

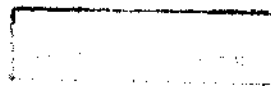
MARINA PEDUZZI

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE: A INTERFACE ENTRE
TRABALHO E INTERAÇÃO

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva do Departamento de Medicina
Preventiva e Social da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas

Orientadora: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber

Campinas
1998



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	
V.	Ex.
TEMPO BC	37744
PROG.	229199
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	02/06/99
N.º CPD	

CM-00123734-7

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

P343e Peduzzi, Marina
Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e
interação / Marina Peduzzi. Campinas. SP : [s.n.], 1998.

Orientador : Lilia Blima Schraiber
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Recursos humanos na saúde. 2. Saúde e trabalho. 1. Lilia Blima
Schraiber. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Tese de Doutorado

Orientadora:

PROFA. DRA. LILIA BLIMA SCHRAIBER

Membros:

1. *Marta Almeida*

2. *[Signature]*

3. *[Signature]*

4. *[Signature]*

5. *Lilia Schraiber*

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 03/02/89

MARINA PEDUZZI

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

Campinas, 03 de Janeiro de 1999.


Profa. Dra. Lília Blima Schraiber
Orientadora

**EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE: A INTERFACE ENTRE
TRABALHO E INTERAÇÃO**

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva do Departamento de Medicina
Preventiva e Social da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas

Orientadora: Profa. Dra. Lília Blima Schraiber

Campinas
1998

Para meus pais, Giovanni e Germana, que me ensinaram as
coisas mais importantes.

Para Felipe, Anna Rita, Nina e Graziella, que têm me
ensinado a manter viva a esperança.

Agradecimentos

A Lilia Blima Schraiber, pela clareza e profundidade intelectual com que compreende e nos faz compreender os caminhos da pesquisa, das teorias e seus conceitos, do trabalho cotidiano nos serviços e dos valores que nos conduzem nas opções que se fazem a cada momento. Considero um privilégio compartilhar esta Tese e tantos outros trabalhos com a Professora Lilia, por tudo que representa como pesquisadora e educadora.

A Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (*in memoriam*), que esteve presente durante toda a elaboração da Tese, pois seus estudos foram, a cada momento e dúvida, fonte de inspiração e estímulo.

A José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, pelas indicações bibliográficas precisas, sobretudo pela introdução à leitura da obra habermasiana no decorrer dos “Seminários Filosóficos”, no Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP.

A Toyoko Saeki, com quem há longos anos partilho as questões deste e de outros projetos e com quem mais aprendi sobre o significado do trabalho da enfermeira em saúde mental. Toyoko foi, sem dúvida, uma das mais importantes interlocutoras na realização da Tese, com sua característica capacidade de escuta e contraponto.

A Diane Dede Cohen, que também participou de variadas maneiras nesta Tese, desde a concepção do desenho da pesquisa até a redação final, ajudando a solucionar impasses, a enfrentar temores e até mesmo a editar as entrevistas. Como colegas no Centro de Saúde Escola, passamos muitos anos discutindo o trabalho cotidiano, as equipes e nossa peculiar inserção nesse universo, como enfermeiras do serviço.

A Patricia Montagnari, com quem tive a sorte de compartilhar a pesquisa de campo. Patrícia foi realmente parceira na coleta do material empírico, criativa e responsável. Seu envolvimento com o trabalho permitiu que encontrássemos alternativas para as inúmeras surpresas do campo.

Aos docentes e funcionários do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, agradeço a convivência e o apoio. Com especial carinho, a todos os colegas do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, com quem compartilhei o trabalho diário nos últimos doze anos. Passaram

rápido estes anos, e hoje percebo que isso se deve a uma importante característica da equipe do Centro de Saúde Escola, que é a de renovar-se a cada dia, colocando-se novas indagações, sem medo de enfrentar os conflitos, as diferenças e as possibilidades de executar a atenção primária, com a sofisticação que as demandas dos usuários requerem.

Aos docentes e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, por terem propiciado as melhores condições de aprendizado e pesquisa na execução da Tese. Em particular, aos Professores Emerson Elias Merhy e Everardo Duarte Nunes.

Às colegas do NUPESCO - Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela afinidade intelectual na busca de um caminho que permita melhor compreender as questões da saúde coletiva, particularmente da enfermagem em saúde coletiva.

Aos docentes e funcionários do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com os quais tenho a alegria de compartilhar o trabalho desde março deste ano, quando iniciei minhas atividades junto à Escola. Agradeço a recepção calorosa, o estímulo ao Doutorado que eu já trazia em andamento, e a outros presentes e futuros projetos que partilhamos.

À Organização Pan-Americana da Saúde, pelo apoio financeiro que viabilizou o extenso trabalho de campo necessário à realização desta pesquisa.

À Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo pela autorização para a realização da pesquisa de campo, após apreciação do projeto. Particularmente, à Professora Ana Maria Malik, que, à época, respondia pela Coordenadoria de Saúde da CSRMGSP, que não apenas apreciou o projeto mas também discutiu-o conosco, oferecendo contribuições. Também agradeço, em especial, a Marisa Cambraia pela colaboração com o fornecimento de valiosas informações acerca da caracterização da região de estudo e pelo estímulo afetuoso.

Mais que especial, o agradecimento aos profissionais dos serviços nos quais foi realizada a pesquisa de campo — gerentes e agentes do cuidado. No transcorrer da observação e das entrevistas não somente pude coletar as informações imprescindíveis à realização do estudo, mas também sentir, uma vez mais, e agora na posição de

“estranho”, a imensa complexidade do trabalho em saúde. A dedicação desses profissionais a seu trabalho e, particularmente, sua constante busca de compreensão e atenção às demandas dos usuários foram um aprendizado todo à parte, que em muito me ajudou a persistir na trajetória da investigação. Gostaria de agradecer nominalmente a cada um deles; no entanto, o compromisso de sigilo que pactuamos impede-me de fazê-lo. Resta a alternativa de desculpar-me pelo anonimato, justo daqueles que representam a parte mais viva e pulsante da pesquisa.

A Cristina Menon, pela colaboração com informações que ajudaram a resgatar a história recente do ERSA-2.

A Denise Cristina de Oliveira, pela colaboração com o empréstimo de bibliografias e pela disponibilidade na discussão e elucidação de algumas dúvidas sobre a complexa temática das representações sociais.

À Professora Mary Jane Spink, pelo agradável contato e aprendizado no transcorrer da disciplina que cursei na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

A Silvia Cristina Mulé, pelo cuidadoso trabalho efetuado na transcrição das entrevistas.

A Norma Sueli Colucci da Silva e a Ricardo Fernandes Goes, pela paciente colaboração na resolução das minhas múltiplas dúvidas com o computador, instrumento de trabalho imprescindível. A Marcos Antônio Vieira, pela ajuda na formatação final da Tese.

A Leon Bonaventure, que tem cuidado de minha alma e ajudado a tornar-me mais parecida comigo mesma.

A Eduardo Fraga, também por cuidar de mim.

Finalmente, meu afetuoso agradecimento aos amigos que colaboraram de diferentes maneiras, com bibliografias, sugestões, estímulo e carinho — Ana Luiza Aranha e Silva, Ana Maria Fernandes Pitta, Aurora de Paula, Carlos Botazzo, Célia Maria Sivalli Campos, Cláudio Roberto Baptista, Ingrid Kaplan, Jairo Goldberg, Maria Alice S. Lopes, Maria José Scochi, Mario Rodrigues Louzã Neto, Rita de Cássia Duarte Lima e Sandra Taiar. Em especial, meu agradecimento ao amigo Roberto Nunes Pereira, que com sua paciência, na medida certa, esteve muito por perto no período de redação da Tese, caracterizado pela necessária solidão e recolhimento.

Perdemos um tempo precioso seguindo uma pista absurda e passamos ao lado da verdade sem suspeitá-la.
Marcel Proust

Sumário

RESUMO	
APRESENTAÇÃO	I
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	1
OBJETIVOS	14
CAPÍTULO II – REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
PROCESSO DE TRABALHO	18
DIVISÃO DO TRABALHO	26
MUDANÇAS NO “MUNDO DO TRABALHO”	36
PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	42
PROCESSO DE TRABALHO E INTERAÇÃO	49
SABER E CIÊNCIA NAS PRÁTICAS DE SAÚDE	57
REPRESENTAÇÕES	68
CAPÍTULO III – CONTEXTO DO PROCESSO DE TRABALHO	75
O PROCESSO DE TRABALHO NO CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL, DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E, PARTICULARMENTE, DAS POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE	75
CAPÍTULO IV – METODOLOGIA	89
DESENHO DA PESQUISA E ANTECEDENTES	89
CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE ESTUDO	94
CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ESTUDADOS	96
PERFIL GERAL DOS RECURSOS HUMANOS E DAS EQUIPE MULTIPROFISSIONAIS DA REGIÃO DE ESTUDO.....	105
O PRESENTE ESTUDO E SUA COLETA DE INFORMAÇÕES	108
O TRABALHO DE CAMPO	114
OS PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	117

CAPÍTULO V – ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....	122
O TRABALHO COLETIVO NA ENFERMARIA DE CLÍNICA PEDIÁTRICA.....	122
O TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ENFERMARIA DE CLÍNICA PEDIÁTRICA.....	135
O TRABALHO COLETIVO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA .	148
O TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.....	160
O TRABALHO COLETIVO NO AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES GERAIS	166
O TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES GERAIS.....	183
O TRABALHO COLETIVO NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL.....	196
O TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL	218
CAPÍTULO VI – SÍNTESE	229
TRABALHO E INTERAÇÃO: À GUIA DE SÍNTESE.....	229
ABSTRACT	239
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	240
ANEXOS	253

Resumo

Estudamos o trabalho em saúde, com o objetivo de analisar as concepções de agentes sobre o sentido do trabalho em equipe multiprofissional e as evidências empíricas do caráter coletivo desse trabalho. Tomamos, como referencial teórico, os estudos do processo de trabalho em saúde e do agir comunicativo, buscando observar a dialética trabalho-interação no material empírico coletado. Realizamos a pesquisa de campo pela observação direta do cotidiano de trabalho em quatro situações distintas — enfermaria clínica e unidade de terapia intensiva, hospitalares; ambulatório de especialidades gerais e ambulatório de saúde mental — e entrevistas com profissionais inseridos nas equipes de trabalho. Partindo da definição de uma tipologia que distingue equipe agrupamento e equipe integração, e analisando como se configuram os aspectos de complementaridade e interdependência dos trabalhos especializados, de articulação desses trabalhos, da autonomia técnica e da interação dos agentes, observamos que nas quatro situações estudadas os profissionais projetam a perspectiva da equipe integração, embora encontrem-se em situações de agrupamento, estando o ambulatório de saúde mental mais próximo do que denominamos equipe integração. O trabalho em equipe emerge como modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. No bojo da relação entre trabalho e interação os profissionais constroem consensos que configuram um projeto assistencial comum, em torno do qual se dá a integração da equipe de trabalho.

Apresentação

O interesse pelas questões atinentes ao trabalho em equipe vem me acompanhando há anos. Desde a graduação entrei em contato com o cotidiano das equipes no trabalho de enfermagem, pois nós, enfermeiras, raramente trabalhamos de forma isolada. O predominante é estarmos inseridas em práticas partilhadas com os auxiliares e técnicos de enfermagem e com profissionais de outras áreas. Muitos anos depois fui entender por que, desde o início da década de 50, propunha-se, na área de enfermagem, a estratégia do trabalho em equipe.

Sem dúvida, esse interesse foi bastante estimulado pelo trabalho em saúde mental. Nesse campo, a proposição do trabalho em equipe é ainda mais antiga do que na área de enfermagem e tão necessária quanto, pois o cuidado à saúde mental é sempre empreendimento de vários agentes, dada a abrangência e os desafios colocados pelas inquietações vividas pelos usuários, familiares e profissionais frente às experiências de intenso sofrimento psíquico.

A temática foi se configurando como um problema, pois quanto mais eu tentava compreendê-la, mais difícil se tornava, parecendo, ambas, retóricas — eu e a temática. No entanto, não por mero acaso, eu continuava inserida em instituições e em grupos de trabalho, que tomavam os limites e possibilidades do trabalho em equipe como questão. O campo da saúde coletiva, que tal como a saúde mental tem caráter interdisciplinar e arguidor das práticas de saúde, permitiu que eu continuasse, no exercício cotidiano de trabalho compartilhado com outros profissionais de enfermagem e de outras áreas, refletindo sobre o tema.

Hoje, parece-me claro, provisoriamente claro eu diria, pois os dilemas e dúvidas impõem-se a todo instante, que a trajetória pela enfermagem, pela saúde mental e pela saúde coletiva permitiu-me ou provocou-me configurar o tema como objeto de pesquisa. Assim, a construção da Tese ocorreu no entremear de uma rede tecida com a segurança transmitida pelas referências teóricas, a complexidade do trabalho em saúde, as dúvidas partilhadas com os colegas e a inspiração proveniente dessa interlocução e do diálogo com os usuários.

O objeto de estudo emergiu de um movimento dinâmico entre a prática

cotidiana e as inquietações colocadas por ela e minha aproximação do quadro teórico do processo de trabalho em saúde. Foi a possibilidade teórica de pensar o trabalho em equipe como trabalho coletivo que me incentivou, definitivamente, a enfrentar a árdua “tarefa” de elaborar uma tese de doutorado.

Árdua e prazerosa, por mais estranho que pareça. Pois o desenrolar do processo de pesquisa pelo contínuo ir e vir entre o marco teórico e o material empírico, ao mesmo tempo em que me deixou aturdida, em certos momentos, permitiu-me a criação e a compreensão parcial e provisória do objeto. Tanto o quadro teórico como o empírico requerem releituras e reconsiderações ao longo do trabalho de investigação, que configuram trajetos inusitados no caminho de elaboração do estudo — que interessante deparar-me com um novo fragmento num conjunto que já me parecia, em parte, familiar e conhecido, e nessa trajetória realizar o desenho da pesquisa por inteiro.

A investigação acadêmica constitui um processo peculiar que tem por finalidade a contribuição do pesquisador na esfera da construção do conhecimento e esta não consiste uma prática isenta de compromisso social, isolada e espontânea dos sujeitos que a realizam. Portanto, desde suas fases iniciais, esse processo está marcado pelas possibilidades de opções que historicamente colocam-se ao pesquisador. Dessa perspectiva, quero destacar minha formação e experiência como enfermeira, dentre os aspectos influenciadores na escolha e persistência com o tema.

Como enfermeira, observo que as atividades de enfermagem são imediatamente interdependentes em relação às ações dos demais agentes da equipe de saúde. Creio que essa interdependência aparece de forma mais explícita no trabalho de enfermagem, pois a área vem construindo seu objeto de intervenção em torno do cuidado. Este, mesmo quando prescrito no âmbito da enfermagem, está relacionado a interpretações e ações múltiplas, de variados profissionais, sobretudo do médico. Além disso, a enfermagem pode ser caracterizada como a “argamassa” ou o “tecido conjuntivo” da atenção à saúde, por estar presente de forma contínua nos diferentes contextos da assistência institucionalizada, participando dos variados fluxos de ação e comunicação, mesmo que muitas vezes de forma quase imperceptível. A enfermagem, constantemente, opera mediações entre as ações, os agentes e os usuários, configurando uma rede de apoio para o conjunto dos trabalhos especializados.

Com base nas evidências abundantes das conexões das ações de enfermagem

com aquelas executadas pelos demais agentes, pude valer-me de um ângulo privilegiado de observação e reflexão sobre o trabalho coletivo em saúde e o trabalho em equipe multiprofissional.

A abordagem desde a perspectiva do processo de trabalho permiti-me analisar a equipe de saúde como ação social e não somatória de atos individualizados, pois, no trabalho, mesmo que o agente esteja agindo individualmente, o faz respondendo a necessidades sociais — necessidades do conjunto da sociedade e referidas a uma esfera da vida igualmente preciosa a todos — a saúde. As necessidades de saúde são construídas histórica e socialmente enquanto tais, num processo que configura determinados modos de atendê-las por meio do trabalho em saúde. Portanto, focar a equipe multiprofissional como teia de processos de trabalho implica arguir seu conteúdo técnico e de ação social, ou seja, intervenção técnica, socialmente constituída e interação de agentes-sujeitos sociais.

Desde o início, o processo de trabalho vinha sendo tomado como ação cotidiana permeada pela intersubjetividade, seja do usuário-agente, seja dos agentes entre si. Intersubjetividade que caracteriza o trabalho produzido no campo da saúde. Porém, o material empírico levou-me a ressaltar a dimensão da comunicação entre os múltiplos profissionais integrantes da equipe, de modo que a relação entre o plano do trabalho, como intervenção técnica, e o plano da comunicação, como interação, emerge como interface onde são construídas as possibilidades do trabalho em equipe multiprofissional. Construção que configura um projeto comum à equipe de trabalho.

Assim, o quadro teórico que dialoga com os depoimentos dos profissionais entrevistados e com o material proveniente das observações, em cujo diálogo configura-se a análise das situações de trabalho coletivo estudadas e a síntese, é construído com as categorias de processo de trabalho e saber operante de Mendes-Gonçalves, autonomia técnica de Schraiber, interação ou agir comunicativo de Habermas e projeto de Sartre. Esses autores, por sua vez, chamaram à interlocução vários outros, que, no conjunto, permitiram-me investigar o objeto proposto.

A discussão sobre o trabalho em equipe como modalidade de trabalho coletivo passa pela compreensão da dinâmica que ocorre entre as diferenças técnicas e as desigualdades sociais atribuídas aos vários trabalhos especializados. Os trabalhos executados pelos agentes das diversas áreas profissionais em saúde não são apenas

trabalhos diferentes, tecnicamente, mas também trabalhos valorados de maneira distinta pela sociedade. Eis, um aspecto que gostaria de destacar, pois, a meu ver, mais importante que os questionamentos e as reivindicações de cunho corporativo (que, em certas situações, podem fazer-se necessários e estratégicos), são as reivindicações pelo reconhecimento e respeito de todos os agentes do trabalho.

Entendo que, a cada agente, cabe questionar as desigualdades no trabalho, por meio de uma prática comunicativa, sobretudo porque, por essa indagação, poderemos buscar instaurar, preservar ou ampliar o reconhecimento de cada um dos sujeitos sociais e, nisso, o respeito e a preocupação com o outro. Cada sujeito que busca o reconhecimento ético-social para si próprio o faz em nome de toda a humanidade. Trata-se de compreender as diferenças técnicas dos trabalhos realizados por sujeitos que almejamos iguais, socialmente.

Por fim, apenas mais uma ressalva. A opção pela terceira pessoa no texto que se segue deve-se à participação de várias pessoas na elaboração da pesquisa. Esta Tese é fruto do trabalho de muitos, que participaram e contribuíram de diferentes maneiras. Assim, o texto fluiu de maneira mais leve e gostosa na terceira pessoa, embora, desde já, deixo claro que assumo total responsabilidade pelos tropeços e pelo que ainda ficou por fazer.

Capítulo I - Introdução

A intensa especialização do trabalho em saúde, ocorrida em décadas recentes, coloca o problema da integração das ações realizadas pelos vários profissionais presentes nesse setor. Essa integração pode ser vista como articulação entre trabalhos de agentes da mesma área profissional e também entre trabalhos executados por profissionais de diferentes campos.

Por outro lado, sabemos que as políticas nacionais de saúde, as formas locais de organização dos serviços e as modalidades de financiamento de sua produção influenciam na qualidade e quantidade de recursos humanos incorporados. Assim como as necessidades de caráter tecnológico, que caracterizam serviços de diferentes competências técnicas, também influenciam na definição dos profissionais que estarão presentes à produção concreta de serviços, em diferentes tipos de estabelecimentos de saúde.

Esse processo tem configurado, para as práticas de saúde observadas no Brasil, uma intensa institucionalização¹ do trabalho em saúde, que apresenta: a) fragmentação da assistência; b) tentativas parciais de recomposição dessa fragmentação; e c) percepção do trabalho, por parte de seus agentes profissionais, de independência total de suas práticas e, ao mesmo tempo, de ineficácia de cada trabalho individualizado, à medida que propõem a atenção integral às necessidades de saúde dos usuários dos serviços.

Contudo, essas características do trabalho em saúde têm sido, ainda, pouco exploradas como objeto de estudos científicos (NOGUEIRA, 1985; NOGUEIRA, 1992; SCHRAIBER & PEDUZZI, 1993; PAIM, 1994a). Tais características apontam para a problemática dos recursos humanos como trabalhadores coletivos em saúde ou como equipes de saúde, multiprofissionais ou não.

¹A institucionalização do trabalho em saúde refere-se a um movimento no qual as formas de organização de práticas de saúde mais ou menos espontâneas, informais ou alternativas, como também as práticas liberais na acepção estrita do termo, tendem senão ao desaparecimento progressivo pelo menos a uma subordinação crescente às forças do mercado de trabalho institucional (MACHADO e cols., 1992:71).

Assim, a questão que se coloca para investigação será: quais as articulações objetivas que existem para os distintos profissionais em diferentes situações técnicas e institucionais da produção de serviços, e que representações de trabalho em equipe possuem esses profissionais?

A investigação proposta, portanto, quer conhecer a realidade objetiva e subjetiva dos recursos humanos em saúde, enquanto partícipes de um trabalho coletivo e enquanto trabalhadores em equipe.

O trabalho em equipe e a integralidade das ações de saúde têm sido propostas da reforma sanitária brasileira incorporadas pelas políticas de saúde, entendendo-se que essas formas de trabalho representam melhor qualidade dos serviços prestados no setor.

As questões referentes, especificamente, à equipe de saúde ganham ênfase, no Brasil, a partir dos anos 70. Período marcado pela forte expansão do mercado de trabalho em saúde, em razão das necessidades de extensão de cobertura dos serviços e pela veiculação dos modelos de reforma médica — Medicina Preventiva, Medicina Integral e Medicina Comunitária. Esta, enquanto estratégia de extensão de cobertura, enfatiza o trabalho em equipe como recurso de racionalização dos serviços (DONNANGELO & PEREIRA, 1976; MENDES, 1985:57-58). A equipe de saúde ganha destaque também pelos crescentes conflitos e enfrentamentos travados entre os vários grupos profissionais, onde cada categoria ou segmento tenta alcançar uma certa hegemonia, não obstante a consagrada hegemonia médica (PEDUZZI & SCHRAIBER, 1994).

Vários estudos (MÉDICI, 1987; MACHADO e cols., 1992; PAIM, 1994a) verificam importante incremento quantitativo da força de trabalho em saúde no país, que atinge, em 1990, aproximadamente 4% da PEA (população economicamente ativa). Esses estudos também indicam e discutem o crescimento do setor como fonte de emprego, porém com ênfase na absorção de trabalhadores com baixa qualificação técnica.

Assim, uma importante característica da composição da força de trabalho em saúde e das equipes era, até o início dos anos 80, a bipolarização entre médicos e atendentes, que vem se alterando com o crescimento dos empregos de nível médio e superior e o decréscimo da absorção de agentes com escolaridade elementar. A categoria que apresentou maior crescimento é a de auxiliar de enfermagem, seguida das diversas categorias de nível superior, sobretudo da expansão de algumas delas (psicólogos, odontólogos, assistentes sociais e nutricionistas) e da redução relativa de outras (médicos, enfermeiros) que já vinham sendo incorporadas em maior número há mais tempo (MACHADO e cols., 1992:91).

Embora GIRARDI (1995:2) aponte desaceleração sustentada nos ritmos de crescimento da ocupação geral em saúde no decorrer dos últimos vinte anos, verifica que continua havendo um bom desempenho empregatício do setor saúde, comparado ao conjunto da economia, porém com menores taxas de absorção de pessoal. Se entre 1970 e 1976 o emprego no setor saúde cresceu a uma taxa geométrica de 13%, entre 1984 e 1987 cresceu a uma taxa bastante menor, de 4,3%.

Analisando a admissão de profissionais no segmento celetista do mercado de trabalho em saúde, na década de 90, GIRARDI (1995:5-6) observa incremento na absorção de enfermeiros e de farmacêuticos e, especificamente no período de 1993 e 1994, aumento também na incorporação de terapeutas ocupacionais e de fisioterapeutas, o que vai ao encontro dos comentários anteriores que apontam para o crescimento do número absoluto de profissionais não-médicos. Em termos relativos, por referência aos vários profissionais de saúde, mantém-se a predominância numérica da categoria médica, representando cerca de 70% dos empregos de nível superior e mais de 30% do total de empregos no setor (MACHADO e cols., 1992:83).

A equipe de saúde, portanto, vem se diversificando e tornando mais complexa sua composição, apresentando uma peculiar divisão do trabalho. No entanto, como veremos a seguir, os estudos sobre essa temática pouco têm investigado acerca da qualidade das práticas realizadas na situação de trabalho em equipe.

Na literatura consultada sobre o trabalho em equipe multiprofissional, observamos que são relativamente raras as definições de equipe. No entanto, muitas são as formas pelas quais tem sido examinada a realidade concreta do trabalho coletivizado. Essas formas prenunciam abordagens diversas do que chamamos equipe. A nosso ver, um grande divisor dos enfoques tem sido a separação da qualificação técnica dos determinantes sociais do trabalho, gerando abordagens que esvaziam a noção de equipe no sentido de atribuições técnicas e rol de tarefas e atividades, ao mesmo tempo que impedem concebê-las como trabalho que se coletivizou.

Estudo bibliográfico realizado por PEDUZZI & SCHRAIBER (1994), bem como uma consulta atualizada aos bancos de dados Lilacs e Medline² para identificação das abordagens de equipe multiprofissional de saúde, mostram como contexto de problematização predominante aquele fundamentado na concepção de trabalho técnico, reduzido a procedimentos e condutas tomadas no âmbito estrito da ação operatória. Nesse enfoque, a noção de equipe é tomada como uma realidade dada, uma vez que existem diferentes áreas profissionais atuando conjuntamente, e a articulação das ações parcelares não é problematizada.

Por outro lado, alguns estudos abordam diretamente a problemática da integração e o fazem tratando a questão de modo relacionado a situações muito particulares, tais como: a equipe de saúde mental e a equipe em atenção primária. Esses estudos deslocam sua aproximação do problema da integração, da perspectiva do trabalho ou da ação técnica, para a do objeto desse trabalho. Nesse caso, do deslocamento da aproximação em direção ao objeto de intervenção do ato em saúde, identificamos a reflexão em torno dos saberes e das abordagens terapêuticas presentes no campo de atuação em questão e suas repercussões para o trabalho em equipe.

² Consultada a base de dados LILACS, 28ª edição, set. / 1997, unitermo “equipe de saúde”. Consultada a base de dados MEDLINE, 1993 a 1997, unitermo “patient care team” / history, trends, utilization.

Neste enfoque chama atenção o volume de produção teórica sobre equipe no campo da saúde mental. Aqui, a nosso ver, devemos considerar a ampliação do objeto de conhecimento e de trabalho em saúde mental para além do objeto psiquiátrico, a doença mental. Essa ampliação dirige-se ao sofrimento psíquico, remetendo ao universo da vida mental, social e cultural. Assim configurado, esse objeto de trabalho requer, efetivamente, para sua apreensão e transformação, múltiplos saberes para além do saber biomédico.

Segundo BLAYA (1962), a noção e a utilização de equipes psiquiátricas e de saúde mental aparecem na literatura desde o início da década de 30 e recebem maior impulso durante a 2ª Guerra Mundial, quando se verifica a necessidade de tratar grande número de enfermos no menor prazo possível. Apesar do autor enfatizar o caráter de racionalização do trabalho em equipe, chama atenção a anterioridade com que a proposta de equipe surge e o destaque com que é abordada, por referência aos demais trabalhos em saúde.

Também repercutem nesta produção intelectual acerca da equipe em saúde mental os estudos de dinâmica de grupo que se iniciam, na área da psicologia, com os estudos dos pequenos grupos de trabalho. O entusiasmo dos psicossociólogos, a partir da década de 30, *foi reforçado por uma dupla reação geral: por um lado a reação aos excessos da divisão do trabalho (...), e ao trabalho em cadeia; por outro lado a reação aos excessos de racionalização, à despersonalização das relações humanas num universo ao mesmo tempo tecnocrático e burocrático* (MUCCHIELLI, 1980:7).

Apesar da volumosa literatura sobre trabalho de equipe em saúde mental, SCHERER & CAMPOS (1997) destacam que a maior parte dessa produção constitui-se de relatos de experiência ou ensaios, e constata a existência de poucos trabalhos conceituais ou que apresentem análises mais profundas de cunho científico. Os autores sugerem a realização de pesquisas empíricas em profundidade sobre a temática.

