para que os profissionais possam ter essa possibilidade de tempo, de espaço para discussão. (E10M)

Se a gente tivesse apoio, essa discussão estaria mais presente, com os funcionários. A gente estaria mais afiado nessa questão. (ES7)

A prescrição institucional

Para este tópico foram analisados documentos eletrônicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde sobre o trabalho em saúde na atenção básica e mais especificamente no Programa de Saúde da Família. Além disso, foram também analisados os Projetos do Curso de Residência 2002-2004 e 2004-2006, bem como o Relatório Final da Residência Multiprofissional em Saúde da Família 2002-2004.

Os fundamentos da atenção básica delineiam como devem estar organizados os serviços e as práticas de saúde para promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e

reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social. (BRASIL, 2006a, p. 3)

A mesma Portaria menciona, como uma das características do processo de trabalho, o “trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações”. (BRASIL, 2006a, p.11).

A Portaria é permeada por princípios, fundamentos e diretrizes que, colocados em prática, tendem a possibilitar a construção de um trabalho interdisciplinar, a exemplo das orientações sobre o vínculo que deve se estabelecer entre a equipe e desta com os usuários, sobre a organização dos serviços e das práticas, sobre o controle social, a intersetorialidade e a educação permanente, entre outros.

As atribuições comuns a todos os profissionais, descritos na mesma Portaria, abrem espaço para viabilizar a construção de um campo multiprofissional de saberes e práticas que também pode ser impulsionador da interdisciplinaridade.

O Projeto do I Curso de Residência (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2002, p.7) segue as orientações da Política Nacional de Saúde e reafirma que “a lógica da multiprofissionalidade, da interdisciplinaridade e da integração ensino-serviço esteve sempre presente alicerçando o projeto”. Tem como um dos seus pressupostos que “a produção social da saúde como campo de conhecimento, se inscreve na ordem da interdisciplinaridade e, como prática social, na ordem da intersetorialidade”.

A multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade no desenvolvimento da

atenção integral à saúde individual, familiar e coletiva é enfatizada em todo o Projeto e reforçada no Relatório Final do curso⁵⁹.

Destaca-se que ao eleger a multiprofissionalidade como referência, o curso tinha presente que esta não significava

a presença de diversos e variados profissionais realizando ações isoladas e justapostas. Ou seja, profissionais executando ações, lado a lado, sem articulação ou comunicação, que não permitem alcançar a eficácia desejada e necessária nos serviços de saúde, dentro da perspectiva proposta de atenção integral. Esta requer uma modalidade de trabalho em equipe que traduza outra forma de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais, no coletivo de agentes presentes à prestação de serviços. (RELATÓRIO FINAL CURSO DE RESIDENCIA, 2004b, p. 27).

Além disso, afirma-se que “procurando ultrapassar os limites da multiprofissionalidade, deste modo estar-se-á construindo um caminho de trabalho realmente interdisciplinar”⁶⁰.

O Ministério da Saúde considera a formação dos trabalhadores um elemento decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, entendendo que

essa concepção da formação busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional para possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho. (BRASIL, 2006b).

A análise, apesar de não ter sido exaustiva, dos documentos elaborados pelo Ministério da Saúde nos últimos anos, permite constatar avanços na consolidação de

⁵⁹ Os espaços e atividades desenvolvidos pelo curso para favorecer a interdisciplinaridade no trabalho da equipe foram descritos no Capítulo 5 deste trabalho.

⁶⁰ *ibid*, p.27.

uma política de saúde que contempla a formação dos profissionais como elemento chave para efetivação do Sistema Único de Saúde. A capacitação dos profissionais que compõem a estratégia de saúde da família já era identificada como o aspecto mais vulnerável da organização do trabalho em equipe,

[...], tanto por dificuldades do aparelho formador em adequar-se às mudanças assistenciais pretendidas, quanto pela insuficiência dos pólos estaduais em atender todas às demandas para a educação continuada dos diversos profissionais, bem como pela incipiente organização de uma estrutura de supervisão, que respalde o fortalecimento da nova divisão de trabalho e a efetivação do processo interativo dos diversos agentes em torno dos cuidados e da promoção da saúde. (BRASIL, 2002, p.169)

CAPITULO 7

A VIVÊNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE

A experiência de interdisciplinaridade foi expressa pelos sujeitos da pesquisa através de exemplos do dia a dia do trabalho, de quando e como ela aconteceu, bem como pelo relato das facilidades e dificuldades para a sua efetivação.

As facilidades e dificuldades marcam o contexto do trabalho em saúde, permeiam todas as falas e podem ser agrupadas em quatro grupos: políticas, estruturais, atitude dos sujeitos e trabalho em equipe ou coletivo. Uma síntese das facilidades e dificuldades para o exercício da interdisciplinaridade no trabalho em equipe é apresentada no Apêndice I.

O conteúdo do que foi apresentado como vivência revela a interdisciplinaridade como sendo um processo complexo, contraditório, e por vezes paradoxal, onde sujeitos individuais e coletivos, nas dramáticas do uso de si, enfrentam a infidelidade do meio para concretizar ações, por meio da atuação multiprofissional, que vai resultar na busca pela efetivação da integralidade no cuidado à saúde.

Sendo assim, na tentativa de evidenciar a afirmação anterior, cujo conteúdo está contido na maioria das falas, escolhi apresentar a vivência da interdisciplinaridade a partir das seguintes categorias⁶¹: 1. “Interdisciplinaridade – processo complexo e ação concreta” e 2. “As dramáticas do uso de si”, que inclui as subcategorias: “o núcleo e o campo de competências em mutação”, “a multiprofissionalidade no trabalho em equipe”, “o contexto: limitador e facilitador do exercício da interdisciplinaridade” e “as estratégias dos sujeitos”.

⁶¹ Essa escolha foi mais uma tentativa de diminuir o risco de fragmentar o real, segundo a concepção dos sujeitos. Entretanto, continua sendo um empreendimento arriscado, porque não deixa de ser um recorte desse mesmo real.

7.1 Interdisciplinaridade – processo complexo e ação concreta

A interdisciplinaridade se apresenta como um processo complexo em função da multiplicidade de recursos necessários a sua concretização num contexto de complexidade também dos problemas a enfrentar. Recursos entendidos como tudo aquilo que precisa ser mobilizado para que o empreendimento interdisciplinar se efetive, tais como saberes das mais diversas origens, ambiente favorável, projeto compartilhado, entre outros, conforme amplamente debatido nos Capítulos 1 e 2.

Facilidades e dificuldades se entrecruzam e se transformam rearticulando e reconfigurando permanentemente as ações e os saberes envolvidos na sua execução, redimensionando escolhas, numa relação dialética entre o contexto político institucional e a história de vida dos profissionais.

[...] Eu percebo que essa dificuldade de trocar experiências com as outras áreas, ela faz parte do próprio processo da construção do trabalho interdisciplinar. Por que, eu não sei se dá para entender muito bem, mas eu vejo que quando a gente fala assim, pontos positivos e negativos, ah, porque positivos conseguimos isso e isso. Pontos negativos, não conseguimos integrar com as outras áreas. Tá, a gente não conseguiu integrar com as outras áreas. Mas será que essas dificuldades, elas foram em momentos e situações em que em determinada situação de estudo a gente não conseguiu integrar? Em outros momentos a gente conseguiu integrar? Então, às vezes, a minha reflexão é no sentido de que essa dificuldade, ela já faz parte do próprio processo. [...] Por que eu acho que, como é um processo que se constrói no cotidiano, ele se constrói com a história das pessoas que estão lá. (GF)

A dimensão processual da interdisciplinaridade é explicitada nas seguintes falas:

Foram aprendendo com a vivência, com a prática, eram conhecimentos que no início não se tinha. (E5S)

Foi um processo, melhorou no segundo ano, a medida que eles faziam a experiência, nos grupos, na visita domiciliar, no trabalho na escola, na

*interconsulta*⁶². (E6S)

Houve um processo de conhecimento individual e do grupo, de conhecimento das profissões, aquisição de respeito entre as profissões. [...] No início a visão do grupo era de encaminhamento, depois amadureceu, passou a realizar um trabalho conjunto, mesmo quando não estavam juntos na consulta, estavam integrados na resolução do caso ou do problema. (E8E)

O processo interdisciplinar aparece como resultado também de um processo de amadurecimento no trabalho em equipe e de um espaço institucional garantido.

Os MI [Momentos de Integração] permitiam a contribuição de cada área, no início era difícil de entender, as pessoas tinham dificuldade de falar de suas áreas, mas melhorou com o tempo. (E7S)

Eu acho que a interdisciplinaridade foi construída no decorrer dos dois anos de curso mesmo, a gente foi aprendendo a trabalhar interdisciplinarmente. A contribuição fundamental do curso foram os espaços que tinha para se trabalhar interdisciplinarmente [...]. (E8E)

Interdisciplinaridade não é só encaminhar, ah, encaminha para o dentista, na verdade é um trabalho conjunto que vai desde o início até o final, não é encaminhei e pronto. No início o grupo tinha um pouco essa visão, mas com o tempo já foi amadurecendo [...], uma coisa não ta separada da outra, na verdade é um trabalho conjunto mesmo, que tem que andar junto o tempo todo, mesmo que não estejam os dois profissionais presentes numa consulta, mas que os dois estejam integrados na resolução daquele caso, na resolução do problema. E acho que isso foi sendo construído. E acho que até a operacionalização disso, porque veio a história das interconsultas, como instrumento da interdisciplinaridade, como instrumento oficial mesmo [...]. (E8E)

A construção da interdisciplinaridade, para os sujeitos da pesquisa, também

⁶² Interconsultas: consultas realizadas por dois ou mais profissionais de profissões diferentes.

seria uma simples troca de opiniões, onde as boas relações pareciam ser o suporte fundamental.

[Nos momentos de integração] cada um dava a sua opinião e aí acontecia a interdisciplinaridade, [...] a gente procurava se respeitar, conversar, esclarecer as coisas, ser sincero. (E9E)

Além disso, está presente uma certa visão da interdisciplinaridade como um processo linear, que avança progressivamente.

Não tinha nada [na Unidade de Saúde] que atrapalhasse a nossa vivência da interdisciplinaridade. (E9E)

Esse tempo de dois anos é um tempo bem curto na medida em que você tem todo um processo de planejamento, depois você tem a entrada no campo, a territorialização, a inserção com a equipe. Então, praticamente você vai [...] chegar no final do primeiro ano para estar começando a se sentir confortável. Aí chega no segundo ano e você começa a querer colher os frutos. Então, quando tu saís, tu ainda não comeste o fruto maduro, ele ainda está lá na árvore para colher. Então, eu acho que de repente se fosse mais um pouquinho dava para colher alguma coisa. Não sei. (GF)

Ao mesmo tempo, a não linearidade do processo interdisciplinar é demonstrada através da fala a seguir, que indica que pode haver avanços e retrocessos, a depender do meio e dos sujeitos, porque são múltiplos fatores influenciando a sua efetivação. Segundo um dos sujeitos da pesquisa, na Unidade de Saúde B, a equipe de residentes iniciou um rico processo de aprendizagem que com o passar do tempo foi se perdendo:

Alguns profissionais se fecharam para o aprendizado e as discussões ficaram muito empobrecidas: como consequência de inúmeros problemas. Acho que foi uma equipe que começou bem, querendo aprender, querendo, enfim, conhecer coisas novas e formas de trabalhar diferentes das que eles já conheciam. Mas eles, no decorrer do processo, eles se fecharam, foram se

fechando a tal ponto de se tornarem até impermeáveis às orientações, e aí o grupo não caminhou. (E11S)

Por outro lado, na Unidade de Saúde A, outros sujeitos, em outro meio, lidaram de forma diferente com as também distintas dificuldades e facilidades para vivenciar a interdisciplinaridade.

Eu acho que a sede de aprender deles, eu acho que ela permaneceu do início ao fim. Apesar de terem vivenciado muitas dificuldades, até em relação à própria equipe local de saúde. Mas, mesmo nos momentos, assim, que se sentiam mais enfraquecidos, mas se conseguia dar a volta por cima e continuar repensando novas estratégias para lidar com a situação. (E11S)

A complexidade do processo, como sendo de construção difícil e contraditória, onde se alternam momentos de práticas consideradas interdisciplinares e outros considerados multidisciplinares, também é manifestada. Na verdade, a interdisciplinaridade às vezes parece ser um paradoxo, ela existe e não existe ao mesmo tempo, porque é difícil visualizá-la na vivência do dia a dia.

Acho que houve alguns momentos. Eu acho que o grupo amadureceu muito ao longo desses dois anos. [...] cada pessoa pode se abrir mais umas com as outras, expor mais o que cada uma faz, cada área faz. [...] Antes [...] tinha casos, a gente conversava, mostrava o caso, alguém dava sugestões mas a pessoa continuava a trabalhar sozinha. Só mostrava rapidamente e não tinha um acompanhamento. Era difícil várias pessoas acompanharem o mesmo caso. Só que houve um processo de melhora dentro do grupo porque a gente conseguiu mostrar melhor cada conhecimento, cada área, isso acho que ajudou. [...]. Conseguir discutir, acho que em alguns momentos foi possível. Mas eu acho que não foi assim, fechado, acabou, todo mundo conseguiu trabalhar não, porque eu acho que é muito difícil, porque pode trabalhar multiprofissional, mas não a interdisciplinaridade, que eu acho muito difícil. (E16P)

O fato de a residência ser multiprofissional não significa interdisciplinaridade, isso é óbvio. Mas, de qualquer maneira, a perspectiva

da interdisciplinaridade sempre esteve presente. O difícil é ela acontecer na prática [...]. (E6S)

A interdisciplinaridade, para Saupe et al (2005, p. 531), é “uma prática dinâmica e processual”. Os mesmos autores consideram que “nem todos os momentos vividos numa Unidade de Saúde são interdisciplinares, não se é interdisciplinar o tempo todo e não se é interdisciplinar sempre, com todos os membros da equipe”, e este entendimento está em sintonia com o que dizem os sujeitos da pesquisa.

A relação entre interdisciplinaridade, complexidade dos problemas e complexidade da atenção à saúde está presente em relatos da vivência.

A complexidade dos problemas da população contribuiu para a interdisciplinaridade, para a percepção que uma [profissão] não dá conta sozinha de um problema. (E1D)

O trabalho em saúde exige muito dos profissionais pra modificar o paradigma, estabelecer novo processo de trabalho, é preciso conhecer os pressupostos teóricos, discutir, trocar idéias, para colocar de forma clara essa discussão para as pessoas do serviço. (E4S)

Os problemas de saúde da população exigem que o serviço de saúde seja resolutivo, mas, segundo um dos sujeitos da pesquisa,

[...] muitas vezes, apesar da gente fazer uma discussão interdisciplinar para tentar minimizar ou resolver problemas que apareceram, essas coisas não aconteceram e, as pessoas ficaram do mesmo jeito sem resposta [...]. (E4S)

É expressado, na fala anterior, algo observado no trabalho de alguns profissionais de saúde, que é a visão da interdisciplinaridade como meio de resolução de muitos problemas e além disso, de que as discussões em equipe multiprofissional já eram a interdisciplinaridade acontecendo e o suficiente para tal.

Mas a interdisciplinaridade manifesta-se na realização da atividade, como ação concreta produtora de saberes e práticas.

Nos centros de saúde, isso foi mais evidente, porque os residentes têm de dar uma resposta para a comunidade. E para eles mesmos. Dentro das ações do planejamento local que eles organizavam, eles tinham de ter uma resposta, um resultado do trabalho, e isso teria de resultar em um benefício, em alguma forma de refletir na comunidade, senão não é um trabalho, é apenas um exercício acadêmico. Isso foi uma grande dificuldade, aliado ao fato da demanda do centro de saúde, [gerar] um volume de trabalho bastante grande, isso também fez com que o grupo tivesse menos tempo para refletir sobre o que estava acontecendo. Mas acho que de maneira geral, muitos trabalhos conseguiram ser realizados dentro dessa questão interdisciplinar. Acredito que esses residentes saíram com uma visão de interdisciplinaridade muito diferente da que entrou. Eles não tinham idéia do que seria trabalhar dessa forma. (E6S)

A discussão, ela tem que se transformar em ação. O que é uma coisa que, às vezes, não acontece. Às vezes, a gente discute, discute, discute, mas [...] a ação permanece a mesma. E é justamente na ação é que a gente vê a transformação mesmo daquela conduta. Então, é onde tu vê que aquilo foi apropriado, fez sentido e houve modificação. Eu, às vezes, eu vejo que a gente discute, mas não muda o jeito de fazer. (GF)

A gente percebia que havia diálogo, mas quando se voltava, por exemplo, com o usuário e com a família as atitudes continuavam as mesmas. A discussão, ela não tinha provocado realmente uma mudança [...] a última palavra era sempre a do médico. [...]. Eu acho isso uma questão muito complicada porque daí tem essa cara de trabalho interdisciplinar, mas [...]. (E11S)

Os profissionais manifestam que a interdisciplinaridade pode ser percebida como ação concreta ao produzir mudanças no processo de trabalho e impacto nas condições de saúde da população, o que é difícil de ser avaliado.

A interdisciplinaridade, segundo os sujeitos da pesquisa, se concretizou na articulação dos profissionais para o diagnóstico comunitário conjunto, levantamento de problemas e planejamento conjunto das ações.

As metas do nosso trabalho, todo o desenvolvimento do nosso trabalho, ele foi pautado assim num único processo. Não foi por profissão. Se a gente pegar, qual que é o objeto de trabalho de uma atenção básica? É a comunidade. O trabalho na comunidade foi feito por todos. [...]. O trabalho na unidade também. Também, porque os usuários que chegavam até nós [...], se buscava trabalhá-los em todas as profissões. (E14M)

Essas considerações vão ao encontro do entendimento de Saupe et al (2005, p. 531 e 534), que apontam que os problemas são “potenciais núcleos articuladores” e a “proposição de soluções deve ser o eixo intermediário do empreendimento interdisciplinar”, sendo a solução dos problemas o eixo terminal. Consideram que a interdisciplinaridade “se constrói em cima de uma realidade muito concreta, ou seja, no âmbito das práticas, dos cotidianos, das demandas e necessidades”.

7.2 As dramáticas do uso de si

A estratégia de saúde da família é preconizada como alternativa sintonizada com os princípios do Sistema Único de Saúde para enfrentamento do modelo biomédico, focado na atenção curativa individual. Sendo assim, um novo processo de trabalho é exigido e novas práticas precisariam ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde de maneira a enfrentar não só a doença, mas a complexidade do processo saúde-doença.

Esse contexto político institucional de tentativas de mudança, tem como ingredientes ao mesmo tempo a prescrição do PSF, a complexidade dos problemas a serem enfrentados, a história dos indivíduos e dos coletivos, entre outros. E as tarefas

que vão sendo exigidas para a configuração de um novo modelo onde as práticas sejam multiprofissionais e interdisciplinares, fazem com que ocorra um processo de complexificação do trabalho, onde se ampliam as interfaces a gerir pelos trabalhadores que compõem as equipes PSF, dilatando a dimensão de aprendizagem presente nas práticas, como é expresso pelos sujeitos da pesquisa.

O enfrentamento do modelo biomédico implica na ampliação também dos saberes dos profissionais, desenvolvendo o núcleo e o campo de competências. Coloca-se o desafio de articular a multiprofissionalidade, ou seja, a autonomia de cada profissão na relação com as demais, para realizar o cuidado em saúde, na busca da eficácia e da eficiência.