De outro lado, por referência à noção geral de equipe em saúde, PEDUZZI & SCHRAIBER (1994) assinalam que a proposição do trabalho em equipe mantém-se, sobretudo, no plano da retórica e das intenções, havendo nas dimensões concretas das práticas de saúde apenas uma justaposição de trabalhos realizados por um agregado de agentes.

Estudo realizado por SPINK (1992:22-23) corrobora esta avaliação, ao apontar que, na prática, as equipes multiprofissionais não parecem ter logrado grande sucesso. A autora apresenta como indicador mais óbvio dessa questão a posição subalterna das diferentes profissões em saúde face à profissão médica e à manutenção, por parte dos agentes não-médicos, da fragmentação do atendimento prestado ao usuário adotando uma divisão tácita de competências e práticas. Nesse estudo, SPINK refere que a hegemonia médica reflete a posse diferencial do capital científico da área da saúde, ou seja, do conhecimento sobre saúde/doença, apesar do caráter transdisciplinar do campo da saúde.

Numa pesquisa desenvolvida por MARSIGLIA (1991) acerca das concepções do trabalho em equipe entre os vários profissionais e agentes institucionais, a autora destacou que, para os médicos, a equipe era constituída apenas pelos profissionais médicos, equipe era sinônimo de equipe médica; para os demais profissionais de nível universitário, o discurso fazia-se em torno da necessidade de constituir uma equipe multiprofissional, ou das grandes dificuldades de constituí-la, pela falta de espaço que os profissionais não-médicos encontravam no exercício de suas atividades. Quanto ao pessoal de nível médio, observou que essa questão não os preocupava muito porque tinham mais claramente definidas suas funções, e que referiam, como principal dificuldade no trabalho em equipe, as relações de subordinação com as chefias imediatas.

Podemos perceber, pela diversidade nas concepções dos vários subgrupos, que a noção de equipe, deslocada das condições particulares e concretas que pretende representar, transforma-se em símbolo mítico do ideal de prática em saúde ou em solução mágica e apaziguadora dos conflitos entre as diferentes áreas profissionais. As condições concretas a que se refere o trabalho em equipe, segundo o referencial teórico-metodológico da presente pesquisa, dizem respeito à divisão do trabalho, à desigualdade no trabalho, aos diferentes graus de autonomia profissional, a diversa legitimidade técnica e social dos vários saberes implicados e à racionalidade presente nas práticas. Questões que serão tratadas adiante. Não obstante, destaque-se que elas dizem respeito à equipe da perspectiva da organização social das práticas de saúde e, em especial, ao modo de produzir e distribuir serviços de assistência à população, o que examinaremos, de forma breve, a seguir.

MENDES e cols. (1994:182), ao analisar os conceitos-chave na organização dos distritos sanitários, destacam duas possibilidades “integradoras”, uma no plano macro outra no plano micro, que permitiriam uma gestão eficiente do conjunto de serviços. No plano macro, refere-se à constituição de sistemas de saúde que superaria a pluralidade institucional e reintegraria, sob uma política de saúde única, o conjunto de instituições que foram sendo desenvolvidas ao longo da história da assistência médica e da saúde pública. No plano micro, técnico-operacional, a constituição de “equipes de saúde” (aspas do autor) que permitiriam a integração dos distintos processos de trabalho.

Segundo CAMPOS (1992a:152-156), a estruturação de equipes como base principal de organização dos serviços de saúde teria três justificativas principais: a quebra da costumeira divisão do processo de trabalho segundo recortes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais; a idéia de responsabilizar cada uma das equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los; e a possibilidade de vir a facilitar a superação da inércia e da indiferença burocrática que caracterizam os serviços públicos de saúde, na atualidade.

CAMPOS vem produzindo uma reflexão acerca das equipes de saúde, propondo, como assinalamos acima, a responsabilização de cada equipe por um conjunto de problemas bem delimitados, ou seja, a adoção de um sistema flexível de adscrição progressiva da clientela, não direta e exclusivamente ao médico, mas a cada uma das equipes existentes nas unidades (CAMPOS, 1992a:153). O que significa, segundo o autor, a vinculação, à cada equipe, de um certo número de pacientes previamente inscritos, de uma certa parcela da demanda espontânea, bem como a responsabilidade em relação aos problemas coletivos de uma parcela da população da área de abrangência da unidade, com o objetivo estratégico de quebrar a impessoalidade reinante nas relações agentes-usuários.

Em estudo posterior (CAMPOS, 1997:246-250), esse autor prossegue sua reflexão sobre o trabalho em equipe e propõe a definição precisa e inequívoca de responsabilidades individuais diante de cada caso, ou seja, a necessidade de identificar-se claramente quem, dentro de cada equipe, encarregar-se-ia de administrar cada caso, trabalhando com o conceito de vínculo definido e adscrição individual da clientela. Este modelo pressupõe a existência de um âmbito de saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades e um âmbito de ações e competências exclusivas de cada profissão ou especialidade, de modo que o agente responsável por determinado caso deveria solicitar apoio de outros membros da equipe, quando necessário.

Para TESTA (1995:295), a equipe de saúde é uma miniorganização que reconstrói a unidade perdida por meio das sucessivas divisões do trabalho que geram outras tantas profissões diferentes, unidade que se refere ao trabalho social cujo objetivo é a atenção à saúde. Segundo o autor, a confusão se ancora em que a unidade originária dá origem a divisões que são categorizadas como sociais para além de técnicas. Ele assinala que à divisão técnica corresponde uma hierarquização funcional de atividades e de conhecimentos específicos, porém propõe que as equipes de saúde mantenham essa diferenciação necessária do conhecimento e mesmo da hierarquia de autoridade, sem deixar de explorar as possibilidades de relações democráticas dentro das equipes. Segundo TESTA (1995:296), trata-se de enfrentar as diferenças, onde uns sabem mais que outros e sobretudo sabem coisas distintas, nos aspectos em que elas traduzem desigualdades sociais.

CAMPOS (1997:248) também chama a atenção ao risco de igualarem-se artificialmente todos os agentes e de abandonarem-se as identidades profissionais, e coloca o desafio de combinar graus de polivalência com certo nível necessário e inevitável de especialização. Nesse sentido, SPINK (1992:22-23) refere a unanimidade de vários autores ao apontarem que a integração não significa a equalização dos saberes/fazer e nem a submissão das diferenças a uma verdade única e inequívoca.

Segundo essas concepções, seria conveniente investir no diálogo, discutindo as intervenções técnicas, seus antecedentes e suas consequências, não somente entre os pares, mas também entre as diferentes áreas profissionais. A dimensão comunicativa compõe a prática técnica e as vantagens das discussões em equipe de trabalho residem no fato de que *se devem compatibilizar todos os procedimentos a serem aplicados (...) é preciso garantir todos e cada um dos passos prévios e sucessivos à intervenção, incluindo os mais ínfimos detalhes administrativos (as provisões) e de cuidados (a higiene de todos os ambientes) e essa garantia será maior à medida que os membros da equipe saibam por que se requer deles o que se requer* (TESTA, 1995:296).

Quanto ao destaque para a dimensão comunicativa no trabalho em equipe, KREUTZ (1993) realiza uma análise da qual depreende que o trabalho em equipe representa uma práxis criadora e exige uma forma participativa de trabalho. Refere que para um grupo caracterizar-se como equipe não basta que tenha eficiência técnica mas também terá que apresentar boas relações interpessoais. Assim, a autora salienta o bom relacionamento, a amizade, o respeito, a união e o envolvimento no grupo como aspectos imprescindíveis para o trabalho em equipe (KREUTZ, 1993:76).

Esse diálogo entre os profissionais contempla a dimensão técnica, referida às atividades, aos procedimentos e a todos os instrumentos necessários para atingir a finalidade da prestação de cuidados, e a dimensão ética, que não se reduz ao relacionamento interpessoal entre os profissionais, que se espera respeitoso como cabe ser nas relações humanas, mas estende-se à preocupação em conhecer, reconhecer e considerar o trabalho dos demais, seja da mesma área de atuação, seja de outras.

A construção do trabalho em equipe requer, portanto, também a explicitação e o enfrentamento dialógico de conflitos, buscando uma dinâmica de flexibilidade de regras, negociações e acordos entre os agentes e requer compartilhar decisões e responsabilidades (MISHIMA, 1995:288-293).

As questões da equipe, quando multiprofissional, também são influenciadas pela dinâmica do mercado de trabalho, como vimos anteriormente, e pelas características das várias profissões que a compõem, como demonstram os estudos da força de trabalho em saúde e da sociologia das profissões.

As pesquisas sobre a força de trabalho em saúde têm se desenvolvido com base na vertente marxista do termo e possibilitado incursões nos campos da economia política e da demografia, favorecendo a identificação de tendências estruturais e conjunturais sobre a utilização de pessoal, estrutura ocupacional e mercado de trabalho (NOGUEIRA, 1987; PAIM, 1994a:4). Segundo NOGUEIRA (1992:7) e SCHRAIBER & PEDUZZI (1993), esse enfoque investigativo começa, no Brasil, no início da década de 80 e é caracterizado por tomar o conjunto dos trabalhadores ocupados no setor saúde e não apenas uma ou outra categoria isoladamente. Assim, permite verificar as diversas áreas profissionais incorporadas aos serviços de saúde, ao mesmo tempo que possibilita analisar esses trabalhadores como parte considerável e crescente do total da força de trabalho alocada nos diversos ramos da economia (NOGUEIRA, 1988).

O estudo das profissões em saúde está pautado na vertente da sociologia das profissões e nessa produção teórica lembramos, na literatura internacional, os trabalhos de FREIDSON (1978, 1985), pela sua relevância desde os anos 70 e, no âmbito nacional, os estudos de MACHADO (1991, 1995, 1996). Segundo essa abordagem, uma profissão é caracterizada pela existência de um corpo específico de conhecimentos que pode ser adquirido por meio de longa formação intelectual, pela auto-regulação e pela autonomia profissional, o que garante o monopólio da prática num determinado campo e a inviolabilidade do mercado de trabalho (FREIDSON, 1978; MACHADO, 1991). MACHADO refere algumas críticas a esse enfoque, assinalando que a maioria dos estudos analisa as profissões tomando o critério de profissionalização, o que permite colocar o foco nas estruturas e na organização de cada profissão, mas pouco informa sobre sua concreta atuação, isto é, sobre o desenvolvimento no trabalho cotidiano (ABBOTT, *apud* MACHADO, 1995:30-31).

Assim, a denominação “profissional” enfatiza a noção do trabalho em saúde como exercício autônomo de profissão e a organização das práticas como constrangimento externo e alheio à profissão. No entanto, essa denominação traduz uma importante dimensão, pois os serviços de saúde são organizações que dependem, para funcionar bem, de seus operadores, ou seja, sua produção exige qualificação de alto nível e algum grau de autonomia profissional (DUSSAULT, 1992; SCHRAIBER, 1993). Desenvolveremos melhor esse conceito de autonomia na apresentação do quadro teórico.

Nesta pesquisa adotamos preferencialmente a denominação “agente” que se refere ao indivíduo como elemento constituinte do processo de trabalho em saúde, colocando em evidência as relações entre a pessoa que se torna agente técnico e os demais elementos do processo de trabalho (que serão apresentados adiante), assim como sua relação com as demais práticas sociais, articuladas às de saúde. Entretanto, em determinadas situações analíticas o texto ficará mais claro com o uso de termos como profissionais ou trabalhadores, pois se estará querendo referir ou às diferentes áreas de atuação ou às condições institucionais do trabalho. Chamamos a atenção para não perder de vista o fato de que esse recurso de exposição está assentado sobre a base teórico-conceitual da organização desses “profissionais” ou “trabalhadores” como agentes no processo de trabalho.

Ainda à guisa de introdução à temática do trabalho em equipe, encontramos na literatura referência à etimologia da palavra equipe, segundo a qual o termo derivaria do francês antigo, “esquif”, que designava originalmente uma fila de barcos amarrados uns aos outros e puxados por homens ou cavalos, enquanto não chegava a época dos rebocadores. Devido à imagem dos barqueiros puxando a mesma corda ou à imagem dos barcos amarrados juntos, o fato é que um dia falou-se em **equipe de trabalhadores** para realizar uma obra comum e, mais tarde, em equipe de esportistas para ganhar uma partida (LAFOND *apud* MUCCHIELLI, 1980:12). Há nessa palavra, portanto, um duplo dinamismo que vem tanto da atuação individual como do conjunto. Observamos que a noção de equipe, etimologicamente, está associada à realização de uma tarefa ou de um trabalho compartilhado entre vários indivíduos, que têm nessa tarefa ou trabalho um objetivo comum a alcançar. Sucesso que é potencializado pelo fato coletivo.

Também encontramos referências a uma diferenciação entre “equipe” e “grupo”, que aparecem, freqüentemente, sem distinção, nos estudos que abordam o trabalho em equipe. A esse respeito, MUCCHIELLI (1980;16-17) procede a uma análise na qual distingue equipe e grupo, acrescentando ao primeiro a característica da ação, ressaltando que não há equipe senão de trabalho, seja ele manual ou intelectual, instrumental ou esportivo, utilitário ou lúdico³. Nesse sentido, a equipe não configura um grupo primário em que as pessoas se vinculam pelo afeto, mas um grupo secundário que se liga por meio de funções, atividades e intervenções, enfim, do trabalho. Seria, então, abusivo chamar de equipe um pequeno grupo que se caracterizaria pelas suas relações de amizade, de convivência ou de trocas informais, assim como não seria pertinente nos referirmos a equipes de pacientes ou usuários de serviços de saúde.

Neste breve relato sobre o estado da arte, com base na produção teórica sobre questões relacionadas ao trabalho em equipe, observamos a distinção entre dois tipos de noções recobrando a idéia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. A primeira é caracterizada pela fragmentação e a segunda, pela construção de possibilidades de recomposição, colocando-se, esta, consoante à proposta da integralidade das ações de saúde e à necessidade contemporânea de recomposição dos saberes e trabalhos especializados. Pautados nessa distinção, construímos uma tipologia referida a duas modalidades de trabalho em equipe — **equipe agrupamento**, em que ocorre a justaposição de ações e o agrupamento de agentes, e **equipe integração**, em que ocorre a articulação das ações e interação dos agentes.

Em ambas, no entanto, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses diferentes trabalhos, operando a passagem da especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos, o que torna a recomposição e a integração algo diverso da somatória técnica. Nesse sentido, a recomposição requer a articulação das ações, a interação dos agentes e a superação do isolamento dos saberes — e suas disciplinas.

³ Note-se que o autor toma o termo trabalho no seu sentido mais amplo, como meta objetiva da atividade comum e não na acepção por nós adotada, do trabalho humano como prática social reiterada, como automediação entre homem e natureza.

Nesta investigação buscamos compreender como, na prática cotidiana de trabalho coletivo, os agentes da equipe multiprofissional realizam uma dada recomposição de seus respectivos trabalhos especializados e uma dada interação entre si. Como os variados profissionais recompõem as distintas dimensões do objeto de intervenção, quais sejam: do orgânico, do orgânico com o psicológico e com o social, do psicossocial com o orgânico, e do psicossocial e orgânico com o âmbito da cultura. E também como disso resultam novas interações ou potenciais nesse sentido. As quatro modalidades de recomposição assinaladas colocam o desafio de conjugar saberes e intervenções e é nessa esfera que situamos nosso objeto de estudo. Trata-se, pois, de aproximarmo-nos de possibilidades de interdisciplinaridades e interações multiprofissionais, como examinaremos adiante.

A questão da multiprofissionalidade diz respeito a pelo menos duas dimensões do trabalho, separadas apenas para efeito de análise, uma vez que se inter-relacionam intrinsecamente na prática: a dimensão objetiva e material da organização dos procedimentos dispostos de acordo com uma dada racionalidade dominante nas práticas de saúde; e a dimensão subjetiva e simbólica da referida organização, que diz respeito aos sujeitos e à formulação dos projetos de ação pautados nas práticas e nos saberes pertencentes a cada trabalhador em particular e a cada categoria profissional, também em particular.

Com isso queremos dizer que, embora a investigação esteja centrada na análise das articulações das variadas atividades do trabalho desenvolvido pelos múltiplos agentes envolvidos na equipe, e, portanto, centrada no âmbito das ações, há que se considerar também o âmbito das representações acerca do trabalho de cada agente e da equipe como um todo. Pois, pressupondo o trabalhador, simultaneamente, como agente e sujeito histórico-social, consideramos que a cada momento faz opções de adesão ou resistência a um dado modo de organização do trabalho, inscrevendo ou não novas possibilidades no trabalho coletivo do qual é partícipe.

Assim sendo, nossos objetivos nesta pesquisa serão:

Objetivos

A) Identificar as evidências empíricas do trabalho coletivo, destacando os aspectos da complementaridade e interdependência e da articulação das ações realizadas pelos diferentes profissionais que o compõem.

B) Compreender as relações entre as concepções dos profissionais de saúde sobre o trabalho em equipe multiprofissional e as situações objetivas de trabalho coletivo.

Capítulo II – Referencial Teórico

O referencial teórico que orienta a construção desta pesquisa está centrado nos estudos do trabalho em saúde. A investigação das práticas de saúde com ênfase na categoria trabalho é inaugurada com o estudo pioneiro de DONNANGELO (1975)⁴, no qual a autora volta-se para a análise das políticas estatais de financiamento da produção da assistência em saúde e do assalariamento médico, fazendo emergir a problemática de institucionalização e de mercantilização da medicina e das, então novas, relações e condições de trabalho. A mesma autora, em obra posterior (DONNANGELO & PEREIRA, 1976), aprofunda a investigação do caráter histórico da medicina, analisando-a como prática, consubstancialmente, técnica e social, articulada a outras práticas.

Essa vertente teórico-metodológica permitiu, em seguida, uma nova recolocação da análise, situando-a, também, no interior do processo de trabalho. Nessa direção, destacamos os estudos de MENDES-GONÇALVES (1979; 1992) que investigam teórica e conceitualmente a aplicação da teoria marxiana do trabalho ao campo da saúde e a conformação dos elementos constituintes do processo de trabalho em saúde. E o estudo de SCHRAIBER (1993), que aprofunda o conhecimento da subtotalidade representada pelo trabalhador no processo de trabalho, enfatizando a dimensão intersubjetiva e ético-moral dos processos de produção de serviços.

O objeto da presente investigação também coloca em destaque o agente do trabalho, visto que a equipe multiprofissional se refere a uma variedade de trabalhos especializados e, portanto, às relações entre as ações e os sujeitos das ações. Serão analisadas as relações do trabalhador com os instrumentos, particularmente com o saber, e com as atividades. E também serão analisadas suas relações com os outros trabalhos e com os agentes desses outros trabalhos, pela articulação das ações e pela comunicação ou interação dos sujeitos.

⁴ Lembramos que os estudos de Donnangelo faziam interlocução, na época, com estudos de outros autores tais como Juan César Garcia e Sergio Arouca, que também traziam, para o campo da Medicina Social, contribuições baseadas na categoria trabalho. Esses autores utilizaram a categoria trabalho, respectivamente, por referência à relação entre trabalho e educação médica e entre trabalho produtivo e trabalho improdutivo em saúde. Ver: AROUCA (1975) e NUNES (1989).

Os estudos do trabalho em saúde salientam, e tomam como premissa, a historicidade das práticas de saúde. Esse caráter histórico implica, pela negatividade, não conceber cada fenômeno ou elemento constitutivo da realidade de forma isolada e como resultante de uma evolução linear ao longo do tempo cronológico, assim como, no entender de MENDES-GONÇALVES (1995:16), *na recusa da concepção “naturalista” de natureza, de saúde e de doença e na crítica à concepção fetichista de tecnologia*. Pela positividade, e lembrando DONNANGELO (1976:15), é a articulação das práticas de saúde com as demais práticas sociais que constitui o ponto estratégico do qual melhor se pode apreender seu caráter histórico.

Nesse sentido, é preciso apreender cada aspecto da realidade por referência ao contexto em que se insere, contexto multidimensional, uma vez que social, econômico, político e cultural. Trata-se, portanto, de conceber relações de mútua influência e determinação entre o(s) aspecto(s) da realidade que se almeja compreender (a parte) e a totalidade correspondente (o contexto). Lembrando que, mesmo historicamente, sempre alcançamos totalidades parciais.

Assim, na pesquisa, cada fato ou acontecimento, uma vez estabelecido e interrogado, é decifrado como parte de um todo, pois cada acontecimento, além de sua significação particular, tem um papel revelador por referência ao contexto em que está inserido. Bem como, elementos que caracterizam o contexto são encontrados na situação particular em estudo. Esse movimento dialético parte-todo tem caráter processual e está presente em todas as dimensões do objeto de estudo.

A historicidade das práticas remete ao caráter histórico dos sujeitos que as constituem, sujeitos históricos porque, como afirma SARTRE (1987:185), *definem-se sem cessar pela sua própria práxis através das mudanças sofridas ou provocadas e de sua interiorização, e, depois, pela própria superação das relações interiorizadas*.

SARTRE (1987) analisa a dialética subjetivo-objetivo mostrada, segundo o autor, pela necessidade conjunta de interiorização do exterior e exteriorização do interior. Há uma unidade em movimento da subjetividade e da objetividade, manifesta, pelo sujeito, pela “interiorização do exterior”, que é processada para, então, tornar-se a “exteriorização do interior”. Esta última expressa o “projeto” como superação subjetiva da objetividade em direção à outra objetividade. Essa nova objetividade traz intrinsecamente uma tensão entre as condições objetivas do meio e as estruturas

objetivas do campo de possíveis. Para SARTRE, o projeto é a mediação entre dois momentos de objetivação e encontra-se dentro do campo de possíveis que, por sua vez, delimita-se com base nas contradições e nas escolhas dos homens. Diz o autor, *o homem caracteriza-se antes de tudo pela superação de uma situação, pelo que ele chega a fazer daquilo que se fez dele, mesmo que ele não se reconheça jamais em sua objetivação (...) e mesmo a conduta mais rudimentar deve ser determinada ao mesmo tempo em relação aos fatores reais e presentes que a condicionam e em relação a certo objeto a vir que ele tenta fazer nascer* (SARTRE, 1987:152).

Com a noção de projeto, SARTRE (1987:151-191) ressalta a criatividade humana e a possibilidade de mudanças nas situações estruturalmente colocadas na sociedade. Destaca um entendimento da dialética subjetivo-objetivo que atribui ao sujeito seu poder de superação pelo trabalho e por todo um universo de ações possíveis.

A noção de projeto é tratada também por AYRES (1995:78) que a expressa da seguinte maneira: *Projeto é, portanto, a expressão abstrata da vontade que é ao mesmo tempo social e individual. Social porque só adquire realidade como processo coletivo — no limite da singularidade qualquer projeto passa a ser simplesmente vontade em ato. O projeto só é projeto porque se situa, tensamente, entre possibilidades e necessidades diversas por referência a um mesmo campo de práticas. Por outro lado, essa diversidade está fundada na singularidade dos indivíduos, a qual só se define como tal contra o pano de fundo dos coletivos em que estão mergulhados*. Com isso o autor coloca a dialética que articula o sujeito social e as estruturas, explicitando a relação sujeito individual e norma social.

Assim, a concepção de projeto, no sentido sartreano, será tomada como categoria de análise, à medida que permite discutir as relações entre as noções dos agentes acerca do trabalho em equipe e o projeto que cada um, e o conjunto dos profissionais, expressam no processo de trabalho.

As práticas de saúde apreendidas articuladamente às demais práticas sociais têm o caráter peculiar de constituírem-se efetivamente como trabalhos inseridos em processos de produção de serviços. Aparecendo, dessa forma, uma distinção entre processo de trabalho e processo de produção, na qual o segundo diz respeito ao âmbito macroinstitucional e, o primeiro, ao âmbito microinstitucional, ou seja, referido à esfera da ação humana, da realização concreta, do exercício cotidiano do trabalho. Nessa

esfera, como veremos adiante, o agente será apreendido na sua articulação com o objeto, os instrumentos e a atividade própria do trabalho e só pode ser entendido enquanto inserido numa certa divisão do trabalho.

Assim, nesta pesquisa as práticas de saúde serão abordadas essencialmente enquanto processos de trabalho que refletem uma dada divisão do trabalho social. Tal abordagem toma em consideração as mudanças no mundo do trabalho e sobretudo as peculiaridades do trabalho em saúde por se constituir em prestação de serviço, entendendo serviço tal como definido por OFFE (1989; 1995). Além das categorias trabalho e serviço, também utilizaremos o conceito de autonomia profissional pelo destaque que a relação agente-técnica adquire no trabalho em serviço e, especificamente, no trabalho em saúde (FREIDSON, 1978; SCHRAIBER, 1993; RIBEIRO, 1995).

As inter-relações entre os agentes dos distintos trabalhos especializados constituem uma dimensão importante, que permeia a própria articulação das ações. Para sua análise, utilizaremos como referencial teórico os estudos desenvolvidos por HABERMAS (1989; 1994), particularmente acerca do agir comunicativo e da relação recíproca entre trabalho e interação.

Considerando a importância da dimensão do saber no trabalho em saúde e o próprio quadro teórico que coteja a relação epistemológica entre ciência e trabalho, aqui também serão analisadas as relações e mediações entre ciência, saber e trabalho, especialmente enquanto interdisciplinaridade e multiprofissionalidade.

Processo de Trabalho

Utilizamos a categoria trabalho segundo a vertente marxiana, a qual não pode ser considerada independentemente de uma dada formação social, ou seja, de uma forma específica de estruturação e organização da sociedade e das peculiares relações humanas constituídas e constituintes da mesma. Tal como as sociedades capitalistas, na modernidade.

Para MARX (1994:202), *o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona,*

regula e controla seu intercâmbio material com a natureza (...). Atuando sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. (...). Pressupondo o trabalho sob forma exclusivamente humana (...), (o homem) não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato fortuito. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta através da atenção durante todo o curso do trabalho.

Com base nessa citação, observamos que o trabalho constitui mediação entre o homem e a natureza, mediação que opera transformações requeridas por necessidades humanas. Porém, à medida que se torna mais e mais complexo, o processo de trabalho opera com objetos já muitas vezes transformados pela relação homem-natureza e não sobre coisas que o trabalho apenas separa de sua conexão imediata com seu meio natural, ou seja, matéria-prima ou produtos objetualizados. Como veremos adiante, para o trabalho em saúde, esse processo opera também com objetos que têm uma dimensão simbólica e intelectual. Além disso, não há uma relação de externalidade entre o homem e a natureza, ambos são parte e todo e determinam-se mutuamente.

Outro aspecto que emerge daquela citação e representa uma das características centrais do trabalho é sua intencionalidade, isto é, o trabalho depende de uma construção prévia, de um projeto que o homem traz em mente desde o início do processo. No dizer de GIANOTTI (1983:86), *o produto surge como explicitação de um fim, de uma condição que se dá idealmente e se efetiva de modo a adequar o resultado ao início pressuposto, num movimento em que o trabalhador e sua vontade, de um lado, e as coisas, de outro, perdem sua autonomia para transformarem-se em momentos de um processo mais amplo*, isto é, o trabalhador e as coisas objetualizam-se em instrumentos do social, conformando uma unidade técnica entre agente e meios do trabalho em direção a uma dada finalidade. A necessidade que será satisfeita com a realização do trabalho confere ao movimento do conjunto do processo de trabalho uma finalidade, um caráter teleológico (MENDES-GONÇALVES, 1992:4). Essa característica pode ser facilmente observada na capacidade humana de separar os momentos de concepção (projeto intelectual) e de execução do trabalho, o que por sua vez é demonstrado empiricamente pela possibilidade de construção e armazenamento

de instrumentos de trabalho, em separado do momento de sua utilização.

Segundo MENDES-GONÇALVES (1979:156), é nessa possibilidade de separação dos aspectos manuais e intelectuais do trabalho que reside, em termos mais abstratos, sua potencial socialização e o germe de seu desenvolvimento como domínio virtual da natureza. Trata-se, para efeito de análise, de momentos distintos do processo de trabalho: *um, o trabalho intelectual, em que se exprime o projeto de elaboração, se fixa a finalidade do trabalho, se subordina a vontade a essa finalidade; o outro, o trabalho manual, em que se opera com os instrumentos sobre o objeto*. O próprio autor chama atenção para a artificialidade de supor esse segundo momento como inteiramente destituído de participação intelectual, pois *não existe trabalho puramente físico*. Adiante iremos referir as variadas composições dos momentos intelectuais e manuais na divisão do trabalho em saúde.