O trabalho aparece como articulado à vida, exigindo quebra de preconceitos, mudança de atitude, e as vezes se confunde entre relações profissionais e pessoais. A situação de trabalho é o lugar, segundo Schwartz (2000, p. 294, tradução nossa), “de uma dramática subjetiva onde se negociam em circunstâncias pessoais, históricas, sempre particulares, as modalidades dos compromissos entre normas hetero e auto determinadas, entre uso de si pelos outros e uso de si por si”.

Esse conjunto heterogêneo de elementos se entrecruza e compõem um meio fundamental de ser compreendido por quem se responsabiliza pela gestão dos serviços de saúde, o que implica no rompimento com a ilusão de muitos gestores de que os trabalhadores e os coletivos não gerem a sua atividade de trabalho.

No caso deste estudo, os sujeitos são profissionais que escolheram enfrentar o desafio de trabalhar na ESF segundo suas diretrizes, motivados por sonhos e expectativas de engajamento pessoal e profissional num projeto de mudança, conforme exposto no capítulo 5.

O projeto de mudança se expressa nas ações que são desenvolvidas por todos, coletivamente e individualmente, no sentido de concretizar um processo de trabalho que resulte na melhoria das condições de saúde dos usuários, que se efetiva, para a maioria, na integralidade da atenção.

Sendo assim, a interdisciplinaridade não tem um fim em si mesmo e exige do profissional estar atento ao que faz, como faz e por que faz. É um exercício

permanente de reflexão sobre os próprios atos e no que eles irão resultar:

Ao fazer uma consulta eu consigo pensar no usuário como um todo, pensar em outras [profissões], nos grupos que eu fazia, de repente eu percebia alguma coisa diferente em alguma criança, e aí também pensava e discutia com a equipe. (E1D)

Eu tava ali, eu sou dentista, sou responsável pela saúde bucal, pela parte da odontologia e eu não foco na odontologia, me junto com um grupo para fazer coisas que eu não sei se são necessárias, não sei se vão ter impacto, então, faltou planejar melhor. (E1D)

A atitude de se dispor a trabalhar com o outro e aprender parece estar presente no cotidiano de trabalho, quando o profissional procura

[...] estar vendo, prestando atenção no jeito que o outro trabalha, vendo o que eu possa apreender e aprender naquela prática. (E2N)

As vezes o paciente ainda estava ali no consultório – dá licença, eu vou dar uma saída vou ver se tem a tal medicação que eu quero te passar e já aproveitar pra bater na porta do meu colega para trocar uma idéia antes, [...] eu dava um pulo na sala de vacina e falava com quem estava ali. (E3M)

O processo de densificação do trabalho, exigindo a gestão de situações de trabalho que extrapolam o que teoricamente seriam da competência do trabalhador, demanda articulação multiprofissional e busca de novos saberes.

Por exemplo, [...] quantas vezes a gente não tem que falar sobre nutrição com o paciente, quantas vezes a gente não tem que orientar o paciente que as vezes está com dúvida, [...] porque ele está pedindo a aposentadoria, ou está pedindo seguro saúde, qualquer coisa. Eu sempre tento levar em consideração [...] todas estas disciplinas que permeiam a abordagem do paciente. Se eu estou explicando ao paciente [como usar um medicamento], ele começa me falar que – Ah, [...] eu estou me incomodando em casa com o meu filho, eu não vou dizer para ele assim – está tudo bem, mas este

medicamento tem que tomar às oito e às oito. Se ele está falando aquilo, eu estou entendendo que ele tem algum outro problema que não é sobre o medicamento, [...] quer que eu o ajude, [...] tem que parar de falar sobre o medicamento e ouvir o que ele está me trazendo daquela queixa dele, ver como eu posso resolver o problema para ele, o que eu posso auxiliar ele. (E5S)

A busca de eficácia no trabalho em saúde resulta num esforço enorme do profissional em encontrar alternativas para cuidar de problemas do usuário. Em muitos casos, mesmo que a solução de um problema apresentado não esteja sob a sua responsabilidade profissional, definida pelas regras da corporação profissional, o profissional busca resolver, porque entende que aqueles problemas, se não enfrentados, inviabilizariam a resolução daquele que seria considerado um problema a resolver por ele, no caso do exemplo acima, a utilização adequada de um determinado medicamento.

Fica evidente a multiplicidade de elementos envolvidos no cuidado à saúde, provocando situações inusitadas e chamando os profissionais para darem respostas, numa verdadeira dramática do uso de si por si e pelos outros. A complexidade da atenção à saúde exige o engajamento do profissional, capacidade de escuta, compromisso ético e visão integral do sujeito do cuidado. É um processo marcado pelas dramáticas de sujeitos que se encontram em posições distintas, mas dialeticamente relacionadas: um sujeito que cuida e outro que recebe o cuidado.

O engajamento e o comprometimento ético dos profissionais aparecem também na experiência de buscar fortalecer o controle social:

Então, a todo momento, a gente tentando buscar soluções ou estratégias para mobilizar a comunidade para as questões relacionadas à saúde, não apenas quando elas adoecem mas também nessa questão da construção da cidadania, então eu acho que isso foi algo que permeou todo o processo da residência que me faz ser um [outro profissional]. [...]. Eu acho que o sentir a prática é o grande impulsionador da transformação. (E13F)

No Programa de Saúde da Família os profissionais devem atuar sobre os determinantes do processo saúde doença, rompendo com o modelo focado na atenção à demanda espontânea, curativa e individual. Mas esta perspectiva e a prescrição do PSF é difícil de ser seguida, porque os serviços, onde se incluem os profissionais de saúde, não são preparados para lidar com a complexidade dos problemas de saúde, principalmente em populações em situação de carência de todas as ordens. O depoimento de um dos sujeitos ilustra bem:

A situação lá de saúde era muito dramática, o serviço pouco envolvido, poucos funcionários, eu me sentia perdido assim, porque os problemas eram e continuam grandes, a fragilidade da situação de vida das pessoas lá é tão dramática que quando a residência chegou, eu disse – puxa vida dez profissionais chegando, a gente vai conseguir realmente avançar muito e na verdade, eu fui percebendo no decorrer do tempo de que isso não seria assim uma coisa tão rápida, porque as pessoas, porque? Por vários motivos, as visões de cada um, eram profissionais recém saídos dos seus cursos, que esta discussão precisaria primeiramente acontecer a nível teórico, a fragilidade dos nossos vínculos como supervisores locais também pelo fato de não termos tido espaços para elaborar melhor a nossa forma de trabalho, isto tudo foi uma construção [que] consumiu grande parte do nosso tempo e, talvez para uma próxima residência, em função da gente perceber as nossas fragilidades, as nossas próprias dificuldades mesmo, a gente consiga avançar. Então, eu acho que eu tenho que reduzir o meu nível de ansiedade, mas ao mesmo tempo, a gente não pode permitir que esta ansiedade diminua demais por que, os problemas das pessoas e as vezes a não resolução destes problemas pode resultar em prejuízo muito grande pra vida das pessoas [...]. (E4S)

Um cenário como esse é composto por elementos de sofrimento, onde é preciso “aprender a não sofrer com a realidade” (E12N). As frustrações, as ansiedades, as dificuldades de agir nas situações de trabalho face a face, a complexidade dos problemas a enfrentar e o sofrimento humano presente no cotidiano, mobilizam o profissional para agir em função do urgente visível, que demanda ação imediata. Os sujeitos da pesquisa se angustiam diante das poucas possibilidades, segundo eles, de intervir no processo saúde-doença para além do aspecto biológico, porque resolver a doença tem resultado visível imediato, mas mexer no social é demorado. Implantar um

novo modelo passa por um processo lento de construção, há necessidade de suporte técnico e de estrutura físico-material.

Como diz Martini (1998, p. 175, tradução nossa),

[...] o trabalho, nessa relação entre aquilo que podemos transformar e aquilo que somos incapazes de transformar (no ato de trabalho bem como nas condições sociais que presidem estes atos), designa uma ausência, uma falta: de competências, de saberes, de coragem, de poder... Nesse sentido, o trabalho é a exigência de luto.

Mas a resignação, como diz Schwartz (2003), não contribui para compreender a realidade e para transformá-la. Os profissionais, as vezes, não percebem que eles sozinhos, individualmente, não podem arcar com responsabilidades que envolvem esforços coletivos, não só dos profissionais, mas também do usuários e da sociedade civil organizada. Expectativas de resolução de problemas, no âmbito do setor saúde, quando essa resolução exigiria articulação intersetorial, frustram alguns profissionais e os leva ao desencanto.

No cotidiano do processo de trabalho, vivências e concepções se inter-relacionam gerando dicotomias tais como teoria x prática, saberes dos profissionais dos serviços x demais saberes, planejamento x execução, como expressam as falas a seguir:

Tem que ter espaço para discussão, para planejamento, mas sem perder de vista nunca de que o tempo do ser humano, ele é um tempo real [...] se a gente trabalha com uma comunidade, [...] e, as questões que a comunidade demanda para resolução, elas tem que na medida do possível serem encaminhadas, porque a gente, principalmente nós, supervisores locais, que estamos no serviço, eu não sei mas eu acho que a gente tem assim, a gente tem uma questão privilegiada no sentido de perceber mais concretamente as fragilidades da população, as necessidades da população [...]. (E4S)

E a gente não pode esquecer isso porque as vezes quando a gente entende que é necessário momentos privilegiados para a discussão, para planejar, a gente perde um pouco de vista a realidade concreta da população. (E4S)

Essa ponderação parece querer dizer que é preciso primeiro atender o urgente que é a doença e depois planejar e discutir – cria-se uma dicotomia entre o fazer e o pensar, entre o curativo e o preventivo, como se ambos não pudessem conviver, e são concepções como essa que a política de educação permanente pode ajudar a modificar. Fazer planejamento e dar conta do serviço ao mesmo tempo parece ambição impossível de realizar, parece que planejamento é atividade paralela, sem relação com o serviço.

Mas a fala a seguir mostra como, contraditoriamente, o próprio profissional se encontra em um grande dilema, de seguir a norma, a prescrição, fazendo planejamento, articulando teoria e prática, e lidar com a urgência da atenção imediata imposta pela realidade dos serviços.

[...] Então, assim, nós temos que tentar perceber em minimizar a questão da lacuna entre a teoria e a prática, sabe? [...] quando os residentes reclamam que a demanda é enorme e que ela nos sufoca, que ela não permite às vezes que a gente consiga planejar, ela é real e, ela nos sufoca mesmo, mas nós estamos no serviço, então, ela nos sufoca mesmo [...]. Então, eu fico imaginando como é que estes profissionais podem resolver a questão do planejamento e ainda dar conta do serviço mesmo. (E4S)

Observa-se que no trabalho em saúde, a todo o momento surgem novas demandas que fazem muitas vezes que um profissional “abandone” o que está fazendo para resolver aquilo que ele considera mais urgente, seja relacionado à atenção direta ao usuário, seja relacionado compromissos estabelecidos com a equipe de saúde. Essa realidade dificulta o planejamento das ações e a própria execução do que é planejado, contribui para reforçar a prática do “apagar incêndios” e a atenção à demanda espontânea, e coloca o profissional constantemente diante de situações novas que ele tem que gerir.

Diversas abordagens de planejamento já foram experimentadas nas Unidades de Saúde do município onde o estudo se realizou, e uma metodologia simplificada de planejamento estratégico situacional foi utilizada durante todo o período do Curso de

Residência, o que significa dizer que o tema planejamento estratégico não era uma novidade para a equipe local. Entretanto, persiste a dificuldade de utilizar o planejamento como ferramenta de gestão do cotidiano do trabalho, ele ainda se configura como algo apenas normativo, distante da prática, “sem vida”. Contribui para isso, entre outros, a falta de continuidade de processos de planejamento que são iniciados, bem como a falta de espaços instituídos para planejar, elementos esses relacionados a gestão do trabalho em saúde.

A realidade de dificuldades dos serviços de saúde contribuindo para manutenção do processo de trabalho tradicional e bloqueando as iniciativas de quem quer mudar é ilustrada pelas falas de um dos sujeitos da pesquisa. Percebe-se, no contexto da residência, a distância que havia entre a equipe local da Unidade de Saúde e a equipe de residentes. As falas revelam também como se mantém a dificuldade de efetivar um trabalho em equipe após a conclusão do curso de residência.

[...] A equipe já tem uma organização própria, pra mim foi difícil me inserir naquela organização [...] principalmente com a equipe de enfermagem. Foram dois anos e eu não me sentia integrado, a equipe técnica trabalhava completamente separada do trabalho que eu estava desenvolvendo. [...]. Elas chegam, têm as suas atividades e assim, suas atividades fragmentadas, que eu não consegui em nenhum momento, mostrar que não eram fragmentadas, que era um mesmo trabalho. Não, elas chegavam, iam pra vacina, pra sala de curativo e assim vai, ninguém se comunica bem dentro da equipe, eu acho. E muitas divergências entre a própria equipe técnica, aquela coisa do trabalho, isso aqui é meu, isso aqui é teu, não é nosso, é teu ou é meu. Então pra mim foi muito difícil. [...]. E muitas vezes a minha frustração era que, vamos tentar um outro caminho, porque esse não funciona há anos, mas eu não sou enfermeiro do posto, no máximo o que posso fazer é dar uma sugestão. Eu não podia agir assim, de uma forma mais direta. Eu fiquei muito frustrado em muitos momentos. E acho também que a própria enfermagem dentro desse posto de saúde era confusa, aí confundia mais ainda. Mas ainda bem que teve [trabalho com os] Agentes Comunitários de Saúde que foi muito legal. (E8E)

[...] Eu voltando agora para o [trabalho] estou estranhando horrores, porque a gente vem da equipe de residência, que se tem um espaço em que todo mundo está discutindo aquilo, está estimulado para fazer aquilo, e tu entras numa instituição e trabalha com profissionais que já não tem esse estímulo, que já não acreditam muito numa melhora da saúde, da instituição, e que são desanimados, não se motivam, não tem essa motivação. (E8E)

Esta última colocação entra em contradição com o que o mesmo sujeito disse quando falava da sua concepção de interdisciplinaridade. Na discussão anterior ele acreditava que bastava ele desejar que, aos poucos, ele provocaria a atitude interdisciplinar nos seus colegas de trabalho. E depois, quando ele fala da vivência do cotidiano, é perceptível a distância entre o real e o prescrito.

A dificuldade de inserção numa instituição que já tem sua organização, história e cultura próprias, faz acreditar que o problema é a resistência das pessoas que já estão lá inseridas há mais tempo. Mas são profissionais que como nós tem as suas razões para seguir os caminhos que seguem, e sem uma gestão conjunta fica difícil viabilizar projetos comuns. Lidar com essa situação, tanto os coletivos quanto os gestores, é importante para não bloquear iniciativas.

Pra mim era difícil não ter autonomia para resolver coisas e acho que alguns residentes sentiram isso também. E aí o que acabou acontecendo, que eu acho, em alguns momentos, os residentes pararam, porque não tinham autonomia quando precisavam. Em algumas coisas, não conseguiam resolver, não conseguiam andar pra frente e aí começou a andar pra traz, porque não sabia mais por onde ir. (E8E)

Por outro lado, percebe-se que os contextos influenciam de maneira diferenciada a percepção das pessoas, associado às experiências e à história de vida de cada um. A falta de um modelo de como vivenciar a interdisciplinaridade, considerado dificultador para alguns, é considerado por outros como facilitador:

Mas, ao mesmo tempo que faltou, [...], foi essa mesma falta que fez com que a gente crescesse. [...], essa mesma necessidade que a gente teve que suprir, que fez com que a gente crescesse. Fez com que a gente aprendesse mais de como ver, entender a visão do outro, de como trabalhar em comum. Talvez, se tivesse uma coisa já prontinha facilitasse a dinâmica do trabalho, mas não ia facilitar a compreensão do trabalho. (E14M)

7.2.1 O núcleo e o campo de competências em mutação

A mutação permanente do núcleo e do campo de competências no trabalho em saúde vai articulando e rearticulando de alguma maneira a multiprofissionalidade, redefinindo competências, lugares, autonomias e conformando o coletivo de trabalho. Esse processo pode ser incentivado ou bloqueado pela gestão do trabalho nas instituições, fortalecendo ou dificultando o desenvolvimento pessoal e coletivo, bem como o trabalho em equipe multiprofissional e as possibilidades de construção de um projeto interdisciplinar.

Esse processo de mutação, na experiência vivida na atenção básica de saúde, parece ocorrer de maneira diferenciada entre as distintas profissões, a depender da história de inserção de cada uma nesse meio, e vai configurar modos distintos de aprendizagem. O desenvolvimento do núcleo de competências aparece como fundamental para o exercício da interdisciplinaridade para algumas profissões, enquanto que para outras o mais importante é o desenvolvimento do campo de competências, ambos sempre sofrendo as influências do contexto político-institucional, que pode ser mais ou menos favorável. O trabalho multiprofissional e interdisciplinar concretiza-se então nessa relação dialética entre desenvolvimento do núcleo e do campo de saberes e práticas, onde competências se desenvolvem em função das necessidades e possibilidades do momento, e podem ser impulsionadas pela vontade consciente dos sujeitos.

A dificuldade de desenvolvimento do núcleo, limitando o desenvolvimento de competências e dessa forma interferindo na capacidade do profissional de atuar interdisciplinarmente, é explicitada a seguir, na fala de um enfermeiro:

É bem complicado, isso é uma coisa que eu coloquei na minha avaliação da enfermagem, porque assim, na prática, enquanto enfermeiro, eu não fiz consulta nem de puericultura nem de pré-natal. Poucas eu fiz nas interconsultas com os residentes. Se não fosse isso não teria feito. O que é um furo na verdade. [...] E a questão específica para enfermagem seria fundamental [...] e no sentido da interdisciplinaridade é importante eu fazer a puericultura porque eu vou estar interdisciplinarmente atendendo junto com as outras pessoas que estão fazendo puericultura. Aí assim, eu não fazendo e não aprendendo isso, eu não posso trocar com outro profissional, porque eu não sei identificar as coisas ainda, porque não desenvolvi isso. (E8E)

Por outro lado, na fala de um médico, aparece a troca de diferentes olhares sobre uma mesma pessoa que precisa de cuidados, fazendo desenvolver o campo que por sua vez redesenha o seu núcleo de competências:

Daí teve uma paciente que eu comecei a atender, que era uma paciente muito ansiosa, que tinha certas dificuldades, então aí eu comecei a discutir esse caso com o psicólogo da nossa equipe, e [...], eu comecei a aprender muito com ele. [...]. Estávamos nós dois lá, eu estava tendo a minha visão, o psicólogo estava tendo a dele. Não era eu que depois contava, podia ter deixado escapar alguma coisa. Mas não, ele estava ali na hora. E aí depois a gente discutiu junto também aquilo, e eu aprendi muito, eu vi coisas que eu não conseguiria ter visto se eu estivesse sozinho. (E10M)

Continuando, o mesmo profissional relata que essa experiência ampliou a sua capacidade de resolver problemas, o que leva a interrogar se isso seria um resultado da interdisciplinaridade.

Isso influenciou na minha prática [...] aumentando a resolutividade [...]. A partir disso que a gente viu ali, é um direcionamento para a resolução do caso. Mas depois, também, [...], eu agreguei esse conhecimento para a minha prática, porque, a partir disso, vão acontecendo casos semelhantes e eu vou vendo que eu posso usar esse conhecimento depois, também. Eu acho que na prática, o que acontece? Que a gente vai conhecendo outras coisas, outras especificidades mesmo das outras áreas, e a gente mesmo estando sozinho, a gente vai lembrar daquilo lá, vai ter agregado esse conhecimento para a nossa prática, a gente já vai ter ampliado. (E10M)

Pode-se pensar que o trabalho multiprofissional amplia as competências ou isso acontece quando se efetiva a interdisciplinaridade? Ou a ampliação de competências é uma condição para haver interdisciplinaridade, onde o sujeito rompe com os limites de sua própria profissão para concretizar a ação conjunta com outras?

No caso da profissão médica, o reconhecimento do não-saber e dos limites da sua própria formação para lidar com a complexidade da atenção à saúde pode ser fator

motivador da busca pela ampliação de competências pela via da experiência multiprofissional.

No início as dificuldades são maiores, não se era acostumado a trabalhar assim, os médicos são formados para serem os que sabem tudo do paciente, depois vai se moldando. Eu não sei, eu não consigo fazer essa auto-análise, assim, do meu trabalho. Mas provavelmente eu tive dificuldades porque eu não era acostumado a trabalhar assim. E a gente, os médicos são formados para serem os que sabem tudo sobre a saúde do paciente. Então, tu começas a trabalhar em conjunto, até tu perceberes que aquilo que tu sabes é muito pouco, que tem muitas outras contribuições que tu podes dar para o paciente, não só a questão do que os outros sabem, mas a forma de como tu vê a saúde, não só aquela coisa mecanicista assim. Tem uma certa adaptação até chegar a isso, mas não é uma dificuldade muito grande. (E14M)

A trajetória distinta de cada profissão também pode ser exemplificada na fala a seguir, que mostra como, no contexto da atenção básica, era fundamental desenvolver o campo de competências em saúde e como, dessa forma, a renormalização acontece no próprio núcleo profissional. O interesse central dos farmacêuticos não era desenvolver a competência específica na residência, mas aprender aquilo considerado fundamental para atuar na estratégia de saúde da família, comum a todas as profissões, e que a formação na graduação não propiciou.

A gente tinha o interesse de [...] construir dentro da residência o outro saber, [...] que é o mais forte, que é a construção de uma ação ou das atividades de forma coletiva, com os outros profissionais de saúde, é você aprender a fazer uma visita domiciliar, é você aprender a fazer um grupo de promoção à saúde dentro do centro de saúde como na comunidade. (E13F)

A dimensão de aprendizagem, que pode ser considerada rica aprendizagem, é presente em todas as falas, o tempo todo, mas com menor intensidade na profissão médica. Mas todos os sujeitos manifestam preocupação com a ampliação da

competência profissional.

Interessante que para uma profissão como a farmácia, segundo relatado pelos profissionais, apesar do foco ter sido o desenvolvimento do campo de competências, houve avanço em torno de 95% do núcleo específico, que se consolidou, e também no trabalho em equipe, porque eram duas coisas novas para eles, que se constituíam em dois desafios: criar um serviço de assistência farmacêutica e trabalhar em equipe multiprofissional na assistência.

Os profissionais médicos, por outro lado, são unânimes em afirmar que a experiência em residência multiprofissional não desenvolveu o seu núcleo específico, o que parece ser uma contradição. O que eles querem dizer com isso é que não houve a aprendizagem esperada com relação ao exercício da clínica médica, no que concerne ao diagnóstico e tratamento de patologias, por exemplo, como se o olhar e técnicas de intervenção apreendidas e aprendidas por eles, de outras profissões, não contribuíssem para o desenvolvimento da clínica.

Essas considerações servem também para refletir sobre o conteúdo da fala de um profissional da odontologia, que diz não ter focado no específico durante a residência porque queria buscar conhecimentos que para ele “eram inéditos”, tais como trabalhar com grupos e fazer visitas domiciliares.

E a outra frente era nestas outras atividades que não eram específicas também, que aí o aprendizado seria maior ainda porque era praticamente zero para nós, apesar de a gente ter a vontade, ter o entendimento, a gente, assim, em termos de instrumento, método, a gente não sabia muita coisa, isto quando eu digo na questão geral, específico também, a gente tinha muito que aprender, mas pelo menos era a nossa área, mesmo quando a gente não via como algo fácil. (E5S)

Eu acho que teve um crescimento, um entendimento um pouco melhor do que é interdisciplinaridade, mas eu saí inseguro, eu me vejo numa situação de debate sobre saúde bucal, sobre programação, sobre o que fazer agora com essa política nacional de saúde bucal, eu não me sinto forte ainda pra discutir, ainda tenho dificuldade. Eu continuo ainda no amplo, nos conceitos amplos, ainda não consegui descer pro específico, pro micro nos processos de trabalho. (E1D)

As experiências reforçam que campo e núcleo se interinfluenciam, têm limites imprecisos e estão em mutação.

Há uma polêmica, já mencionada anteriormente, principalmente entre os médicos, se o curso de residência deveria formar um sanitarista ou um bom clínico, polêmica esta que está no bojo deste debate entre campo e núcleo e diretamente relacionada à compreensão do que seja a atenção à saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. Prestar o cuidado à saúde das pessoas envolve não só os conhecimentos da clínica, mas também os relacionados à gestão do cotidiano dos serviços, do controle social, das políticas sociais, entre outros, fundamentais para que o profissional possa realizar um cuidado integral, em articulação intersetorial.

No contexto da residência, os profissionais de maneira geral pareciam realmente confusos, sem saber como se mover entre os limites imprecisos do campo e do núcleo de competências e de responsabilidade pelo cuidado em saúde.

A dicotomia campo x núcleo aparece claramente na fala a seguir:

Por que a gente, às vezes, ficava meio vago assim o que se queria de interdisciplinaridade. Por que parecia que ficava meio uma balança assim, de um lado tu querias a interdisciplinaridade, mas, do outro lado tu precisavas que as profissões se fortalecessem, tivessem a competência profissional específica. Parece que eram coisas antagônicas no início da residência. Até no decorrer dela. Por que ou tu fazias um trabalho interdisciplinar ou tu eras bom na tua profissão de origem. [Buscava-se] formas de se fazer esse trabalho interdisciplinar, e então, se esquecia que tu tinhas que trabalhar como enfermeiro, as atividades específicas dele, esquecia que com o psicólogo tu tinhas que trabalhar, sei lá, a psicoterapia em grupo. O médico, tu tinhas que exercitar o diagnóstico, a terapêutica. (E14M)

O limite também é que a própria dificuldade de se trabalhar de forma interdisciplinar fez com que houvesse, tanto no curso quanto o trabalho na unidade de saúde, essa questão de achar que pelo fato de ser interdisciplinar, as pessoas, ou as categorias, perderam um pouco geograficamente a sua identidade. Tiveram momentos em que ou se agia pensando a sua atividade no próprio campo de trabalho, ou então não se fazia nada e se esperava para fazer tudo no coletivo. Achando que tudo teria de ser resolvido assim, que o fato de um desenvolver uma ação seria errado, teria de esperar para ver se os outros concordavam ou não. Essa questão de trabalhar interdisciplinarmente, mas de não perder a perspectiva da própria ação, é uma dificuldade, e foi também para os supervisores no curso, do próprio processo da residência [...]. (E6S)

Contribui também para o conflito entre campo e núcleo de competência e de responsabilidade a atuação corporativa das profissões de saúde. Tanto é que uma das recomendações da avaliação da implantação do Programa de Saúde da Família foi de “estabelecer processo de negociação com as corporações médica e de enfermagem para construir consenso sobre os campos de exercício profissional de forma a ampliar as áreas de atuação de enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS”. (BRASIL, 2002, p.213).

7.2.2 A multiprofissionalidade no trabalho em equipe

Como a residência, reunindo sete profissões diferentes, era uma experiência nova, perseguindo o objetivo grandioso de operacionalizar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, mas sem um modelo pronto de como atuar tanto teórico quanto prático, parecia natural que no início do processo residentes e supervisores oscilassem de um extremo a outro no desenvolvimento das ações de saúde, ou faziam tudo juntos ou faziam sós, ou fortaleciam o conhecimento específico ou fortaleciam o campo de conhecimento.

A observação participante permitiu visualizar que toda a equipe planejava e executava ações em conjunto quando estas eram voltadas para a coletividade ou implicavam em trabalho fora da unidade de saúde, tais como visitas domiciliares, grupos de educação em saúde e elaboração do plano de ação, que contemplava prioritariamente as ações de caráter coletivo. Nas atividades de atenção aos indivíduos e às famílias, trabalhavam em geral isoladamente, cada um cuidando, por exemplo, daquele “pedaço do ser humano” que era objeto de sua categoria profissional, através dos atendimentos clínicos individuais.

No decorrer do curso essa situação timidamente foi se modificando, com a instituição da inter-consulta como espaço da clínica em equipe, mas a lógica anterior ainda prevalecia. Os Momentos de Integração – MI criados para impulsionar a elaboração de planos terapêuticos em equipe e a intervenção conjunta também tiveram seus limites.

A fragilidade do núcleo de competência profissional é sempre presente e por

vezes parecia justificar o mergulho no trabalho em equipe, com predomínio das ações para a coletividade.

E uma limitação foi não fortalecer o específico, o todos fazendo tudo acho que isso foi demais até. [...] todo mundo junto, parecia até uma ciranda, todo mundo de mãos dadas, todo mundo junto fazendo tudo, isso eu acho que foi uma limitação [...] embora serviu pra gente perceber [...] que não era por aí [...] todo mundo tem que fazer tudo. (E1D)

A inter não acontecia no tratar a doença, a reabilitação, etc, no traçar um plano terapêutico em comum, só nas atividades coletivas. Os MI que eram para isso não deram muito certo [...]. (E13F)

E aí eu fico pensando, até que ponto eu não fiquei nesse papel de passivo, de ser convidado para discutir um processo terapêutico, alguma coisa assim. Hoje eu fico pensando. Será que também eu não tinha um pouco de medo, já que eu não tinha muitos conhecimentos a respeito da terapia [...]. Até que ponto eu também não fiquei meio com o pé atrás, então assumi essa postura de esperar que os outros venham me chamar. (E13F)

Alguns fatores contribuíaam como limitadores para que os profissionais não compartilhassem os seus saberes com outros no trabalho em equipe, segundo os sujeitos da pesquisa, tais como a não valorização por eles próprios do seu trabalho, dificuldades pessoais, timidez, imaturidade, medo de errar, disputas de poder, desconhecimento do seu papel profissional para trabalhar de forma interdisciplinar, entre outros.

Como ele vai poder atuar de forma interdisciplinar se ele não sabe nem no que ele pode contribuir [...] e isso em alguns residentes estava muito precário. [...] Então, essa imaturidade profissional teve que ser um pouco mais acolhida para daí eles poderem trabalhar de forma mais interdisciplinar, por que a maioria não tinha experiência profissional, e até de conteúdo mesmo [profissional]. Como eles achavam que inter era ter um discurso comum, falar a mesma linguagem, a especificidade ficava completamente de fora, tanto que muitos tiveram até uma crise de identidade, assim, então, o que eu sou? Eu sou só um sanitarista, não sou mais psicólogo, não sou mais médico, não sou mais enfermeiro? [...] Então, parece que se seduziram por um discurso comum e esqueceram a parte específica. Que eram as suas fragilidades. Então, eu acho que também nessas atividades em que esse discurso era mais universal, também se

deveria ter puxado um pouco mais a questão específica e talvez ficasse um pouco mais clara a identidade deles e o papel deles dentro desse trabalho. Então, ao mesmo tempo que era interessante a forma como a gente lidava com essas ações, também a gente se perdia. (E11S)

A formação na graduação também atua como limitador da articulação multiprofissional. Os profissionais desconhecem as demais profissões, sua importância e seus respectivos papéis dentro da equipe de saúde e isso vai ter reflexos no trabalho coletivo. Entretanto, apesar dos limites, a atitude de abertura para a aprendizagem pode provocar mudanças.

Precisava ter um contato prévio na verdade, não se formar e dar de cara com esse profissional no teu local de trabalho. [...] Essa dificuldade de entender os papéis, a disputa de poder, a dificuldade de reconhecer a importância do saber do outro, porque o médico é o Deus, então há uma hierarquia, né. A enfermeira abaixo do médico, a nutricionista só fala de comida, o psicólogo é pra conversar. (E1D)

Ter trabalhado dessa forma com os vários profissionais foi um crescimento pra mim, acho que muito mais pra minha vida pessoal até, poder enxergar outras profissões, conviver, as vezes a gente tem, eu tinha, um certo ranço em relação a algumas profissões, algumas idéias, meio que, ham, esnobe, ham, sabe, e daí você vai conviver com eles e você vê, não, há profissionais que são assim, não é a profissão, é a pessoa [...]. (E12N)

Os profissionais procuram entender e explicar porque escolhiam manter para si aquilo que pertencia ao seu núcleo de competência profissional:

E não sei até que ponto que a equipe sabia que aquilo era importante para o bom desenvolvimento das atividades de saúde daquela comunidade [...]. Porque de repente elas não sabiam, um, porque eu não trazia, não pautava aquilo. Não sei por que, não sei se era porque eu não queira socializar aquilo com eles, ou se eu não achava que aquilo para eles era importante, [...] ou se os momentos que a gente estava juntos, reunidos, sempre tinha mil coisas para discutir, então não ia trazer uma coisa que era minha para

discussão com o grande grupo. Eu percebi isso no meu trabalho de conclusão de curso, então tinha coisas que de repente eu fazia ali, que passaram dois anos que os meus colegas não tinham a noção de como aquilo era trabalhoso, de como aquilo era importante para a equipe. Então eu acho que o que dificultou o trabalho em equipe foi isso, a partir do momento que você ia para fazer as suas coisas você ficava nas suas coisas. Pouco daquilo ia para as discussões coletivas, ou refletia no trabalho do grande grupo. (E13F)

Acho que a prática reflete aquilo que a gente aprende na graduação, é assim que a gente aprende, então não tem como ser diferente, mesmo que tu faça uma formação depois. (E1D)

No processo de aprendizagem, elementos dificultadores e facilitadores se transformam e se transmutam. O medo da invasão dos núcleos de competência parece estar presente nas reflexões dos sujeitos da pesquisa, que também revelam limites e possibilidades para a troca de saberes e para concretizar a ação interdisciplinar. A questão do poder médico é sempre presente, bem como a dificuldade das demais profissões de saúde de lidar com essa problemática.

A dificuldade de cada um estar passando para o outro a sua área específica. Até a discussão de casos, muitas vezes. Uns ficavam envergonhados de colocar, de repente errar. A gente sentia isso às vezes. Isso é normal. Foi bem gradativo. No início, todo mundo se conhecendo. Tudo novo. Estar aqui, eles se conhecerem. Aos poucos, foram se soltando. No final, a necessidade de estarem querendo cada vez mais sabendo da outra área. Isso é interessante. Foi um crescimento. (E7S)

Por que alguns ficavam com vergonha? Por não terem mesmo aquele conhecimento todo, a experiência, às vezes, alguma fundamentação. Para provar para as pessoas, você tem de ter argumento. E tinha pessoas que sabiam, mas não argumentavam. Então a gente via uns poderzinhos. Uma vez, tivemos uma discussão por causa de vacina. Então, a Medicina é como se colocasse o ponto final: não, é assim. No entanto, era diferente. A discussão deveria ter se prorrogado. Vamos conversar melhor, pensar melhor essa questão da imunização, que foi um caso bem polêmico. Mas a gente via a resistência da Medicina com a Enfermagem, com a Psicologia. (E7S)

Eu acho que a gente trabalha em equipe muito bem, mas devemos tomar

cuidado de não exagerar. Cada um tem a sua função dentro da equipe. É um trabalho interdisciplinar, mas cada um tem a sua especificidade. Eu acho isso muito importante. Eu reclamei muito disso nestes dois anos e eu sei que muita gente não gostou. (E15M)

Ao mesmo tempo, o espaço do trabalho em equipe é de descoberta de potencialidades e das competências próprias de cada profissional e dos demais, das diversas profissões. O trabalho coletivo permite a troca e ampliação de saberes. A atitude de se permitir aprender, valorizar o saber do outro e reconhecer os diferentes saberes como comensuráveis potencializa a aprendizagem.

Acho que eu aprendi a trabalhar em equipe. De poder escutar e conhecer outras [profissões] da saúde. Eu tinha até um preconceito em relação à medicina, à enfermagem, à farmácia, mesmo eu nem sabia direito o que faziam. Sabia que era comércio mesmo de medicamentos [...]. Mesmo odonto, tinha preconceito. Pelo que a gente conhece por aí, de comum. Eu vi que tem outras possibilidades de trabalho nestas [profissões]. (E16P)

Eu me senti muito bem, muito a vontade porque era uma coisa natural, que eu já exercia antes. Eu sou e sempre fui aberto a opiniões de qualquer pessoa, independente se ela tem formação de nível superior ou não. Então o meu contato com as auxiliares de enfermagem é muito bom e eu aprendi muito com elas. Com relação a muitas coisas, procedimentos, e explicava o que eu tava fazendo. [Ele exemplifica:] Berne, eu tinha uma dificuldade enorme. Daí chegou a auxiliar de enfermagem e disse claro, isso é berne, estou vendo, você quer, eu tiro pra ti, e tirou. Eu não conseguia fazer aquilo. Eu achei bárbaro, agradei de monte. Ela já tem uma experiência enorme, trabalha ali há vinte anos, está cansada de fazer aquilo e deu um banho, fazia muito melhor do que eu. (E15M)

A fala anterior faz lembrar e refletir sobre como a profissão médica historicamente se apropria de saberes e depois impõe às demais profissões como sendo saberes do seu domínio exclusivo.

Como não poderia deixar de ser, a vivência da interdisciplinaridade tem como

referência o trabalho coletivo, seja no espaço da equipe ou não, mas o trabalho em equipe é o que se sobressai, por corresponder ao que está prescrito e por se constituir de fato no espaço privilegiado para atuação multiprofissional.

Como já mencionado anteriormente, os espaços privilegiados para articulação do trabalho multiprofissional durante o curso de residência eram os Momentos de Integração – MI e as Inter-consultas. A utilização desses espaços é avaliada de forma diferenciada pelos profissionais, é marcada por contradições e expressa o paradoxo que é a vivência da interdisciplinaridade.

Todos os dias a gente fazia MI, então todo mundo trazia o que atendeu e o que não atendeu, e mesmo os trabalhos coletivos, na comunidade e de grupos, e a partir dali, a gente discutindo o que tinha acontecido é que a gente marcava então a inter-consulta. Fazia a interconsulta e depois discutia o caso entre os que participaram da consulta e entre o grupo, porque na verdade o grupo todo está trabalhando a comunidade e é importante para ele saber o que está acontecendo. E aí todo mundo dá a sua sugestão. Aí a gente marca uma outra consulta com outro profissional, ou não, mantém a interconsulta mais de uma vez até, teve casos da gente acompanhar o caso todo com interconsultas, cada um contribuindo um pouco. E fundamental também, além desse trabalho que eu acho com uma qualidade melhor, mais resolutivo, de estar aprendendo com o outro assim, de ver detalhes que pela tua especialidade, formação acaba não vendo, pela formação que a gente teve direciona para algumas coisas e outros profissionais estando contigo ele acaba te abrindo os olhos para outras coisas que a gente não consegue perceber. (E8E)

O MI foi maravilhoso, um espaço muito importante, as consultas interdisciplinares, eu fiz poucas, umas não foram boas, mas eu ainda avalio como um espaço de disputa, vamos ver quem domina a consulta, vamos ver quem conduz, então eu achei que também não foi muito legal. Acho que a gente não soube fazer, acho que faltou até essa avaliação da equipe interdisciplinar, mas eu acho que a gente não soube conduzir direito uma disputa de espaço ali entre os profissionais. (E1D)

Os Momentos de Integração eram espaços importantes de decisão, mas por vezes, a tomada de decisão acontecia no corredor e envolvia os profissionais relacionados ao problema enfrentado, segundo a ótica do profissional responsável. Este decidia quais seriam os saberes a serem convocados. E aí, mais uma vez, a dúvida

se apresentava, nas dramáticas do uso de si. Às vezes surgiam dificuldades em decidir sobre a melhor conduta no atendimento de uma família ou de um usuário.