Ainda é MENDES-GONÇALVES (1979:14) que nos alerta para outra característica do trabalho representada pela noção de constrangimento, ou seja, trata-se de ação humana que é, especificamente, *trabalho desde que se nutre de uma disciplina livremente consentida*. Esse aspecto permite distingui-lo das demais formas de atividade e permite não confundir o trabalho com a atividade humana em geral. Essa referência importa à medida que, se toda ação fosse trabalho, a categoria trabalho se esvaziaria enquanto recurso de análise de certos aspectos da realidade tal como entendemos nesta pesquisa.

Há uma terceira característica do trabalho que queremos salientar. Trata-se do trabalho como processo sistematicamente reiterado, dada a relação intrínseca entre produção e consumo, entre trabalho e necessidades⁵. Os processos de trabalho aparecem integrados por meio das relações entre as necessidades que precisam internalizar para realizar-se, ou poderíamos inverter a representação para evidenciar a dimensão complementar da mesma unidade, isto é, as necessidades integradas por meio dos processos de trabalho em que se externalizam. Donde podemos deduzir que os processos de trabalho e as necessidades compõem estruturas reciprocamente relacionadas que recobrem o conjunto da vida social (MENDES-GONÇALVES, 1992:18), assim como os momentos de produção e consumo, este último determinando

⁵ Quanto a consubstancialidade entre processo de trabalho e processo de re-produção das necessidades, ver MENDES-GONÇALVES (1992).

a reiteração do processo de produção.

As várias modalidades de trabalho aparecem como práticas reiteradamente efetivadas nas sociedades humanas, como atividades de uma parte dos membros de uma dada sociedade por meio da qual se definem como pertencentes a ela, na medida em que, por essa atividade, logram reproduzir sua existência valendo-se dos meios nela produzidos em conjunto para esse fim (MENDES-GONÇALVES, 1979:11).

Diríamos que o trabalho é o ato humano pelo qual os homens, em sociedade, produzem e re-produzem sua existência, não somente no plano material mas também da subjetividade, ambos condicionando-se mutuamente. Já nos referimos anteriormente à dialética subjetividade-objetividade. *O trabalho humano, em um plano genérico, é a aplicação da energia do homem sobre determinados elementos de tipos diferentes, como físicos, naturais, intelectuais, visando sua transformação para a satisfação de necessidades colocadas em situações concretas, a qual garante a produção e a reprodução do homem enquanto ser social. O trabalho é portanto, segundo Marx, tanto produção material, atividade de apreensão e transformação da realidade visando uma finalidade determinada, quanto produção do homem enquanto homem, exteriorização e objetivação da essência humana* (MÜLLER apud DALMASO, 1991:35). E mesmo com as transformações do trabalho contemporâneo, tratadas adiante, mantém-se com esta potencialidade de objetivação, criação e recriação da natureza humanizada.

Em excerto citado anteriormente, MARX chama a atenção que o trabalho requer a disciplina da vontade. Esta última refere-se a um tipo de subjetividade do sujeito que, em certa medida, precisa ser disciplinada e subordinada às condições de trabalho, ao mercado de trabalho e à autoridade técnica. Assim, o trabalho como sociabilidade é a disciplina da vontade plena de indivíduos às normas sociais, portanto vontade socialmente instituída e expressa como projeto, no sentido sartriano antes apresentado.

Faz-se necessário salientar um aspecto fundamental na definição marxiana de trabalho, que trata dos elementos componentes do processo de trabalho, quais sejam: a atividade adequada a um fim — o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho — o objeto de trabalho; e os meios ou instrumentos de trabalho (MARX, 1994:202).

Segundo MENDES-GONÇALVES (1979:21; 1992:6-7), o objeto de trabalho contém, potencialmente, o produto resultante do processo de transformação efetivado

pelo trabalho. No entanto, não deixa essa qualidade potencial transparecer por si mesma, imediatamente, de modo que essas qualidades de produto precisam ser evidenciadas ativamente, no objeto. Além disso, o mesmo objeto pode conter mais qualidades e potencialidades do que as peculiares para efetivar um dado produto, sendo necessário, no interior do processo de trabalho, recortar, dentre essas múltiplas qualidades do objeto em potencial, aquelas que interessam à operacionalização daquele específico produto. Portanto, um certo aspecto da natureza (realidade) destaca-se como objeto de trabalho somente quando o sujeito assim o delimita. O objeto de trabalho, em qualquer caso, não é um objeto natural, não existe enquanto objeto por si só, mas é recortado por um “olhar” que contém um projeto, uma finalidade.

Nesse sentido, vale destacar, mais uma vez, o leque dos possíveis e a existência da opção no cenário mesmo diante da norma social: *toda objetualidade da natureza decorre da presença de um sujeito, para o qual ela é objeto, o que enlaça subjetividade e objetividade de modo inseparável; se esse sujeito transformar a si próprio enquanto se reproduzir às custas de sua metabolização da natureza, ambos tornar-se-ão históricos. Ao mesmo tempo, a transformação do homem encontra seus limites nas suas possibilidades de produzir para si novos “objetos naturais”; mas como a natureza contém infinitos objetos em potencial, suporta infinitos projetos e infinitos homens: segue-se que a historicidade de que se revestem homem e natureza é necessariamente aberta* (MENDES-GONÇALVES, 1992:7).

Os instrumentos de trabalho tampouco são naturais, mas construídos historicamente pelo sujeito que, assim, estende sua possibilidade de intervenção sobre o objeto. Para se constituírem enquanto instrumentos, eles devem apresentar a capacidade de sintetizar as qualidades do objeto e do projeto de produto em uma ação transformadora (MENDES-GONÇALVES, 1992:8). *O meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto* (MARX, 1994:203).

GIANOTTI (1983:95) considera a existência de uma determinação recíproca entre instrumento e objeto de trabalho. O autor nos dirá que *o objeto demanda instrumentos adequados e o instrumento só pode ser aplicado aos objetos que lhe correspondem*. Há, portanto, que se considerar que ambos, objeto e instrumento, só podem ser assim configurados por referência a sua posição relacional, intermediada

pela presença do agente do trabalho que lhes imprime uma dada finalidade.

A finalidade presente em todos os elementos constituintes do processo de trabalho significa a interiorização produtiva da necessidade humana, ou seja, que as necessidades transformadas em finalidades conduzem todo o transcorrer do processo.

No trabalho, são as necessidades sociais que movem o sujeito à ação, tendo ele introjetado o que é a finalidade de caráter social do processo de trabalho. Esse aspecto diferencia o trabalho de outras práticas sociais em que o que move o sujeito à ação é a vontade plena, ou seja, a vontade não disciplinada às normas sociais do específico trabalho a que se refere.

Podemos, então, caracterizar o trabalho como um processo de transformação que ocorre porque o homem tem necessidades que precisam ser satisfeitas. E essa transformação se dá mediante a atividade do trabalho, realizada com o consumo produtivo de força de trabalho e a intermediação de instrumentos que o agente insere entre ele próprio e o objeto, para dirigir sua atividade a uma dada finalidade.

Temos, assim, que o processo de trabalho somente pode ser apreendido enquanto tal se considerados, simultânea e articuladamente, todos os seus componentes. E, ainda, que um dado processo de trabalho não ocorre isoladamente, mas sim numa rede de processos que se alimentam reciprocamente.

Nessa rede, ocorre o encadeamento de distintos processos de trabalho que se diferenciam pela sua peculiar conexão dos elementos constituintes (objeto, instrumentos, atividades) e se integram por meio das relações entre as necessidades que precisam internalizar para se realizar. Tal como ocorre no campo da saúde, onde distintas áreas profissionais, cada qual realizando um processo de trabalho próprio, encontram nas necessidades de saúde seu ponto de confluência. Necessidades essas que se manifestam e são apreendidas desde diferentes ângulos ou aspectos, porém sempre referidas ao mesmo âmbito de carecimentos humanos, à mesma esfera da vida humana — a saúde.

A dinâmica intrínseca ao processo de trabalho entre objetos, saberes, instrumentos materiais e atividades só é possível pela ação do agente. Este não apenas é instrumento da operação concreta do processo de trabalho, interpondo ferramentas entre ele próprio e o objeto com uma dada finalidade, no que se coloca como portador de um específico projeto de trabalho, mas também e imediatamente é sujeito, à medida

que traz, para dentro do trabalho, além daquele mencionado, outros projetos de caracteres coletivos e pessoais, dentro de um certo campo de possíveis. Projetos que corroboram o processo (projeto) de trabalho tal como estruturalmente estabelecido, ou imprimem mudanças em diferentes graus e nuances, até mesmo numa perspectiva de transformação. O que estará na dependência da maior ou menor mecanização do trabalho ou autonomia profissional, e também da dimensão comunicativa entre os agentes.

Assim, acrescentamos à noção de agente do trabalho sua dimensão de sujeito, tal como elaborada por SARTRE (1987:151-152), que afirma a especificidade do ato humano, posto que este atravessa o meio social, conservando-lhe as determinações e transformando-o sobre a base de condições dadas.

O próprio sujeito e seus projetos transformam-se no exercício do trabalho, assim como introduzem mudanças nos processos operacionalizados no cotidiano, exercendo certa autonomia nas intervenções técnicas e nas situações que se apresentam. Não está completamente aprisionado em um conjunto de normas operacionais, mas interfere sobre o modo como serão efetivadas. Assim, nesta pesquisa, consideramos a prática cotidiana dos agentes/sujeitos do trabalho.

HELLER (1991:119-132) introduz uma distinção entre trabalho como atividade cotidiana e como atividade genérico-social, ao discutir o conceito de vida cotidiana. A autora mostra que a execução de um trabalho é parte orgânica da vida cotidiana, e que o trabalho como atividade é uma objetivação genérica. Essa distinção é pertinente nesta pesquisa, à medida que procuramos compreender as relações entre as representações dos sujeitos sobre o trabalho em equipe multiprofissional e as situações objetivas de trabalho coletivo, no cotidiano dos serviços.

Podemos definir o trabalho como atividade genérico-social quando resulta útil a outras pessoas, quando em uma dada sociedade cumpre uma função necessária ou satisfaz uma necessidade social, e, também, enquanto for executado de acordo com uma norma social, ou seja, no tempo de trabalho socialmente necessário para produzi-lo.

O conceito cotidiano de trabalho está muito distante desse que acabamos de referir, pois, não coincidindo com o conceito econômico e sociológico de trabalho, descreve simplesmente o que a atividade significa na vida das pessoas. O trabalho é

também uma atividade cotidiana, porque a vida cotidiana é a reprodução do ser particular e, para reproduzirem-se a si mesmos como particulares, os homens (a maioria deles) devem efetuar um trabalho. Segundo HELLER (1991:123), atualmente, com a diminuição dos horários de trabalho, com o aumento da intensidade do trabalho e com o aumento do desemprego estrutural, o trabalho ocupa um lugar diferente no conjunto da vida cotidiana, porém continua sendo parte orgânica desta.

Sendo, simultaneamente, ocupação cotidiana, porque é reprodução do ser particular e execução do trabalho, e atividade, objetivação genérico-social, porque satisfaz necessidades sociais de um modo socialmente necessário, podemos observar o trabalho do ponto de vista do desenvolvimento da humanidade ou do ponto de vista do ser particular que trabalha. E é por essa óptica que iremos considerá-lo nesta investigação.

Ao tratar da categoria vida cotidiana, HELLER (1972:17-41; 1991) faz uma distinção entre ser particular, indivíduo e humano-genérico, salientando que todo indivíduo é, simultaneamente, ser particular e ser genérico e que o particular refere-se a uma particularidade social ou socialmente mediatizada. Também refere que o ser genérico (humano genérico) está contido em todo indivíduo, mais precisamente em toda atividade que tenha caráter genérico, tal como o trabalho. E que em nenhuma esfera da atividade humana é possível traçar uma linha divisória rigorosa e rígida entre o comportamento cotidiano e o não-cotidiano (HELLER, 1991:126).

Ainda quanto à esfera do trabalho cotidiano, lembramos MERHY (1997a), que, também tomando como base a teoria marxiana de trabalho, chama a atenção para a distinção entre trabalho morto e trabalho vivo, este último situado na dimensão do cotidiano. O autor refere trabalho vivo como o âmbito do trabalho que é instituinte, ou seja, que está em processo e que está em ação. Neste, o trabalhador tanto pode fazer uso do que está dado, como, com certa autonomia, exercer variações no uso do que está dado (MERHY, 1997a:80-100). Portanto, *o trabalho vivo em ato vai além dos limites do instituído, provocando permanentemente novas instituições* (MERHY, 1997a:110). No plano do trabalho vivo é que são operacionalizadas as noções de autonomia, desenvolvidas por SCHRAIBER (1993; 1997a) e por RIBEIRO (1995), apresentadas mais adiante.

Divisão do trabalho

Não só a categoria trabalho mas as de divisão e cooperação do trabalho também encontram grande desenvolvimento nos estudos de base marxiana. Pautados nesses estudos, apresentaremos os aspectos que caracterizam a divisão do trabalho em geral e, em particular, no campo da saúde.

MARX (1994:374) refere-se à cooperação como *a 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*. E destaca que *o efeito do trabalho combinado não poderia ser produzido pelo trabalho individual, e só o seria num espaço de tempo muito mais longo ou numa escala muito reduzida*. Devemos reter aqui, pois, a noção de potencialidade da rede de trabalhos conexos.

Esse autor considera que a cooperação está fundada na divisão do trabalho e introduz uma diferenciação entre a divisão geral do trabalho e a divisão manufatureira. A primeira distingue os produtores nos diversos ramos de trabalho (agricultura, manufatura, comerciantes, outros), assim como os distingue por sexo e por idade. Segundo BRAVERMAN (1987:71-72), essa forma de divisão, denominada divisão social do trabalho, é característica de todas as sociedades conhecidas, pois *é aparentemente inerente ao trabalho humano, tão logo ele se converte em trabalho social, isto é, trabalho executado na sociedade e através dela*. A segunda constitui um princípio inovador do modo de produção capitalista e é introduzida com a manufatura, entre meados do século XVI e último terço do século XVIII (MARX, 1994:386).

A divisão manufatureira do trabalho origina-se, a partir do artesanato, de duas maneiras: a) surge da combinação de ofícios diversos e independentes, por cujas mãos tem de passar um produto até seu acabamento final, com o que os antigos artesãos perdem sua independência no trabalho e passam a constituir apenas operações parciais do processo de produção de uma única mercadoria; e b) surge da decomposição de um ofício em suas diferentes operações particulares, isolando-as e individualizando-as para tornar, cada uma delas, função exclusiva de um trabalhador parcial. Ora introduz a divisão do trabalho num processo de produção ou a aperfeiçoa, ora combina ofícios anteriores distintos (MARX, 1994:388-389).

Introduz-se, portanto, a divisão técnica do trabalho, representada pelo

parcelamento dos processos implicados na feitura do produto em numerosas operações executadas por diferentes trabalhadores (BRAVERMAN, 1987:72). Essa modalidade de divisão tem como característica central o fato de o trabalhador parcial não produzir nenhum produto por completo, sendo este possível apenas como resultado da composição de vários trabalhos especializados, ou, em outros termos, resultado da atividade de um trabalhador coletivo.

Nesse sentido, a denominação trabalhador coletivo consiste num conceito, portanto numa abstração, que faz ressaltar a natureza coletiva da produção, na qual vários trabalhadores parciais e limitados são partícipes na realização de um dado produto, o qual não pode ser obra isolada de qualquer um deles.

Segundo MARGLIN (1974:43), no sistema corporativo anterior à indústria também havia a divisão da produção em tarefas separadas, cada uma delas controlada por especialistas; porém, o artesão membro de uma corporação controlava o produto e o processo de produção. O que não resiste à introdução da divisão do trabalho de tipo capitalista, em que a tarefa do trabalhador se tornou tão especializada e parcelar que ele já não tinha qualquer produto para vender.

A característica central do trabalho artesanal é o domínio do artesão sobre todo o processo de trabalho, desde a concepção do produto ao conhecimento de todas as etapas necessárias a sua execução. Assim sendo, o que contribui para a específica modalidade de divisão técnica do trabalho é a separação do trabalhador de seus instrumentos de trabalho, e a separação de suas dimensões intelectual e manual, ou seja, do momento de concepção, o trabalho intelectual, e do momento de execução, de características predominantemente manuais.

Essas separações permitem a distinção entre diversos graus de complexidade dos trabalhos parciais ou especializados, os quais requerem, também, diferentes graus de formação do trabalhador. BRAVERMAN (1987:77-79) refere-se ao princípio de Babbage segundo o qual dividir os ofícios barateia suas partes individuais, e salienta que esse princípio exprime não um aspecto técnico da divisão do trabalho, mas seu aspecto social, pois, *traduzido em termos de mercado, significa que a força de trabalho capaz de executar o processo pode ser comprada mais barato como elementos dissociados do que como capacidade integrada num só trabalhador*.

Assim, temos que a distribuição generalizada do conhecimento do processo de trabalho entre todos os participantes é financeiramente onerosa e desnecessária, pois o fracionamento da força de trabalho barateia seu custo parcial e aumenta a produtividade.

A divisão técnica do trabalho introduz, por um lado, o fracionamento de um mesmo processo de trabalho originário do qual vários outros trabalhos parcelares derivam e, por outro lado, os aspectos de complementaridade objetiva e de interdependência entre os trabalhos especializados atinentes a uma mesma área de produção. Esses aspectos serão destacados na análise que procederemos acerca do trabalho em equipe

Apesar da distinção assinalada entre as divisões social e técnica do trabalho, esta última iniciando com o processo que engendra o modo de produção capitalista enquanto a primeira é inerente às mais diversas formas econômicas (MARGLIN, 1974; MELO, 1986; BRAVERMAN, 1987; MARX, 1994), há que considerá-las simultaneamente como “duas faces da mesma moeda”, uma vez que toda divisão do trabalho reproduz em seu interior as relações políticas e ideológicas referentes às desiguais inserções sociais dos sujeitos.

Quanto à divisão do trabalho, especificamente no setor saúde, cabe ressaltar que se dá de forma processual e complexa, pois cada trabalho que se individualiza assim o faz pela necessidade histórica de sua peculiar atuação especializada, configurando saberes e ações que lhe são próprios e singulares. Reflete, dessa maneira, não apenas o desenvolvimento científico-tecnológico, mas a própria dinâmica social das práticas de saúde que engendra subdivisões sistemáticas dos trabalhos, assim como parcelamentos das tarefas interiores a cada área de atuação, desdobrando núcleos com recortes cada vez “mais manuais” que vão sendo delegados sucessivamente. Esse processo configura um amplo leque de trabalhadores parciais e especializados, que abrange desde o médico e demais profissionais universitários ao pessoal auxiliar de nível médio, tanto na enfermagem como na área de apoio diagnóstico e terapêutico, até os trabalhadores empíricos, sem formação específica para o setor saúde e treinados em serviço. Não apenas a divisão técnica e pormenorizada de trabalhos é reproduzida nesse processo de divisão, mas a desigual valoração social desses trabalhos.

Nesse sentido, há uma distinção e elitização do trabalho do profissional médico

por referência aos demais profissionais de saúde, sendo atribuído, ao primeiro, maior valor social. Isso ocorre por razões históricas, ou seja, pela maneira particular como se constitui, hegemonicamente, na modernidade, a apreensão e o enfrentamento de um tipo específico de sofrimento humano, a doença, e pela inserção social dos agentes que irão ocupar-se, originalmente, desse ramo de conhecimento e prática. A medicina anatomopatológica constitui um campo de práticas com fundamentação científica e o domínio de sua complexidade faz atribuir, a seus agentes, o monopólio de uma área específica de atividades que requer prolongada formação intelectual e ética (SCHRAIBER, 1993:149-167). Portanto, dois aspectos fundamentais constituem o alicerce sobre o qual repousa a solidez do trabalho do médico como trabalho intelectual e normatizador de todo o trabalho em saúde: ter produzido uma concepção geral de saúde e doença, fundamentada cientificamente, e ter legitimado esse trabalho como competência exclusiva para atuação no campo da doença (MENDES-GONÇALVES, 1979:172).

Referimo-nos, dessa forma, indistintamente, à divisão do trabalho em saúde e à divisão do trabalho médico, pois a prática dos médicos é a fundadora da técnica científica moderna na área da saúde e o núcleo original do qual outros trabalhos derivam. Assim, a divisão do trabalho caracteriza-se pelo processo de divisão interna do trabalho médico, constituindo as especialidades médicas; pelo desdobramento do trabalho médico em atividades assumidas por outros agentes, tais como a enfermagem; e pela agregação de outros profissionais com áreas de atuação complementares, como psicologia, serviço social e outros (MENDES-GONÇALVES, 1992:40).

Caberia, aqui, uma primeira ressalva quanto à peculiaridade do processo pelo qual a prática do médico transformou-se em trabalho produtor de serviços da sociedade moderna, no capitalismo, diante do ocorrido em outros trabalhos, sobretudo os produtores de bens materiais.

Ressaltamos anteriormente a estreita relação, de um lado, entre a divisão do trabalho e a perda do controle intelectual sobre o projeto e execução das atividades; e, de outro lado, o ganho mercantil bem como produtivo dessas ocorrências. No caso do trabalho do médico, porém, como já assinalado e lembrado por SCHRAIBER (1993), a modernização desse trabalho, que o torna uma forma de produção em mercado, é realizada com base na elitização intelectual do próprio trabalho e na elitização social de

seu trabalhador, do que decorre uma conformação produtiva em nada semelhante, à primeira vista, aos demais trabalhos sociais. Assim, a produção fabril contrasta com a produção de serviços médicos, baseada no pequeno produtor independente do consultório. Tal marca histórica irá recobrir todos os demais trabalhos especializados em saúde que lhe são referidos, marca essa da qual deriva a extrema relevância da dimensão intelectual desses trabalhos, o que pode ser verificado pelo grau de influência dos saberes nas formas de organização concreta da produção da assistência e prestação de serviços em saúde.

Desse modo, uma das principais particularidades do processo de divisão do trabalho em saúde decorre da maneira como vai se fragmentando sua dimensão intelectual — o saber técnico. A subdivisão em trabalhos parcelares “mais manuais”, preserva para o trabalho original do qual derivam o núcleo “mais intelectual”. Porém, mantém para ambos, trabalhos parcelares derivados e trabalho original, momentos de caráter intelectual e manual, que diferem em quantidade e qualidade e também quanto a sua legitimidade social, visto que o controle dos momentos “mais intelectuais” garante o poder e o controle sobre os processos de trabalho realizados.

Queremos salientar que os trabalhos que se individualizam, em sua maioria, preservam um espaço de julgamento e decisão, no qual efetuam a tradução de um saber técnico específico para a situação em particular que se apresenta na atenção ao usuário — tradução que se realiza, como será apresentado a seguir, permeada pela relação interpessoal, no jogo da intersubjetividade. Portanto, por mais manual que seja o trabalho jamais poderá ser completamente expropriado de um momento reflexivo, de interação, cabendo-lhe sempre um certo conhecimento do projeto assistencial. Voltaremos a abordar esses aspectos quando tratarmos da questão da autonomia profissional.

Outra característica interessante nesta divisão do trabalho pode ser observada na intencionalidade dos processos, no recorte do objeto e dos instrumentos de trabalho das várias áreas de atuação. Um certo conjunto de trabalhos especializados, tais como odontologia, fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição e enfermagem, vai se conformando historicamente em torno de um saber predominantemente biológico e biomédico, tomando para si recortes diversos de apreensão e de intervenção no “corpo”. Porém, há um outro conjunto de trabalhos especializados cuja origem dos respectivos campos é

alheia à área biológica e encontra-se no âmbito das ciências sociais ou humanas, como é o caso da psicologia e do serviço social. Como afirma MENDES-GONÇALVES (1992:40-41), esse segundo grupo de especialidades profissionais tende mais facilmente a entrar em conflito com a orientação individualizante e biologizante da concepção da “doença”, devido a seus específicos aportes sobre os fenômenos sociais e emocionais; no entanto, termina por orientar seu trabalho sob a normatividade médica, mantendo a abordagem individualizante. Essa situação curiosa, onde outros “olhares” vêm se agregar a um “olhar” já consagrado que mantém sua centralidade, reafirma que a divisão do trabalho não pode ser tomada somente pela dimensão técnica, mas no conjunto de suas dimensões sociais. Claro está, segundo o entendimento da categoria trabalho aqui adotada, que mudanças estão sendo processadas com base nessa intensa divisão do trabalho e na convivência de diversas abordagens às necessidades de saúde, desde a óptica das várias profissões.

A divisão do trabalho que dá origem às especialidades médicas também delimita novos objetos de intervenção do médico. Essa repartição entre trabalhos médicos mais e menos especializados cria distintas autoridades de saber, valoradas técnica e socialmente de modo diverso, e acarreta a perda da homogeneidade da categoria profissional, característica no modelo da medicina liberal. Como analisa SCHRAIBER (1993:195-199), essas mudanças também alteram o modo de inter-relação dos profissionais médicos entre si, pois já não se verá uma “cooperação entre iguais”, como a que se dá entre os produtores isolados e independentes, mas, também no âmbito da própria medicina, uma cooperação entre desiguais, uma vez que a colaboração faz-se necessária entre os agentes da medicina especializada e tecnológica.

Como dissemos, cada área profissional que se individualiza no interior das práticas de saúde o faz segundo um processo próprio, cuja gênese precisa ser alcançada e tanto pode estar fora do campo da saúde como anterior à conformação da medicina moderna anatomopatológica.

Vejamos o que ocorre especificamente com a enfermagem. Se tomarmos sua prática anterior ao século XIX, encontraremos uma origem independente da medicina, pois suas ações não pressupunham ordens médicas ou planos terapêuticos e o objetivo do cuidado de enfermagem não se ligava ao corpo do doente e nem a sua doença, mas sim a um cuidado de cunho religioso. A medicina e a enfermagem tiveram, então,

origens independentes e existiram por muitos séculos sem muito contato (ALMEIDA & ROCHA, 1986:38)⁶. A partir do final do século XVIII e início do XIX, as transformações do saber e da prática médica encontram no hospital seu espaço privilegiado de experiência e transformam-no em instrumento terapêutico (FOUCAULT, 1985), o que requer uma coleção de trabalhos “infra-estruturais” sem os quais não pode funcionar, constituindo, assim, outros trabalhos como extensão do médico, dos quais o mais marcante é o trabalho do enfermeiro (ALMEIDA e ROCHA, 1986; SILVA, 1986; MENDES-GONÇALVES, 1992).

A enfermagem, por sua vez, subdivide-se internamente, dando origem às várias modalidades de trabalho auxiliar da enfermagem (técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, visitador sanitário, atendente de enfermagem), ficando para o enfermeiro as atividades de ensino, supervisão e administração e para o pessoal auxiliar, a maioria das atividades de assistência, instalando o corte representado pela divisão entre cuidado direto e indireto (MELO, 1986; SILVA, 1997; LIMA, 1998).

A primeira forma organizada do saber na enfermagem é constituída pelas técnicas de enfermagem, posteriormente pela sistematização dos princípios científicos que as fundamentam e mais recentemente pela busca de construção de teorias. Essa fundamentação científica tem suas bases sobretudo nas ciências naturais (anatomia, fisiologia, patologia, microbiologia), tratando-se de uma prática imbricada no saber médico e, em segunda instância, também nas ciências sociais (sociologia e psicologia), e constitui o cuidado de enfermagem como seu objeto de trabalho (ALMEIDA & ROCHA, 1986; AGUDELO, 1992).

Assim, instala-se a divisão na qual cabe ao profissional médico a ação de curar, por meio do diagnóstico e da terapêutica, e aos vários agentes da enfermagem, as ações de cuidado, instalando a dualidade curador-cuidador. Ao médico cabe a responsabilidade de restauração e de cura e à enfermagem a de assistência no transcorrer dessa trajetória. E, na divisão anterior do cuidado direto e indireto, ao enfermeiro cabe a responsabilidade de garantir a qualidade da assistência prestada pelos auxiliares de enfermagem.

PALMA (1996), ao estudar o processo de divisão de trabalho em saúde no

⁶ Cumpre lembrar que também os curadores, agindo como cirurgiões ou artesãos similares, tampouco compunham a profissão médica, antes do século XIX. Ver, NOGUEIRA (1977).

Estado de São Paulo, especialmente entre os anos 1917 e 1945, mostra a existência de agentes de processos de trabalho essencialmente distintos entre si, engendrados em diferentes momentos e a partir de estruturas de necessidades próprias a cada época, indicando as raízes históricas dos vários trabalhos hoje presentes nas configurações do trabalho em equipe. A seguir, serão enfatizadas algumas considerações desse estudo, apesar de seu caráter particular que trata especificamente do Estado de São Paulo, dada sua relevância para esta investigação. Os aspectos destacados ilustram a historicidade do processo de conformações de alguns dos trabalhos especializados no Estado e a associação entre a forma como se organizam socialmente os distintos modelos tecnológicos e a divisão do trabalho.