A gente as vezes não sabia se tinha que ser mais inter ou mais específico e tinha que decidir o que era mais importante. (E3M)

Quando uma pessoa, ou um de nós residentes decidia que era o momento, sei lá, de fazer, exigir, ou entrar com a medicação, e o outro dizia não, é melhor dar mais um tempinho, e aí, claro, as vezes, as conseqüências de ter entrado ou não com alguma ação, depois eram retornadas para aquela pessoa que fez a ação dizendo: eu te avisei, era para ter feito assim. Mas teria acontecido, mesmo que fossem da mesma [profissão], eu acho faz parte. (E3M)

O que predominava, segundo os sujeitos da pesquisa, era a dificuldade de efetivar a comunicação e concretizar um projeto conjunto na clínica, esta última explicada como sendo resultado da formação, mas que faz parte do processo e pode ser enfrentada.

A gente aprendeu a acreditar na onipotência, que a gente sozinho consegue resolver as coisas, com um olhar só. A gente está viciado nisso. Eu vejo que alguns cursos são mais do que outros assim. Eu tendo a ver tudo pelo psi, pelo social, e as vezes eu viajo nisso e nem ouço o que a pessoa ta falando do biológico dela, do seu corpo. E a odonto, mesmo, difícilimo a gente trocar. Mas as vezes, quando a gente percebe que é importante, a gente começa a abusar. Quando a gente via que dava certo ia tentar de novo. Mas enquanto não tentava, ficava cada um na sua. As vezes a gente via a medicina, quantos casos ela segurou sozinha, sem dizer pra gente, que a gente poderia ter atuado desde o início, que teve conseqüências, que a gente podia ter atuado antes e o caso podia ter ficado pior. Só que é o que todo mundo faz, ainda mais o médico que tem essa, de que tem que resolver tudo. O problema é que a gente [acha que] a demanda da psicologia é dá psicologia, como se a pessoa fosse tua. E a gente não consegue repartir. Mas houve sim muita interdisciplinaridade, eu percebi. Não foi o tempo inteiro. Não é o fato da gente ir lá e discutir o caso. Em outros momentos, as vezes no corredor, as vezes com a medicina também a gente conseguiu trocar algumas coisas. (E16P)

A interdisciplinaridade, no atendimento clínico, segundo um dos sujeitos da pesquisa, poderia acontecer no cuidado de um indivíduo com uma determinada patologia, quando mais de uma profissão atuasse na sua resolução, identificando os diversos fatores relacionados aquela patologia que poderiam estar agravando o quadro clínico da pessoa cuidada e definindo cuidados conjuntos, de acordo com as competências de cada profissão, conforme o exemplo a seguir:

[...] a questão do cuidado de uma determinada doença. Então estava lá eu na farmácia atendendo um portador de hipertensão, que eu percebia que estava sendo atendido por outro médico da residência, aí você vê que essa pessoa, há três meses, por exemplo, de acompanhamento, não vem conseguindo diminuir a pressão dela, mas ela está tomando já vários medicamentos, já tinha que estar melhor. Aí você entra a fundo nessa questão, você percebe que ela é analfabeta, e ninguém tinha percebido ainda antes, e aí você procura dar um suporte para aquela pessoa. Nossa, por que ninguém me chamou para ir junto intervir nessa situação? Por que o médico não achou que a farmácia poderia ajudar nessa questão? Ou por que ele não trouxe para o coletivo, para o coletivo junto achar alguma solução, então? Eu acho que na questão clínica do atendimento a patologias, doenças mesmo, isso não acontecia da forma que eu esperava que fosse acontecer, de você ter o trabalho em equipe e daí pensar na interdisciplinaridade. Não acontecia nessa questão do tratar a doença, da reabilitação, essas coisas. (E13F)

Mas a integração multiprofissional também era ameaçada pela dificuldade de estabelecer um projeto comum, cuja construção passaria por um processo de planejamento coletivo. Mais uma vez a questão do planejamento surge como instrumento articulador da multiprofissionalidade. É de se pensar que, se os profissionais tinham dificuldade de pensar a inserção do seu núcleo profissional num projeto coletivo, como parece ser demonstrado pela fala a seguir, isso reduzia ainda mais as chances de investimento num processo de planejamento da equipe.

A gente não sentava pra planejar, era meio que engolido pela demanda, se não fosse [supervisor chamar], vamos sentar aqui, vamos rever o planejamento, eu acho que a gente não tinha feito a metade. Também tem muito isso, cuidado que os supervisores têm que ter conosco, porque a gente se perde fácil. (E12N)

E [no plano de ação] tu podes ver, não tinha uma ação [profissional específica]. Eu podia ter feito isso, não fiz por medo, talvez por que não tivesse alguém que me cobrasse o trabalho, alguém puxando na minha orelha um trabalho melhor, mas a gente tentou um pouco. O trabalho que a gente teve, foi legal, mas poderia ter se dado mais. Acho que a gente poderia ter feito outras ações que a nutrição fosse o carro chefe a aí o grupo estivesse junto. (E12N)

Mais uma vez evidencia-se a importância dos supervisores como facilitadores do processo de formação permanente e de estarem bem preparados para contribuir no desenvolvimento do campo e do núcleo de competências e de responsabilidade, um dos elementos-chave para enfrentamento da complexidade do processo saúde-doença.

Aparecem claramente diferenças entre equipe de residentes e equipes das unidades de saúde no tocante a articulação dos profissionais e ao exercício da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade.

[...] Mas outra coisa que também é bem importante é que a gente estudou interdisciplinaridade, a gente estudou mesmo, foi atrás de textos, de bibliografia, pra saber o que se estava fazendo, o que se estava discutindo sobre isso. Pra nós, da residência, foi importante, até porque a residência era um espaço de estudo [...]. Tinha essa vantagem de poder, na verdade, estudar, coisa que não acontece muitas vezes no dia a dia de um profissional, realmente tem que estar estimulado pra isso. (E8E)

A interdisciplinaridade acontecia, segundo os sujeitos da pesquisa, nos momentos de planejamento, nos atendimentos conjuntos e quando trocavam saberes para os atendimentos profissionais específicos. Caracterizava-se pelo estabelecimento de um plano terapêutico comum, pela atitude dos profissionais em trocar saberes, pela liberdade dos profissionais de “invadir” o atendimento do outro e pela liberdade também do usuário em participar das decisões sobre o seu processo terapêutico. Mais uma vez fica claro que a interdisciplinaridade não acontece em todos os momentos.

[...] Os usuários que chegavam até nós [...] se buscava trabalhá-los com todas as profissões. Em um momento era multiprofissional, em outro momento era interdisciplinar. Tinha essa divisão, não tem como não ter, [não tem como] todo mundo fazer todo o trabalho interdisciplinar. Então, em certos momentos era eu, médico, que estava atendendo e que, por exemplo, no pré-natal [...] eu dizia para futura mãe, que mês que vem ela tem que marcar uma consulta e voltar com a enfermeira. Se parasse aí, o trabalho era multiprofissional, mas no momento que ela ia, marcava e na próxima consulta ou mesmo nessa que eu estava fazendo, aquela enfermeira que fazia o pré-natal também podia, tinha liberdade e os pacientes buscavam fazer isso de me chamar dentro do consultório para discutir em conjunto como é que estava a situação [...]. E também no momento que, depois que elas saíam do consultório, eu vou procurar a enfermeira, que também faz o pré-natal, para a gente discutir o caso dela, o trabalho é interdisciplinar. [...] voltando ao exemplo do pré-natal, com essas mesmas pacientes, a gente em conjunto com todas as disciplinas, a gente planejava como que ia ser feito o grupo de gestantes, o trabalho era interdisciplinar. (E14M)

Então eu fico pensando na interdisciplinaridade real quando os saberes, ou as temáticas a serem discutidas, cada profissional detém um e tu consegues perceber a diferença entre um e outro. Agora, nem no planejamento a gente conseguia saber a diferença da discussão dos profissionais ali. Pareciam ser todos iguais. Não sei se tu me entendes. [...]. Então quando tu consegues perceber naquela discussão o [seu papel, como alguém de determinada profissão], aí, que faz a diferença a tua contribuição, o teu olhar, eu acho que a gente está conseguindo, buscando a interdisciplinaridade. E daí se você consegue estabelecer um objetivo. [...]. Eu ainda tenho dúvidas se a gente conseguiu, que tipo de interdisciplinaridade que a gente conseguiu lá na residência. (E13F)

É expresso que não era possível perceber a interdisciplinaridade porque não apareciam as especificidades de cada profissão no trabalho coletivo, todos pareciam iguais. O cenário dessa fala possivelmente são as reuniões de planejamento da equipe, onde eram planejadas principalmente as atividades coletivas, onde toda a equipe se inseria, e as atividades de caráter individual eram feitas isoladamente pelos profissionais, na maioria das vezes sem planejamento, atendendo a demanda espontânea. Estavam presentes dicotomias: individual x coletivo, campo x núcleo. Mas eram situações de trabalho em movimento, a equipe ou as Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes - ECRP que se estabeleciam desenvolviam ações ou

atividades de atenção à saúde, de caráter individual ou coletivo, ora fragmentadas, ora integradas, precedidas de um planejamento coletivo ou não.

Outro elemento que se destaca mais uma vez no debate acerca do trabalho em equipe e sobre as possibilidades de construção da interdisciplinaridade, é o predomínio da direcionalidade da medicina no processo de trabalho em saúde e como o grupo não sabia como lidar com isso. E como essa questão interfere na qualidade da atenção à saúde dos usuários.

Só que havia uma resistência muito grande, eu passei por situações ruins, muito desagradáveis, em tentar interagir com outro profissional, encaminha o paciente pra você com meia dúzia de informações num formulário, poxa, a gente trabalha num mesmo centro de saúde, senta-se à mesa pra tomar café, custa falar comigo, né. E aí, quando você ia dar o feedback você ouvia aquelas palestras assim [...], dava vontade de estrangular o infeliz. [...]. E tu acabavas pegando assim, gestante hipertensa, que deveria estar no grupo, sendo acompanhada, né, hum [...], era acompanhada pelo ginecologista. Por que isso, entende, ah, eu resolvo! Vamos tentar dividir essa responsabilidade, não por nós, mas por aquele ser humano ali, né. (E12N)

Muitas vezes, a discussão parava ali. A Medicina falava, então tá. Por mais que argumentasse, saindo com um denominador comum, virava as costas, e fazia como achava. Não adiantava nada a discussão, o argumento. (E7S)

A frequência com que é mencionado o profissional médico como sendo o grande responsável pela dificuldade de trabalhar interdisciplinarmente provocou a seguinte ponderação no Grupo Focal:

a medicina é o grande vilão da história, mas as ciências humanas também têm dificuldades de inserir o biológico nas suas discussões, tem os seus tabus. [...]. Todo objeto pra mim é complexo quando tu trabalhas com a realidade. Então, exige as várias abordagens. (GF)

Para os médicos, a visão que predomina a respeito do trabalho com outras

profissões, do trabalho em equipe e da interdisciplinaridade, é de ter sido boa experiência de aprendizagem, que permitiu aumentar a resolutividade no cuidado à saúde.

Por que ao mesmo tempo em que tu consegues dar uma resposta melhor para o usuário que chega ali, eu também vou estar aprendendo. Numa interconsulta, por exemplo, acontece isso aí de chegar um usuário lá que precisa, no meu ponto de vista, de uma outra disciplina, de outro profissional para ajudar. [...]. O problema do usuário vai estar sendo trabalhado por alguém que tem mais especificidade naquele problema, ao mesmo tempo que eu vou estar dando a minha visão, que é diferente para o outro profissional, quando aquele profissional fizer a orientação para o usuário eu vou estar aprendendo também. (E14M)

Não lembro de ter tido dificuldade nesse aspecto, de disputa de poder. Acho que não. Acho que a gente sempre discutiu de igual para igual, não teve a questão de um ter mais poder que o outro. E também eu acredito que eu tenha trocado com todos os profissionais de uma forma mais ou menos equivalente. Talvez eu tenha me aproximado mais da psicologia, mas não que tenha deixado alguma [profissão] mais de lado. Não senti dificuldade de abertura e de relacionamento com nenhuma [profissão]. (E10M)

A multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade, segundo os participantes da pesquisa, tendendo a aumentar a resolutividade, aparece em todo o debate, como é exemplificado com a experiência do acolhimento:

Por exemplo, um usuário chega com uma queixa específica que o acolhedor a primeira coisa que ele aconselharia era o médico. Talvez o enfermeiro, só que não tinha na unidade de saúde um médico ou enfermeiro, então, digamos, o psicólogo no acolhimento ia falar com o farmacêutico e aí os dois tinham que ter uma idéia para ver o que eles iam fazer com aquele usuário, que encaminhamento eles iam dar. E eu acho que isso aí aconteceu algumas vezes com diversas profissões, a enfermagem, por exemplo, ou a própria psicologia e a odontologia. [...] Isso aí foi bom, porque daí os profissionais eram colocados a ter que resolver um problema emergente porque a pessoa estava lá esperando. E foi legal porque isso aí forçou a pensar e a trocar idéias e achar uma solução. E muitas vezes se achava. E é legal porque daí tu vêes que várias profissões, às vezes, nessa discussão ou trocando idéias conseguem dar encaminhamentos interessantes, assim, diferentes daqueles que a gente pensa a primeira vez. (GF)

A facilidade é quanto ao tempo de espera da pessoa. Bom, então agora meu problema não é mais com o médico, vamos encaminhar para o Serviço Social, para a Enfermagem, para a Psicologia, para outra [profissão]. E assim vai fragmentando de novo. Então, acho que uma das facilidades é a gente poder estar resolvendo esse problema de uma maneira até mais acolhedora e não precisar fragmentar. E o [usuário], além de se sentir mais acolhido, se sente mais seguro. Então aqui eu vim buscar atendimento, a resolução do meu problema, e aqui eu senti isso. Também entre os profissionais, a busca de conhecimento das diversas [profissões]. (E7S)

Para os sujeitos da pesquisa, o que influenciava predominantemente o processo de tomada de decisão na equipe eram as características pessoais dos indivíduos e as relações que se estabeleciam entre eles, exemplificado nas seguintes falas:

Claro, tinha os que eram mais líderes, se colocavam mais, davam mais opinião, mas no geral acho que as pessoas procuravam se respeitar e prevalecia a palavra do grupo. Tentava-se entrar em acordo, consenso, que era difícil, mas acho que era o que se procurava fazer. Acho que não prevalecia a vontade de um ou de outro. Eu era mais quieto, não falava, ficava mais observando do que falando. Mas ainda assim acho que todo mundo podia se colocar, opinar. (E9E)

Acho que isso atrapalha bastante, a falta de iniciativa de algumas pessoas, até minha, também. O jeito de algumas pessoas, alguns mais autoritários, outros mais sentimentalistas, como eu. Respeitar, as pessoas se respeitavam. A gente procurava conversar. A gente procurava esclarecer as coisas, ser o mais sincero possível. Às vezes, era difícil, como uma vez que aconteceu comigo e com [outro profissional]. Ele disse: Ah, [profissional], é tão difícil falar as coisas pra ti, a gente não sabe como tu vais reagir. A gente não sabe se tu vais reagir de uma forma boa ou não. A gente teve algumas dificuldades, e isso acaba atrapalhando o trabalho. Até que a gente sentou e esclareceu as coisas e acabamos resolvendo. (E9E)

7.2.3 O contexto: limitador e facilitador do exercício da interdisciplinaridade

O contexto, neste momento, é compreendido como tudo aquilo, relatado pelos sujeitos da pesquisa, relacionado à realidade político-institucional e a estrutura do sistema de saúde, envolvendo as políticas de saúde, a organização e a gestão dos

serviços de saúde, e a cultura institucional. Além disso, o contexto corresponde a todos os elementos organizativos e estruturais do curso de residência, tais como a organização e formato das atividades e a supervisão.

Percebe-se que o paradoxo e a contradição se apresentam em todos os lugares. Facilidades e dificuldades novamente se entrecruzam e ora elementos são favoráveis à construção da interdisciplinaridade, ora são desfavoráveis, dependendo dos sujeitos, de onde eles estão inseridos e de como respondem aos desafios do meio.

Uma questão a ser destacada é que as duas Unidades de Saúde às quais estavam vinculados os sujeitos da pesquisa apresentavam territórios, equipes, histórias e inserções sociais distintas. A Unidade A apareceu nos relatos como tendo algumas experiências concretas de práticas de atenção à saúde segundo as diretrizes do Programa de Saúde da Família, em função principalmente da história e características pessoais de alguns de seus profissionais. Na Unidade B essas práticas não teriam se concretizado. Predominava, entretanto, nas duas Unidades, o modelo tradicional curativo de atenção à demanda espontânea.

Os residentes ingressaram nessas Unidades de Saúde tendo como missão realizar a integração com o serviço para em conjunto, no “aprender-fazendo”, construir a estratégia de saúde da família. E essa missão mobilizou esforços, propiciou alegrias e frustrações e muitos desenvolveram estratégias para enfrentar as dificuldades.

É unânime entre os sujeitos da pesquisa que as práticas de atenção à saúde nas Unidades de Saúde não corresponde ao que é preconizado pelo Programa de Saúde da Família. Dessa forma, havia um modelo teórico de como trabalhar, em aprendizagem no curso de residência, e o modelo da experiência concreta era inexistente.

[...] Uma equipe do PSF trabalhando como é previsto eu não conhecia. É, então o que acontecia com os residentes, a gente estudava na prática, entendia, estudava na teoria, entendia na teoria, mas na prática não era o que se apresentava e nós como residentes não conseguíamos implementar isso. (E3M)

Conformaram-se dois modos de trabalhar distintos: o da equipe local e a dos residentes. Distintos, mas articulados, porque no processo, eram interdependentes. A equipe local detinha o conhecimento de como operar o serviço, tinha uma experiência acumulada e a residência, apesar da ameaça do novo que representava para alguns, trazia saberes e uma vontade de aprender-fazendo que ajudava a enfrentar os problemas. Problematizava-se de alguma forma o cotidiano de trabalho que se constituía no cotidiano da formação. Materializava-se, por um lado, a dicotomia ensino-serviço, mas por outro, concretizava-se a troca de saberes necessária entre dois atores institucionais fundamentais para que se efetive a educação permanente em saúde.

A educação permanente, segundo Ceccim (2005, p. 161), traz consigo aportes dos saberes científicos e tecnológicos disponíveis, mas também

insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, - implicando seus agentes -, às práticas organizacionais, - implicando a instituição e/ou setor da saúde -, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, - implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

Os profissionais das equipes locais são percebidos pela maioria dos sujeitos da pesquisa como não tendo condições de construir um novo processo de trabalho, em conformidade com as diretrizes do Programa de Saúde da Família. Essa percepção gerou de alguma maneira uma responsabilização dos residentes em fazer isso acontecer, por parte de profissionais da equipe local, que consideram que os residentes têm condições privilegiadas de trabalho, no sentido de espaço e tempo.

Os trabalhadores do serviço, eles não tem muito esta percepção de que é possível se fazer isto, por acomodação, por desconhecimento, por falta de interesse e, que os residentes eles tinham quase que a obrigação de fazer isto, porque quando se tem o momento privilegiado para que estas discussões aconteçam, por exemplo, discussão de casos mais complexos, [...] isto requer, naturalmente, um encaminhamento mais aprofundado para estas questões em busca da solução. O serviço, por exemplo, ele poderia se interessar em participar [...], apesar de todas estas dificuldades, mas a

gente percebe, realmente assim oh, que os trabalhadores, eles na verdade não é só por falta de tempo, porque existe uma acomodação em cada um. Trabalham dentro só da sua especificidade, de fazer só aquilo que estão acostumados a fazer, então, é acomodação e falta de interesse. (E4S)

Mas essas percepções são contextualizadas pelos sujeitos da pesquisa. Os trabalhadores das equipes locais têm diferentes origens institucionais, diferenças de formação, de informações e de objetivos dentro do serviço de saúde, o quantitativo de recursos humanos na Unidade de Saúde é insuficiente para atender a população sob sua responsabilidade, a maioria dos profissionais desconhece o que é o SUS e o PSF, não há um processo de educação para os trabalhadores e em uma das Unidades há problema de falta de espaço físico e de materiais para a realização do trabalho, entre outros. Além disso, é relatada a fragilidade da parceria entre a Prefeitura e a Universidade, o que dificulta uma coordenação institucional conjunta do processo de trabalho.

Em uma das unidades de saúde compunha o quadro de dificuldades a rotatividade de profissionais, mas as falas sugerem que os profissionais buscavam estratégias para enfrentamento deste problema.

Como eu falei, tem profissionais e profissionais. Agora, a gente está com CTD [contrato por tempo determinado], de seis em seis meses, como é que você vai fazer um trabalho interdisciplinar? A gente ainda tem um desfalque da equipe. Só temos uma equipe PSF. [As outras] equipes são contratadas. Mas de seis em seis meses muda tudo, auxiliar, enfermeiro, médico. É uma questão bem crítica. Já os profissionais que permanecem procuram trabalhar assim. Até entre o pessoal da enfermagem é muito legal. De uma certa forma, às vezes não é sistematizado. (E7S)

Esse contexto vai exigir mais do coletivo e vai dificultar a cristalização de experiências, processos esses nem sempre visíveis, difíceis de avaliar, mas que muitas

vezes aparecem como sendo resistências dos trabalhadores às mudanças. O que parece é que os trabalhadores resistem às mudanças que lhe são impostas, as quais surgem como ameaça de aumento da carga de trabalho e de ampliação de responsabilidades. As mudanças são vistas mais como exigência de maior esforço, sem proporcionar retorno em termos de benefícios ou realização.

E eu acho que as duas Unidades de Saúde que a gente tem trabalhado, elas se apresentaram de forma diferente. Uma com mais resistência por parte da equipe local, [...] de verbalizarem até e tal. E uma outra que é tudo meio escondido, que é uma resistência que ela é mais velada [...] e que a gente não conseguia chegar nas pessoas. Nem para, por exemplo, o acolhimento, que é uma bandeira para a gente. Nem conseguimos engatar a primeira, assim, de iniciar uma discussão melhor, em que as pessoas se sensibilizassem para começar a conversar. Então, a dificuldade foi maior do que eu tinha pensado no início. E, talvez, estrategicamente, a gente, equipe de supervisão, não sei, acho que a gente também estava aprendendo com a situação. E [considero também] todas as dificuldades que nós tivemos de conversar entre nós [...], com mais tranquilidade, de uma forma mais madura, [...] discutir a fundo as coisas para todo mundo colocar o que pensava e aí entrar em acordos sobre como a gente iria atuar. Eu acho que em muitos momentos houve uma precipitação de atitudes e que depois tiveram consequências [como p. ex. decisões tomadas sem que as discussões tivessem sido esgotadas]. [...] Mas, se alguns cuidados tivessem sido tomados, algumas resistências não teriam crescido tanto. (E11S)

Ao mesmo tempo (de novo o paradoxo), nesse contexto de dificuldades, questões importantes são expressas: a atitude dos sujeitos de comprometimento com o cuidado das pessoas mesmo diante de adversidades e a possibilidade do processo de planejamento (de novo o planejamento), ao acontecer, ser um potencializador e organizador do trabalho da equipe, conforme as falas a seguir.

O que conta é a boa vontade dos profissionais de acompanharem a família, pelo fato de conhecerem, de conviverem com elas, de saberem da vida delas, as pessoas se esforçam, mas se houvesse planejamento poderia mudar muito. (E2N)

[...] Agora o que falta, por exemplo, é esta coisa da equipe, é um bando de gente trabalhando junto, mas não tem uma definição das metas, de como chegar a estas metas, isto tudo, isto eu acho que falta. (E3M)

As Unidades de Saúde fazem muitos ensaios de planejamento local, mas as reuniões mensais destinadas a esse processo acabavam reduzidas em reuniões administrativas. Além do conjunto de dificuldades, tais como de formação, de supervisão, de estrutura física e material e de grande demanda para o número de profissionais existente, bem como a existência de uma hierarquia considerada ilegítima, uma tarde por mês é um tempo muito exíguo para desencadear e manter um processo permanente de planejamento.

Refletir sobre as possibilidades de construção de um trabalho interdisciplinar é um empreendimento complexo, porque se deve considerar uma variedade de elementos influenciando nesse processo. A possibilidade de se concretizar um cuidado em saúde orientado por um processo de trabalho interdisciplinar é fragilizada pela grande demanda a ser atendida nas Unidades de Saúde e pela visão fragmentada dos profissionais em relação ao cuidado aos usuários. O foco é na atenção individualizada. Além disso, a gestão dos serviços não orienta o trabalho no sentido da interdisciplinaridade, bem como não cria condições que favoreçam a sua efetivação.

A visão de interdisciplinaridade é fragilizada dentro do serviço de saúde, porque a demanda é muito grande no serviço e a atenção fica muito voltada para o individual e a depender da visão que cada profissional tem individualmente, que é fragmentada, e isso mostra como a atenção que é oferecida a população é frágil. O serviço não tem clareza de que é possível fazer um trabalho mais multiprofissional e interdisciplinar, as discussões dentro da instituição sobre trabalho inter são muito incipientes. (E4S)

Mas pensando nos funcionários [da Unidade de Saúde], o que a gente aprende é o quanto uma gestão de um município influencia o fazer saúde. Eu acho que isso é uma coisa que fica claro. Então se os funcionários estão mal-humorados, se existe muito afastamento por alguma doença, alguma coisa assim, então eu acho que tudo isso é reflexo da gestão, da coordenação regional, alguma coisa assim. Não percebi outra contribuição do serviço que não fosse isso, mostrar a quase crueldade, eu acho, da realidade do trabalho em saúde desses profissionais. (E13F)

Por outro lado, os residentes contavam com espaço e tempo propícios ao

trabalho interdisciplinar. Eram sete categorias profissionais com seus respectivos supervisores buscando uma atuação conjunta, o que foi considerado um ponto forte contribuindo para a vivência da interdisciplinaridade. Havia, na unidade de saúde, reuniões semanais de planejamento da equipe, Momentos de Integração quase que diários para discutir os atendimentos e definir intervenções conjuntas, interconsultas, períodos dedicados ao desenvolvimento de atividades de caráter coletivo, e na Universidade, havia seminários e o aporte teórico que orientava para o trabalho em saúde da família, incentivando a interdisciplinaridade, integralidade e intersetorialidade no desenvolvimento do trabalho em saúde.

O curso tinha toda uma situação adequada para que a inter acontecesse, o tempo e o espaço, a constituição do curso, a multiprofissionalidade, a parte teórica, os seminários, houve estímulo o tempo todo pela coordenação e pelos supervisores locais. (E10M)

Essa situação considerada adequada para a construção da interdisciplinaridade, propiciada pelo curso, permitia o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos para o trabalho.

Não tinha ninguém te oprimindo para produzir uma outra coisa que não fosse aquilo naquele momento. (E13F)

A Interconsulta e o Momento de Integração foram “instrumentos” adotados, segundo os sujeitos da pesquisa, para o desenvolvimento da interdisciplinaridade, os quais permitiam que diversos olhares contribuíssem para o diagnóstico e a definição da melhor forma de intervenção.

A interconsulta foi um instrumento da interdisciplinaridade, depois dela era levado o caso para o grupo. O trabalho ficava mais resolutivo, com melhor

qualidade, o profissional aprendia com o outro, via detalhes que a sua formação não permitia. (E8E)

O estímulo que os residentes recebiam para a construção de um processo de trabalho interdisciplinar e a constatação da fragmentação que havia no trabalho das Unidades de Saúde fez com que eles, segundo os sujeitos da pesquisa, buscassem trabalhar numa ótica mais abrangente e isso proporcionou condições de reflexão aos trabalhadores locais. Mas em geral a equipe local e a equipe de residentes tinham dificuldade de interação.

Mas se for pensar nos funcionários [da Unidade de Saúde], aí já complicou um pouquinho. A gente até queria que eles interagissem mais com a gente, mas a gente tinha dificuldade, sempre tinha aquela barreira. Primeiro, por causa da demanda, eles estavam sempre cheios de trabalho, não podiam sair para participar das nossas reuniões. Mas também teve um monte de empecilhos. Lembro: Ah, os residentes, que vêm com essa história de acolhimento, e isso fez com que aumentasse o trabalho deles. (E9E)

O que parecia é que os residentes “invadiram” as Unidades de Saúde para construir o “verdadeiro” PSF. Ao mesmo tempo, pode-se pensar que o ingresso da residência nas Unidades de Saúde teria implicado, mais que num aumento da carga de trabalho, numa convocação à equipe local a refletir sobre o trabalho que desenvolvia, sua relação com os usuários e seu comprometimento ético com o trabalho. Mas se considerarmos que a instituição Prefeitura tem poucos mecanismos para fazer acontecer esse processo ou que se trata de uma lenta construção, marcada por uma história nacional e local já discutida anteriormente, dificilmente os residentes iriam conseguir implementar mudanças sem a participação da equipe da Unidade de Saúde, mesmo plantando “algumas sementinhas” como dito por E12N. Os profissionais que

isoladamente tentavam fazer o PSF eram aqueles que já buscavam desenvolver práticas alternativas antes do programa ser implantado.

Contribuía para dificultar a interação entre as equipes a visão que alguns residentes e supervisores tinham da equipe local e de suas possibilidades de mudança. Considerava-se, por exemplo, que numa das Unidades de Saúde não havia possibilidade de mudança e na outra não havia compromisso dos profissionais com um trabalho em equipe, como mostram as falas a seguir. Observa-se na crítica à conduta dos profissionais médicos, feita pelo nutricionista, a existência de certa dependência dos encaminhamentos médicos para a realização do seu próprio trabalho.

Uma das unidades era próxima do ideal, mas a outra não era propícia, ninguém queria promover mudanças, nem os supervisores, não havia espaço para fazer diferente, não tem PSF, apesar da equipe [prescrita], e a demanda é pequena". (E11S)

Eles [...] não tem nenhum espírito de equipe, [...] foi interessante porque a gente pôde vivenciar a real. Claro que quando eu fazia aquelas colocações de que tinha que ter um grupo só pra nós, a gente discutia muito e não, tem que viver isso aqui, porque isso aqui é realidade, o bicho pegando é realidade, um querendo comer o outro [...], é realidade. Mas as vezes atravancava, porque você tava tentando desenvolver um trabalho e dizia x para o teu usuário, teu cliente e de repente vinha uma outra pessoa, num outro momento que você não tava e disdizia o que você falava. Então o que é isso? A questão de tentar interagir, não era todo mundo que estava aberto, receptivo pra nossa estada lá, [...]. Tanto que eu fui receber pacientes de outros profissionais, L. mandava, a M. que passou por lá mandava, mas os demais, era raro, o C. mandou numa época, a O. dava pra contar nos dedos, sabe [...] (E12N)

[...] As pessoas não estavam acostumadas a esse tipo de trabalho. A interdisciplinaridade que eu vivenciei no posto de trabalho independentemente de nós, é muito limitada. A troca entre profissionais de [profissões] diferentes praticamente não existia. Muito pouco. Claro que existe o contato profissional, pessoal, legal. Mas a troca de saberes, enfim trabalho interdisciplinar lá eu não vi. (E15M)

Também agiu como dificultador da interação entre as equipes, no período pesquisado, a relação estabelecida entre os parceiros no projeto de educação em saúde

constituído pela residência, nesse caso, os parceiros eram a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Federal de Santa Catarina. Essa fragilidade contribuiu para que a busca da interdisciplinaridade ficasse limitada à vontade pessoal de cada profissional. A política de educação permanente, se implantada no Sistema Municipal de Saúde, poderia ajudar na resolução dessa dificuldade.

Esta parceria ela foi bastante frágil e devido a esta fragilidade [...] a questão da interdisciplinaridade acabou sendo muito frágil também. Por que quando tu não confirmas uma parceria, fica na dependência das pessoas que fazem parte do processo, tanto a nível local, quanto municipal e quanto da própria Universidade, fica muito limitado à vontade pessoal de cada um exercer a interdisciplinaridade e de buscar respostas mais eficientes para a solução [dos problemas]. Isto fragmenta muito, divide o grupo porque fica-se discutindo o arroz com o feijão, enquanto que se as parcerias estivessem mais organizadas e mais eficientes, as questões da interdisciplinaridade, a busca da solução dos problemas. Teria uma trajetória diferente, não de consenso, por que isto não existe, mas os caminhos estariam um pouco mais delimitados. As concepções individuais, visões particulares, tentativas individuais de buscar as soluções, elas não ficariam tão em primeiro plano, mais ou menos por ai eu não sei se deu para entender. (E4S)

A fala anterior mostra a pertinência da educação permanente dirigida aos trabalhadores que estão no serviço e aos profissionais novos, que desejam engrossar as fileiras do PSF, o que poderia se concretizar numa residência multiprofissional conjunta, onde uma parte dos profissionais em formação seria do quadro permanente de profissionais do município e continuaria no serviço após o curso. Após o final da residência os profissionais continuariam sendo acompanhados, na lógica da política de educação permanente para o SUS.

Dessa forma poderia se constituir um espaço mais próximo do ideal, onde os próprios trabalhadores dos serviços estariam exercitando a mudança, com possibilidades de continuidade dos projetos pactuados mesmo após o término da residência. A troca de saberes entre profissionais novos e profissionais do serviço poderia contribuir para que a residência não estivesse tão próxima de “um espaço

virtual de aprendizagem” (E11S) ou de uma “certa utopia” (E15M).

A instituição de espaços coletivos de discussão, como já mencionado por diversos autores, a supervisão como elemento de mediação entre a política de saúde e as necessidades reais para efetivação do processo de trabalho, o desencadeamento da educação permanente para os trabalhadores e a implantação de coordenações legítimas, com capacidade técnica e comprometimento ético-político, nas Unidades de Saúde, poderiam favorecer a concretização de alguns elementos considerados essenciais para a existência de um trabalho coletivo integrado e interdisciplinar. Esse elementos são: o compromisso ético-político dos profissionais e dos coletivos com os usuários, a construção de um projeto compartilhado, o fortalecimento do vínculo entre os profissionais e destes com os usuários, o desenvolvimento da criatividade e da inovação no trabalho. Esse conjunto de elementos contribuiria para a melhoria do cuidado em saúde.

A supervisão é destacada com unanimidade pelos sujeitos da pesquisa como elemento facilitador importante de construção do trabalho interdisciplinar para melhoria da atenção à saúde das pessoas. Sendo assim, poderia estar presente no cotidiano do trabalho das unidades de saúde, facilitando o redirecionamento do processo de trabalho segundo as competências necessárias para o PSF.

Eu penso [...] muito na figura do supervisor, dos supervisores locais, [...], quão importante é o papel deles nesse processo de ensino-aprendizagem, porque, [...], se a gente tem uma realidade aonde ela é uma saúde da família meio maquiada, ela não é na essência o trabalho de saúde da família, e se a gente não tiver isso bem forte, então, com os supervisores locais, tanto os contratados quanto os que já fazem parte do serviço, a gente pode ser engolido pelo sistema e realmente entrar naquela lógica de PSF fazer só visita, grupo e ser para pobre. (E13F)

Apesar de ser quase que consensual, entre os sujeitos da pesquisa, que os supervisores buscavam a mudança e abriam espaço para o trabalho dos residentes, algumas dificuldades foram apontadas em relação à supervisão. Destaca-se a carga

horária insuficiente, pouco espaço para trocas de saberes e planejamento de atividades entre o grupo de supervisores, falta de experiência na atenção básica e muitos eram fechados na sua forma de trabalhar. Esse conjunto de elementos fazia com que o vínculo entre os próprios supervisores fosse frágil e dificultava a orientação do processo de trabalho dos residentes.

Muitos supervisores não eram preparados para lidar com uma complexidade tão grande e não tinham conteúdo suficiente de saúde pública, cada um orientava no seu campo de saber, isso confundia o residente. (E11S)

Os supervisores deveriam ter discutido o que cada um entendia de interdisciplinaridade: dificilmente algum já trabalhou essa questão na prática, passavam orientações diferentes para os residentes. (E7S)

[...] Os supervisores não terem vivência no serviço, os supervisores acadêmicos não estavam presentes no campo de trabalho [...]. A gente queria uma contribuição baseada naquilo que a gente estava vivendo. Que era para solucionar as dificuldades que a gente estava tendo lá. (E14M)

Matumoto et al (2005) consideram a supervisão externa necessária para ajudar a equipe a enfrentar as suas dificuldades, a compreender os processos grupais, e dessa forma auxiliá-los na reconstrução da *práxis*. Entretanto, é bom salientar que a supervisão é um processo complexo, amplo, educativo e contínuo, que envolve intersubjetividade. (REIS e HORTALE, 2004).

As relações estabelecidas entre os usuários e os serviços de saúde são também apontadas como elemento central no contexto facilitador e dificultador da interdisciplinaridade. Os sujeitos da pesquisa mencionam que não só os profissionais de saúde, mas também os usuários têm dificuldade de lidar com algo que é novo, ainda desconhecido.

Bem precário mesmo, assim. E até algumas resistências, porque [...] a equipe, se não tem uma organização, a comunidade se confunde inteira também. No meu caso, por exemplo, lá a gente não atendia, a enfermagem,

não fazia consulta pediátrica, a puericultura, não tem agenda de puericultura, como nunca existiu, a comunidade, quando a gente começou a tentar instituir, pela residência, eles não queriam, era só médico pediatra [que a comunidade queria]. (E8E)

Teve uma ocasião em que perguntaram se seriam atendidos por mais de um profissional. Havia dificuldade deles compreenderem. Não estão acostumados, sentem-se invadidos. (E7S)

Muitos usuários, segundo os sujeitos da pesquisa, habituados com a prática de atenção à demanda espontânea, não entendiam quando os profissionais estavam reunidos fazendo planejamento, ou mesmo quando realizavam a Interconsulta.

7.2.4 Estratégias dos sujeitos

Observa-se que as pessoas, mesmo no contexto de limitações, procuram alternativas e espaços que lhes permitam desenvolver competências para enfrentar problemas no cotidiano dos serviços. Isso permeou boa parte das falas dos sujeitos da pesquisa já apresentadas anteriormente e é reforçado nas considerações a seguir.

A construção de estratégias aparece, por exemplo, quando um profissional reflete sobre como e quando se aproximar dos demais profissionais, quando ele procura entender como é o processo de trabalho do outro para poder se aproximar e construir um trabalho conjunto, tentar estabelecer um vínculo.