No primeiro modelo tecnológico das práticas de saúde pública⁷, denominado *campanhismo*, além de médicos e enfermeiros práticos havia um conjunto de agentes, como os delegados de saúde, os inspetores de saúde, os guardas sanitários e os fiscais. As práticas de assistência individual eram desenvolvidas nos consultórios particulares, por um único agente — o médico —, pautadas no modelo da medicina liberal. Esses médicos também desenvolviam atividades assistenciais junto às Santas Casas, a alguns poucos dispensários e às sociedades de auxílio mútuo. O referido estudo mostra como há um controle sobre as demais áreas profissionais, tal como farmácia e odontologia, que gradualmente iriam se constituindo como práticas especializadas, para resguardar o próprio monopólio profissional dos médicos.

Com a introdução do segundo modelo tecnológico de saúde pública, denominado *médico-sanitário*, emergem novos agentes, como o educador sanitário, destinado a ser o principal auxiliar do médico sanitário, trabalhador central desse novo modelo de organização das práticas. Interessante observar o educador sanitário como principal auxiliar do trabalho do médico, uma vez que, na época, já existiam escolas de enfermagem em outras regiões do país⁸; no entanto, encontramos o seguinte

⁷A referência a modelos tecnológicos de saúde pública está pautada nos estudos de MERHY (1987) e MENDES-GONÇALVES (1994). Essas abordagens privilegiam o olhar sobre as formas de organização da produção de serviços em saúde, daí sua adequação ao tema do trabalhador e sua divisão, ora em exame.

⁸O ensino de enfermagem foi oficialmente instituído, no Brasil, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras em 1890, ligada ao Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro, posteriormente denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Por volta de 1901-02 foi iniciado um curso de enfermagem em São Paulo, no Hospital Evangélico, hoje Hospital Samaritano. Em 1916 foi criada a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira. Porém, mesmo considerada a primeira escola de enfermagem do Brasil, a Escola Alfredo Pinto, na verdade uma escola com organização administrativa e docente sob a responsabilidade de enfermeiros, surge somente em 1923, com a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde

relato: *a ausência de uma escola de enfermagem eficiente em São Paulo, em 1925, fez com que se buscasse sanar essa falta aproveitando professores diplomados que, após um curso de especialização sanitária (...), pudessem ser encarregados de serviços de assistência social, serviços que em outros lugares são feitos por enfermeiras visitadoras de saúde pública (...)* (SOUZA & VIEIRA *apud* PALMA, 1996:68).

Observamos, portanto, que o processo de divisão do trabalho em saúde é também influenciado por fatores contingenciais e pelos seus específicos condicionantes socio-políticos, além do modo de organização das práticas atinentes.

Em torno de atividades promocionais de assistência social e com a criação do Departamento de Assistência Social do Estado, em 1935, passa a ser gerada uma necessidade cada vez maior de trabalhadores sociais especializados. Se, no que diz respeito à saúde pública, essas atividades continuam sendo desenvolvidas fundamentalmente por educadores sanitários, inicia-se um processo de incorporação de assistentes sociais junto à assistência médico-individual, especialmente por meio das instituições ligadas à Previdência Social.

Portanto, podemos observar que o educador sanitário, o enfermeiro de saúde pública e o assistente social constituem três agentes do trabalho que, à época, se sobrepunham e que vão, gradativamente, no decorrer das reformulações das práticas de saúde, passando por um processo de individualização.

As práticas dietéticas estiveram presentes nos serviços de saúde pública desde a criação dos primeiros Centros de Saúde de São Paulo, em 1925, por meio da educação alimentar desenvolvida fundamentalmente pelas educadoras sanitárias. No entanto, em 1939, é criado um curso de dietética, junto ao Instituto de Higiene e *as educadoras passam a ser substituídas na divisão do trabalho por um novo especialista, o nutricionista, que, por sua vez, subordina a si outros trabalhadores "mais manuais", como os auxiliares de alimentação (...)* Ambos, desde os anos 40, já no interior dos hospitais e ligados à assistência médica individual, *passam a assumir trabalhos que até então tradicionalmente haviam pertencido à enfermagem, como as dietas e a supervisão dos serviços de cozinha* (PALMA, 1996:95).

A partir dos anos 30 inicia-se o ocaso da saúde pública no Brasil. As práticas de

saúde que se institucionalizaram em torno das ações de saúde pública, nas primeiras décadas do século XX, passam a centrar-se na assistência médica individual, sob a égide da política previdenciária (BRAGA & PAULA, 1981; CAMPOS, 1987:113-121). No decorrer desse processo e particularmente desde os anos 40, o hospital passa a ser o espaço privilegiado de assistência à saúde, sendo possível, como destaca PALMA (1996:144), observar, no seu interior, um importante processo de especialização das atividades, que constitui as bases necessárias à acelerada divisão do trabalho que viria marcar as próximas décadas.

Nos anos 40, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos ainda estavam ausentes dos serviços de saúde, assim como não se encontravam regulamentados enquanto profissões. As regulamentações profissionais desses agentes e também dos enfermeiros ocorreriam somente nos anos 60 e, particularmente dos fonoaudiólogos, mais tardiamente, nos anos 80. Isso, por um lado, pode ser relacionado à política desenvolvimentista de ampliação de oferta de cursos universitários, a partir da década de 60, e, por outro lado, ao processo de incorporação dessas áreas de atuação profissional às práticas de saúde. À exceção da enfermagem, que já havia sido incorporada há mais tempo.

Esses trabalhos que se separam ou se agregam ao trabalho do médico configuram um conjunto diversificado de áreas profissionais necessárias à implementação da totalidade das ações que podem viabilizar a atenção integral almejada na prestação de serviços de saúde, na atualidade. Porém, se por um lado, a divisão do trabalho permite o significativo aumento da produtividade dos serviços e o aprofundamento qualitativo dos cuidados especializados, por outro lado acarreta uma fragmentação de ações que, por sua vez, apresenta desafios no sentido de alcançar alguma recomposição, como já apontado anteriormente.

As diversas áreas profissionais da saúde, que, como vimos, estruturam trabalhos parcelares e especializados, também implicam a construção de saberes peculiares. Estes se constituem pela experiência prática cotidiana e de distintos processos de apropriação e articulação de conhecimentos científicos e de saberes já constituídos e dominantes. Assim, a equipe multiprofissional, ora em estudo, também opera com variados saberes e discursos científicos, o que nos permite identificar que os agentes e a própria equipe convivem e reproduzem vários planos de fragmentação, atinentes ao trabalho, aos

saberes e também aos campos disciplinares.

No interior desse intenso processo de divisão do trabalho, observamos diferenças técnicas e desigualdades sociais. As primeiras dizem respeito às diferenciações e especializações dos saberes e das intervenções técnicas, entre as variadas áreas profissionais. As segundas se referem à existência de valores e normas sociais hierarquizando e disciplinando as diferenças técnicas entre as profissões. Ou seja, correspondem distintas autoridades técnicas e legitimidades sociais, às diferentes áreas profissionais. Isso significa que algumas profissões são “superiores” à outras e que há relações hierárquicas ou relações de subordinação entre os profissionais. Portanto, as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais entre os agentes do trabalho, e a equipe multiprofissional expressa tanto as diferenças como as desigualdades entre as áreas.

Mudanças no “mundo do trabalho”

Há um novo modo de operar o trabalho, configurado sobretudo ao longo dos anos 80, nas indústrias dos países de capitalismo avançado, que se estende em escala global. Essas mudanças no trabalho não atingiram igualmente todos os setores de produção e convivem com modalidades de trabalho anteriores que persistem. Porém, são tidas como tendências predominantes por impactarem significativamente a produção mundial de riqueza.

Esse novo modelo de organização do trabalho tem origem no quadro de recessão que se inicia na primeira metade dos anos 70, após mais de 20 anos de desenvolvimento e crescimento após a 2ª Guerra Mundial. A partir de então, as taxas de lucratividade são ameaçadas pela diminuição dos ganhos de produtividade, pela redução do poder de compra do mercado, pela elitização do consumo e pelo aumento da competição intercapitalista mundial. O novo modelo de produção industrial que se esboça caracteriza-se pela grande importância do setor eletrônico, pela intensa aplicação da tecnologia digital de base microeletrônica e pelos progressos nos setores de química fina, dos novos materiais, da biotecnologia e da engenharia genética, beneficiados com os progressos da informática (PIRES, 1996).

Ao tratar das transformações tecnológicas e organizacionais e seus impactos no trabalho, sobretudo no setor industrial, ANTUNES (1995)⁹ destaca os seguintes aspectos: a) a produção sustenta-se num processo produtivo flexível, uma vez que está voltada e é conduzida pela demanda e para atender às exigências mais individualizadas do mercado, no melhor tempo e com melhor qualidade; b) a flexibilização da produção e o alto ritmo de mudança técnica requerem a especialização flexível do trabalhador; c) a existência de uma combinação de diferentes processos produtivos, articulando o “fordismo”, da produção em massa, com processos flexíveis e “artesaniais”; d) a necessidade de um trabalhador polivalente e multifuncional, que se integra numa equipe de trabalho, atuando frente a um complexo sistema de máquinas automatizadas; e e) as crescentes inovações e incorporações tecnológicas levando à diminuição do tempo de trabalho necessário para a produção, e à ampliação das dimensões mais qualificadas e intelectuais do trabalho.

Esses aspectos, articulados na atual conjuntura político-econômica e cultural, provocam no entender de ANTUNES (1995), o que ele denomina de *processualidade contraditória na incorporação de trabalhadores*, pois, por um lado, reduz o operariado industrial e fabril e, por outro, aumenta o subproletariado, o trabalho precário, com contratos temporários, parciais, subcontratos e terceirizações, e o assalariamento no setor de serviços. Poderíamos ainda dizer que, por um lado, amplia a qualificação profissional necessária ao trabalho e, por outro, também amplia a desvalorização do trabalho e o desemprego.

BERNARDES (1994), assim como ANTUNES, reafirma a centralidade da categoria trabalho, salientando a necessidade de reconceituá-la por intermédio de um novo paradigma de racionalidade ou sob uma “óptica transversal” que permita apreendê-la na sua multidimensionalidade. O autor refere que a globalização e seu correlato, a regionalização, com a construção de blocos geoeconômicos, estão afetando os modos de atuação territorial e de gestão do espaço socioprodutivo da empresa, com uma remodelagem das estruturas verticalizadas e a configuração da empresa-rede, na qual a mobilização dos “savoir-faire” coletivos dos trabalhadores e os interesses de

⁹ Para maiores informações sobre os aspectos destacados, ver ANTUNES, R. Fordismo, toyotismo e acumulação flexível. In: _____ **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo/Campinas, Cortez/Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

cooperação aumentam nos planos vertical e horizontal. A excelência do desempenho da empresa contemporânea está condicionada, em grande parte, a sua capacidade de coordenação, coerência e cooperação entre os atores envolvidos.

Destacando a crescente automação, os novos padrões de gestão do trabalho, que estariam sendo redefinidos pela reintegração da execução e da concepção, pela polivalência dos trabalhadores convocados a realizar tarefas diversificadas e multiquaisificadas, e destacando, também, a diminuição das estruturas hierárquicas e administrativas frente ao processo de trabalho flexível, tanto BERNARDES (1994) como IANNI (1994) colocam a emergência de uma nova divisão do trabalho, menos pronunciada do que no “taylorismo” e no “fordismo” e com maior integração de funções.

BERNARDES (1994) ainda ressalta o lugar central da comunicação e das inter-relações nesse novo modo de produzir o trabalho, tanto pela sua complexidade como pela necessidade de cooperação e de recomposição dos trabalhos especializados.

Interessante observar que essa “revolução” tecnológica estende-se ao conjunto das atividades que envolvem informação, englobando o conjunto das atividades de serviço, onde se encontra o setor saúde.

No centro do debate sobre as mudanças no mundo do trabalho está o questionamento da categoria trabalho e sua potencialidade explicativa ou como fonte de compreensão da realidade. A título de esclarecimento, concordamos com a necessidade de considerar as novas características da produção e de re-situar o trabalho no universo da práxis humana, o que, a nosso ver, não implica desconsiderar as contribuições da teoria do trabalho enquanto recurso teórico e analítico que permite a apreensão de certos aspectos da realidade.

Tal advertência tem aqui dupla repercussão. De uma lado, a lembrança de que ao adotarmos a teoria do trabalho na interpretação da realidade do trabalho em saúde, consideramos a dialética parte-todo e não o estruturalismo mecânico em que a coerência estrutural coloca-se como explicação acima da dinâmica processual do jogo das partes. Desse modo, o trabalho em saúde constitui parte do trabalho social, mas não por repetição de estruturas senão por re-produção, isto é, ao mesmo tempo que se assemelha, se distingue da produção de bens materiais, promovendo uma tensão interna importante tal como entre a massificação do cuidado (atividade como modo de

produção) e a singularidade dos “casos”. De outro lado, se as mudanças objetivas do mundo do trabalho implicam a necessidade de se estudar novamente dimensões como a heterogeneidade dos processos produtivos, a autonomia da alta tecnologia incorporada, os processos relacionais mais libertos de estruturas centralizadoras como as gerências tradicionais, e outros aspectos mais, isso deve ser feito pela própria teoria, como processo crítico contribuinte a sua atualização. E, nesse caso, o estudo das práticas de saúde como trabalho pode ser uma vertente privilegiada, pois, veja-se, por exemplo, o valor do consumo diferenciado a cada indivíduo na esfera dos bens, tal como há muito é exigido no âmbito do cuidado em saúde.

É nesse duplo sentido, de relevar a particularidade do campo da saúde na sua especificidade e de rediscutir finalidades/necessidades sociais do trabalho à luz das relações entre representações e ações no processo de trabalho, que incorporamos o referencial teórico do trabalho.

Quanto às especificidades do campo da saúde, a nosso ver, a peculiaridade de ação produtiva intrínseca à dimensão trabalho fez com que o uso dessa categoria na produção teórico-prática do campo iluminasse, por analogia, o trabalho social típico do setor saúde.

No que se refere ao questionamento da sociedade do trabalho, resgatamos as contribuições de OFFE (1989). O autor refere que o trabalho constituía o ponto de partida empírico para as construções teóricas dos sociólogos clássicos (Marx, Weber e Durkheim); porém, questiona sua continuidade como categoria macrosociológica fundamental ao analisar a produção contemporânea das ciências sociais, na Alemanha. O autor argüi a centralidade da sociedade do trabalho, apresentando três indícios de seu deslocamento para outras esferas da vida humana, que são apresentados como três conjuntos de questões, ou seja: a) o primeiro refere-se à persistência de qualquer relevância sensível do trabalho remunerado dependente, enquanto tal, na percepção dos interesses sociais, na autoconsciência, no comportamento organizacional e político dos trabalhadores, dada a crescente diferenciação interna do trabalho, sobretudo a crescente heterogeneidade entre a produção de bens e a produção de serviços; b) o segundo refere-se à validade e à centralidade do conceito do trabalho para aqueles que trabalham, pois a descontinuidade da biografia do trabalho e a redução do tempo de trabalho no tempo de vida tendem a tornar o trabalho um assunto “entre outros”,

relativizando sua função enquanto ponto de referência para a construção da identidade pessoal e social; e c) a terceira indagação, decorrente e complementar às duas anteriores, diz respeito à necessidade de um sistema de coordenadas conceituais, com o qual seria possível cartografar as esferas da realidade social não plenamente determinadas pelo âmbito do trabalho e da produção, ou seja, buscar as estruturas, os campos de ação e de relações de sentido além da esfera do trabalho (OFFE, 1989:19-20). Quanto à última questão, o autor destaca as contribuições de Habermas, centradas no conceito de comunicação, em detrimento do paradigma da produção¹⁰.

OFFE (1989:24) argumenta que, frente à multiplicidade empírica das situações de trabalho, não mais se pode falar de um único tipo de racionalidade técnica organizando e regendo todo o trabalho e, como já citado, analisa a existência de processos multidimensionais de diferenciação interna do trabalho, distinguindo o trabalho assalariado industrial do trabalho reflexivo em serviços.

O autor define serviços como atividades que atuam na mediação do processo produtivo buscando dar conta da questão da “normalização”, ou seja, atividades de prevenção, absorção e assimilação de riscos e desvios da normalidade. *Esse conceito é baseado na idéia de que essas atividades são sempre orientadas para a manutenção das 'condições normais' em uma sociedade ou entre suas partes, isto é, para a tarefa de defender e preservar os elementos diferenciados da estrutura social, e para mediá-los.* Caracteriza-se, portanto, como trabalho de sintetização, de mediação, ou de normalização (OFFE, 1995:136).

Assim caracterizado, o trabalho em serviços atende simultaneamente a dois aspectos, quais sejam: de um lado, preservar, respeitar e reconhecer a particularidade, a individualidade e a variabilidade das situações e necessidades dos clientes; e, por outro lado, estar de acordo com certas regras, regulamentações e valores gerais. E somente será bem-sucedido se produzir um equilíbrio entre esses dois aspectos, considerando ambos ao mesmo tempo, ou seja, a “especificidade do caso” e a “generalidade da norma”. As atividades em serviços devem lidar com esse dilema entre a “norma” e o “caso”, que não pode ser resolvido nem pela estandardização completa nem pela individualização completa (OFFE, 1995:137-138).

¹⁰ Quanto a superação do paradigma da consciência pelo paradigma dialógico ou comunicativo, no marxismo frankfurtiano, ver SIEBENEICHLER (1989a:60-64) e AYRES (1997b:42-43).

Dessa forma, OFFE (1989:23) defende que a produção em serviços tem uma racionalidade técnica própria e distinta da produção de bens, apesar de também exteriorizar-se como trabalho assalariado no bojo de organizações privadas ou públicas. Essa diferenciação dá-se por duas características do trabalho em serviços: a) a falta de homogeneidade, a descontinuidade e a incerteza temporal, social e material dos “casos”, que não permite normatizar uma função técnica de produção a ser adotada como critério de controle de execução do trabalho; e b) a não disposição de um claro e inquestionável critério de economicidade, a partir do qual se possa derivar estrategicamente o tipo, o volume, o local e o momento de oferta do serviço, resultando o trabalho, muitas vezes, em utilidades concretas e não em rendimento monetário (OFFE, 1989:23).

As contribuições de OFFE sobre as peculiaridades do trabalho em serviços, assim como os estudos de autores brasileiros sobre o trabalho em saúde, exploram dimensões mais conjunturais e microscópicas do trabalho. Nesse sentido, poderíamos dizer que representam um deslocamento por referência à abordagem mais clássica da categoria trabalho que a coloca centrada na reprodução material e tendo uma unidade fundamental, pois os estudos referidos ressaltam as especificidades do trabalho em saúde e em serviços, ou seja, sua heterogeneidade por referência ao trabalho industrial.

Processo de trabalho em saúde

O conceito de serviços, da perspectiva em que foi apresentado, permite considerar aspectos específicos do trabalho em saúde, decorrentes sobretudo de sua dimensão intelectual, presente nos saberes que o compõem e da autonomia dos agentes.

Dadas as características de setor terciário e as peculiaridades do objeto de trabalho — as necessidades de saúde, sentidas e trazidas aos serviços pelos sujeitos/usuários e apreendidas e interpretadas pelos sujeitos/agentes — o trabalho em saúde configura-se como trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração de “algo” (a saúde) que é imprescindível ao conjunto da sociedade.

Enquanto trabalho reflexivo, é dotado de incertezas e de discontinuidades, o que acarreta a impossibilidade de normatizar completamente e “a priori” as funções técnicas dos variados agentes, e também a impossibilidade de definir rígidos critérios econômicos de produção (SCHRAIBER, 1993; 1997a; RIBEIRO, 1995).

Assim, as várias áreas profissionais com atuação no setor saúde, tais como medicina, enfermagem, psicologia, nutrição e outras, constituem-se em serviços, cada qual com suas particularidades (RIBEIRO, 1995:58), além de constituírem processos de trabalho peculiares.

A especificidade do trabalho em saúde reside nas características nucleares de seus objetos e instrumentos, que garantirão a suas partes, mesmo como trabalho social, maior autonomia de seus agentes e reflexividade frente ao saber na ação.

Nesse sentido, os objetos dos vários processos de trabalho que constituem o trabalho em saúde estão sempre referidos ao homem e, portanto, sempre terão que ser apreendidos na objetividade e subjetividade que lhe são inerentes. Assim como, a aplicação dos variados instrumentos (saberes ou materiais) que se efetiva pelo encontro pessoa a pessoa entre usuário e agente, remete a intervenções técnicas sempre permeadas por relações interpessoais.

É no âmbito da intersubjetividade que se dá o reconhecimento das necessidades de saúde entre usuário e agente, assim como as intervenções possíveis. O usuário apresenta suas demandas, as questões ou situações de saúde ou doença que o mobilizam a procurar o serviço, e o profissional busca apreendê-las conforme um certo

recorte de objeto de trabalho.

Como quaisquer atividades de serviços, tratar-se-á, para o agente, de processos de individualização e diferenciação da situação apresentada pelo usuário, simultaneamente à aplicação de conhecimentos, técnicas e valores gerais, ou seja, da tradução de normas gerais à especificidade do “caso”, porém com as particularidades do objeto de intervenção em saúde, dentre as quais destacamos a presença marcante da intersubjetividade usuário-agente.

Assim, quando referido aos trabalhos técnicos manuais em geral, o trabalho em saúde marca diferenças importantes; porém, quando referido às mudanças no mundo do trabalho, algumas das novas características já lhe eram inerentes.

Retomamos brevemente alguns aspectos assinalados anteriormente sobre essas mudanças e sua presença no setor saúde. Dentre eles, a flexibilidade na produção que passa a ser definida e conduzida pela demanda, a qual deverá ser respondida com a utilização de todo instrumental disponível, contextualizando-a e singularizando-a no seu significado coletivo e individual. Sabemos que a produção massificada de serviços de saúde tem implicações, tais como a indiferenciação das situações de atendimento, a impessoalidade e o mecanicismo das ações, prejudiciais à eficácia esperada. Outros aspectos referem-se ao: alto ritmo de mudanças técnicas, que tende a se intensificar desde a transição dos modelos da medicina liberal à medicina tecnológica que se processa, no Brasil, nos anos 30 e 60, quando, então, a prática tecnológica implanta-se como modelo dominante (SCHRAIBER, 1993; 1997a); ao lugar central da comunicação e das inter-relações, dada a intersubjetividade presente em todos os processos de trabalho; e à convergência dos momentos de concepção e execução do trabalho, que lhe confere um caráter intelectual e reflexivo.

Certamente, as semelhanças assinaladas não têm a intenção de negar o impacto que o novo contexto de globalização provoca no trabalho em saúde, pois há repercussões que ainda precisam ser mais bem compreendidas, entre as quais a própria incorporação tecnológica, que já vinha ocorrendo mas sofre o impacto da introdução da microeletrônica, particularmente da informática. Assim como as mudanças organizacionais e gerenciais que têm reflexos importantes na gestão dos processos de trabalho e em elementos tradicionais das interações usuário-agente, como o da tomada de decisão, agora compartilhada.

PIRES (1996:113), ao caracterizar os processos de trabalho em saúde, no Brasil, no cenário das mudanças que estão ocorrendo na esfera do trabalho, refere que, *concomitante com o processo de reestruturação da produção material, verifica-se, nos hospitais privados uma tendência de inverter o sentido da verticalização para o caminho da horizontalização, com a formação de redes assistenciais, terceirizando parte do trabalho assistencial*. A autora também refere que houve, nos dois hospitais estudados, intensificação do uso de tecnologia de ponta, ao longo dos últimos 10 anos, com o concomitante aumento da força de trabalho, em número e qualificação (PIRES, 1996:295). Interessante observar que os dados gerais para o setor saúde e os específicos do estudo de PIREs apontam um crescimento contínuo de empregos no setor, de modo que o uso de tecnologia avançada não teve como consequência, até o momento, a diminuição de postos de trabalho. Situação que difere da encontrada nas empresas de produção material. Isso se explica, segundo a autora, porque a utilização dessas tecnologia não substitui o trabalho humano de investigação, avaliação e decisão sobre a terapêutica e o tratamento de forma geral, assim como não substitui os cuidados, visto que os equipamentos são utilizados em seres humanos que têm reações individuais e precisam ser continuamente monitorados.

As características de serviço, assim como o movimento de institucionalização do trabalho em saúde, criam uma série de constrangimentos ao livre exercício do trabalho. Os profissionais precisam cumprir as regras institucionais referentes aos fluxos de usuários, atividades, informação, comunicação e à hierarquia estabelecida, e respeitar e adaptar-se à cultura institucional, aos valores e tradições da instituição.

Por outro lado, e contraditoriamente a esses constrangimentos, o trabalho assistencial em saúde sempre requer alguma forma de autonomia dos agentes. Requer a tradução de normas gerais a casos particulares que devem ser considerados o mais próximo possível dessa singularidade. Na sua dimensão operante, trata-se de intervenção técnica permeada por relações interpessoais, o que lhe atribui algum grau de incerteza intrínseco, pois, por exemplo, há que se associar a subjetividade do usuário à aplicação da técnica, entre outros elementos a se considerar na incerteza dessa interação.

A técnica enquanto *intervenção reparadora ou mesmo mantenedora de condições vitais amplamente desejadas* (SCHRAIBER, 1993:149) é operacionalizada

com base em conhecimentos científicos, havendo entre ambas, técnica e ciência, variada gama de mediações dependentes da qualificação específica de cada ação. Ao analisar as relações entre ciência e técnica, GRANGER (1994) assinala uma profunda diferença de objetivos entre o pensamento científico e o pensamento técnico, tal como o caráter desinteressado, demonstrativo, ou pelo menos explicativo da ciência, atributos que não estão presentes na técnica. Porém, refere a existência de laços indissolúveis entre ambas, estabelecidos a partir da consolidação da Revolução Industrial no final do século XVIII, pois *é fundamentalmente por intermédio do objeto técnico que a ciência nos toca em nossa vida cotidiana* (GRANGER, 1994:16). O autor assinala que o que hoje chamamos de técnicas constitui verdadeiros saberes, e *que* (esses saberes técnicos) *formam, finalmente, a passagem dos conhecimentos propriamente científicos para as realizações circunstanciadas do trabalho efetivo de produção de coisas e de direção de nossas ações* (GRANGER, 1994:25).

Voltaremos às relações entre ciência e saberes técnicos adiante; por ora, gostaríamos apenas de salientar os aspectos técnico-científicos do trabalho em saúde e a dinâmica que conferem às ações dos agentes. Ou seja, os profissionais estão colocados em situações de trabalho, onde, por meio da interação com o(s) usuário(s), procedem a uma avaliação e/ou interpretação da demanda e, com base nessa apreciação e nos conhecimentos de cunho técnico-científicos, tomarão a decisão acerca da intervenção procedente. Com isso queremos chamar a atenção para a autonomia técnica como um atributo do trabalho em saúde, a qual se apresenta de modo variado a depender da categoria profissional.

Segundo SCHRAIBER (1993:166-167), a autonomia profissional tem dupla conotação: de um lado, quando a intervenção se vale da normatividade biológica dos fenômenos vitais, transparece uma independência em relação à normatividade social, que faz destacar uma essência técnica e neutra do ato profissional relativamente ao ato social; de outro lado, transparece uma independência inversa em relação ao técnico-científico, quando, no momento da realização dessa essência técnica, o ato profissional dirige-se e incide sobre um indivíduo singular (o usuário). Portanto, a autonomia técnica está relacionada à complexidade do trabalho e a algum grau de incerteza, e realiza-se por intermédio da qualificação intelectual dos agentes e do espaço decisório implícito às ações de saúde.

A autonomia, segundo o referencial aqui adotado, tem sido estudada por autores como SCHRAIBER (1993; 1995a) e RIBEIRO (RIBEIRO & SCHRAIBER, 1994; RIBEIRO, 1995), com inspiração nos clássicos estudos de FREIDSON (1978) e referida, particularmente, ao trabalho dos médicos. Quanto às demais áreas profissionais em saúde, a autonomia também está presente e, como veremos, com diferentes abrangências.

Essa extensão da autonomia técnica aos não-médicos procede à medida que na intervenção em saúde nada é totalmente definitivo antes da execução, isto é, não é possível desenhar um projeto assistencial que já seja definitivo e único antes de sua implementação e, portanto, espaços de julgamento e criatividade ocorrem tanto para o médico como para os outros profissionais e, principalmente, definir-se-ão no jogo da equipe de trabalho. Vale ressaltar que as variadas autonomias dirão respeito à maior ou menor autoridade técnica, socialmente legitimada e não apenas tecnicamente estabelecida, das distintas áreas profissionais e da correlata amplitude da dimensão intelectual do trabalho (SCHRAIBER & PEDUZZI, 1993:305).