No começo, quando eu for trabalhar em alguma equipe eu vou ter que ficar observando, identificando cada um, saber a hora de eu intervir, tentar baixar a minha ansiedade, não achar que eu vou chegar lá sabendo tudo [...]. Eu sou um pirralho ainda. (E12N)

A tentativa de construir práticas multiprofissionais interdisciplinares num

contexto em que “a última palavra era dada pelo médico” (E11S), fazia com que os sujeitos da pesquisa colocassem em discussão o modelo biomédico e buscassem modos de se relacionar com ele.

[...] Desde que comecei a trabalhar em saúde pública, em 1992, sempre a gente tem medo. Sai da faculdade achando que seria tão bom se todo mundo se engajasse, trabalhasse junto, independente de ter essas muradas, consultório de um, de outro. Fazer um trabalho conjunto, reunir todos esses conhecimentos. De 12 anos para cá, muita coisa mudou, mas não conseguimos vencer essa questão. Essa dificuldade de alguns se sentirem invadidos. Exemplo: não adentro o consultório, tem todo um jeito, quando passo algum caso que acolhi, fiz a triagem. Quero estar presente, e sinto a dificuldade do outro profissional estar à vontade comigo. Isso não acontece comigo, adoraria que outro profissional viesse perguntar como é, perguntar as coisas. Alguns pedem a intervenção, outros não. É uma dificuldade fazer essa troca. Eu não teria esse problema. (E7S)

Falando sobre a dificuldade da comunidade em aceitar atendimento que não fosse de especialistas, tais como o pediatra, um dos sujeitos do estudo explica que era preciso um processo de convencimento da comunidade da importância do trabalho multiprofissional no cuidado à saúde.

Porque a gente trabalhou com a comunidade, porque até ela aceitar, em alguns casos de ser atendido por outro profissional que não fossem os específicos, tinha todo um namoro, eu entrava na primeira consulta com o médico, na segunda, na terceira e talvez na quarta eu fosse sozinha [...]. (E8E)

Também aparece como estratégia de um profissional, quando não conseguia dar uma resposta, no atendimento individual, a um usuário, e não tinha o supervisor específico por perto, procurar um profissional de outra profissão para discutir ou então estudava, procurava a informação e depois chamava o usuário para continuar o atendimento.

Alguns consideram que, na ausência de profissionais de profissões diferentes, se utiliza o conhecimento adquirido em práticas multiprofissionais anteriores para resolver os problemas que se apresentam no cotidiano dos serviços.

A busca de articulação externa a unidade de saúde também se apresenta como estratégia, explicitando o desenvolvimento da consciência de que o trabalho em saúde não pode ser desenvolvido isoladamente pelo setor saúde.

A gente levantou um problema lá que é gravidez indesejada, [...] então, a técnica de enfermagem lembrou que a gente não pode fazer este trabalho sozinho lá na [Unidade de Saúde], que a gente tem que trabalhar na escola, junto com os professores, que a gente tem que discutir esta questão nas associações e tem que levar esta discussão para o Conselho Local de Saúde, então, a gente percebe assim, que os trabalhadores de saúde, eles tem até esta visão de que é preciso discutir, é preciso resolver, buscar soluções de uma forma mais ampla assim, discutindo com a comunidade, [...]. (E4S)

Como o espaço instituído nas Unidades de Saúde, de uma reunião mensal de planejamento, é insuficiente, parece que alguns trabalhadores buscam viabilizar outros espaços. Entretanto, isso não é comum a todos os trabalhadores. A falas a seguir mostram como existem aqueles que não participam nem dos espaços instituídos, ao mesmo tempo em que outros precisam desses espaços para ampliar conhecimentos.

A gente precisa buscar estes espaços na verdade, pra fazer estas discussões, mas estes espaços eles também devem ser garantidos pela própria organização da Secretaria Municipal, [...] porque só aquela reunião mensal, ela é insuficiente, porque nessa reunião a gente discute as questões burocráticas, administrativas, lavação de roupa suja e [...] então, quando se garante um espaço para se discutir isso, as pessoas, apesar de terem dificuldade, a gente percebe que muitas pessoas nem participam não dão desculpas, não participam, mas muitas querem participar e contribuem para a discussão,[...]. (E4S)

é preciso a gente fazer alguma coisa e, que só o serviço não consegue fazer nada, porque a gente, cada profissional vê estas pessoas, atende as pessoas dentro da sua especificidade e foi bem interessante ver isso, [numa das reuniões de planejamento] a gente percebe que as pessoas estão preocupadas, que tu não estás sozinha, tem uma equipe só que, tem que garantir espaço para discutir isso, tem que garantir espaço para que a gente

traga material para discutir, para ler, as pessoas estão ávidas também de conhecimento. (E4S)

Percebe-se que, apesar de cada um trabalhar isoladamente na maior parte do tempo, as pessoas manifestam a preocupação com a resolução de problemas. Elas parecem, as vezes, perseguir objetivos comuns, mesmo atuando isoladamente, e juntas podem ser mais eficazes, trocar experiências e ampliar a formação. A busca de eficácia parece esbarrar nos limites institucionais, de organização dos próprios coletivos e das pessoas individualmente.

O trabalho não andava mesmo, o que dificulta, mas eu acho que isso é o dia a dia da saúde pública, e tem que aprender a trabalhar nesse contexto. (E8E)

Almejo que a gente dê continuidade e que a gente consiga um dia chegar lá. Perfeição, nunca, porque tem de estar em busca sempre. Acho que a gente tem esse sonho sempre em mente para que um dia melhorem as coisas, e essa troca com os outros profissionais. Não pode é deixar isso de lado, muito pelo contrário, lutar para que a coisa aconteça. E isso depende de cada um. (E7S)

CAPÍTULO 8

O TRABALHO EM SAÚDE COMO ESPAÇO DE CONSTRUÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abrir espaço para reflexão e negociação sobre meios e fins da assistência à saúde sem determinar de modo universal e a priori onde e como chegar com a assistência: eis um norte político e uma tarefa prática das mais difíceis, porém das mais relevantes quando se tem a emancipação humana como horizonte ético. (AYRES, 2000, p. 120).

Neste capítulo faço a retrospectiva e articulação das principais sínteses produzidas no decorrer desse estudo. A escolha do tema interdisciplinaridade no trabalho em saúde emerge fundamentalmente da necessidade concreta de compreender o ser humano, objeto e sujeito do cuidado em saúde, em sua multidimensionalidade, e de responder a problemas complexos.

Não se trata de considerar a interdisciplinaridade como a solução para todas as dificuldades na efetivação de um modelo de atenção à saúde, organizado em função das necessidades concretas dos cidadãos que demandam serviços de saúde.

Neste estudo, a interdisciplinaridade é compreendida como uma maneira complexa de entendimento e de enfrentamento de problemas do cotidiano, instrumento e expressão de uma crítica do saber, que integra e renormaliza as disciplinas em articulação ou cooperação e as profissões delas decorrentes. A inter é inicialmente a cooperação entre especialistas que a divisão do trabalho separou, e concretiza ao final a íntima relação entre conhecimento e ação. Ela desenvolve-se a partir da incompetência em tratar a descontinuidade do objeto, e esta deve ser reconhecida pelo profissional, o que implica num posicionamento ético e político compartilhado. Exige, portanto, diálogo e negociação para definição das competências necessárias para a resolução dos problemas enfrentados.

Entende-se que a interdisciplinaridade pode ser um meio estratégico auxiliar, a permear as políticas e as práticas, no sentido, como já disse Ayres, de “abrir espaço para reflexão e negociação sobre meios e fins da assistência à saúde sem determinar de modo universal e a priori onde e como chegar com a assistência”.

O trabalho em saúde é espaço propício à construção da interdisciplinaridade. O sujeito-objeto e as situações de saúde não são sempre as mesmas e exigem a articulação dos saberes e das ações das diversas profissões, oriundas não só do setor saúde, com os saberes dos usuários sujeitos do cuidado, bem como o desenvolvimento de competências para dar respostas aos problemas que se apresentam. Mas esse processo se dá num determinado meio, ou seja, num determinado contexto político-institucional-cultural que vai influenciar na formação e na composição dos indivíduos e coletivos de trabalho, e que será, por sua vez, impulsionador ou não da interdisciplinaridade.

Cada sujeito traz consigo concepções de mundo, de sociedade e do processo saúde-doença que vão influenciar a sua conduta. São paradigmas compartilhados e/ou transformados num coletivo de trabalho, coletivo este que pode ou não ser o da sua equipe prescrita de trabalho. Ao se considerar que a prática interdisciplinar exige do trabalhador o reconhecimento da sua incompetência diante do objeto, ao mesmo tempo em que um posicionamento ético e político compartilhado, pode-se dizer que as práticas interdisciplinares tenderão a ser indutoras de mudança de paradigmas. E como a interdisciplinaridade no campo da saúde é instrumento de articulação de múltiplos saberes provenientes de diversos atores, esses paradigmas também tendem a se transformar por meio dessas práticas. Paradigmas e disciplinas serão traduzidos de determinada forma na prática cotidiana e sempre reinventados.

No caso do Programa de Saúde da Família, o paradigma orientador do trabalho é o da produção social da saúde, conforme sugere o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) ao definir o que é atenção básica de saúde e ao estabelecer que o PSF deve seguir os seus princípios. Um aspecto favorável contribuindo para a operacionalização dessa política é o fato de boa parte da sua prescrição ter sido gerada coletivamente, a exemplo do movimento pela reforma sanitária, os conselhos de saúde, entre outros

atores com poder de vocalização e mobilização. E essa política continua em processo de renormalização de acordo com a correlação de forças favoráveis e desfavoráveis. A prescrição institucional parece favorecer a construção da interdisciplinaridade.

Mas colocar em prática os princípios e diretrizes da política de saúde na atenção básica parece implicar na complexificação das atividades e no aumento da dimensão gestonária do trabalho, num contexto em que se deve responder cada vez mais a problemas de resolução intersetorial. Deve-se lembrar também que o trabalho real é permeado por uma série de relações intersubjetivas que se estabelecem entre os diversos trabalhadores, de distintas profissões, cada qual com sua história de vida e que vão resultar em escolhas próprias.

Mantém-se o pressuposto inicial deste estudo de que para efetivar o modelo de atenção preconizado pelo MS é necessário equipe capacitada para lidar com a complexidade do processo saúde-doença, que articule os demais conhecimentos para dar resposta aos problemas e atuar na promoção da saúde, com processo de trabalho multiprofissional com abordagem interdisciplinar e intersetorial. E que o espaço propício para a formação é o serviço de saúde, na análise da situação de trabalho – compreender o trabalho para transformá-lo.

O trabalho em saúde parece ser de fato um espaço propício à construção da interdisciplinaridade, não como algo absoluto, é sempre uma aproximação, inatingível na sua totalidade.

As equipes PSF são espaços estratégicos para a realização do trabalho em saúde, mas insuficientes para compreender e transformar esse mesmo trabalho. O estudo reforçou a idéia de que as equipes PSF, na forma como estão constituídas, como equipes mínimas, são limitadas para responder a complexidade do processo saúde-doença. E mais que isso, qualquer equipe prescrita é limitada, porque os coletivos se recompõem em função da necessidade. A equipe PSF é um espaço que pode vir a se constituir num espaço propício para troca e construção de novos saberes e onde a interdisciplinaridade pode ser construída.

Para os sujeitos da pesquisa, do ponto de vista conceitual, a interdisciplinaridade seria uma filosofia, um método e ao mesmo tempo instrumental

de trabalho, onde várias disciplinas contribuem para ampliar a visão e a compreensão da realidade e para aumentar a capacidade de alcance dos objetivos. Seria um campo de práticas e saberes, em torno de um objetivo comum, onde se procura ver o todo, transitando entre o geral e o específico. Seriam saberes que se trocam e se transformam em novos conhecimentos, ressignificando a realidade, sem, contudo, se constituir num saber único.

Para acontecer, a interdisciplinaridade depende fundamentalmente, segundo os sujeitos da pesquisa, de atitude individual de cada profissional, de um trabalho em equipe onde haja vínculo entre os profissionais e destes com os usuários, formação adequada, articulação dos diversos saberes necessários ao enfrentamento dos problemas e contexto político-institucional favorável. Além disso, cada profissional deve ter clareza do papel dos demais, a formação deve englobar todos os profissionais que estão no serviço, deve haver supervisão e fortalecimento do núcleo profissional específico.

A vivência no cotidiano do serviço de saúde revelou a interdisciplinaridade como sendo um processo complexo, contraditório, e por vezes paradoxal. Neste processo, os sujeitos individuais e coletivos, nesse contexto de pesquisa, nas “dramáticas do uso de si” (SCHWARTZ, 2003) enfrentam a infidelidade do meio para concretizar ações e, por meio da sua atuação na equipe, buscam a efetivação da integralidade no cuidado à saúde.

A interdisciplinaridade foi expressa também como sendo ação concreta, onde facilidades e dificuldades se entrecruzam e se transformam rearticulando e reconfigurando permanentemente as ações e os saberes envolvidos na sua execução, redimensionando escolhas, numa relação dialética com o contexto político institucional. Sua construção é difícil e contraditória e as vezes parece ser um paradoxo, ela existe e não existe ao mesmo tempo, porque é difícil visualizá-la na vivência do dia a dia. Ela é percebida quando produz mudanças no processo de trabalho e impacto nas condições de saúde das pessoas.

A interdisciplinaridade acontece nas dramáticas do uso de si, onde as exigências para a sua concretização fazem com que ocorra um processo de complexificação do

trabalho, onde se ampliam as interfaces a serem geridas pelos trabalhadores que compõem as equipes do PSF, dilatando a dimensão de aprendizagem presente nas práticas. A manutenção da equipe mínima, nos moldes atuais, tendo que colocar em prática o que está prescrito para o PSF, pode favorecer a existência de um contexto perverso para os trabalhadores, onde o desenvolvimento de competências múltiplas e variadas intensificariam a carga de trabalho. Isso reforça a idéia de que a interdisciplinaridade é insuficiente para o enfrentamento do modelo biomédico hegemônico.

O trabalho ao mesmo tempo aparece como articulado à vida, exigindo permanente debate de valores e quebra de preconceitos, mudança de atitude, e as vezes se confunde entre relações profissionais e pessoais.

Na vivência da interdisciplinaridade aparecem o núcleo e o campo de competências em mutação (no sentido apontado por Campos, 2000), articulando a multiprofissionalidade, redefinindo competências e lugares e conformando o trabalho coletivo. Quando esse processo é bloqueado, dificulta o trabalho em equipe e o crescimento individual e coletivo.

No cotidiano, é possível visualizar o entrecruzamento das facilidades e dificuldades: parecia antagônico “ser inter” e bom na própria profissão; houve avanços no planejamento conjunto do trabalho, mas não se conseguiu elaborar planos terapêuticos comuns e a execução continuou em geral separada; havia dificuldades e medo de compartilhar o saber específico, muitas vezes pelo fato do profissional acreditar não ter conhecimento suficiente para compartilhar; o desconhecimento das competências de cada profissional influenciava na tomada de decisão; o serviço de saúde era muito voltado para a atenção individualizada; velhas dicotomias persistiam, tais como curativo/preventivo, individual/coletivo, planejamento/execução, campo/núcleo; os profissionais se julgavam mais preparados para atuar no modelo tradicional de atenção a demanda espontânea; as situações de interação envolveram parte da equipe; dificuldade diante da complexidade dos problemas. Ao mesmo tempo, segundo os sujeitos da pesquisa, a visão que eles tinham do usuário passou a ser mais integral; as consultas interdisciplinares eram espaços de troca, mas também de disputa;

houve agregação de conhecimentos de outras profissões e atitude de valorização da prática e do conhecimento do outro.

O contexto, limitador e facilitador do exercício da interdisciplinaridade, permeou toda a vivência expressa pelos sujeitos da pesquisa. O estímulo do curso de residência, através das atividades práticas e teóricas, supervisão técnica, bem como dos espaços institucionais garantidos são apontados como elementos impulsionadores da interdisciplinaridade. O planejamento é elemento que parece claramente como eixo norteador do trabalho coletivo e a supervisão como facilitadora do desenvolvimento dos saberes em formação e dos saberes em ação.

Por outro lado, o contexto das unidades de saúde é considerado desfavorável por não se constituir em exemplo de vivência concreta do Programa de Saúde da Família, segundo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Entretanto, alguns residentes desenvolveram estratégias para colocar em prática um processo de trabalho segundo as diretrizes do PSF, enquanto outros desistiram, o que parece estar relacionado ao contexto mais ou menos favorável das unidades e a capacidade dos sujeitos individuais e coletivos de enfrentamento do meio.

As demandas no cotidiano dos serviços geram ansiedades e angústias nos profissionais, eles se interrogam como lidar com as situações de sofrimento, de pobreza e de doença que ultrapassam a sua capacidade de dar respostas. A referência a supervisão parece ser, em muitos momentos, um pedido de ajuda, os trabalhadores pedem para serem cuidados.

As estratégias desenvolvidas pelos sujeitos se evidenciam quando as pessoas, mesmo no contexto de limitações, têm consciência que o trabalho em saúde não pode ser desenvolvido isoladamente pelo setor saúde e procuram atuar intersetorialmente. Além disso, rompem os espaços das equipes prescritas e constroem outros coletivos que lhes permitam desenvolver competências para enfrentar problemas no cotidiano dos serviços, conformando “Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes” (SCHWARTZ, 2003). Esse movimento acontece porque na atividade de trabalho, há uma variabilidade, tanto individual quanto coletiva, que jamais se estabiliza, porque a singularidade se introduz permanentemente, na tentativa de suprimir a distancia entre o

real e o prescrito. (SCHWARTZ, 2005).

Este estudo desenvolveu-se com profissionais que escolheram atuar no PSF, passaram por formação guiada pela e para a interdisciplinaridade, e vivenciaram a prática com suporte teórico concomitante, o que faz supor que alguns fatores apontados pela literatura como limitadores da atuação interdisciplinar, como a fragmentação da formação disciplinar e o cenário do trabalho centrado no modelo biomédico, sem política voltada para modelo assistencial colaborativo e integrador de saberes teriam sido enfrentados e a prática interdisciplinar poderia ter sido favorecida.

Entretanto, os resultados apontam que, apesar de avanços obtidos existem, ainda, diversas dificuldades na vivência da interdisciplinaridade. Apesar dos profissionais de saúde, sujeitos deste estudo, terem se mostrado predominantemente em busca de uma perspectiva inovadora, de uma abordagem crítico reflexiva e democrático participativa, o vivido pelos profissionais nas equipes PSF ainda está bastante distante do prescrito pela política nacional de saúde.

O trabalho multiprofissional interdisciplinar apareceu como possibilidade concreta no plano intelectual, mas na prática era orientado predominantemente pelo modelo bio médico hegemônico, tanto na definição do objeto e finalidades quanto ao tipo de atuação profissional. Muitos profissionais ficavam na dependência do encaminhamento ou da decisão médica para definir a sua conduta, o que resultava num certo aprisionamento do núcleo de competência e de responsabilidade e poderia ser fator limitador da capacidade de aprender o que está mudando nas situações de trabalho.

Ao mesmo tempo, a interdisciplinaridade acontecia, segundo os sujeitos da pesquisa, nos momentos de planejamento, nas interconsultas e quando trocavam saberes para os atendimentos profissionais específicos. Materializava-se no plano de ação e no estabelecimento de planos terapêuticos comuns.

Fica evidente que a interdisciplinaridade não acontece em todos os momentos, ela existe e não existe. Ora elementos são favoráveis, ora desfavoráveis, dependendo dos sujeitos, de onde eles estão inseridos e de como respondem aos desafios do meio.