À medida que os vários trabalhos especializados consolidam-se no interior da divisão do trabalho, cada área profissional constitui um saber e um conjunto de atividades próprias, e uma regulamentação formal e legal que ampara o exercício de seu peculiar trabalho. Nesse processo define-se o âmbito de autonomia técnica de cada área profissional. Autonomia, cujas características vão variar de uma área para outra, porém tendo como traço comum sua fundamentação no saber das respectivas profissões, visto que consiste no julgamento ou na avaliação da situação apresentada pelo usuário e na tomada de decisão quanto às condutas pertinentes. Destacamos, assim, que a autonomia técnica encontra expressão na possibilidade de tomada de decisão e não na implementação da decisão. No entanto, a tomada de decisão também pode ter um caráter interdependente por referência a outros trabalhos especializados, no que residem os variados âmbitos de autonomia técnica. A título de esclarecimento, lembramos que a maior ou menor independência na tomada de decisão e, portanto, a maior ou menor esfera de autonomia técnica dos agentes não exclui a complementaridade e a interdependência dos trabalhos especializados, referidas anteriormente, e as possibilidades de recomposição e compartilhamento de trabalhos por meio da interação dos agentes.

A autonomia não é um atributo absoluto, uma vez que, além de imperativo técnico também reflete a dimensão social do modo de inserção dos agentes na organização dos serviços e nos processos de trabalho. À medida que ambas as dimensões, técnica e social, mudam, também reestrutura-se a autonomia profissional. Mesmo entre os médicos há uma reconstrução da autonomia com o processo de divisão interna do trabalho pelas especialidades médicas e a passagem para a medicina tecnológica. Nesta, a autonomia ganha suporte nas exigências impostas pela dificuldade instrumental, *de agora em diante se justifica pelo acúmulo e intensidade da cientificidade que a tecnologia material implica, a qual já por si mesma representa a “naturalização” tecnicamente necessária da dimensão social do objeto de trabalho médico* (SCHRAIBER, 1993:208).

A introdução de tecnologia material também tem como efeito a ampliação do controle sobre certos aspectos do processo de trabalho do médico e de seus resultados (eficácia), pois tanto o usuário como os profissionais não-médicos podem ter acesso a informações e procedimentos que antes se mantinham apropriados exclusivamente pelo médico, e, com o uso intermediário da tecnologia, passam a ter transparência para os demais.

Dado seu caráter histórico e social, não é possível tomar o trabalho em saúde, em geral, continuamente, ao longo de diferentes conformações da sociedade. Como já referimos, os processos de trabalho não contêm nenhum objeto “natural” e nenhuma necessidade “natural” como dados invariantes internos a si próprios, sendo, pois, cada combinação de seus elementos constituintes a configuração de um processo de trabalho específico.

Portanto, ao se falar em trabalho em saúde contemporâneo falamos de processos de trabalho peculiares a uma dada conformação social, o capitalismo, inerentes às práticas de saúde na modernidade e articulados às demais práticas sociais da época.

Ao analisar o trabalho médico desse período, MENDES-GONÇALVES (1992, 1994) destaca dois modelos de atuação, não excludentes: o modelo clínico, baseado na clínica anatomopatológica, no qual *a doença pode ser admitida como influenciada pela vida de relação do doente, mas como fenômeno positivo é recortada exclusivamente no espaço de seu corpo individual* e o modelo epidemiológico, *que concebe a doença como fenômeno coletivo e busca controlá-la em escala social relativamente ampla e*

efetiva. O autor refere a complementaridade de ambos os modelos, apesar da supremacia do primeiro.

A complementaridade desses dois modelos diz respeito à possibilidade de cada um deles responder com eficácia a diferentes necessidades sociais do âmbito da saúde e da doença, sendo ambos imprescindíveis, apesar de sua desigual valoração técnico-social. Assim, os profissionais de saúde, médicos e não-médicos, estão colocados, em alguma medida, frente à necessidade de apreenderem e compreenderem o processo saúde-doença como uma experiência de dupla dimensão: individual e coletiva.

Interessa, nesta pesquisa, destacar que cada área profissional atuante no campo da saúde e participe do trabalho assistencial em saúde¹¹ conjugará as esferas individual e coletiva de forma distinta, uma vez que cada uma das áreas constitui um processo de trabalho peculiar com objetos e instrumentos próprios, apesar de, no conjunto, estruturarem-se sob a normatividade médica.

Como podemos observar nas referências ao processo de divisão do trabalho em saúde, os distintos trabalhos especializados constituem processos conexos e complementares, que, na sua conjugação, ampliam as possibilidades de reconhecimento e atenção às necessidades de saúde dos usuários, em eficiência e eficácia. Assim, a nenhum profissional de saúde, em particular, cabe a possibilidade de projeção e execução da totalidade de ações demandadas, embora permaneça mantida a centralidade do modelo médico de assistência, visto que ao profissional médico cabe a ação nuclear da definição diagnóstica e terapêutica, representando este, portanto, o principal mediador entre as necessidades dos usuários e a oferta de serviços.

A interdependência existente entre os trabalhos parcelares e complementares, pode configurar-se de diferentes formas, apresentando vários tipos de conexões entre os trabalhos. Porém, a complementaridade e a interdependência podem não estar aparentes, apresentando-se, os distintos trabalhos, como meras justaposições, ou seja, como trabalhos isolados e sem articulações. A articulação das ações é aqui entendida como resultante da intervenção ativa e consciente do agente, no sentido de evidenciar as conexões existentes entre ações ou trabalhos complementares.

¹¹ Certas áreas profissionais atuam não somente no campo da saúde mas também em outros, tais como a indústria e o comércio; lembramos, particularmente, as áreas de farmácia e nutrição. Assim como todas as áreas de saúde podem atuar não somente no trabalho assistencial, mas também no ensino, na pesquisa e outros; situações em que conformarão outros e distintos processos de trabalho por referência ao trabalho de assistência direta.

No plano objetivo e material da organização do trabalho, ocorre dos distintos profissionais estarem dispostos, lado a lado, cada qual na “sua” sala de atendimento, e as possibilidades de conexões serem realizadas pelos próprios usuários ao percorrerem os vários momentos fragmentados de atenção. O trabalho coletivo traduz-se na trajetória do usuário pelas várias salas de atendimento, do consultório médico à sala da enfermagem, à sala do psicólogo, à sala da assistente social, e assim por diante. O que pode ser acrescido da trajetória pelos vários serviços, em cada qual repetindo-se a peregrinação pelas várias salas, dos vários agentes. Faz-se necessário, portanto, que também os profissionais ocupem-se das articulações, no sentido de utilizarem a complementaridade objetiva existente, na conformação de um projeto assistencial comum que integre as múltiplas dimensões das necessidades de saúde.

Processo de trabalho e interação

Vimos que o processo de divisão do trabalho engendra uma realidade objetiva de trabalho coletivo em saúde, no qual a finalidade do processo de trabalho, ou seja, a atenção à multidimensionalidade das necessidades de saúde, é possível por meio da articulação ou integração das ações realizadas por variados agentes, oriundos de uma mesma área profissional ou de áreas distintas. Nesse âmbito, da recomposição dos trabalhos especializados, colocamos o trabalho em equipe multiprofissional. Portanto, o trabalho em equipe consiste numa certa modalidade de trabalho coletivo. Também vimos que no interior da modalidade de trabalho coletivo, denominada trabalho em equipe, observamos uma distinção entre equipe agrupamento e equipe integração. Em ambos os tipos de equipe, observamos a expressão de duas dimensões, passíveis de separação apenas para efeito de análise: a dimensão das ações, das atividades, e a dimensão dos agentes. Assim, temos, na equipe agrupamento, a justaposição de ações e o agrupamento de agentes, e na equipe integração, a articulação de ações e a interação de agentes. Cabe perguntarmos: como e por que os agentes transitam de um tipo ao outro de trabalho em equipe?

Também vimos que as articulações constituem momentos em que os agentes, ativamente, colocam em evidência as conexões ou nexos existentes entre as distintas

ações e os variados saberes técnicos. E que a literatura sobre trabalho em equipe refere a comunicação e o diálogo como instâncias fundamentais para a integração das atividades. Entendemos, assim, que há uma relação entre as possibilidades de articulação dos trabalhos especializados e a interação ou comunicação dos sujeitos do trabalho.

AYRES (1997a), ao estudar a gênese e o desenvolvimento da produtividade prática do discurso de risco no campo da epidemiologia, mostra a necessidade da dialética do trabalho e da dialética da interação na busca da auto-objetivação racional. O autor problematiza a esfera da prática científica e, baseando-se em Habermas, sugere a maior fecundidade da apreensão da própria práxis científica, assim como de qualquer ação racional, como a construção uma de contribuições múltiplas de diversos sujeitos portadores de projetos e poderes variados, em interação (AYRES, 1997a:25-36).

Ao retomar os três tipos de dialética entre sujeito e objeto desenvolvidas por Hegel nas lições de Iena (dialética do trabalho, da interação e da representação), HABERMAS (1994:11-43) introduz uma decomposição do conceito marxiano de trabalho em dois componentes, que, ainda que interdependentes na prática, são analiticamente distinguíveis e mutuamente irreduzíveis: o trabalho como ação racional dirigida a fins, e a interação social ou ação comunicativa (McCARTHY, 1995:42).

HABERMAS concorda com Hegel que a experiência da autoconsciência já não figura como originária, mas sim resulta da experiência da interação, *em que eu aprendo a ver-me com os olhos de outro sujeito. A consciência de mim mesmo deriva de um entrelaçamento de perspectivas. Só com base no reconhecimento recíproco se forma a autoconsciência, que se deve fixar no reflexo de mim mesmo na consciência de um outro sujeito* (HABERMAS, 1994:15). Portanto, o processo de formação do sujeito, que culmina numa identidade racional, dá-se pelo emprego de símbolos lingüísticos (dar nomes às coisas), da utilização de instrumentos que levam à satisfação de necessidades humanas (trabalho), bem como do agir voltado para a reciprocidade (interação) (SIEBENEICHLER, 1989a:48).

HABERMAS refere que tanto a dialética do trabalho como a dialética da interação pressupõem a linguagem, ou seja, a utilização de símbolos representativos. *Como tradição cultural, a linguagem entra na ação comunicativa; pois só as significações intersubjetivamente válidas e constantes, que se obtêm da tradição,*

facultam orientações com reciprocidade, isto é, expectativas complementares de comportamento. Assim, a interação depende das comunicações lingüísticas que se tornam familiares. E também a ação instrumental, logo que como trabalho social (...) está inserida numa rede de interações e depende, portanto, por seu lado, das condições marginais comunicativas de toda a cooperação possível (HABERMAS, 1994:30-31). O autor destaca a dialética trabalho e interação, visto que esta não é tão manifesta como a relação da utilização de símbolos com a interação e o trabalho.

Segundo HABERMAS (1994:42-43), há uma relação recíproca entre trabalho e interação, não sendo possível a redução da interação ao trabalho, ou a derivação do trabalho a partir da interação. Não há, portanto, uma relação evolutiva automática entre ambos, mas sim uma relação dialética. O autor refere que nem Hegel nem Marx esclareceram satisfatoriamente essa relação dialética e destaca sua relevância, à medida que dessa conexão entre trabalho e interação depende essencialmente o processo de formação da subjetividade humana (psíquica e ético-social).

O trabalho consiste na ação racional teleológica, abarcando a ação instrumental orientada por regras técnicas que se apóiam no saber, e a ação estratégica que também visa uma relação de utilidade a determinados fins, porém orientada por máximas e valores. O trabalho enquanto ação instrumental e/ou ação estratégica caracteriza-se como ação racional dirigida a fins, ou seja, ação que busca êxito ou sucesso na obtenção de determinado resultado, ou ainda ação que busca a melhor racionalização possível na relação meios-fins (HABERMAS, 1994:57). Vimos, anteriormente, que o trabalho caracteriza-se pela intencionalidade e pelo cumprimento de uma dada finalidade, presente em todos os elementos constituintes do processo.

A interação refere-se a uma ação comunicativa simbolicamente mediada e orientada por normas de vigência obrigatória que definem as expectativas recíprocas de comportamento, e que têm de ser entendidas e reconhecidas, pelo menos por dois sujeitos agentes. Portanto, é regida por normas consensuais e funda-se na intersubjetividade do entendimento e reconhecimento mútuo, livre de coação interna ou externa (HABERMAS, 1989:164-172; HABERMAS, 1994:57). HABERMAS chama de comunicativas as interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação, e podemos medir o acordo alcançado, em cada caso, pelo reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade, implícitas em qualquer

ato de fala.

Numa atitude orientada para o entendimento mútuo, todo sujeito falante ergue em todos os proferimentos inteligíveis as seguintes pretensões de validade: a) a sinceridade ou autenticidade do interlocutor, verificada pela consistência de seu comportamento, pois, *que alguém pense sinceramente o que diz é algo a que só se pode dar credibilidade pela consequência de suas ações, não pela indicação da razão*; b) a verdade das afirmativas ou enunciados feitos, isto é, a verdade proposicional; e c) a correção das normas que subjazem aos enunciados feitos, ou seja, a correção normativa (HABERMAS, 1989:78-83 e 167; AYRES, 1997a:33).

Quando uma dessas expectativas de validade é colocada em questão, *sub judice*, por um dos sujeitos partícipes da prática comunicativa, esta é suspensa e é inaugurada uma nova forma comunicativa que HABERMAS chama de ‘discurso’. Por vias discursivas, isto é, com base num diálogo empenhado na argumentação racional convincente, visando ao entendimento e isento de qualquer forma de violência interna ou externa, a comunicação pode ser restabelecida, desde que pretensões de validade postas em questão tenham sido reafirmadas e revalidadas discursivamente. Ou seja, os sujeitos voltam a partilhar o conteúdo proposicional e normativo, voltam a uma situação de acordo intersubjetivo (SIEBENEICHLER, 1989a:94-107; FREITAG & ROUANET, 1993:17-23; CUNHA, 1994:37).

HABERMAS (1989:41) também destaca que todo e qualquer enunciado, dentro de um contexto cotidiano, não se refere somente a algo no mundo objetivo, mas também a algo no mundo ético-social e no mundo subjetivo. E as três conexões entre o proferimento e o mundo, apresentam-se tanto nas perspectivas do falante como nas do ouvinte. Assim, as proposições de verdade são referidas ao mundo objetivo, as proposições normativas são referentes ao mundo ético-social, mundo da vida, e as proposições referentes à autenticidade do interlocutor são do âmbito do mundo subjetivo. O autor assinala que, dessa forma, a linguagem preenche três funções: a) a função de reprodução cultural ou de presentificação das tradições, b) a função da integração social ou da coordenação dos planos de diferentes atores na interação social, e c) a função de socialização da interpretação cultural das necessidades.

McCARTY (1995:46), ao apontar dificuldades com que, na opinião de outros autores, defrontar-se-ia a distinção entre trabalho e interação formulada por Habermas,

diz que com essa distinção pareceria que a ação racional dirigida a fins não é governada por normas sociais e não está baseada na intersubjetividade, ou seja, não é ação social. McCARTY refere, ao contrário, que o objetivo global de um agente do trabalho não pode ser identificado com independência por referência a normas sociais e jurídicas, a compromissos contratuais e a convenções sociais aos quais o agente está sujeito, pois a finalidade do trabalho é definida e perseguida num contexto social. Este autor, portanto, ressalta o caráter social da ação instrumental que caracteriza o trabalho. Claro está que, como mostramos anteriormente, o trabalho é essencialmente uma ação social, inclusive constituindo ele próprio a reiteração de uma norma social, ou seja, de um dado modo socialmente constituído de operar o trabalho, que pode ser reiterado integralmente ou modificado pelo agente.

Assim, consideramos que mesmo estando inserido numa rede de interações e permeado continuamente pela intersubjetividade, o trabalho, enquanto ação racional dirigida a fins, está orientado pelas regras técnicas e pela obtenção de determinados resultados. Por sua vez a interação, mesmo que também implique expectativas relativas ao cumprimento de tarefas, tematiza as normas consensuais, as expectativas e o entendimento recíproco em que se funda a intersubjetividade da ação. Ou seja, existem esferas de ação em que predomina a realização de um determinado fim, diríamos, centradas na tarefa, e outras em que o êxito em obter o resultado esperado é secundário frente à importância da comunicação e da possibilidade de construção de consensos (McCARTY, 1995:47-48).

HABERMAS (1994), portanto, nos mostra uma distinção entre trabalho, como intervenção técnica, e interação, como intersubjetividade linguisticamente mediada e livre de coação. Quanto ao último aspecto, sabemos que as relações sociais refletem, historicamente, relações institucionalizadas de poder e de violência, e não uma comunicação isenta de dominação. No entanto, é HABERMAS mesmo que nos assinala que *o dialético não é a própria intersubjetividade sem coação, mas a história de sua repressão e de seu restabelecimento* (HABERMAS, 1994:18), na esfera da vida ética.

A violência é a situação em que o sujeito está impossibilitado de reagir à submissão, ou porque ele está sendo submetido pela força ou porque está de acordo com o consenso mas não sabe exatamente em torno de quais regras está definido o

consenso. Há um estranhamento do sujeito por referência à própria realidade circundante. Tanto HABERMAS (*apud* FREITAG & ROUANET, 1993:23-26) como CHAUI (1984a:34-37) chamam a atenção para a violência como um contexto de alienação¹² do sujeito de sua própria capacidade de ser sujeito, de ter autonomia decisória nas várias instâncias da vida ético-moral. Nesse sentido, temos que, em primeiro lugar, a violência *consiste na conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão (...). Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa* (CHAUI, 1984a:35).

Assim, no lugar de interação podemos encontrar agentes atuando instrumentalmente em sua relação com os outros, entendendo as condutas dos demais como regularidades observáveis e, portanto, efetivamente passíveis de controle. Trata-se de relações em que os sujeitos são tomados como objetos, nas quais as normas e os valores decisivos não são aqueles em torno dos quais há um consenso, senão as regras de adequação técnica e os critérios de organização eficiente para a realização de valores que não foram validados comunicativamente por meio do entendimento mútuo. Ou seja, nas inter-relações pessoais os sujeitos podem encontrar-se apenas reiterando regras técnicas e valores subjacentes que já não representam acordos livremente negociados. Podem encontrar-se em relações de submissão e subordinação, alienados da dimensão da interação.

Retomando HELLER (1972; 1991), lembramos que será no plano do cotidiano e não em abstrato que nos defrontamos com as tensões resultantes de possíveis colonizações da esfera interativa pela instrumentalidade da técnica, o que ocorrerá quando tal situação não foi parte do acordo intersubjetivo nessa direção.

Já referimos, anteriormente, a intersubjetividade usuário-agente como um âmbito intrínseco ao trabalho em saúde. Agora destacamos a presença da intersubjetividade agente-agente, de interesse especial nesta pesquisa. Há, portanto, dois planos de interação dialógica no trabalho em saúde, um referido à comunicação

¹² Quanto ao conceito de alienação, ver MÉSZÁROS (1981). O autor analisa a complexidade e a abrangência do conceito alienação, abarcando quatro aspectos principais aos quais se refere: a) a alienação do homem por referência a si mesmo, a sua própria atividade, seu trabalho; b) a alienação por referência ao produto de seu trabalho; c) a alienação de seu “ser genérico”, de seu ser como membro da espécie humana; e d) a alienação por referência aos demais homens. Portanto, a alienação constitui uma manifestação de estranhamento e alheamento do homem em relação à natureza e a si mesmo.

com o usuário e outro à comunicação entre os múltiplos agentes. O olhar instrumental relativamente ao objeto de trabalho (as necessidades de saúde dos usuários), é também o olhar instrumental relativamente aos profissionais entre si. Por exemplo, a não qualificação técnica de ações tais como o vínculo e a continência junto aos usuários, interpretadas apenas como ferramentas facilitadoras da “intervenção técnica propriamente dita”, também ocorre por referência aos agentes, à medida que a comunicação entre eles é entendida apenas como meio para a reiteração dos trabalhos parcelares, sem que possam construir novos projetos com base na arguição das verdades propositivas e das normas subjacentes.

No que se refere particularmente à intersubjetividade usuário-agente, SCHRAIBER (1993, 1997a; 1997b) e RIBEIRO (1995), apontam o caráter interativo da técnica em medicina, ressaltando a interação como qualidade e, ao mesmo tempo, fator de tensão e transformação desse saber tecnológico. Os autores tratam da nuance entre o saber que, já estruturado em moldes tecnológicos e científicos, preside a ação e aquele que, em exercício, é submetido ao crivo da práxis, ou seja, tratam da tensão entre interação e técnica, entre ação comunicativa e ação instrumental ou estratégica, em razão da modalidade ultratecnológica da técnica. Destacamos, nesse sentido, a título de exemplo, as trocas dialógicas entre médico e paciente. Nestas, parte das trocas é representada como tomada de informação de “utilidade técnica” (a conversa útil ao diagnóstico e à terapêutica) e parte das trocas surge para o profissional como conversa “inútil” ou tempo que, se não é totalmente perdido, é porque serve à “conquista” do cliente (SCHRAIBER, 1997a ; 1997b).

No interior do trabalho coletivo e do trabalho em equipe multiprofissional, pode ocorrer que os agentes passem a ser objetos da ação instrumental, perdendo a perspectiva de sujeito para serem concebidos e tratados como um recurso do trabalho alheio. Nesse sentido, a ação racional pode acabar sobrepujando a dimensão interativa, no sentido instrumental. Pois, como o trabalho tem uma finalidade que precisa perseguir e atingir, ele pode acabar subordinando à interatividade e à instrumentalidade das intervenções técnicas, em planos nos quais a dimensão ética deva prevalecer.

Defrontados com essa problemática, nos perguntamos: qual o caminho por onde os agentes podem expressar a relação entre trabalho e interação, como agir técnico e interativo nas práticas cotidianas? Lembramos que a dimensão comunicativa requer

que os sujeitos compartilhem as proposições e as normas subjacentes, que os conteúdos enunciados e os valores correspondentes façam sentido para os sujeitos envolvidos na interação. Portanto, para que integrem o agir instrumental e o agir comunicativo faz-se necessário que os profissionais partilhem “algo em comum”¹³. Cabe perguntarmos o que é comum e pode ser partilhado na recomposição dos trabalhos especializados em saúde, para que essa recomposição se expresse como trabalho em equipe?

Sabemos que se trata de recompor trabalhos que se dividiram para responder com maior racionalidade (no sentido da melhor relação meios-fins) às necessidades de saúde, com base no modelo clínico de atenção à saúde. No sentido estritamente instrumental, a recomposição também poderá responder apenas à melhor racionalização, se mantidos os mesmos recortes de objeto e o mesmo modelo assistencial. Para fazê-lo também numa racionalidade comunicativa, integrando trabalho e interação, os agentes deverão compartilhar um projeto comum referido às práticas de saúde, portanto um projeto assistencial comum construído na conjugação dos variados trabalhos especializados. Esse projeto será produto da negociação de seus agentes, para além daquela com o próprio usuário.

A análise empreendida por HABERMAS (1994) acerca da relação recíproca entre trabalho e interação permite apreender o duplo movimento que os profissionais fazem na esfera da ação técnica e da comunicação entre os agentes do trabalho. No bojo desse duplo movimento, buscamos compreender as situações concretas¹⁴ de trabalho coletivo em saúde, destacando **a complementaridade e a interdependência dos trabalhos especializados, na perspectiva da construção de um projeto assistencial comum.**

¹³ Ao discutir os modelos comunicacionais e as práticas de saúde, TEIXEIRA (1997) introduz o modelo “diagramático” como recurso para pensar os processos de comunicação coletiva, nos quais todos os participantes partilham “o-que-é-com”, ou seja, um dado contexto que é comum e que é, ele próprio, alvo dos atos de comunicação. Por analogia, entendemos que “o que é comum”, no trabalho em equipe, é o modelo assistencial construído, pela equipe, na prática comunicativa do trabalho cotidiano, pois a organização institucional do trabalho constitui o contexto mais imediato dos processos de trabalho dos distintos profissionais.

¹⁴ O concreto refere-se à conjugação dialética da dimensão objetiva e subjetiva, ou seja, do imaginário e da base material das situações a que se faz referência.

Saber e ciência nas práticas de saúde

Tratamos, até o momento, das relações do agente com o processo de trabalho e com a intersubjetividade. Embora o saber, como instrumento, constitua um componente do trabalho e assim já tenha sido referido, apresentaremos algumas questões a ele atinentes em separado, dadas as peculiaridades do trabalho em saúde e do objeto de investigação. No trabalho em saúde, o saber técnico instrumentaliza as ações e distingue, técnica e socialmente, os trabalhos especializados. E cada trabalho especializado que configura uma certa área profissional, enquanto profissão é caracterizado pelo domínio de um campo específico de conhecimento, o qual atribui autonomia técnica aos respectivos agentes.

Iniciamos distinguindo ciência e saber, pois a aplicação do conhecimento científico não se dá de forma direta e imediata no trabalho cotidiano, a partir da ciência estabelecida. O que subsidia e instrumentaliza imediatamente a ação no trabalho em saúde é uma específica modalidade de conhecimento, denominada saber operante, técnico ou tecnológico. Dada essa diferenciação entre ciência e saber técnico e a importância deste último, referida anteriormente, ressaltamos a distinção entre interdisciplinaridade e multiprofissionalidade.

Para traçar uma distinção entre ciência e saber lançamos mão de um estudo de FOUCAULT (1995:205-211), no qual o autor assinala que o saber constitui um campo mais abrangente que a ciência. Diz que a ciência se localiza em um campo de saber e nele tem um papel, que varia conforme as diferentes formações discursivas e que se modifica de acordo com suas mutações. O autor refere-se ao saber como o conjunto de elementos formados de maneira regular por uma prática discursiva e que são indispensáveis à constituição de uma ciência, apesar de não se destinar necessariamente a lhe dar lugar; o domínio constituído pelos diferentes objetos que adquirirão ou não um estatuto científico; o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso; e ainda como o campo de coordenação e subordinação dos enunciados, em que os conceitos aparecem, definem-se, são aplicados e se transformam. Por fim, um saber se define pelas possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso, de forma que pode haver saberes

que são independentes das ciências, mas não há saber sem uma prática discursiva definida e toda prática discursiva pode definir-se pelo saber que ela forma.

Ainda quanto à diferenciação entre saber e ciência, FOUCAULT (1995:211-214) acrescenta, que no interior de um dado campo de saber encontram-se inscritas ciências, que, em uma análise arqueológica, podem ser apreendidas em diferentes limiares de epistemologização, de cientificidade e de formalização.

DONNANGELO (1976:16-28), refere que a prática médica enquanto ato terapêutico não se confunde com a prática científica, mesmo utilizando meios cuja eficácia esteja cada vez mais garantida cientificamente. A prática médica destina-se a uma ação diagnóstica e terapêutica e esta é uma ação técnica de instauração e restauração do normal, a qual escapa à jurisdição da ciência à medida que ocorre na interação profissional-usuário e incide sobre um corpo anatomofisiológico que é, todavia, um corpo investido socialmente.

Também MENDES-GONÇALVES (1979) salienta que a medicina estruturou-se com base nas ciências biológicas, ditas ciências básicas (anatomia, patologia e fisiologia), porém não se confunde com essas ciências e sim configura-se como um trabalho cujo objeto é o corpo anatomofisiológico (MENDES-GONÇALVES, 1979; 1994). Isso não significa que a identificação da prática médica a uma prática em si mesma de base científica seja um erro ou uma ilusão, mas sim um aspecto constituinte dessa prática, e é justamente por esse caráter científico e por sua representação como prática científica que lhe é atribuído, socialmente, o poder de legislar e julgar sobre a saúde e a doença (MENDES-GONÇALVES, 1994:64).

Processo semelhante ocorre com as demais práticas profissionais do campo da saúde, pois, à medida que configuram, cada uma delas, uma área específica de atividades e um saber próprio, estes são legitimados socialmente como cientificamente fundamentados. E o são de fato, pois, como dissemos, o saber abarca conteúdos científicos mas não pode ser tomado ele próprio como a ciência da qual esses conteúdos são apropriados.