Sobre a capacidade dos profissionais de saúde para construir um projeto de

trabalho em articulação com outros atores, principalmente usuários, o estudo mostrou que, apesar das tentativas de desenvolver ações intersetoriais, os profissionais ainda estão muito presos ao serviço de saúde.

Ficou claro que a ruptura com o modelo cartesiano presente na formação profissional em saúde, na identidade profissional e na organização dos serviços de saúde, é difícil e envolve fatores de múltiplas ordens.

Dentre as facilidades e dificuldades identificadas destacam-se as relacionadas às características, crenças e valores dos sujeitos prestadores do cuidado e as relativas ao exercício do trabalho coletivo. Para novas práticas profissionais parece necessário o desenvolvimento de competências para lidar com a complexidade dos problemas e do trabalho em saúde, que envolve profissões, disciplinas e paradigmas diferentes. A interdisciplinaridade parece depender da atitude dos sujeitos, mas também de fatores relacionados ao contexto institucional e a gestão do trabalho no cotidiano, com a participação dos profissionais e dos usuários.

Uma das necessidades, recorrente na fala dos sujeitos da pesquisa, é de fortalecimento do conhecimento profissional específico, relacionado ao primeiro ingrediente da competência – os saberes conceitualizáveis, acumulados, aquilo que está padronizado – para desenvolverem práticas interdisciplinares. Sem dúvida, como diz Sinaceur (1977), é fundamental a competência nos domínios chamados a cooperar. Entretanto, o que parece ser a principal lacuna, para os residentes e para a maioria dos supervisores, era o desenvolvimento dos segundo e terceiro ingredientes da competência, relacionados à experiência nos serviços de saúde e a capacidade de realizar sínteses entre essa experiência e a formação adquirida, os conceitos, o prescrito. Quando a experiência de trabalho é muito recente, a capacidade de sínteses individuais e coletivas é mais baixa para responder aos problemas complexos. Pode-se transferir esse raciocínio para a realidade dos trabalhadores das equipes locais de saúde, que ingressam nos serviços sem capacitação prévia para tal, muitas vezes com contratos de trabalho temporários, que vão dificultar a cristalização das experiências. Somam-se a tudo isso as variabilidades individuais dos sujeitos.

O momento, segundo Schwartz (2000, p.469), “é dos generalistas, das

competências transversais, da capacidade de gerir globalmente uma situação”. O que coloca como desafio para a gestão combinar os requisitos do posto de trabalho com as potencialidades dos indivíduos.

Importante lembrar que no trabalho em saúde as atividades são sempre ressingularizadas e que, nesse caso, é difícil a simples aplicação da prescrição. Esse contexto favorece a organização de Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes – ECRP. Os trabalhadores, na busca da eficácia e/ou eficiência, rompem com os coletivos prescritos.

Considerando que, ética e filosoficamente, compromisso e responsabilidade são parceiros da autonomia, é indispensável que o processo formativo e a organização do trabalho admitam que as ações profissionais competentes transcendam as prescrições, não sendo, contudo, sinônimo de independência, e sim de interdependência, entendida como responsabilidade (compromisso entre as partes) e reciprocidade (interação). (MARQUES, 2002, p.22).

No trabalho em saúde, como o objeto é de grande complexidade e os limites da situação de trabalho são fluídos, difíceis de padronizar, é difícil estabelecer quais são as competências apropriadas. O trabalhador vai ter que utilizar as suas experiências e o conhecimento formal adquirido para encontrar respostas em cada situação.

O trabalhador de saúde da família, para enfrentar a complexidade do processo saúde doença, precisa se tornar ao mesmo tempo um técnico-especialista-administrador-gerente-educador e fundamentalmente um “articulador do conhecimento”. Nesse sentido, amplia suas funções no sentido de se tornar co-responsável pelo suprimento de suas necessidades e pelo estabelecimento de relações entre os membros da equipe e desta com os usuários e outros atores, para ampliar a capacidade de resposta aos problemas. (SCHERER e MARINO, 2006).

O trabalhador de saúde da família é um trabalhador que realiza trabalho coletivo, articula necessidades e saberes, interações e relações entre agentes e é um trabalhador de equipe. O estudo evidenciou o uso integrado dos conhecimentos na prática multiprofissional, a invasão das fronteiras disciplinares, a articulação entre o

campo e núcleo em mutação, o desenvolvimento de competências para lidar com os desafios do meio e a atitude individual como componente fundamental para o trabalho em equipe.

Neste entendimento, o trabalhador de saúde da família atua dentro, mas para além da organização de saúde, desenvolvendo habilidades e atitudes que permitem lidar com a multiplicidade de saberes, reinventando o seu processo de trabalho para prestar atenção à saúde.

Prestar o cuidado à saúde das pessoas, rompendo com o modelo biomédico, envolve não só os conhecimentos da clínica, mas também os relacionados à gestão do cotidiano dos serviços, do controle social, das políticas sociais, entre outros, fundamentais para que o profissional possa realizar um cuidado integral, em articulação intersetorial.

A realidade dos serviços de saúde vai exigir dos profissionais a ampliação da capacidade de gerir as situações que se apresentam. Os conhecimentos acadêmicos e a experiência adquirida anteriormente não são suficientes para tal. Será preciso aprender e re-aprender com a vivência cotidiana e reinventar os coletivos. Essas dramáticas gestórias, segundo Schwartz (2000), vão remeter a todo o tempo o trabalhador para um debate de valores consigo mesmo: como usar de si⁶³ mesmo e como estar em condições de gerir a complexidade de questões relacionadas ao trabalho coletivo em saúde.

A motivação, os sonhos e expectativas de engajamento pessoal e profissional num projeto de mudança parecem contribuir para melhor gerir as situações de trabalho.

Fica evidente a multiplicidade de elementos envolvidos no cuidado à saúde, provocando situações inusitadas e chamando os profissionais para darem respostas, numa verdadeira dramática do uso de si por si e pelos outros. A complexidade da atenção à saúde exige o engajamento do profissional, capacidade de escuta, compromisso ético e visão integral do sujeito do cuidado.

Os elementos heterogêneos presentes no cotidiano do trabalho em saúde se

⁶³ O Si está sempre em construção na sua relação consigo mesmo e com os outros. (ROSA, 2003).

entrecruzam e compõem um contexto complexo, mas fundamental de ser compreendido por quem se responsabiliza pela gestão dos serviços de saúde. Entender a atividade de trabalho dos profissionais, agir sobre elas e assegurar uma certa continuidade na ação é tarefa do gestor, mas isso implica no rompimento com a ilusão de que os trabalhadores e os coletivos não gerem a sua atividade de trabalho. Implica também em convocar todos os saberes, os disciplinares e os originários das experiências, que são produzidos por todos aqueles envolvidos com o trabalho em saúde, sujeitos produtores do cuidado (profissionais e usuários), para pensar qual a melhor maneira de produzir serviços de saúde, num processo permanente de abertura ao questionamento, ao novo, a mudança.

O estudo confirma alguns elementos que apareceram na revisão da literatura como fundamentais para desencadear processos de mudança do modelo assistencial em saúde: adesão à proposta, crença na possibilidade de mudança e formação adequada dos profissionais de saúde, bem como a existência de espaços coletivos de reflexão e ação e apoio externo, que nesse estudo se configura na efetivação da supervisão.

A ergologia se mostrou um referencial apropriado. É uma abordagem que instrumentaliza para o conhecimento e a transformação das situações de trabalho, estas compreendidas não só na sua dimensão de subjetividade e de intersubjetividade entre os atores envolvidos na sua realização, mas também compreendidas como inseridas num contexto de condições materiais e organizacionais próprios.

A análise das situações de trabalho tem como foco as ações que os sujeitos desenvolvem no processo de trabalho, e pode instrumentalizá-los para transformá-las. Nesse processo ocorre a formação, a partir da experiência concreta. Esse referencial se aproxima da política de educação permanente do Ministério da Saúde.

O foco central para construir um processo de trabalho em saúde, com abordagem interdisciplinar, voltado para responder às necessidades do ser humano em sua multidimensionalidade, deve ser a atividade de trabalho e tudo que se relaciona a ela, não só as relações que os profissionais estabelecem entre si e com seus instrumentos, ou mesmo com seu objeto/sujeito do cuidado.

REFERÊNCIAS

ACKER, F. Travailler ensemble?! In : **Soin Cadres – la Revue de L’encadrement et de la formation** n° 49 revue trimestrale – fevrier 2004, p. 22-25.

AGUIAR, D. S. A “**Saúde da Família**” no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma? 1998. 125 f. Resumo (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. In: <http://capes.gov.br> acessado em 5/11/2004.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 9, 150-153, agosto 2001.

ANDRADE, F. M. O. **O Programa de Saúde da Família no Ceará**: uma análise de sua estrutura e funcionamento. 1998. 94 f. Resumo (Mestrado) Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. In: <http://capes.gov.br> acessado em 5/11/2004.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 6ª edição, 2003, 258p.

ARAÚJO, M. R. N. **A saúde da família**: construindo um novo paradigma de intervenção no processo saúde-doença. 1999. 143 f. Resumo (Doutorado) Universidade de São Paulo, São Paulo. In: <http://capes.gov.br> acessado em 5/11/2004.

ARTHMAN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e aids. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6(1): 183-195, 2001.

ASSAD, M. A. C. A interdisciplinaridade e a fisioterapia. **Revista Olho Mágico**, Ano 5, nº18, março/99. http://www.ccs.uel.br/olho_magico/N18/enfoque.htm . Acessado em 01/03/2006.

AZEVEDO, C. S. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(2):349-361, 2002.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 6, fev 2000, p.117-120.

BADUY, R. S. **O programa saúde da família em Londrina**: construindo novas práticas sanitárias. 1998. 113 f. Resumo (Mestrado) Universidade Estadual de Londrina, Londrina. In: <http://capes.gov.br> acessado em 5/11/2004.

BERTONCINI, J. H. **Da intenção ao gesto**: análise da implantação do Programa Saúde

da Família em Blumenau. 2000. 134 f. (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BOGADO, M. L. G. Interdisciplinaridade e trabalho em equipe em discussão no curso de enfermagem. **Revista Olho Mágico**, Ano 5, nº18, março/99. http://www.ccs.uel.br/olho_magico/N18/enfoque.htm . Acessado em 01/03/2006.

BOREHAM, N. A theory of collective competence: challenging the neo-liberal individualization of performance at work. **British Journal of Educational Studies**. Vol 52, N. 1, march 2004, p. 5-17.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Caderno 1, Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Anais da Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Brasília: 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação na área da saúde**. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=149 Acessado em 08 de outubro de 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família**. In: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao_basica.php, acessado em 28/06/2006b.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 3ª edição, 1981, 379p.

CAMARGO JR, K. R. As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p.11-15.

CAMPOS, F. E.;BELISÁRIO, S. A. O programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 9, 133-142, agosto 2001.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2. edição. São Paulo: Hucitec,

1994a.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994b, p. 29-87.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY; ONOCKO (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo / Buenos Aires: Hucitec / Lugar Editorial, 1997, p. 229-266.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000a.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(2):219-230, 2000b.

CAPELLA, B. B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

CARVALHO, S. R. Q. interdisciplinaridade e trabalho multiprofissional no curso de farmácia. **Revista Olho Mágico**, Ano 5, nº18, março/99. http://www.ccs.uel.br/olho_magico/N18/enfoque.htm . Acessado em 01/03/2006.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHES ET ÉTUDES TRANSDISCIPLINAIRES. **Le projet moral (1987)**. Disponível em: <http://perso.club-internet.fr/nicol/ciret/projfr.htm>. Acesso em: 16 Outubro 2004.

_____. **Charte de la transdisciplinarité. (2002)**. Disponível em: <http://perso.club-internet.fr/nicol/ciret/chartfr.htm>. Acesso em: 16 Outubro 2004.

CHANLAT, J. F. Quelles sont les conditions de la production commune dans les organizations? **Soin Cadres – la Revue de L’encadrement et de la formation** nº 49 revue trimestrale – fevrier 2004, p. 18-21.

COELHO, E. C. Físicos, sectários e charlatães: a medicina em perspectiva histórico-comparada. In: MACHADO, M.H. (Org.). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p. 35-62.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento): 191-200, 2002.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994, p. 51-66.

D'AGUIAR, J. M. M. “**O Programa Saúde da Família no Brasil**. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ)”. 2001. 146 f. Resumo (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. In: <http://capes.gov.br> acessado em 5/11/2004.

DALL'AGNOLL, C.M., TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, jan. 1999.

DEJOURS, C. Intelligence pratique et sagesse pratique : deux dimensions méconnues du travail réel. In : **Education Permanente**, n.116, 1993-3, p.47-70.

_____. **Subjectivité, travail et action**. Mimeo, maio, 2001. 13p.

_____. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (Orgs). **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo, 2004, 345p.

DEMO, P. **Introdução à sociologia: complexidade, interdisciplinaridade e desigualdade social**. São Paulo: Atlas, 2002.

DEMO, P. **Pesquisa e informação qualitativa**. 2ª edição. São Paulo: Papirus, 2004.

DENTI, I. A. **Programa de Saúde da Família: da proposta à execução, um desafio para a reestruturação do serviço de saúde**. 2000. 146 f. (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DEPARTAMENTO DE ERGOLOGIA. **La mallette pédagogique “Rencontres du travail”**. In : www.ergologie.com. Acessado em 15 de março de 2006.

DI RUZZA, R. L'Aventure ergologique. In : DI RUZZA, R.; HALEVI, J. **De l'économie politique à l'ergologie – lettre aux amis**. Éditions L'Harmattan, Paris, France, 2003, p.51-85.

DUC, M. ; DURAFORG, J. ; DURRIVE, L. Le travail et le point de vue de l'activité. In : SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.) **Travail & Ergologie : entretiens sur l'activité humaine**. Octarés Editions, Toulouse, France, 2003, p.31-68.

DURAFFOURG, J. On ne connaît que les choses qu'on apprivoise. In : SCHWARTZ, Y. (Org.). **Reconnaissances du travail : pour une approche ergologique**. 2ª edição: PUF, Paris, 1998, p. 125-147.

DUSSAULT, G. A Gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, V.26, n 2, p. 8-19, abr./jun., 1992.

DURRIVE, L. Le travail et l'usage de soi. Un entretien avec Yves Schwartz, avec Marcelle Duc et Louis Durrive. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.) **Travail & Ergologie : entretiens sur l'activité humaine**. Octarés Editions, Toulouse, France, 2003, p. 185-218.

EFROS, D.; DUC, M. FAÏTA, D. Travailler Ensemble? In : SCHWARTZ, Y. (Org.). **Reconnaissances du travail : pour une approche ergologique**. 2ª edição: PUF, Paris, 1998a, p.41-59.

EFROS, D. Travailler en equipe, de quelle équipe et de quel travail parle-t-on ? In : **Soin Cadres** – la Revue de L'encadrement et de la formation n° 49 revue trimestrale – fevrier 2004, p.26-29.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade**: um projeto em parceria. São Paulo: Edições Loyola, 1991.

FERNANDES, M. C. S. **Comprometimento no trabalho**: avaliando uma dimensão do Programa de Saúde da Família. 2000. 134 f. Resumo (Mestrado) Universidade Federal da Bahia, Salvador. In: <http://capes.gov.br> acessado em 5/11/2004.

FERTONANI, H. P. **O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde**: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá PR. 2003. 165f. (Dissertação) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FEUERWERKER, L. C. M.; MARSIGLIA, R. Estratégias para mudanças na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 12, julho, 1996.

FEUERWERKER, L. C. M. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 18-24, dezembro, 2000.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R.R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? Revista Olho Mágico, Ano 5, n°18, março/99. http://www.ccs.uel.br/olho_magico/N18/enfoque.htm . Acessado em 01/03/2006.

FOUREZ, G. **A construção das ciências**: introdução à filosofia e a ética das ciências. São Paulo: UNESP, 1995.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 15, n. 2, p. 345-353, abr-jun, 1999.

FRIGOTTO, G. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. In: JANTSCH, A.P. & BIANCHETTI, L. (orgs.). **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis: Vozes, 1995.

- GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 2. edição, 1991.
- GORZ, A. **Metamorfoses do trabalho**: crítica da razão econômica. São Paulo: Annablume, 2003, 247p.
- GOULART, F. A. A. **Experiências em Saúde da Família**: cada caso é um caso? 2002. 387f. (Tese) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- GUATTARI, F. Fundamentos ético-políticos da interdisciplinaridade. **Revista Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, n. 108, p. 19-26, jan./mar. 1992.
- GUÉRIN et al. **Comprendre le travail pour le transformer – La pratique de l’ergonomie**. Collection outils e methodes. Editions de l’ANACT, Lyon, France, 2001.
- GUSDORF, G. Passe, present, avenir de la recherche interdisciplinaire. **Revue Internationale des Sciences Sociales**, Paris, v. XXIX, n. 4, p. 627-648, 1977.
- IRIBARRY, I. N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 16(3), 483-490, 2003.
- JANTSCH, A.P. & BIANCHETTI, L. (orgs.). **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis: Vozes, 1995.
- JAPIASSÚ, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- JEAN, R. Sobre o agir ergológico. In: DIEESE / CESIT (Org.). **Trabalho e abordagem pluridisciplinar: estudos Brasil, França e Argentina**. São Paulo e Campinas, 2005, p.11-15.
- KUROKAWA E SILVA, N. E. et al. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referencia para DST/Aids. **Revista de Saúde Pública**, 36(4Supl): 108-116, 2002.
- KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva S.A., 2001.
- L’ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY; ONOCKO (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo / Buenos Aires: Hucitec / Lugar Editorial, 1997, p.267-292.
- L’ABBATE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 15, Sup. 2, p.15-27, 1999.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- MACHADO, M. H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In:

MACHADO, M. H. (Org.). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p. 13-33.

MAGALHÃES, R.; SENNA, M. **A implementação do Programa de Saúde da Família no cenário local**. Resumo, Mimeo, S/D.

MARQUES, C.M.S.M. As necessidades do Sistema Único de Saúde e a formação profissional baseada no modelo de competências. **Formação**, 2002, p.17-27.

MARTINI, F. Sujet en travail : histoires de rencontres. In : SCHWARTZ, Y. (Org.). **Reconnaissances du travail : pour une approche ergologique**. 2ª edição: PUF, Paris, 1998, p.171-190.

MARX, K. **O capital (Crítica da economia política)**, Livro 1: o processo de produção do capital, V. 1. São Paulo: DIFEL, 1982, 579p.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R; PINHEIRO, R. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p.39-64.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v.9, n.16, p.9-24, set.2004/fev.2005.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 15-28, dez., 2000.

MEIRELLES, B. H. S. **Viver saudável em tempos de aids: a interdisciplinaridade e a complexidade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV**. 2003. (Tese) Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Texto Contexto Enferm** 2005, jul-set; 14(3):411-8.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996, 300p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec / Abrasco, 1994.

MENEZES E ROCHA, A.A.R.; TRAD, L.B. A trajetória profissional de cinco médicos do programa de Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, mar/ago, 2005, p. 303-316.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO-GOMES, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(Supl.2):21-32, 1997.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo- qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6(1): 7-19, 2001.

MISHIMA, S. M. et al. O velho trabalho em equipe pode ganhar cara nova? Uma perspectiva do trabalho gerencial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, V. 24, p. 66-74, jan/abr., 2000.

MISOCZKY, M. C. O isomorfismo normativo e a análise de organizações de saúde. **ERA-eletronica**, v.4, n.1, Art.6, jan/jul. 2005. Disponível em: <http://www.rae.com.br/eletronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=1516&Secao=FORTE.INS&Volume=4&Numero=1&Ano=2005> Acessado em 03 de junho de 2006.