MENDES-GONÇALVES (1994:65) salienta que para proceder à apreensão do objeto de trabalho, o agente opera com um saber. Saber que, *se não se quiser conceber como entidade fantasmagórica, consiste em generalizações conscientes e estruturadas obtidas a partir da prática, e que expressam tanto nos instrumentos como nos*

discursos a sua materialidade, sob formas diversas. O próprio autor acrescenta que isto vale para qualquer dos saberes com que operam os agentes de cura, e não apenas para o dos médicos, ou para os dos outros.

Daremos destaque à esfera do saber enquanto dimensão que permite recortar um dado objeto de trabalho e enquanto instrumento que permite a intervenção propriamente dita, ou seja, a ação técnica nas várias áreas profissionais da saúde. Cada área constituindo um saber próprio que, tomado em sua especificidade, tem uma conformação histórica e simultânea a um conjunto particular de ações que caracterizam um dado trabalho especializado. O saber constitui uma modalidade de conhecimento que tem sua origem sobretudo na experiência prática, amalgamada com conteúdos advindos de conhecimentos científicos e de outros saberes.

Portanto, como já foi dito, o saber não pode ser identificado às ciências que o fundamentam, havendo entre a ciência e o saber a intermediação da prática, na sua dimensão de trabalho humano, assim como há, entre a ciência e o trabalho, a intermediação do saber tecnológico e do saber prático.

Ao analisar a distinção e a relação entre o mundo do trabalho e o mundo da ciência, MENDES-GONÇALVES (1994:55-67) introduz a categoria saber tecnológico ou saber operante. Este distingue-se como um momento intermediário que se interpõe entre a ciência e o trabalho, relacionado à construção do tecnológico, ou seja, à instrumentalização da intervenção técnica. Nesse sentido, o saber operante tem sua origem **no e através do** processo de trabalho, presidindo o projeto de trabalho e o modo de organização da intervenção (SCHRAIBER, 1995a:60).

Portanto, a categoria saber operante permite apreender o agente do trabalho como mediador, que estabelece relações entre os conhecimentos científicos, os saberes e as dimensões ético-políticas de ambos. E, na prática cotidiana do trabalho, utiliza o saber operante mediando as conexões entre o objeto, os instrumentos e a atividade do trabalho. De modo que, para o agente, o saber técnico significa conhecer internamente como se realiza cada ação do trabalho e conhecer o projeto do conjunto de ações realizadas.

Além deste há uma outra instância de saber, que denominamos saber prático, que está relacionado ainda mais imediatamente às ações realizadas pelos agentes e mais distante do caráter científico que alcança o saber tecnológico. Ou seja, a diferença entre

ambos, saber tecnológico e saber prático, está sendo atribuída à maior conotação científica do primeiro.

SCHRAIBER (1997a:8-29) também destaca a necessidade de distinguir os sentidos do conhecimento científico, saber tecnológico e saber prático em que, segundo a autora, *se definirão as inserções e o jogo da ciência e suas técnicas, da experiência pregressa e da experiência em ato, na conformação do agir médico* (SCHRAIBER, 1997a:8). Ao estudar a prática dos médicos, SCHRAIBER coloca que, além do saber tecnológico, os profissionais valem-se de outras referências de saber, tais como aquele de um colega mais velho ou mais especializado e que parece significar saber consolidado de grande crédito para fazer frente a situações que a ciência não ampara, e outro saber prático que decorre da experimentação sem acúmulo anterior, mas teste de solução prática.

As categorias saber tecnológico e saber prático derivam de uma retomada do conceito de tecnologia, destacando que esta não se resume ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, concebidos usualmente como um instrumental dado “a priori” e fundamentalmente científico. Retomando o sentido etimológico do termo tecnologia, que se refere aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho, ou seja, aos nexos entre a atividade e o objeto de trabalho, por meio dos instrumentos, MENDES-GONÇALVES (1994;15-20) concebe a tecnologia como o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção dos serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social, ou seja, é constituída pelo saber e seus desdobramentos materiais e não-materiais.

Pautado nessa mesma conceituação da dimensão tecnológica e na distinção entre trabalho vivo e trabalho morto, MERHY (1997b:113-132) apresenta uma classificação das tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, como: leve (no caso das tecnologias de relação do tipo produção de vínculo, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho, outros); leve-dura (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o “taylorismo”, e outros); e dura (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquina, normas, estruturas organizacionais, e outros). O autor refere que *o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e*

nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relação, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados (MERHY, 1997b:120-121).

Temos, assim, uma ampliação do sentido tecnológico para o âmbito das relações interpessoais, agente-usuário e agente-agente, tecnologia essa que também pressupõe um saber operante e um saber prático apropriados pelos agentes no transcorrer da experiência de trabalho. O saber constituído pelas relações intersubjetivas e seus desdobramentos, tais como o vínculo e o acolhimento, tem caráter interdisciplinar, como veremos adiante, e consiste em ferramenta de trabalho para as diversas áreas profissionais em saúde, de onde advém seu destaque para o presente objeto de estudo. Ressaltamos, também, pelas mesmas razões apontadas anteriormente, o tensionamento das interações mencionadas relativamente à interação dialógica e comunicacional frente às questões das autoridades técnicas e das autonomias desiguais na equipe de trabalho, ou seja, entre seus componentes e destes para com os usuários.

Os profissionais de saúde lidam com objetos de trabalho de intensa complexidade dinâmica, à medida que intervêm sobre questões referentes à vida e à morte, recortadas, enquanto objetos de intervenção, como a saúde e a doença no seu âmbito social.

Para apreender e transformar esses objetos na esfera do processo de trabalho, torna-se necessário inter-relacionar variados conhecimentos e práticas, num processo que aponta na direção da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade. Entendemos que a primeira diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais, portanto ao mundo do trabalho; e a segunda, a integração das várias disciplinas ou áreas do conhecimento, tendo, assim, caráter eminentemente epistemológico, que diz respeito sobretudo à produção do conhecimento. A denominação disciplina é aqui usada como sinônimo de ciência, tal como apresentada por JAPIASSU (1976:61). Assim, uma prática multiprofissional não é decorrência direta de uma interdisciplinaridade ou mesmo de uma transdisciplinaridade se não houver uma integração também no plano dos saberes tecnológicos e práticos.

Propomos, pois, uma distinção entre esses dois planos, assim como salientamos

a diferenciação entre ciência e trabalho, alertando para uma frequente sobreposição dessas dimensões numa prática (a saúde) que se constitui como trabalho reflexivo e é, ela própria, criadora de saberes. Entendemos que essa diferenciação nos auxiliará na análise, pois, ao mesmo tempo que os distintos agentes convivem e reproduzem vários planos de fragmentação, no âmbito do trabalho, do saber e da ciência, também produzem mediações entre essas esferas no exercício do trabalho.

Temos, assim, dois planos de mediações realizadas pelos profissionais no trabalho em saúde. Por um lado, as mediações entre as disciplinas, pois faz-se cada vez mais necessário articular as várias ciências fundantes da ação, integrando, no interior do saber operante e do saber prático, o caráter interdisciplinar do conhecimento contemporâneo. Por outro, as mediações no plano do trabalho propriamente dito, onde, por meio dos saberes, os agentes articulam instrumentos e atividades na transformação do objeto de intervenção.

O destaque para a distinção entre multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, remete, por sua vez, à busca necessária de suas mediações e conexões, pois, ambas, constituem aspectos atinentes às práticas de saúde.

As questões referentes à multiprofissionalidade foram tratadas anteriormente, ao abordarmos a divisão do trabalho, a autonomia técnica, e a relação entre trabalho e interação. Aqui nos deteremos nas questões da interdisciplinaridade, pois esta representa uma característica do conhecimento no campo da saúde, particularmente, no campo da Saúde Coletiva, e interessa-nos, como dissemos, dar ênfase a sua diferenciação por referência ao plano do trabalho em equipe multiprofissional. Pode-se mesmo dizer que há uma certa confusão entre ambas as noções, provocada pela não distinção entre o plano da ciência e o plano do trabalho, na produção tecnológica no campo da saúde.

O objeto de conhecimento e de intervenção da área da saúde é intrinsecamente complexo, pois apresenta, concomitantemente, expressões sociais, emocionais, afetivas e biológicas, traduzindo condições sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos.

ALMEIDA FILHO (1997:6-7) refere-se aos objetos complexos como sendo aqueles que não se subordinam a nenhuma aproximação meramente explicativa, requerendo não apenas a produção de uma descrição rigorosa ou uma classificação precisa, mas também sua compreensão. Segundo esse autor, o objeto complexo é

sintético, não-linear, múltiplo, plural e emergente e para uma abordagem respeitosa desses intrigantes atributos a organização convencional da ciência em disciplinas autônomas e até estanques precisa ser superada por novas modalidades de práxis científica, instaurando formas alternativas de disciplinaridade.

MORIN (1990:138), que tem se dedicado ao estudo da problemática da complexidade e à construção do pensamento complexo, considera que *se somos seres simultaneamente físicos, biológicos, sociais, culturais, psíquicos e espirituais, é evidente que a complexidade reside no fato de se tentar conceber a articulação, a identidade e a diferença entre todos esses aspectos, enquanto o pensamento simplificador ou separa estes diferentes aspectos ou os unifica através de uma redução mutiladora (...) articulações estas que são destruídas pelos cortes entre disciplinas, entre categorias cognitivas e entre tipos de conhecimento*. O autor propõe um pensamento multidimensional que abrange as dimensões do individual, do social e do biológico. Voltaremos, mais adiante, à abordagem feita por MORIN acerca da transdisciplinaridade.

Fica, assim, colocada a necessidade de uma abordagem interdisciplinar/transdisciplinar para a área da saúde em sua totalidade e particularmente para o campo da Saúde Coletiva, como atestam os trabalhos de NARVÁEZ (1985), MINAYO (1991, 1994), SPINK (1992), SCHRAMM (1994), NUNES (1995) e ALMEIDA FILHO (1997).

O processo de reflexão e prática acerca da interdisciplinaridade surge no interior das universidades e demais centros de produção científica a partir dos anos 60, na Europa, principalmente na França e na Itália, explorando não apenas as fronteiras das disciplinas/ciências e suas relações de interdependência e conexão recíprocas, mas também as possibilidades de maior adequação da formação universitária às demandas sociais e econômicas (JAPIASSU, 1976; FAZENDA, 1995).

Com base nos estudos de George Gusdorf, vários autores (JAPIASSU, 1976; SIEBENEICHLER, 1989b; MINAYO, 1994; NUNES, 1995) destacam um processo de ruptura da unidade do conhecimento a partir de meados do século XVIII.

Com o advento da moderna racionalidade científica, a partir da fase avançada do Renascimento, no século XVI, instala-se uma cisão não apenas entre o divino e o humano, mas também entre o humano e o natural. Essa razão institui a natureza como

objetividade e como exterioridade ao homem, como materialidade a ser apreendida e explicada e cria um conjunto de dualidades (matéria-espírito; qualidade-quantidade; natureza-homem; objeto-sujeito; corpo-alma; sentidos-razão; organismo-mente; paixões-vontade) que a ciência moderna assumirá em sua trajetória até a atualidade (LUZ, 1988:24-25). Vale salientar que esse processo de fragmentação e de desintegração crescente da unidade do conhecimento e do real consolida-se com a predominância hegemônica de uma metodologia positivista, no século XIX.

A literatura refere algumas tentativas de reagrupamento unitário do saber, no transcorrer dos últimos séculos (JAPIASSU, 1976; SIEBENEICHLER, 1989b; NUNES, 1995); e quanto à retomada contemporânea da questão da interdisciplinaridade, é unânime em considerá-la um projeto em construção¹⁵.

ALMEIDA-FILHO (1997) pergunta-se se os modelos de interdisciplinaridade propostos poderiam dar conta da tarefa de operar como estratégias produtoras de sínteses da complexidade dos objetos de conhecimento, uma vez que a efetiva comunicação interdisciplinar requer um compartilhamento de linguagens e de estruturas lógicas e simbólicas. Abordando a questão desde uma óptica epistemológica, o autor ressalta que os esquemas analisados parecem revelar mais um caráter ideológico, prescritivo ou normativo, do que propriamente uma proposta de prática de apreensão-aproximação dos objetos complexos. E, nesse sentido, considera que poderiam ser mais valiosos em projetos de definição de práticas sociais ou institucionais, portanto orientadores de processos de trabalho, do que na construção de uma ciência da complexidade, no sentido trabalhado por MORIN (1990) e por ele adotado.

Dentre os projetos interdisciplinares surgidos contemporaneamente, SIEBENEICHLER (1989b) e MINAYO (1991; 1994) destacam, como os dois mais

¹⁵ Vários autores que estudam a temática da interdisciplinaridade utilizam distintos termos para referir as diversas modalidades de integração entre os campos disciplinares. Valendo-nos dos trabalhos de JAPIASSU (1976) e ALMEIDA-FILHO (1997), consideramos que a multidisciplinaridade e a pluridisciplinaridade evocam uma simples justaposição ou agrupamento dos recursos de vários disciplinas, num trabalho determinado. A interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pela integração das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa. Para ALMEIDA-FILHO, implica uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas, cujas relações são definidas a partir de um nível hierárquico superior ocupado por uma delas. Quanto à transdisciplinaridade, ambos os autores concordam em considerá-la uma etapa superior que se sucede à interdisciplinaridade, na qual as interações entre as diversas disciplinas situar-se-iam no interior de um sistema total, tomando por base uma axiomática geral compartilhada capaz de instaurar uma coordenação a ser feita tendo em vista uma finalidade comum.

significativos, a interdisciplinaridade da convergência de Georges Gusdorf e a interdisciplinaridade hermenêutica cooperativa de Jürgen Habermas. Considerando o referencial teórico desta pesquisa, destacamos os estudos de Habermas na direção da construção de uma teoria geral da racionalidade humana.

Na teoria do agir comunicativo, HABERMAS (1989) desenvolve uma crítica ao conceito de racionalidade em uso atualmente, considerando que esse é tomado numa perspectiva estreita que o reduz a suas dimensões cognitivo-instrumentais, ignorando os elementos ético-normativos e estético-subjetivos do mundo da vida cultural. Assim, considera necessário desenterrar as outras dimensões da racionalidade a partir de uma visão ampla, macroscópica e descentralizada, para o que não basta o trabalho teórico do filósofo ou do cientista, mas impõe-se um trabalho interdisciplinar da comunidade científica em geral (SIEBENEICHLER, 1989b:165).

Segundo SEIBENEICHLER (1989b:164-178), Habermas propõe a transformação da filosofia em crítica e, a seguir, em processo de cooperação interdisciplinar, no qual procuraria a mediação entre a filosofia e as ciências, entre as culturas sofisticadas de “experts” em ciência e técnica e o mundo vital. Nesse processo, não existe mais uma hierarquia de ciências cujo vértice seria a filosofia, pois não é mais a filosofia que dita a verdade. O único critério de verdade passa a ser o da plausibilidade e da coerência entre os diferentes fragmentos teóricos

Para MORIN (1990:104-108), há uma antiga e nova transdisciplinaridade. O autor analisa que há uma certa transdisciplinaridade no desenvolvimento da ciência moderna desde o século XVII, porque há uma unidade de método, um certo número de postulados implícitos em todas as disciplinas, quais sejam: o postulado da objetividade; a eliminação do problema do sujeito; a utilização das matemáticas como uma linguagem e um modo de explicação comum; e a procura da formalização. E são justamente esses princípios que permitiram desenvolver o enclausuramento disciplinar e que devem ser transformados.

Segundo MORIN (1990), o paradigma da simplificação das ciência clássicas caracteriza-se basicamente pela disjunção sujeito-objeto e pela disjunção-redução, sendo a primeira característica um dos aspectos essenciais da segunda, ou seja, ambas se inter-relacionam. O autor refere que é por meio da disjunção-redução que o *pensamento científico ou disjunta realidades inseparáveis sem poder encarar a sua*

relação, ou identifica-as por redução da realidade mais complexa à realidade menos complexa, tornando, assim, a física, a biologia e a antropossociologia ciências totalmente disjuntas, que, quando se quer associar, são reduzidas, recortando do biológico os elementos físico-químico e do antropológico, os biológicos. A partir dessa crítica, MORIN propõe a necessidade de promover uma nova transdisciplinaridade que permita distinguir, separar, opor e, portanto, disjuntar relativamente os domínios científicos, mas que possa fazê-los comunicarem sem operar a redução. Propõe um paradigma de complexidade que, ao mesmo tempo, disjunte e associe, que conceba os níveis de emergência da realidade sem reduzi-los às unidades elementares e às leis gerais.

Portanto, MORIN não propõe a eliminação da competência em campos disciplinares diversos, nem o desenvolvimento de um esquema de integração de conhecimentos sintético e harmonioso, mas a comunicação com base num pensamento complexo que reconheça a relação sujeito-objeto como intrínseca ao conhecimento, e este como a possibilidade de apreender os fenômenos combinando os princípios do tetragrama ordem/desordem/interação/ organização¹⁶.

As abordagens dos diferentes autores sobre interdisciplinaridade/transdisciplinaridade mostram tratar-se de uma problemática atinente, sobretudo, à investigação científica e ao ensino acadêmico, e é esse aspecto que queremos salientar, distinguindo-o da multiprofissionalidade. Todavia, os campos disciplinares não existem por si próprios e independentemente das práticas sociais, pois eles institucionalizam-se e materializam-se por meio de seus agentes e associam-se às tecnologias e ao trabalho enquanto intervenção técnica concretamente operacionalizada (trabalho em ato). Portanto, não podemos tomar o trabalho em equipe multiprofissional como imediatamente interdisciplinar, mas certamente como uma prática que expressa repercussões das possibilidades de integração das disciplinas científicas.

Lembramos AYRES (1997b:37-38) ao apontar que, para além de uma construção discursiva eminentemente filosófica, a transdisciplinaridade (interdisciplinaridade) é uma das mais potentes idéias reguladoras de que dispomos

¹⁶ Para um aprofundamento na proposição do tetragrama de Morin, consultar os capítulos, **O desafio da complexidade; Ordem, desordem, complexidade;** e, **A inseparabilidade da ordem e desordem**, em: MORIN, E. **Ciência com consciência**. Portugal, Publicações Europa-América, 1990.

hoje no sentido da transformação e renovação do campo da Saúde Coletiva.

Portanto, a noção de interdisciplinaridade e seus correlatos, assim como o discurso interdisciplinar, não devem ser monopolizados apenas no âmbito da produção científica, mas permear os saberes técnicos e práticos em vista da construção de práticas de trabalho mais condizentes com a complexidade dos objetos das várias áreas de atuação em saúde.

Referimos a distinção entre ciência e trabalho com a finalidade de ressaltar sua intermediação pela presença de saber tecnológico e prático. Esse é o âmbito do conhecimento que instrumentaliza imediatamente a ação dos agentes e que também pode ter caráter interdisciplinar, ou seja, de integração dos aportes teórico-metodológicos de diferentes disciplinas. Portanto, as diversas áreas profissionais que trabalham coletivamente em equipes integram, em seus respectivos saberes, a contribuição de diversas disciplinas ou ciências, assim como, na prática cotidiana de trabalho compartilhado, a possibilidade de articulação do exercício concreto desses distintos saberes.

Enfim, à medida que o discurso interdisciplinar permear os distintos saberes técnicos e saberes práticos, também poderá se expressar, efetivamente, no interior da multiprofissionalidade, ou seja, do trabalho em equipe multiprofissional. Os agentes também poderão construir um saber comum referido às práticas de inter-relação que expresse a dimensão comunicacional da ação instrumental.

Assim, ambas as esferas, da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade, cada uma a seu modo, enfrentam o desafio de construir meios e caminhos para abarcar as múltiplas dimensões dos objetos do campo da saúde, e podem se potencializar no enfrentamento desse desafio.

O exercício desse desafio no cotidiano do trabalho em equipe é permeado pelas representações dos agentes enquanto mediação entre o conhecimento aprendido e o saber prático refletido. Ou seja, é no plano das representações que se opera a síntese entre o conhecido ainda não vivido pelo agente individualmente e o vivido no cotidiano do trabalho coletivo.

Representações

As representações enquanto expressão do simbólico, do imaginário, impregnadas da singularidade e da socialidade dos sujeitos, nos permitem uma aproximação dos significados atribuídos, pelos sujeitos, às práticas sociais e as suas relações nessas práticas.

Dada a importância das representações para a presente pesquisa, apresentaremos algumas considerações sobre suas diversas abordagens.

Segundo MINAYO (1992:158; 1994:89), as representações sociais são definidas, no campo das ciências sociais, como categorias de pensamento que expressam a realidade, possibilitando explicações que a justificam ou questionam. A autora destaca as concepções de vários pensadores acerca das representações sociais, com maior atenção aos clássicos Durkheim, Marx e Weber.

Durkheim é reconhecido como o autor que cunhou e primeiro trabalhou o conceito de representação social, por ele então denominado de representação coletiva, e é nele que Moscovici vai resgatar o conceito original para reelaborá-lo como teoria no campo da psicologia social.

Para Durkheim, o termo refere-se às categorias de pensamento através das quais determinada sociedade elabora e expressa sua realidade, não existindo “representações falsas”, pois todas respondem de diferentes formas às condições dadas à existência humana. As formas coletivas de agir ou pensar têm uma realidade fora dos indivíduos, são externas em relação às consciências individuais e exercem ação coercitiva sobre elas ou são suscetíveis de exercê-la (MINAYO, 1992:159-60). Durkheim buscava enfatizar a especificidade e a primazia do pensamento social em relação ao pensamento individual, concebendo que as representações sociais impõem-se aos indivíduos (HERZLICH, 1991:23).

Outras correntes de pensamento em ciências sociais elaboraram críticas à vertente positivista e desenvolveram concepções distintas acerca das representações. Continuaremos destacando as linhas clássicas: a sociologia compreensiva e a dialética marxista.

Para Weber, as idéias e concepções (ou representações) são juízos de valor que os indivíduos dotados de vontade possuem, portanto têm dinâmica própria e podem

apresentar tanta importância quanto a base material. A partir da tese da recíproca influência entre os fundamentos materiais, as formas de organização político-social e o conteúdo das idéias, esse autor teoriza sobre certa autonomia do mundo das representações sociais e a possibilidade concreta de se estudar a eficácia histórica das idéias. Importante lembrar que a obra de Max Weber (1864-1920) é posterior à de Karl Marx (1818-1883) e que aquele autor propõe-se a enfatizar a dimensão das concepções e idéias acerca do mundo e da sociedade, em oposição à ênfase que atribuía às determinações da base material na obra marxiana.

Ao analisar as representações sociais em Marx, MINAYO (1992:165-6) refere que na totalidade de seus escritos o autor fala da relação entre as idéias e a base material. Concebe as representações como conteúdos da consciência que são, por sua vez, determinados pelo modo de vida dos indivíduos. Essa determinação ocorre numa relação dialética, dadas as contradições existentes entre as forças de produção, o estado social e as idéias.

Lefebvre, sociólogo e filósofo francês que retomou criticamente o pensamento marxiano, analisa que Marx não esclarece nem precisa muito bem as palavras alemãs “vorstellung” e “darstellung”, de difícil tradução pelas várias nuances de significado: concepção, representação, apresentação (*apud* LUTFI e cols.; 1996:91). Segundo as autoras, Lefebvre salienta que essa aparente falta de rigor torna-se maior à medida que Marx vai deixando de falar em representação, substituindo esse conceito pelo de ideologia, sem explicar os motivos da mudança e nem as relações entre as duas noções. Entretanto, em muitos momentos de sua análise usa a noção de representação (“vorstellung”), deixando transparecer que a força das representações vem do fato de estas dissimularem sua base social.

Lefebvre também dedicou-se a estudar as representações, mas o faz sobretudo da perspectiva filosófica, reconstruindo a trajetória do conceito e a história da relação representante-representado na filosofia. Contribuiu com a elaboração de uma teoria crítica das representações, cujo papel, segundo o autor, não é destruí-las, visto não ser possível viver e compreender uma situação sem representá-la, mas sim expor o poder da representação no mundo contemporâneo e deslindar os mecanismos de sua produção e permanência (LEFEBVRE *apud* LUTFI e cols., 1996:88; 96).

Nesse autor, as representações são concebidas como mediações e, desse ponto,

podem ser construídas como objeto do conhecimento — mediações que impedem ou permitem, o possível histórico e que, portanto, não se apresentam como interdições mas também com poder de transformação da realidade. Segundo os autores, Lefebvre investiga a importância e o lugar das representações na sociedade contemporânea e mostra como não são nem falsas nem verdadeiras por vocação ou por essência, como supõem algumas concepções filosóficas, mas falsas e verdadeiras ao mesmo tempo, ele mostra também o poder que essa ambigüidade lhes dá (LUTFI e cols., 1996:88-9).

Essa ambigüidade pode ser melhor compreendida se vista pela óptica de que toda representação é perpassada por pontos de vista particulares, ideológica e culturalmente dados. CHAUI (1984b; 1993) refere-se às representações como idéias pela quais os homens explicam e compreendem sua própria vida individual, social, suas relações com a natureza e com o sobrenatural. E diferencia-as de ideologia, pois ao conceituar esta última dirá que se refere especificamente a um sistema ordenado de representações e de normas e regras que tenderão a esconder dos homens o modo real como suas relações foram produzidas. Ou seja, a ideologia diz respeito a um âmbito de representações e normas que proporcionam o ocultamento da realidade social. Portanto, a ideologia e as representações que a compõem vão universalizar o particular pelo apagamento ou ocultamento das diferenças e contradições.

Segundo CHAUI (1993:3-13), o campo ideológico é o campo do imaginário, não no sentido da irrealidade ou fantasia, mas no sentido do conjunto coerente e sistemático de imagens ou representações tidas como capazes de explicar e justificar a realidade concreta. Assim pode constituir-se porque é um discurso lacunar que não pode ser preenchido, é um discurso no qual os termos ausentes garantem a suposta veracidade daquilo que está explicitamente afirmado. É importante salientar, mais uma vez, que não se trata de um discurso falso, pois as lacunas lhe são constituintes, são intrínsecas ao ideológico, e também não se trata de fantasia ou ilusão, à medida que seu processo de constituição tem uma base real.

Ainda segundo essa autora, é possível encontrar um caminho para interrogar o discurso ideológico, por intermédio do discurso crítico, que se constitui como o antidiscurso da ideologia, o seu negativo, a sua contradição. Um discurso que fizesse desdobrar todas as suas contradições é um discurso que se elabora no interior do próprio discurso ideológico como o seu contradiscurso. Este, por sua vez, também

cunhado de representações, porém representações de outra ordem.

O campo da psicologia social irá, por sua vez, no início da década de 60, buscar o conceito de representação nas ciências sociais, e elaborar uma teoria a respeito do que se tornaria central na própria área (a teoria das representações sociais), à medida que buscaria renovar e confirmar sua especificidade e integrar os fenômenos psíquicos e os fenômenos sociais.

SPINK (1989:4) refere que havia condições extremamente propícias para que florescessem, no âmbito da psicologia social, abordagens voltadas aos aspectos simbólicos e subjetivos dos comportamentos mentais. Essas condições referem-se ao crescente questionamento da perspectiva objetivista fortemente arraigada nas correntes behavioristas, ao maior interesse pela pesquisa em situações sociais complexas, desmistificando a posição hegemônica dos experimentos de laboratório, e ao próprio renascer do interesse pela instância do simbólico.

Também na sociologia operou-se uma mudança de perspectiva a partir dos anos 70, quando, frente a uma profunda crise dos esquemas explicativos globais, fundados sobre o primado das determinações socioeconômicas, emergia o “sujeito”, sua experiência e o sentido que ele mesmo dá a sua ação, como objeto de estudo de máxima legitimidade (HERZLICH, 1991:31).

No que se refere à psicologia social, foi Serge Moscovici quem inaugurou a vertente teórica do estudo das representações sociais, resgatando o conceito original da obra de Durkheim, agora num outro enfoque epistemológico, e identificando a necessidade da construção de uma teoria desse conceito e dos fenômenos que ele expressa (SPINK, 1989; HERZLICH, 1991; JOVCHELOVITCH & GUARESCHI, 1994).

No âmbito da psicologia social, as representações sociais são concebidas como formas de conhecimento prático ou conhecimento do senso comum, que conformam teias de significados capazes de criar efetivamente a realidade social, não se reduzindo a mera reprodução ou re-apresentação desta (JODELET, 1986a; SPINK, 1989:1; SPINK & GIMENES, 1994:118).

Moscovici concebe as representações sociais como campos socialmente estruturados e como núcleos estruturantes. No primeiro sentido, os processos de elaboração e os conteúdos correspondentes são influenciados pelas representações

existentes na sociedade e, particularmente, nos segmentos e grupos em que se encontra inserido o sujeito; no segundo sentido, são abordadas como esquemas organizadores das interpretações e comunicações que possibilitam a compreensão do mundo social e orientam a ação (SPINK, 1989:1; SPINK & GIMENES, 1994:120-1; OLIVEIRA, 1996:12). Dito de outra maneira, as representações sociais, enquanto produtos sociais, devem ser compreendidas quanto às condições sociais que as engendram, isto é, campos socialmente estruturados e discursos ou versões funcionais constituintes das relações sociais, discursos que são contínua e diversificadamente reelaborados, e quanto a realidades intraindividuais de sujeitos, ou seja, aos núcleos estruturantes.

É possível identificar dois enfoques nas diversas abordagens que as utilizam como eixos centrais de análise: os estudos centrados no processo de elaboração e estruturação das representações sociais; e os estudos centrados na análise do seu conteúdo. Os primeiros, tendo por objetivo entender a construção de teorias na interface entre explicações cognitivas, investimentos afetivos e demandas concretas derivadas das ações no cotidiano, também necessitando abarcar os conteúdos (JODELET *apud* SPINK, 1989:5; SPINK & GIMENES, 1994:129; OLIVEIRA, 1996:18).

Quanto à elaboração e à estruturação das representações sociais, Moscovici apresenta dois processos concomitantes: ancoragem e objetivação. O primeiro refere-se à inserção orgânica do que é estranho, no pensamento já constituído, ou seja, a ancoragem do desconhecido em representações já existentes, a integração do novo relacionando-o aos casos prototípicos. A cristalização de uma representação remete, por sua vez, ao segundo processo enunciado, a objetivação. Esta é essencialmente uma operação formadora de imagens e estruturante, processo pelo qual noções abstratas são transformadas em imagens, em algo quase tangível *tão vivido que seu conteúdo interno assume o caráter de uma realidade externa* (MOSCOVICI *apud* SPINK, 1989:14). O processo de objetivação, por sua vez, implica três etapas: a “descontextualização” dos elementos de uma teoria em função de critérios normativos e culturais; a “formação de uma núcleo figurativo”, ou seja, de uma estrutura de imagem que reproduz, de maneira figurativa, uma estrutura conceitual; e, finalmente, a “naturalização”, isto é, a transformação dessas imagens em elementos da realidade (JODELET, 1986a:481-494).

A referência ao conteúdo, que, como já foi colocado, é imprescindível, pode ser

o eixo nuclear no estudo das representações sociais. JODELET (1986a:475; 1986b:171) salienta que a passagem pelo conteúdo é obrigatória para a elucidação do processo de representação. De fato, toda representação define-se pelo seu conteúdo, visto ser, antes de mais nada, a representação de algo por alguém — a representação de um objeto, por um sujeito, referido a um contexto e situação. E os elementos desse conteúdo são conformados por conceitos e imagens, com predominância das últimas, dado que a maior parte das representações está centrada em núcleos figurativos.

As várias abordagens das representações, sociológica, filosófica e psicossocial, permitem, a nosso ver, entendê-las como mediações entre as práticas sociais (contexto geral) e o sujeito (seus projetos pessoais), e como construções que ultrapassam, simultaneamente, o simples reflexo do mundo exterior e cada sujeito individualmente. São, pois, interpretações, explicitações do mundo exterior que, diversamente valoradas pelo sujeito, operam como devir: normas cujo efeito prático é orientar o comportamento e a ação do sujeito em seu cotidiano de vida social (CHAUI, 1993). Esse entendimento acerca das representações, nos remete à concepção sartriana de sujeito, de projeto e da dialética subjetivo-objetivo, antes apresentadas (SARTRE, 1987).

Nesta pesquisa, importa-nos conhecer esse projeto (e as representações) por duas razões: para verificarmos os aspectos valorativos (culturais e ideológicos) constantes do sujeito da ação técnica; e observarmos o efeito prático desses aspectos posto a natureza reflexiva do trabalho em saúde.

Assim, procederemos ao estudo das representações dos sujeitos acerca de um certo recorte da realidade social que é o trabalho multiprofissional. Nesse recorte, buscamos apreender a inscrição e as respectivas representações dos diferentes profissionais no processo de trabalho, sobretudo pela dimensão técnica das ações e dos saberes. Para tal, a análise estará centrada no conteúdo da observação direta e das representações captadas com base em narrativas ou depoimentos individuais.

As investigações que trabalham, no material empírico, com as representações dos sujeitos introduzem, segundo SCHRAIBER (1995b:65-66; 1997a:42-43), duas ordens articuladas de questões: o social e o coletivo por referência ao individual que o apreende, o entrevistado; e o objetivo por referência à dimensão subjetiva do narrador. Quanto à primeira questão, a autora considera que o relato individual é uma construção

que se determina na vida em sociedade, e que seu conteúdo refere-se à experiência pessoal no interior de possíveis históricos bem determinados. Quanto à segunda questão, considera que o relato, mesmo sendo pensamento individual, não se reduz a uma impressão subjetiva, pois é produto de uma elaboração intelectual específica, é a reconstrução do vivido em uma nova objetivação. Por isso podemos apreender o social e a realidade histórica objetiva por meio dos relatos individuais.

Como foi visto, diferentes condições sociais em diferentes grupos ou sociedades engendram representações peculiares, que são, por sua vez, o resultado de necessidades de grupos ou sociedades ao lidar com novos fenômenos e novos problemas. Essas representações permeiam o dia-a-dia desses grupos sociais e expressam as contradições e os conflitos presentes nas condições em que foram engendradas.

Assim, as representações sobre o trabalho em equipe multiprofissional expressam as contradições e os conflitos, assim como as resistências e as adesões a projetos, que configuram as situações de trabalho coletivo. Coletivo este que se conforma no bojo de um intenso processo de divisão do trabalho e na apropriação de saberes subjacentes às intervenções técnicas, assim como na relação recíproca entre trabalho e prática comunicacional.

Cabe ainda considerar que os limites ou possibilidades de construção do trabalho em equipe, a nosso ver, não podem ser atribuídos atoricamente aos limites técnicos, ou à especificidade dos diversos saberes, ou mesmo à hegemonia da dimensão instrumental frente à interação. Mas podem ser compreendidos nas interseções desses diversos âmbitos, expressos nas representações dos sujeitos acerca do trabalho coletivo. Expressão também influenciada e delimitada pelo contexto institucional e sociopolítico, em que os profissionais de saúde exercem cotidianamente seus trabalhos. De forma que, a seguir, apresentamos questões referentes à organização institucional, às políticas de saúde e, particularmente, às políticas de recursos humanos, como contexto das práticas de saúde em que se inserem os sujeitos agentes do trabalho.

Capítulo III – Contexto do Processo de Trabalho

O processo de trabalho no contexto da organização institucional, das políticas de saúde e, particularmente, das políticas de recursos humanos em saúde

Dissemos que, nesta investigação, analisamos o trabalho em equipe multiprofissional desde a perspectiva microinstitucional, isto é, desde a dinâmica interna dos processos de trabalho. E que esta análise requer que sejam apreendidos os contextos do exercício cotidiano de trabalho coletivo. Portanto, considerando os processos de trabalho como o plano primeiro da intervenção técnica, faz-se necessário referir o cenário em que se realizam.

O contexto mais imediato dos variados processos de trabalho, das distintas áreas profissionais, é representado pela organização institucional do trabalho, ou melhor, pelo modelo tecnológico de organização de serviços ou pelo modelo assistencial. E o contexto mais mediato ou indireto do processo de trabalho é a política de saúde, particularmente a política de recursos humanos em saúde, dado que esta pesquisa toma as ações e os agentes como questões nucleares.

Assim, um primeiro recorte tocante ao contexto e que, apesar de referido ao âmbito social macroscópico, faz-se necessário, refere-se à delimitação do estudo à esfera das práticas de saúde no Brasil, particularmente no Estado de São Paulo, mais ainda, no município de São Paulo.

Ao estudar as características tecnológicas do processo de trabalho na rede pública estadual de São Paulo, MENDES-GONÇALVES (1994) cunhou o conceito de modelo de organização tecnológica do trabalho em saúde, que remete à forma de organização “interna” das práticas de saúde, contemplando as dimensões de objetos, instrumentos materiais, saberes, agentes e necessidades sociais geradoras desse peculiar trabalho. Como já assinalamos anteriormente, esse autor analisa dois modelos tecnológicos complementares — clínico e epidemiológico —, mostrando a primazia do primeiro, ou seja, a primazia do modelo biomédico.

Pautado nas análises de CANGUILHEM (1982) e de DONNANGELO & PEREIRA (1976), o autor discute o caráter histórico-social do objeto de trabalho do

profissional médico, pois o corpo anatomofisiológico traz intrínseca uma normatividade extrabiológica. Esta não se refere à óbvia conotação de que o corpo é sempre o corpo de um ser humano e como tal está determinado por toda rede de relações sociais, tomando as determinações extrabiológicas como externas ao objeto de trabalho propriamente dito. Mas refere-se à historicidade do olhar e da construção simbólica, conceptual, acerca do próprio corpo e da normatividade extrabiológica. Dessa forma, a normatividade que define o normal e o patológico, seja do corpo ou de qualquer outro componente, apresenta variações no interior da organização social e dos grupos sociais em que estão inseridos os sujeitos e na história singular de cada indivíduo (MENDES-GONÇALVES, 1994:56-62).

Vários outros autores desenvolveram pesquisas acerca da organização institucional ou modelo assistencial, com base nos aspectos tecnológicos e suas relações com as dimensões do trabalho cotidiano e do conhecimento, sobretudo na vertente dos saberes técnicos, (NEMES, 1989; SCHRAIBER, 1990; MERHY e cols, 1991; ALMEIDA, 1991; MERHY, 1992; CAMPOS, 1992a; CAMPOS, 1992b; CYRINO, 1993; PAIM, 1994b; MISHIMA, 1995). Vale destacar que esses estudos aprofundam o conhecimento sobre diferentes objetos em particular e apresentam algumas nuances epistemológicas distintas, porém todos apontam a predominância da abordagem individual e clínica às necessidades de saúde, centrada, de forma segmentada, nos indivíduos, nos saberes tecnológicos e nas instâncias de atenção médica, e assinalam a necessidade de superação desse modelo assistencial pela articulação de intervenções de diferentes naturezas, com destaque para a participação dos sujeitos usuários e agentes do trabalho.

Cabe destacar, em especial, a área de saúde mental, pois, no que se refere à atenção à saúde mental, o modelo assistencial predominante é o da assistência médica psiquiátrica. Neste, o acesso ao usuário se faz sempre pela via dos sintomas e o plano terapêutico está centrado na abordagem medicamentosa e, secundariamente, na psicoterápica, ambas com a finalidade de remissão dos sintomas. Busca-se a remissão medicamentosa dos sintomas, sem que se problematize sua constituição e seu sentido na história do indivíduo, assim como contemplam-se as eventuais demandas dos usuários por atividades, sem que se confira um estatuto terapêutico a elas (GOLDBERG, 1994:23-60). Esse modelo configura a hegemonia do saber tecnológico

da psiquiatria e, mesmo com a incorporação de saberes oriundos da psicologia, mantém nuclear o recorte individual e clínico, seja da clínica psiquiátrica, seja da clínica psicológica.

No entanto, vale salientar a existência de reformulações conceituais e de rearticulações da prática psiquiátrica que conformam o campo da saúde mental, o qual compreende intervenções com finalidade de tratamento, prevenção e respaldo à vida social, por meio de instrumentos advindos da psiquiatria, da medicina preventiva, da psicologia, da psicanálise e das ciências sociais (GIORDANO JUNIOR, 1989; PEREIRA e GIORDANO JUNIOR, 1996). Vale ressaltar, também, a articulação da psiquiatria comunitária à saúde pública e do movimento de reforma psiquiátrica à reforma sanitária (GIORDANO JUNIOR, 1989; CAMPOS, 1998). Esses deslocamentos, embora parciais, introduzem novas diretrizes nas políticas de saúde mental, sobretudo referidas à redução das internações hospitalares e ao incentivo das ações terapêuticas ambulatoriais.

Nesse cenário, ainda predominam práticas dicotomizadas, apesar das críticas e dos esforços empreendidos, nas últimas décadas, no sentido de integrar a atenção à saúde. Integração que se refere à conexão entre a assistência médica individual e as ações de saúde pública, assim como, particularmente no campo da saúde mental, à conexão entre a assistência médica psiquiátrica e as ações de saúde mental. Se tomarmos exclusivamente a prática clínica, esta pode desenvolver-se inteiramente na esfera exclusiva da consulta médica; porém, se tomarmos a prática que integra a assistência médica individual, as ações de saúde pública e as ações de saúde mental, teremos uma situação de atenção integral às necessidades de saúde que não se esgota numa única ação clínica individual, mas que requer a articulação de diversas intervenções, executadas por um elenco diversificado de profissionais.

O modelo hegemônico de organização das práticas, assim como as ações de planejamento e as ações assistenciais que o viabilizam, refletem e traduzem as políticas de saúde. SCHRAIBER (1995b:30-31) refere que as práticas de saúde, enquanto intervenções sobre os que sofrem ou adoecem, são o momento social último de realização do conhecimento científico e de suas tecnologias, bem como da política e do planejamento. Portanto, o modelo assistencial, no seu conjunto, e as ações de saúde, em particular, são, ambos, a concretização de opções éticas e políticas.

MENDES (1994) analisa a coexistência de dois modelos assistenciais distintos que expressam diferentes políticas de saúde e, sobretudo, um contexto de luta político-ideológica — o da assistência médica privatista e o da reforma sanitária. O primeiro vai ao encontro do projeto internacional neoliberal que propõe o Estado mínimo e o livre mercado como instância reguladora; o segundo, propõe a assunção da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, cujo ideário origina-se no movimento sanitário brasileiro (TEIXEIRA, 1989)

Em relação à reforma sanitária, observamos um momento de inflexão com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujas propostas foram incorporadas pela constituinte. Assim, a Constituição Federal contempla a saúde como um direito social e dever do Estado, prevendo a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) universal no acesso, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição dos recursos. O detalhamento dessas diretrizes e as modalidades operacionais previstas para esse Sistema foram regulamentado por leis ordinárias, Lei 8.080 de 1990 e 8.142 de 1991, conhecidas como Lei Orgânica do SUS (LOS) (ELIAS, 1996a).

Contudo, tanto a Constituição de 1988 como a LOS não conseguem incluir dispositivos reguladores do setor privado, seja do denominado subsistema de atenção médica supletiva, seja dos produtores de insumos ou do subsistema de alta tecnologia, limitando-se ao sistema público de saúde (MENDES, 1994). Além disso, como assinala ELIAS (1996a), após a aprovação do arcabouço jurídico-legal do Sistema Único de Saúde, o movimento da reforma sanitária demonstra uma certa fragilidade técnica e um esgotamento político, prestando-se apenas a ser utilizado na condição de recurso ideológico na discussão das questões da saúde, visto que após mais de uma década de aplicação de estratégias racionalizadoras e de ajuste setorial a imagem dos serviços públicos de saúde é de progressiva deterioração.

Assim, paralelamente às tentativas de melhoria e de fortalecimento da rede pública de atenção à saúde, criou-se, ao longo das décadas de 80 e 90, um subsistema privado de prestação de serviços, forte e de baixa regulação pelo Estado, denominado subsistema de atenção médica supletiva. MENDES (1994) analisa que houve um deslocamento da hegemonia do subsistema privado contratado e conveniado para aquele da atenção médica supletiva, formado por cinco modalidades assistenciais principais: medicina de grupo, sistemas próprios, seguro-saúde, cooperativas médicas e

planos de administração.

O que caracteriza essas modalidades assistenciais é sua suposta autonomização do sistema público, seja na forma de financiamento, prescindindo do financiamento direto do Estado, seja na captação da clientela, sem a intermediação do sistema público. Um contingente crescente da população, insatisfeita e insegura por referência aos serviços públicos de saúde, adere a esse subsistema, que, em 1989, cobria 22% da população total, ou seja, 31.140.000 habitantes, e que, em 1993, cobre cerca de 34.000.000 de habitantes, pouco mais de 25% da população (MENDES, 1994; COHN & ELIAS, 1996).

Apesar desse crescimento do setor privado, a maioria da população brasileira é usuária da rede pública de prestação de serviços de saúde, algo em torno de 120.000.000 de habitantes, 75% do total da população, se desconsiderada a clientela da atenção médica supletiva.

Portanto, percebe-se claramente, como antes assinalado, o confronto entre dois projetos que poderiam comportar-se complementarmente sob a regulação do Estado, mas colocam-se como projetos antagônicos e em disputa — o da atenção pública à saúde da totalidade da população, e o da atenção privada destinada a uma parcela dessa mesma população.

No Estado de São Paulo, várias propostas foram colocadas em prática, pela política pública de saúde, com o intuito de reorganizar a assistência, no transcorrer dos anos 80. Houve significativo aumento no aporte de recursos para a Secretaria da Saúde, com o aumento da participação do setor saúde no orçamento do Estado, o ingresso de recursos financeiros adicionais advindos da previdência social e a captação de recursos do Banco Mundial e do Fundo de Assistência Social. Essa conjuntura favorável possibilitou a expansão de serviços, tanto em número de unidades, como em termos de captação de clientela (NEMES, 1990).

Na implantação dessa política, cujo objetivo era aumentar o volume de assistência à saúde prestada pelos serviços públicos, a ponto de substituir parte do volume de assistência médica privada conveniada com a previdência, foram adotadas várias mudanças administrativas que alteraram o formato organizacional da Secretaria de Estado da Saúde, consubstanciadas na reforma administrativa de 1986. Esta extinguiu estruturas de nível central e regional e uniu os equipamentos ambulatoriais,

hospitalares e laboratoriais em órgãos regionalizados, denominados Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), que, em 1987, passam a assumir a direção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Em São Paulo, por ocasião da implantação do SUDS, a Secretaria de Estado da Saúde assumiu integralmente a estrutura do INAMPS e municipalizou grande parte de sua rede básica nos municípios do interior do estado (PIMENTA, 1993). Em 1991, a quase totalidade dos municípios já havia assinado o convênio de municipalização, o que não ocorre com a Capital, onde apenas um número pequeno de unidade passou por esse processo.

A partir do início de 1991, o processo de descentralização dos serviços passa por nova crise financeira, pois o INAMPS, que pela legislação do SUS deveria ser extinto, mantém-se como o detentor da quase totalidade dos recursos financeiros de saúde e mantém um tratamento, às instâncias estaduais e municipais, de meros prestadores de serviços (PIMENTA, 1993). Esta situação acarreta importantes repercussões no plano dos recursos da Secretaria da Saúde, acrescidas de uma retração nos investimentos do próprio Governo Estadual para o setor.

Nessa conjuntura financeira e no bojo de um contexto nacional de confronto entre os dois projetos político-assistenciais referidos, a partir dos anos 90, a Secretaria de Estado da Saúde necessita redesenhar um novo espaço de atuação no SUS. Face à municipalização, caber-lhe-á assumir uma participação cada vez menor na execução da prestação de serviços locais de saúde. No entanto, São Paulo mostra a presença de dois contextos bastante distintos: o da Capital, onde a municipalização ainda não ocorreu, e, ao contrário, o de toda a região do interior, onde esse novo papel pode ser exercido praticamente em toda sua plenitude. Assim, configura-se a necessidade de propostas distintas para a Capital e para o interior do Estado. Entretanto, em documento publicado acerca do quadriênio 1995/1999, a Secretaria de Saúde entende que seu papel deve ser voltado ao gerenciamento das ações de saúde, buscando o aprimoramento e a melhoria da qualidade dos serviços prestados. O documento especifica que a dinâmica dessa perspectiva é centrada fortemente no monitoramento de indicadores que orientem a avaliação e permitam uma radiografia da situação de saúde de cada um das regiões do Estado, e coloca as questões atinentes aos recursos humanos como um dos desafios

mais importante com que a Secretaria se defronta¹⁷ (SÃO PAULO, s/d).

No processo de redefinição de diretrizes, prioridades e estratégias de atuação da Secretaria de Estado, implanta-se uma nova reforma administrativa em 1995. Esta dá nova organização às atividades de coordenação regional de saúde, mantendo apenas duas Coordenadorias de Saúde, uma da Região Metropolitana da Grande São Paulo e outra do Interior, e extingue grande número de Escritórios Regionais de Saúde, reagrupando-os na modalidade de Divisões Regionais de Saúde (DIR) e Núcleos Regionais de Saúde.

Especificamente no município de São Paulo, observamos, no momento atual, a inexistência de integração entre as redes públicas de serviços de saúde, estadual e municipal. Segundo análise apresentada por ELIAS (1996b) em estudo de caso acerca do processo de descentralização e democratização da saúde no município de São Paulo, no período de 1989-92, temos que: a) há uma divisão de mercado preestabelecida entre os setores público e privado de atenção à saúde, o que reproduz a lógica mais geral de implantação do SUS, com a existência de um sistema de saúde dual também no âmbito local; b) há certo descompasso entre o perfil de mortalidade e os programas de saúde e assistência médica desenvolvidos no município, com pouca integração entre as ações de saúde coletiva e individual, e, entre estas, há pouca articulação entre a extensão de serviços básicos e o acesso aos de maior complexidade; c) a administração municipal praticamente não possui mecanismos de controle sobre os equipamentos de saúde, pois os serviços são, em grande parte, privados ou públicos estaduais, e sua municipalização não se efetivou.

No âmbito municipal, foi implantado o Plano de Atendimento à Saúde (PAS) no final de 1995 (Lei Municipal 11.866/95). Com base nas dificuldades orçamentárias crônicas enfrentadas pela área da saúde nos anos recentes e na propalada crítica à inoperância gerencial do setor público, a Secretaria Municipal da Saúde retira a responsabilidade do poder público na condução gerencial da rede de serviços municipais e a transfere às mãos de cooperativas ou grupos médico privados (NEMES FILHO, 1996).

Portanto, no município de São Paulo, encontramos um contexto de políticas de

¹⁷ Embora tenhamos investigado, não localizamos nenhuma publicação na qual a Secretaria de Estado da Saúde-São Paulo expresse a política de recursos humanos adotada na atual gestão.

saúde bastante complexo, no qual coexistem, por um lado, uma ampla rede de serviços privados, conveniados ou não com o poder público, e, de outro, uma rede pública de serviços de saúde em que a Secretaria de Estado redimensiona, para menor, seu papel frente ao SUS, e a Secretaria Municipal introduz uma nova orientação política de gerenciamento, por meio das cooperativas.

No bojo dessas políticas de saúde, o modelo assistencial hegemônico mantém-se inalterado, centrado na assistência médica individual e hospitalar. No que se refere à rede básica de serviços, a consulta médica, na modalidade de pronto atendimento, constitui a base da organização e a principal atividade das unidades básicas de saúde, em detrimento do cuidado integral na própria unidade ou num sistema hierarquizado de atenção e em detrimento do controle sobre os determinantes mais abrangentes das condições de saúde (DALMASO, 1994; DALMASO e SENNA, 1996).

Como assinalamos anteriormente, iremos destacar a esfera das políticas de recursos humanos em saúde, pois a problemática da equipe multiprofissional é influenciada e delimitada, não somente pelos modelos político-assistenciais de cuidados de saúde, os quais conformam um certo âmbito de intervenções possíveis, mas também pelas repercussões desses mesmos modelos, particularmente nas diretrizes e proposições atinentes à inserção dos profissionais nos serviços.

Segundo DUSSAULT (1998), os governos que querem construir e consolidar um sistema de saúde que garanta equidade, universalidade, promoção de serviços com eficiência e eficácia, controle de gastos e satisfação dos usuários deverão formular uma Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos que tome em consideração quatro áreas: mercado de trabalho, educação e treinamento, gerenciamento, e condições de trabalho. O autor define a política de desenvolvimento de recursos humanos como um esforço sistemático para maximizar a utilização da força de trabalho no setor, consideradas as limitações de cada país e a inter-relação das quatro áreas apontadas. E assinala que a ausência de coerência entre as ações dos quatro níveis referidos ou a negligência com algum desses componentes podem comprometer o sucesso da política de recursos humanos e mesmo da política nacional de saúde.

Os textos das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), reunidos em publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 1993), apresentam uma periodização que permite observarmos a ampliação das questões abarcadas pelas políticas de recursos humanos

em saúde, ao longo das últimas décadas.

Temos, assim, um primeiro período, que abrange da primeira à terceira CNS (1941 a 1963), no qual as questões de recursos humanos foram abordadas apenas da perspectiva da formação profissional e centradas no ensino médico.

No segundo período, que compreende da quarta à sétima CNS (1967 a 1980), os recursos humanos são tratados como instrumento decisivo da política desenvolvimentista, mantendo a ênfase no ensino médico a ser realizado de forma descentralizada e regional, porém já contemplando de forma mais global a necessidade de profissionais de formação e perfil variados. Dessa forma, nas conclusões da quarta CNS (1967), destaca-se o consenso de que os programas de saúde (na área de saúde pública) devem ser desenvolvidos por equipes pluridisciplinares, cuja composição vai variar em função dos problemas de saúde, da influência dos fatores socioeconômicos e do desenvolvimento científico-tecnológico.

As discussões propostas a partir da sexta CNS (1977) apontam uma orientação bastante distinta das políticas de recursos humanos em saúde existentes até meados dos anos 70. Essa nova orientação resulta do reconhecimento, por parte de alguns setores responsáveis por tais políticas, de que o objetivo final do aparelho formador só seria alcançado mediante ampla articulação com os órgãos públicos e privados de prestação de serviços de saúde. As principais conclusões do documento dessa conferência referem: a) a existência de uma deficiente articulação entre instituições e órgãos responsáveis pela saúde da população, assim como entre o sistema formador e utilizador dos recursos humanos; b) a existência de graves distorções na pirâmide ocupacional do setor, com base constituída de pessoal sem qualificação profissional, além da inadequada proporção entre profissionais e diferentes áreas (exemplo: a inversão da proporção entre médicos e enfermeiros); e c) a tendência de uma excessiva especialização na graduação, considerando-se que o quadro de saúde do país exigiria mais a presença de generalistas. Como assinalam MACHADO e cols. (1992:39), as medidas efetivas destinadas a implementar uma nova política de recursos humanos foram tímidas, porém tal orientação ganhou hegemonia na retórica dos Ministros da Educação e da Saúde.

Na sétima CNS (1980), é aprofundada a discussão dos aspectos acima apontados e assinalada a necessidade de incentivos à prática multiprofissional, sem

diferenças determinadas pela diversificada formação de seus integrantes, de modo a propiciar condições para a implementação da proposta de integração das ações de promoção e prevenção à assistência médica individual. Interessante observar que a proposta do trabalho em equipe multiprofissional vem acompanhada do pressuposto da liderança exclusiva do profissional médico, desconsiderando as peculiaridades de cada situação concreta de prática (BRASIL, 1993:94). Isso mostra a manutenção do modelo assistencial centrado na abordagem biomédica, sem que a multiprofissionalidade possa apontar para uma nova articulação das distintas ações, na direção de uma recomposição dos trabalhos especializados.

No entanto, a partir desse período, as proposições relativas aos recursos humanos em saúde passam a ganhar terreno nas orientações governamentais sobre o tema. Reconhece-se que o desenvolvimento de recursos humanos, por si só, enquanto proposta racionalizadora, não desenvolve uma relação de causa e efeito quanto à qualidade dos serviços. Assim, coloca-se o entendimento de política de recursos humanos como um processo dinâmico, integrado à política nacional de saúde, que visa ao aprimoramento técnico, ao crescimento pessoal e à evolução funcional dos trabalhadores (BRASIL, 1993:41). Com base no diagnóstico de que nos anos 60 e 70 houve o crescimento polar de profissionais de complexa qualificação técnica, como o médico, e de trabalhadores sem qualificação técnica, como o atendente de enfermagem, e que esse modelo de equipe polar médico-atendente não é adequado ao desenvolvimento das propostas que viriam a ser implantadas a partir do início dos anos 80, ganha ênfase a formação de pessoal de nível médio, ou seja, a profissionalização do grande contingente de trabalhadores empíricos.

O terceiro período, da oitava e nona CNS (1986 e 1992), situa-se no contexto apresentado anteriormente, no qual ocorre uma reorientação parcial das políticas de saúde para maior racionalização na aplicação dos recursos estatais e maior controle do setor privado. Tal reorientação dá-se, contraditoriamente, no bojo de intensa mobilização em torno da construção do Sistema Único de Saúde e da ampliação do setor privado de prestação de serviços.