MORIN, E. **O método IV: as idéias ...** Mira-Sintra, Portugal, Publ. Europa-América, 1992.

_____. **Edgar Morin: Sur l'interdisciplinarité**. (1994). Disponível em: <http://perso.club-internet.fr/nicol/ciret/bulletin/b2c2.htm> Acesso em: 16 Outubro 2004.

_____. **Reforme de pensée, transdisciplinarité, réforme de l'Université: Communication au Congrès International "Quelle Université pour demain? Vers une évolution transdisciplinaire de l'Université"**. Locarno, Suisse, 30 avril – 2 mai, 1997. Disponível em: <http://perso.club-internet.fr/nicol/ciret/bulletin/b12/b12c1.htm>. Acesso em: 06 Julho 2003.

_____. Por uma reforma do pensamento. In: Pena-Vega. A. e Almeida, E.P. (Orgs) **O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Garamond, 1999, p.21-46.

NICOLESCU, B. **Une nouvelle vision du monde: la transdisciplinarité**. (1999). Extrait du livre *La transdisciplinarité – Manifeste*. Éditions du Rocher – Collection « Transdisciplinarité ». Disponível em: <http://perso.club-internet.fr/nicol/ciret/vision.htm>. Acesso em: 16 Outubro 2004.

NOBRE, R. N. L. L. **Saúde da Família: uma utopia realizável**. 1999. 83 f. Resumo

(Mestrado) Universidade Federal do Maranhão, São Luís. In: <http://capes.gov.br> acessado em 5/11/2004.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994, 155p.

NOUROUDINE, A. et al. Les techniques et l'expérience des hommes. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.) **Travail & Ergologie : entretiens sur l'activité humaine**. Octarés Editions, Toulouse, France, 2003, p.99-116.

NUNES, E.D. A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In: CANESQUI, A.M. (Org.) **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, p.95-113.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 9, 143-146, agosto 2001.

PAIM, J. S. **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: ISC - Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

PAIX, A. **O processo de trabalho coletivo no contexto do Programa de Saúde da Família**: integração e fragmentação de objetos e práticas. Mimeo, 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. Campinas, 1998. (Tese Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública** V.35, n. 1, São Paulo, fev., 2001.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de Saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (org.) **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2000. P. 234 – 250.

PERET, T. C. **O programa de saúde da família**: questões e perspectivas – a experiência desenvolvida no município de Campina Grande / PB (1994-1999). 2001. 243 f. Resumo (Mestrado) Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. In: <http://capes.gov.br> acessado em 5/11/2004.

PESSINI, L.; ALVES, J. C. M.; BERARDO, M. Políticas de saúde: uma visão interdisciplinar e inclusiva. In: http://www.scamilo.edu.br/index.php?pag=publi_editorial&ID=28&rev=s . acessado em 19/04/2006.

PIANCASTELLI, C. H. et al. Saúde da Família e desenvolvimento de recursos humanos. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 44-48, dez., 2000.

PINHEIRO, R. Integralidade e prática social. Disponível em:

<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=162&sid=25>. Acessado em 26 de julho de 2006.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde**. São Paulo: Anna Blume, 1998, 253p.

_____. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989, 156p.

_____. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M.T. (Org.) **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999, 176p.

_____. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Escola de Enfermagem, UFBA, abr – out., 2000.

PIRES, D; GELBCKE, F.L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.2 n.2, p.3110325, 2004.

PORTO, M. F. S. & ALMEIDA, G. E. S. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 335-347, 2002.

REIS, C.C.L.; HORTALE, V.A. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):492-501, mar- abr, 2004.

RIBEIRO, E. **Concreticidade do vínculo do/no programa de Saúde da Família (PSF): desafio de médicos e enfermeiras em uma realidade de implementação do programa**. Florianópolis. Tese (doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2005. 287f.

RIBEIRO, J.M. A microregulação médica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.4 n.6, 2000, p.5-7.

ROCHA, D.; DAHER, M. D. C; SANT´ANNA, V. L. A. A entrevista em situação de pesquisa acadêmica: reflexões numa perspectiva discursiva. **Polifonia**, Cuiabá, EDUFMT, nº8, p.161-180, 2004.

RODRIGUES FILHO, J. A crise gerencial no sistema de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 28 (4): 65-75, out/dez, 1994.

ROMANO, V. F.; CAMPOS, A. M. **O trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família: ficção pactuada**. Resumo, Mimeo, S/D.

ROSA, M. I. 2003. **Usos de si e densificação do trabalho**. Mimeo, 2003.

ROSA, M. I. Usos de si e densificação do trabalho. In: DIEESE / CESIT (Org.). **Trabalho e abordagem pluridisciplinar: estudos Brasil, França e Argentina**. São Paulo e Campinas, 2005, p. 17-33.

SÁ FILHA, Z. S. **Programa de Saúde da Família**: transitando entre o velho e o novo. 145 f. Resumo (Mestrado) Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. In: <http://capes.gov.br> acessado em 5/11/2004.

SANTOS, B. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Edições Afrontamento. 7. edição, 1995.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar. **Revista Interface – comunicação, saúde, educação**, v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005.

SCHERER, M.D.A.; ANDRADE, S.R.; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção á saúde: reflexões sobre a estratégia de saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005.

SCHERER, M.D.A.; ANDRADE, S.R. **O trabalhador de saúde da família na sociedade do conhecimento**. Trabalho apresentado como Comunicação Coordenada no VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e XI Congresso Mundial de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2006.

SCHRAIBER, L. B. Ética e subjetividade do trabalho em saúde. **Rede Unida**, 2001 Disponível em: <<http://www.reunida.org.br/producoes/artigo02.htm>>.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B; PEDUZZI, M. Interdisciplinaridade e ação multiprofissional: duas faces do trabalho em equipe no campo da saúde. Acessado em 05 de julho de 2004.

SCHRAIBER, L. B. Trabalho em saúde: contribuição dos estudos sobre processos de trabalho e organização social e tecnológica das práticas em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 14, ago., 1996.

SCHWARTZ, Y. (Org.). **Reconnaisances du travail : pour une approche ergologique**. 2ª edição: PUF, Paris, 1998a.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. CEBES: **Educação e Sociedade**, Ano XIX, dez 1998b. P. 101-139.

SCHWARTZ, Y. **Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe**. Octares editions, 2000, 763p.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.) **Travail & Ergologie : entretiens sur l'activité**

humaine. Octarés Editions, Toulouse, France, 2003.

SCHWARTZ, Y. La conceptualisation du travail, le visible et l'invisible. **L'homme et la société. Revue Internationale de Recherches et de Synthèses en Sciences Sociales**, n. 152-153, avril-septembre 2004, p.47-77.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. Vocabulaire ergologique. In : www.ergologie.com Acessado em 02/03/2006.

SIEBENEICHLER, F. B. Encontros e desencontros no caminho da interdisciplinaridade: G. Gusdorf e J. Habermas. **Revista Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, 98: 153-180, jul.-set., 1989.

SILVEIRA, C. H. **Programa de Saúde da Família:** um estudo de caso no município de Joinville – SC. 2000. 106 f. Resumo (Mestrado) Universidade Federal do Paraná, Curitiba. In: <http://capes.gov.br> acessado em 5/11/2004.

SINACEUR, M. A. Qu'est-ce que l'interdisciplinarité ? **Revue Internationale des Sciences Sociales**, Paris, v. XXIX, n. 4, p. 617-626, 1977.

SOUZA, L. L. Interdisciplinaridade e odontologia. *Revista Olho Mágico*, Ano 5, nº18, março/99. http://www.ccs.uel.br/olho_magico/N18/enfoque.htm . Acessado em 01/03/2006.

TARRIDE, I. **Saúde pública:** uma complexidade anunciada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

TEIXEIRA, M. T. A. **O programa de Saúde da Família:** o desafio da organização do trabalho em equipe: estudo de caso em um município da RMS. Salvador. 2000. 89 f. Resumo (Profissionalizante) Universidade Federal da Bahia, Salvador. In: <http://capes.gov.br> acessado em 5/11/2004.

TEIXEIRA, S.F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S.F. (Org.) **Reforma sanitária:** em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989, p.17-46.

VASCONCELOS, E. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar:** epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2002.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-am Enfermagem**, 11(4):525-31, julho-agosto, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Projeto do I curso de especialização multiprofissional em saúde da família / modalidade residência, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Projeto do II curso de especialização multiprofissional em saúde da família / modalidade residência, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Relatório Final do I curso de especialização multiprofissional em saúde da família / modalidade residência, 2004.**

APÊNDICES

APÊNDICE I

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. O que o motivou a fazer a residência em saúde da família?
2. Quais eram as suas expectativas?
3. Suas expectativas foram satisfeitas?
4. Considerando que a interdisciplinaridade é preconizada como estratégica para reorientação do modelo assistencial, como ela foi vivenciada na educação em serviço?
Exemplifique.
5. O que entende por interdisciplinaridade?
6. Considerando o contexto onde ocorreu a educação em serviço, o Centro de Saúde, no que ele facilitou ou dificultou a vivência da interdisciplinaridade?
7. Considerando o contexto do curso, no que ele contribuiu ou dificultou a vivência da interdisciplinaridade?
8. Poderia apresentar exemplos de vivência da interdisciplinaridade?
9. O que considera fundamental para que ocorra a interdisciplinaridade?

APÊNDICE II

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Magda Duarte dos Anjos Scherer, sou aluna do curso de doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, e estou desenvolvendo a pesquisa “A equipe no Programa de Saúde da Família – possibilidades de construção da interdisciplinaridade”, que se constituirá na minha tese de doutorado. O estudo tem como objetivo geral analisar as possibilidades de construção da interdisciplinaridade na atenção à saúde da família, no contexto da Residência em Saúde da Família, em Florianópolis –SC.

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que será desenvolvida no período estimado de abril a julho de 2005. Considero o estudo relevante por serem ainda muito recentes as experiências de residência em saúde da família, onde a interdisciplinaridade é preconizada como estratégica. Acredito que este trabalho poderá identificar potenciais, dificuldades e iniciativas inovadoras, além de socializar a produção de conhecimentos gerados no decorrer do curso. Nesse sentido, a sua contribuição é fundamental.

A sua inserção nesta pesquisa implicará na participação em uma ou mais entrevistas, com duração de mais ou menos uma hora, gravadas com o seu consentimento. Estas entrevistas poderão ocorrer na UFSC, em sua casa ou outro lugar de sua escolha. Durante a entrevista lhe serão feitas perguntas relacionadas à sua vivência no Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. As transcrições das entrevistas serão entregues a você para verificar se as informações estão completas e corretas. Além disso, será realizado um grupo de discussão do conteúdo das entrevistas para o qual todos os entrevistados serão convidados a participar.

Todas as informações obtidas de você permanecerão confidenciais. Embora você conheça a identidade dos (as) outros (as) participantes de seu grupo, um nome código será usado para manter o seu anonimato nas informações e no relatório da pesquisa. As informações serão usadas somente para este estudo e durante e após o seu término serão guardadas em segurança. Somente a pesquisadora e sua orientadora na pesquisa terão acesso às informações.

Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Sua decisão de não participar ou se retirar em qualquer momento não terá qualquer implicação para você. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde, mas espero que possam contribuir para mais uma reflexão sobre o tema.

Caso você tenha ainda alguma outra dúvida em relação à pesquisa ou queira desistir em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente.

Pesquisador: Magda Duarte dos Anjos Scherer Fone: (48) 249-0206 ou 9602-5160

Assinatura: _____

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa: “A equipe no Programa de Saúde da Família – possibilidades de construção da interdisciplinaridade”, concordo em participar e permito que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, _____ de _____ de 2005.

Assinatura: _____ RG: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará à guarda da pesquisadora e a outra via é da

APÊNDICE III

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Magda Duarte dos Anjos Scherer, sou aluna do curso de doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, e estou dando continuidade à coleta de dados para a pesquisa “A equipe no Programa de Saúde da Família – possibilidades de construção da interdisciplinaridade”, que se constituirá na minha tese de doutorado. O estudo tem como objetivo geral analisar as possibilidades de construção da interdisciplinaridade na atenção à saúde da família, no contexto da Residência em Saúde da Família, em Florianópolis –SC.

Você, que já foi entrevistado por mim, está sendo convidado (a), conforme já explicitado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado no ato da entrevista, a participar neste momento de uma reunião de Grupo Focal, que tem por objetivo devolver aos entrevistados o conteúdo obtido em todas as entrevistas, para acréscimos, correções e validação dos dados. A apresentação dos dados preservará o anonimato dos entrevistados.

O Grupo acontecerá em uma sala de aula do Centro de Ciências da Saúde, com duração de cerca de três horas, sendo gravado e filmado com o seu consentimento.

Todas as informações obtidas de você permanecerão confidenciais. Embora você conheça a identidade dos (as) outros (as) participantes de seu grupo, um nome código será usado para manter o seu anonimato nas informações e no relatório da pesquisa. As informações serão usadas somente para este estudo e durante e após o seu término serão guardadas em segurança. Somente a pesquisadora e sua orientadora na pesquisa terão acesso às informações.

Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Sua decisão de não participar ou se retirar em qualquer momento não terá qualquer implicação para você. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde, mas espero que possam contribuir para mais uma reflexão sobre o tema.

Caso você tenha ainda alguma outra dúvida em relação à pesquisa ou queira desistir em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente.

Pesquisador: Magda Duarte dos Anjos Scherer Fone: (48) 249-0206 ou 9602-5160

Assinatura: _____

Nós, abaixo-assinados, fomos esclarecidos(as) sobre a pesquisa: “A equipe no Programa de Saúde da Família – possibilidades de construção da

APÊNDICE IV

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Magda Duarte dos Anjos Scherer, sou aluna do curso de doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, e estou dando continuidade à coleta de dados para a pesquisa “A equipe no Programa de Saúde da Família – possibilidades de construção da interdisciplinaridade”, que se constituirá na minha tese de doutorado. O estudo tem como objetivo geral analisar as possibilidades de construção da interdisciplinaridade no trabalho da equipe de saúde da família.

Você, que já foi entrevistado por mim, está sendo convidado (a), conforme já explicitado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado no ato da entrevista, a participar neste momento de uma reunião, que tem por objetivo devolver aos entrevistados o conteúdo obtido em todas as entrevistas, para acréscimos, correções e validação dos dados. A apresentação dos dados preservará o anonimato dos entrevistados.

A reunião acontecerá em uma sala escolhida pelos participantes, com duração de cerca de duas horas, sendo gravado com o seu consentimento.

Todas as informações obtidas de você permanecerão confidenciais. Embora você conheça a identidade dos (as) outros (as) participantes de seu grupo, um nome código será usado para manter o seu anonimato nas informações e no relatório da pesquisa. As informações serão usadas somente para este estudo e durante e após o seu término serão guardadas em segurança. Somente a pesquisadora e sua orientadora na pesquisa terão acesso às informações.

Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Sua decisão de não participar ou se retirar em qualquer momento não terá qualquer implicação para você. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde, mas espero que possam contribuir para mais uma reflexão sobre o tema.

Caso você tenha ainda alguma outra dúvida em relação à pesquisa ou queira desistir em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente.

Pesquisador: Magda Duarte dos Anjos Scherer Fone: (61) 3226 8406 ou 8145 1057

Assinatura: _____

Nós, abaixo-assinados, fomos esclarecidos(as) sobre a pesquisa: “A equipe no Programa de Saúde da Família – possibilidades de construção da interdisciplinaridade”, concordamos em participar da reunião e permitimos que os dados sejam utilizados na realização da mesma.

Brasília, 23 de junho de 2006.

Nome	Assinatura	RG

ANEXOS

ANEXO I

Facilidades e dificuldades para a vivência da interdisciplinaridade.

	Facilidades	Dificuldades
Políticas	Estratégia de Saúde da Família	Ausência de projeto institucional de mudança das práticas na Prefeitura
	Residências e especializações multiprofissionais	Relação institucional frágil entre os parceiros do convênio
	Mudanças na graduação	A formação não articula profissionais de nível médio e superior
	Convênio entre Prefeitura e Universidade	
Estruturais	Presença da multiprofissionalidade	Número de equipe PSF inferior à necessidade
	Espaço/tempo garantido para reflexão teoria/prática	Recursos materiais e área física inadequados (UB)
	Presença de profissionais qualificados	Contratos temporários
	Supervisão multiprofissional articulada	Rotatividade de profissionais
	Estrutura física e material adequada (UA)	Profissionais ingressam no serviço sem treinamento prévio
	Professores com experiência na atenção básica e projeto/objetivos comuns	Más condições de trabalho
	Agenda de consultas individuais organizada de forma a permitir a troca	Baixa remuneração
	Flexibilidade do curso para atender necessidades teóricas e práticas	Profissionais com diversos empregos
	Ausência de um modelo para o trabalho interdisciplinar	Serviço organizado para o cuidado individual e biomédico
Presença de equipe trabalhando ao lado no modelo antigo		
Atitude	Valorização da prática e do conhecimento do outro	Profissionais acomodados na sua especificidade
	Abertura para detectar os vícios da formação	Resistências à mudança e alguns influenciavam os demais para resistirem também
	Profissionais procuravam conhecer as demais profissões e respeitavam as diferenças	Postura individualista de alguns
	Abertura e disponibilidade a ouvir, discutir, se mostrar e desenvolver o trabalho proposto	Alguns profissionais se fecharam para o aprendizado, empobrecendo as discussões e o trabalho
	As pessoas estavam engajadas num processo de mudança	Algumas pessoas só querem se apropriar do conhecimento dos demais para agirem sozinhas
		Lidar com o novo
Trabalho coletivo	Compartilhar o trabalho específico por medo ou vergonha de errar	
	A complexidade dos problemas de saúde contribuiu para a percepção de que uma profissão não resolve sozinha	As equipes PSF não fazem PSF
	As tarefas e funções de cada um eram bem definidas e cada um contribuía com o seu conhecimento	Os profissionais têm dificuldade de estudar

Espaços definidos para a tomada de decisão	Os profissionais têm diferentes origens, formações, informações e objetivos dentro do serviço
As pessoas procuravam trabalhar na perspectiva de grupo	Falta de capacitação, desconhecimento do que seja o PSF
Sintonia entre os residentes	Falta de motivação dos profissionais
Não havia disputa de poder e buscava-se o acordo	Atividades fragmentadas
O grupo apoiava seus membros nas dificuldades individuais	Falta de planejamento
Os problemas de relacionamento foram enfrentados com apoio externo	Comunicação difícil, não há troca, só encaminhamento
	Disputa de saberes e de poder, principalmente com a medicina
	Os profissionais têm tempos e pressupostos diferentes
	Atuar para além do modelo biologicista
	Resistência da medicina a tomar decisões coletivamente
	Sentimento de invasão por alguns profissionais no atendimento individual compartilhado com outras profissões
	Falta de autonomia
	Difícil inserção numa organização estruturada no modelo antigo
	Divergências entre os profissionais
	Diferenças de objetivos
	Problemas de relacionamento pessoal
	Dificuldades pessoais: falta de iniciativa, sentimentalismo, timidez, imaturidade, desconhecimento do seu lugar no grupo, falta de experiência profissional
	Ficaram presos ao discurso comum e a especificidade ficou em segundo plano
	A ordem médica prevalecia
	Pouca articulação para realizar a prática conjunta
	A formação fragmentada na graduação
	Desconhecimento de como articular o campo e o núcleo de conhecimentos
	Resistência dos usuários ao atendimento de profissões com as quais não estavam habituados (UB)