Apesar do curto espaço de tempo transcorrido, visto que tais mudanças requerem médio ou longo prazos para se consolidar, do estancamento de investimento financeiro no setor saúde, da deterioração dos serviços públicos e da expansão do setor

privado de assistência médica supletiva, os estudos da dinâmica da força de trabalho em saúde apontam, a partir de 1984, tendência à maior absorção de profissionais de nível médio (principalmente auxiliares de enfermagem) e de outros profissionais não-médicos de nível superior, apontando para um perfil de equipe de saúde mais diversificado e complexo (MACHADO e cols., 1992:42; PEDUZZI & PALMA, 1996:239).

As duas últimas Conferências Nacionais de Saúde tiveram dentre seus desdobramentos, a realização da primeira e da segunda Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH), respectivamente nos anos de 1986 e 1993. Ambas representaram um salto importante em relação a todas as Conferências anteriores, no que se refere à discussão da política de recursos humanos, à medida que contemplam amplo temário, cuja abrangência estende-se às quatro áreas apontadas por DUSSAULT (1998) como pertinentes à política de desenvolvimento de recursos humanos — mercado de trabalho, educação e treinamento, gerenciamento, e condições de trabalho.

Particularmente, no que se refere à proposta de trabalho em equipe multiprofissional, o Relatório Final da primeira CNRH assinala que a produção de serviços de saúde realiza-se em bases coletivas, sendo a equipe, e não os profissionais isoladamente, a unidade produtora (BRASIL, 1993:158). Também, nessa direção, estimula a criação de condições favoráveis à democratização das relações de trabalho, especialmente no que diz respeito às relações nas dimensões do saber e do poder.

DAL POZ (1996:59-69), em investigação recente, mostra que, a partir da metade dos anos 80, as discussões e reflexões sobre as políticas de recursos humanos em saúde passam a ter caráter mais orgânico e expressão mais clara. Segundo o autor, a oitava Conferência Nacional de Saúde, as duas Conferências Nacionais de Recursos Humanos, assim como os trabalhos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária formularam alguns princípios básicos para o estabelecimento de uma política de recursos humanos em saúde, que podem ser considerados válidos até a atualidade, visto que praticamente nenhum foi implementado.

Nessa mesma direção, SANTANA (1990) e TEIXEIRA & PAIM (1996) analisam a existência de postulados e propostas para a efetiva formulação de políticas de recursos humanos que, no entanto, não têm se traduzido em decisões e implementações concretas. Mesmo considerando os balizamentos gerais, SANTANA

refere que a política de recursos humanos não pode partir apenas de diretrizes gerais ou de âmbito nacional, mas precisa contemplar a realidade objetiva de situações específicas, nos estados e municípios.

De outro lado, há que se considerar as mudanças no mundo do trabalho, com a tendência à terceirização e a flexibilização dos vínculos com as instituições. A terceirização, no setor saúde, iniciou-se com a contratação de pessoal para realizar tarefas de limpeza, de alimentação, de segurança e de auditoria, mas estende-se progressivamente a outros trabalhadores (PIRES, 1996; LIMA, 1998). Ao analisar o trabalho em saúde no Estado de Espírito Santo, LIMA (1998:73-77) refere que esse movimento cresce e atinge gradualmente o conjunto dos trabalhadores, inclusive profissionais de nível universitário, como médicos e enfermeiros, que vão se incorporando ao setor público de saúde por intermédio de cooperativas, *perdendo o vínculo institucional de assalariamento e mesmo o sentido de equipe e a referência com a própria clientela* (LIMA, 1998:74). Esse mesmo comportamento do mercado de trabalho pode ser observado em outras regiões, tais como o município de São Paulo, no qual houve a implantação de cooperativas profissionais por intermédio do PAS.

LIMA aponta as consequências da flexibilização das relações de trabalho para as políticas de recursos humanos em saúde, à medida que são criadas diferentes e desiguais subcategorias profissionais no interior da mesma instituição. Assim, crescem-se diferenças e desigualdades de nova ordem a um conjunto de agentes e de áreas profissionais já bastante diversos e desiguais entre si, como apontado anteriormente.

Ao analisar a articulação entre política e gestão de recursos humanos, considerando a política de recursos humanos como instrumento de regulação dos serviços e do trabalho em saúde, DAL POZ (1996) identifica duas agendas de questões. A primeira, a qual chama de velha agenda, abarcando os problemas de ausência de planos de cargos e carreiras, as questões salariais não resolvidas e as dificuldades em se estabelecer uma relação saudável entre a burocracia, o profissional e o usuário. A segunda, dita nova agenda, contempla as referidas questões da flexibilização das relações de trabalho, que decorrem também do processo de municipalização dos serviços, que leva à reunião de recursos humanos de diferentes vínculos e culturas institucionais nos mesmos locais de trabalho. O autor analisa que a resolução dessas

questões enfrenta um contexto geral que não é muito favorável, face à aceleração de programas de redução de custos pela compressão salarial e diminuição de postos de trabalho. Porém, aponta que tal situação pode acarretar a busca de soluções inovadoras, na perspectiva de passar de uma cultura de processos rígidos e padronizados para uma cultura organizacional que valorize a flexibilidade, no sentido da agilidade na tomada de decisões e da valorização de resultados que efetivamente contemplem as necessidades de saúde dos usuários (DAL POZ, 1996:137-138).

Sumariamente, portanto, os processos de trabalho executados, no cotidiano, pelas equipes multiprofissionais, estão situados num contexto que reúne os seguintes aspectos: a) mantém a dominância de um modelo assistencial centrado no saber e nas intervenções de cunho biomédico, e na abordagem individual e clínica; b) no interior de uma política de saúde instável, em que se dá o confronto contínuo entre um modelo de atenção público, universal, equânime e integral, com outro modelo privatista e seletivo; c) há uma frágil articulação entre as ações de saúde coletiva, aí incluídas as ações de saúde mental e a assistência médica individual, tanto no que diz respeito à organização de cada serviço como à integração das diversas instâncias de atenção à saúde; d) ocorre a redução de recursos financeiros para o setor saúde e a terceirização e flexibilização dos vínculos de trabalho; e) a política de recursos humanos não consegue implementar propostas e resolver problemas antigos, ao tempo em que já se defronta com uma nova agenda de questões.

Consideramos que a organização institucional e as políticas públicas são contextos delimitadores das questões discutidas nos capítulos anteriores — a divisão do trabalho, os processos de trabalho e as interações. Assim, circunscrevem, em certa medida, as recomposições possíveis dos trabalhos parcelares, ou seja, as recomposições denominadas de trabalho em equipe — equipe agrupamento ou equipe integração. Entendemos que esses contextos definem certas modalidades possíveis de recomposição, dificilmente favorecedoras da articulação das ações executadas por profissionais de diferentes áreas e da qualidade de comunicação entre os agentes, e mais favorecedoras da agregação de trabalhos. Ou seja, contextos que vão reforçar menos a presença ativa e consciente e mais a alienação da dimensão coletiva do trabalho, assim como da relação entre trabalho e interação. Perguntamo-nos: de que modo, nesse contexto, pode-se desenvolver um projeto de ação ou projeto de trabalho

que seja um plano de assistência compartilhado, tal como antes cunhado na categoria “projeto assistência comum”, enquanto expressão concreta e material da interação no trabalho?

Por outro lado, tomadas as múltiplas dimensões dos objetos de trabalho em saúde, coloca-se o desafio da construção de projetos assistenciais que contemplem de forma ampliada a atenção integral, abarcando de modo articulado as necessidades de saúde nas suas variadas manifestações, pois os usuários apresentam, de distintas maneiras, a multidimensionalidade dessas necessidades. Os objetos de trabalho assim apreendidos, isto é, de modo a contemplar articuladamente o âmbito social, psicológico, biológico e cultural, constituiriam, pois, o alvo pertinente e adequado de intervenção de equipes multiprofissionais.

Esse aspecto do problema remete à questão de supormos as necessidades de saúde como necessidades de natureza integrada, não sendo possível, ou melhor, desejável, técnica e eticamente, a resolução pontual ou isolada de parcelas de carecimentos de saúde. Inúmeros estudos mostram exatamente essa impropriedade pelo que se gera de custos ou gastos desnecessários nas intervenções em saúde, ou de perdas de capacidades resolutivas de serviços assistenciais, apontando a integralidade como núcleo crítico central de uma racionalidade competente para produzir, seja mais eficácia estratégica da técnica, seja melhor valorização humana de intervenção (PAIM, 1994; SCHRAIBER e cols., 1994; SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES, 1996).

Vejam como esse desafio é enfrentado, cotidianamente, nas situações objetivas de trabalho coletivo e quais as situações de conflito e os dilemas que a necessidade objetiva do trabalho em equipe coloca para os profissionais. É certo que se algum elemento de interatividade é forjado em contextos como os mencionados, será difícil supor que deixe de oferecer forte tensão, gerando conflitos para a realização das ações profissionais. Também será difícil supor que tais elementos venham a ser facilmente apreendidos pelos próprios profissionais e valorizados em sua representação. Com isso queremos dizer que será necessário tanto observar se há emergência e inscrição de componentes integradores nos exercícios cotidianos daqueles que objetivamente estão de algum modo em colaboração, como observar em que medida tais componentes estão percebidos e refletidos nos projetos de ação expressos nas narrativas dos agentes sobre seus trabalhos cotidianos.

Capítulo IV – Metodologia

O objeto de estudo, assim como o referencial teórico, trazem implícitos a orientação metodológica. Aparecem separadamente, em capítulos, para maior facilidade de apresentação, pois a delimitação do objeto e dos objetivos da pesquisa ocorre num movimento contínuo de ir e vir, entre a prática da qual emergem as questões de investigação e o quadro teórico-conceitual e metodológico adotado pelo pesquisador. Nesse sentido, a presente investigação inscreve-se na linha da pesquisa qualitativa.

A pesquisa qualitativa coloca-se como alternativa metodológica, à medida que reconhece a subjetividade como parte integrante do fenômeno social e possibilita, pelo rigor no uso do instrumental teórico e técnico adequado, a objetivação do processo de investigação.

Nessa linha, a objetivação refere-se ao reconhecimento fundamentado da complexidade do objeto, de seus parâmetros e de suas especificidades (MINAYO, 1992:35). Também refere-se à utilização das técnicas de pesquisa, não como um fim em si mesmas, mas enquanto meios de captação de informações que devem ser criticados, submetidos ao controle metodológico e subordinados a uma preocupação teórica (THIOLLENT, 1987:21). Vale dizer que o controle metodológico pressupõe evidenciar a pertinência, a coerência e a consistência nas relações entre o objeto de estudo, o referencial teórico e os instrumentos de investigação.

Neste capítulo referimo-nos aos instrumentos escolhidos para a coleta do material empírico, ao trabalho de campo e à análise. Inicialmente apresentamos o desenho geral deste estudo e da linha de pesquisa em que se insere e os estudos que precederam a definição do atual, nos quais foram selecionados os serviços que dele participariam. Também incluímos uma breve caracterização da região de estudo e dos serviços, bem como dos recursos humanos da área, em geral.

Desenho da pesquisa e antecedentes

Buscamos estudar e pesquisar empiricamente equipes que se constituíram e

vinham de modo efetivo trabalhando em diferentes tipos de serviços de uma dada região de São Paulo. Para tal valemo-nos do fato de que, por trabalharmos em um projeto docente-assistencial na região do Butantã, Município de São Paulo, isto representava uma grande vantagem operacional, pois já conhecíamos bem a área e seus equipamentos de saúde. Além disso, essa região apresentava distintas modalidades de serviços (hospitalares, ambulatoriais e unidades básicas) e em quantidade.

Esses mesmos motivos foram considerados na escolha da região para o desenvolvimento de uma investigação mais abrangente¹⁸. Os antecedentes desta atual pesquisa compõem, portanto, trabalhos realizados em fases anteriores, percorrendo, o conjunto todo, os seguintes objetivos: a) identificar as origens de algumas profissões no Estado de São Paulo; b) mapear a configuração mais atual de equipes multiprofissionais por modalidade assistencial dos serviços; e c) conhecer as percepções e representações acerca da equipe multiprofissional de gerentes centrais desses serviços, e também dos agentes que compõem as equipes.

Para cumprir esses objetivos, o desenho geral dessa ampla linha percorreu: 1) um estudo historiográfico para o Estado de São Paulo; 2) um levantamento atualizado dos recursos humanos incorporados aos equipamentos de saúde do setor público estadual, na região do Butantã; 3) um estudo sobre a realidade desses serviços, identificando suas organizações e conformações de situações de trabalho em equipe; e, finalmente, 4) o presente estudo acerca das equipes mais estruturadas inseridas em cada um dos tipos de equipamentos de saúde da região (também denominados modalidades assistenciais de serviços).

Embora os três estudos anteriores tenham sido relevantes para o atual, seu desenho decorreu diretamente do terceiro estudo, no qual foi possível detectar-se as equipes mais bem configuradas.

Um primeiro recorte, tocante às equipes multiprofissionais, refere-se à delimitação da pesquisa aos profissionais de saúde de nível universitário, excluindo os

¹⁸A linha de investigação à qual estão ligados os estudos anteriores e o atual abarca as seguintes pesquisas financiadas: a) “Recursos Humanos e Trabalho Coletivo em Saúde: O caso da Região do Butantã, Município de São Paulo”, Lilia Blima Schraiber (pesquisador principal) e Marina Peduzzi (pesquisador associado); financiamento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS /OMS - HDP/HDR/HSP/RG/BRA/1236); e b) “Recursos Humanos e Trabalho em Saúde”, apresentada ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), da qual constou o estudo histórico de reconstituição da emergência do trabalhador coletivo e das profissões em saúde no Estado de São Paulo, no período de 1920-1945, do pesquisador José João L. de Palma, já citado.

de níveis médio e elementar. Sabemos que estes últimos representam importante contingente dos trabalhadores de saúde, tanto quantitativa como qualitativamente, pois há uma variedade de ações de saúde realizadas rotineiramente pelos profissionais de níveis médio e elementar. Sua intensa participação no cotidiano do trabalho em saúde pode ser constatada, tanto na observação direta das situações de trabalho coletivo como por meio das referências feitas pelos entrevistados. No entanto, a opção por não incluí-los deve-se às peculiaridades de sua prática e, sobretudo, do saber que instrumentaliza suas ações, e a relevância desse aspecto como categoria de análise dessa investigação. Lamentavelmente, encontramos, na literatura, escassas referências ao saber utilizado por esses agentes.

Embora no trabalho de campo da presente pesquisa não estejam incluídos os profissionais de nível médio, particularmente no estudo anterior de mapeamento dos recursos humanos da região, estes foram contemplados, de modo que faremos, logo adiante, uma breve caracterização do conjunto dos profissionais da região, de níveis médio e superior.

Um segundo recorte, efetuado desde os estudos anteriores, refere-se à opção por desenvolver a investigação no âmbito dos serviços públicos do setor saúde, como já dissemos, particularmente na região do Butantã, Município de São Paulo.

Para identificarmos o perfil geral das equipes existentes nos serviços da região e selecionarmos as mais estruturadas, foram realizadas entrevistas com os gerentes, o que compôs o terceiro estudo referido. Foram, então, entrevistados os diretores dos 19 serviços estaduais da região e todos os diretores de divisão do hospital, por constituir-se numa unidade de maior porte, totalizando vinte e três entrevistas.

Entendendo equipe como um grupo de agentes que realizam seu trabalho conjuntamente, constituindo processos de trabalho conexos em um mesma situação particular de trabalho, em um dado estabelecimento de saúde, definimos os seguintes critérios para a seleção das mais estruturadas: a) diversidades de categorias profissionais; b) antiguidade da equipe (mínimo de um ano de trabalho conjunto) e/ou ser visto pelos demais agentes como um profissional bem integrado à equipe; e c) referência, por parte do diretor do serviço, da existência de efetivo trabalho em equipe. De outro lado, a vertente histórica já havia apontado para diferenças importantes na consideração de equipes do subsetor de saúde pública (articuladas aos programas de

saúde) e do subsetor de assistência médica, o que levamos em conta na própria seleção de modalidades de serviços dentro do setor público da assistência, que hoje opera tanto com a execução de ações de saúde pública como de ações de assistência médica individual.

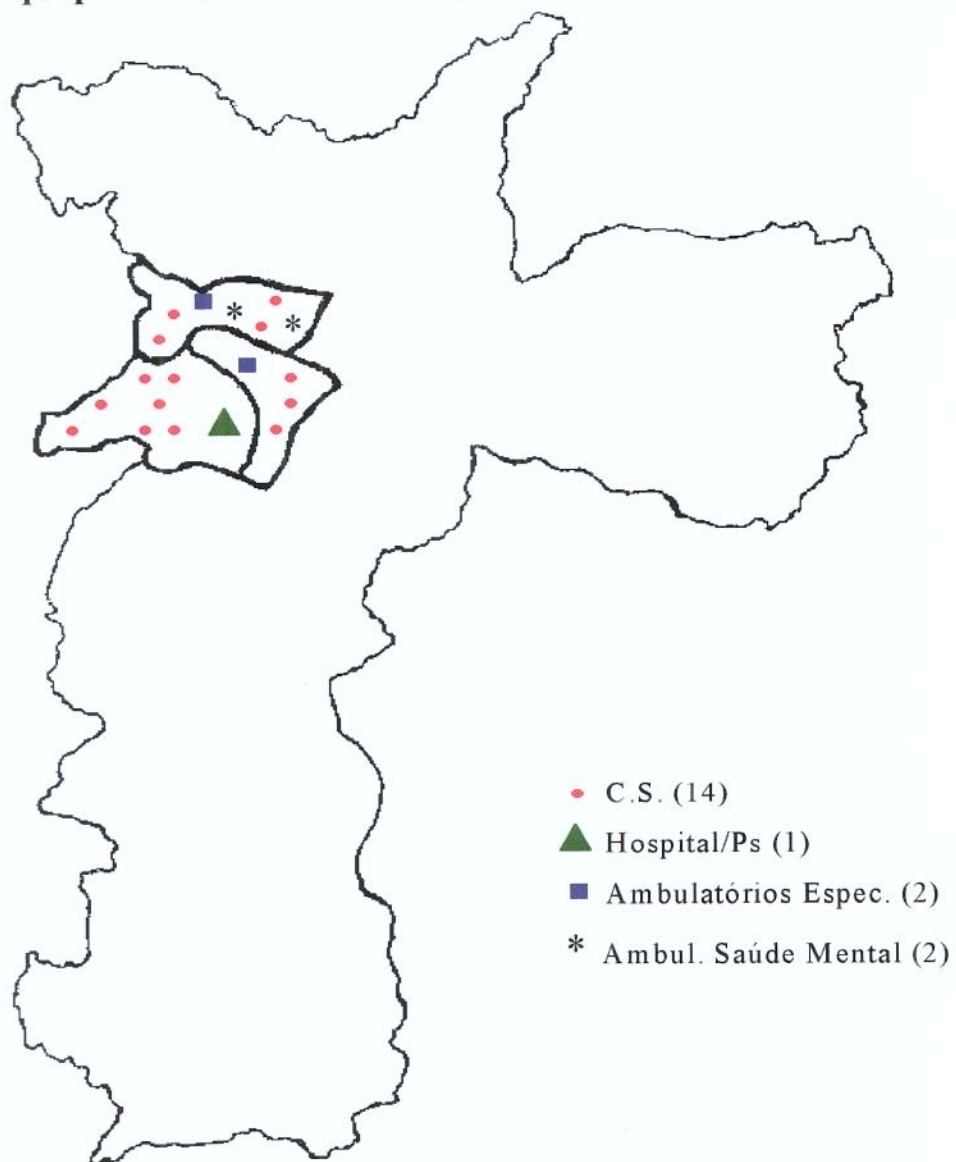
Trabalhamos, de início, com 19 (dezenove) serviços da rede pública estadual que correspondem à totalidade de equipamentos do extinto ERSA-2 (Escritório Regional de Saúde-2). Embora tenha ocorrido nova reforma administrativa na Secretaria de Estado da Saúde, em 1995, que, dentre outras medidas, reagrupou os Escritórios Regionais de Saúde existentes, fundindo o ERSA-1 e o ERSA-2 num novo órgão de saúde denominado Núcleo Regional de Saúde-1 (Núcleo-1), optamos por realizar a pesquisa apenas com os serviços localizados nos limites geográficos do antigo ERSA-2, por tratar-se de uma região bastante consolidada, visto ter funcionado integralmente durante o período de 1987 a 1995, e porque a amplitude geográfica e o volume de serviços do atual Núcleo-1 inviabilizaria a pesquisa com os recursos disponíveis.

A limitação aos equipamentos da esfera estadual deveu-se à impossibilidade de acesso aos serviços da rede municipal com a implantação do Programa de Atendimento à Saúde (PAS), pela Secretaria Municipal da Saúde. Apesar de o PAS-Butantã ter sido instalado apenas em agosto de 1996, desde o primeiro semestre tivemos nossa entrada nos serviços recusada pela gerência da Administração Regional de Saúde (ARS-2). Importante salientar que havia uma autorização inicial por parte da ARS-2, obtida no transcorrer do ano de 1995, para a realização da pesquisa de campo, que não pudemos utilizar dadas as mudanças administrativas em curso.

Os 19 serviços estudados inicialmente, estão distribuídos da seguinte maneira (MAPA 1):

- 14 (quatorze) unidades básicas de saúde;
- 4 (quatro) ambulatorios de especialidades (2 de especialidades gerais e 2 de saúde mental);
- 1 (um) hospital pediátrico.

MAPA-1

**Município de São Paulo Região de Saúde - 2
Equipamentos de Saúde do Setor Público-Estado**

Desses 19 equipamentos de saúde, foram selecionados, com os critérios acima mencionados, 4 serviços — o hospital, um ambulatório de especialidades gerais, um ambulatório de saúde mental e uma unidade básica.

Os depoimentos de seus gerentes permitiram perceber que nos dois ambulatórios e na unidade básica não havia equipes multiprofissionais bem circunscritas, pois os profissionais pertenciam, simultaneamente, a vários grupos de trabalho. No que se refere ao hospital, foi possível perceber a existência de equipes mais delimitadas e que, no entender dos gerentes¹⁹, as mais estruturadas encontravam-se na enfermaria de clínica pediátrica e na unidade de terapia intensiva.

Uma vez selecionados os serviços e as equipes, passamos a realizar duas técnicas de coleta de informações: a observação direta do trabalho das equipes e a realização de entrevistas semi-estruturadas com alguns profissionais participantes das situações de equipe observadas.

Passamos, a seguir, à apresentação da caracterização da região e dos serviços estudados, bem como do perfil geral dos seus recursos humanos.

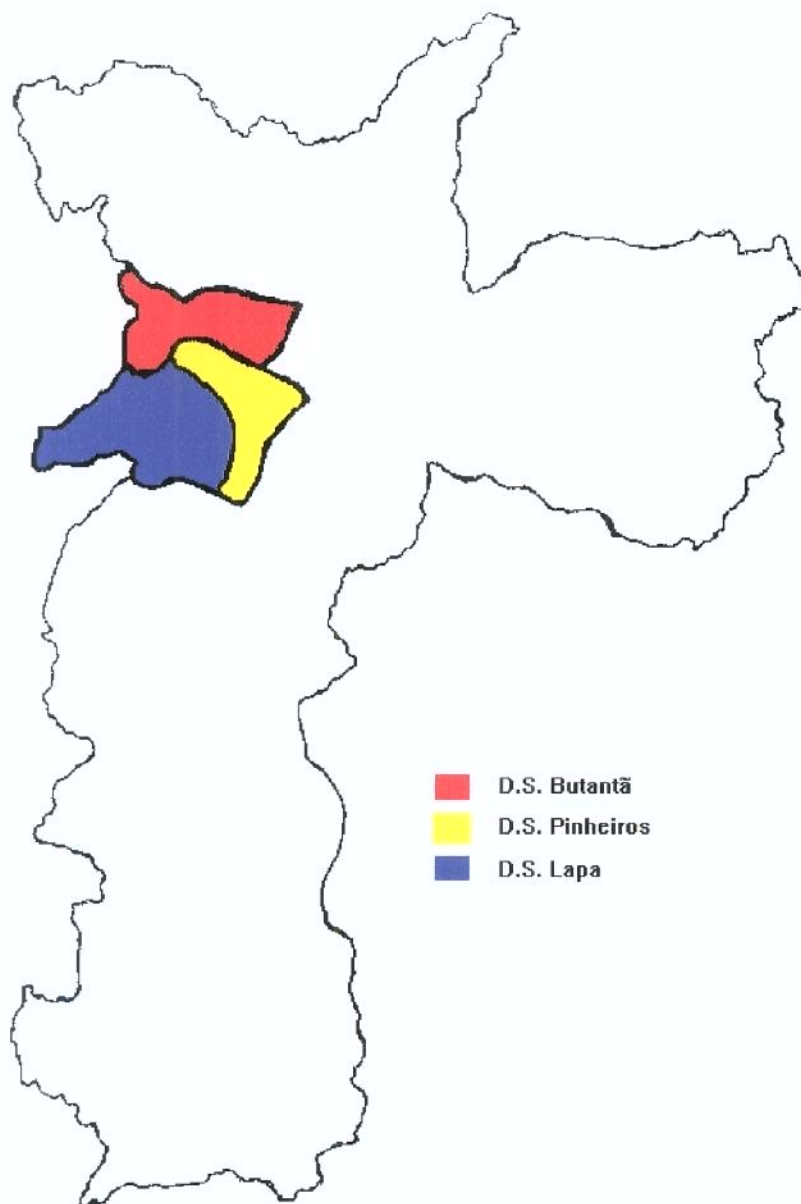
Caracterização da região de estudo

A área selecionada para o estudo localiza-se na zona oeste da cidade de São Paulo e tem uma população estimada em 999.700 habitantes, segundo dados do Recenseamento Geral do Brasil de 1991-IBGE (SÃO PAULO, 1993).

Essa região é composta pelos Distritos de Saúde do Butantã, de Pinheiros e da Lapa (MAPA 2), sendo cada um deles dividido em microrregiões que correspondem aos Distritos aprovados pela Lei 11.220, de 20/5/92, que constituem a base territorial para a ação das instâncias dos Governos Municipal, Estadual e Federal.

Cada distrito abrange as seguintes microrregiões: a) Distrito de Saúde Butantã — Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno, Vila Sônia; b) Distrito de Saúde Pinheiros — Pinheiros, Alto de Pinheiros, Jardim Paulista, Itaim Bibi; c) Distrito de Saúde Lapa - Lapa, Perdizes, Jaguaré, Vila Leopoldina, Barra Funda.

¹⁹ No hospital foram realizadas sete entrevistas com gerentes, pois, além do diretor técnico e de um assessor de direção, também foram entrevistados os diretores de divisão (divisão médica, divisão de apoio diagnóstico e terapêutico, divisão de apoio técnico, divisão de apoio administrativo e divisão de enfermagem).

MAPA-2**Município de São Paulo
Região Sanitária - 2 e Distritos**

Quanto à população residente na região de estudo, podemos observar diferenças ao analisar sua distribuição por distritos de saúde. Assim, os distritos de Pinheiros e Lapa são compostos por uma população predominantemente adulta, cuja pirâmide populacional mostra uma base estreita (diminuição da natalidade) e um ápice alongado, indicando que a vida média nessa área é elevada. O Distrito do Butantã apresenta uma população cuja distribuição por faixa etária é diferente da dos outros dois. Existe uma contribuição maior das faixas de idade menores (até 14 anos), o que mostra natalidade maior nessa área e afunilamento na pirâmide a partir dos indivíduos com 50 anos e mais, o que mostra que a vida média nessa área é menor que nos outros distritos de saúde.

No que diz respeito aos equipamentos de saúde das redes públicas estadual e municipal, a região conta com 25 Unidades Básicas de Saúde (14 do Estado, 2 do Estado/Universidade, 9 da Prefeitura); 5 Ambulatórios de Especialidades (3 de Especialidades Gerais, sendo 2 do Estado e 1 da Prefeitura, e 2 de Saúde Mental, sendo que um deles está estruturado como Centro de Atenção Psicossocial); 3 Hospitais (1 do Estado, 1 da Prefeitura, 1 da Universidade); 2 Pronto Socorro (Prefeitura); 2 Hospitais-Dia Psiquiátricos (Prefeitura); 1 Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (Estado).

Segundo avaliação realizada pela Administração Regional de Saúde-2 no ano de 1993 (SÃO PAULO, 1993), o número de unidades básicas é compatível com o número da população de cada um dos distritos. No entanto, fica evidente a insuficiência numérica dos ambulatórios de especialidades gerais, o que se apresenta como nó crítico no sistema de referência para o atendimento e investigação de patologias mais específicas. Também é insuficiente o número de hospitais públicos, o que se traduz numa quantidade de leitos que não atende nem em um terço das necessidades da população.

Caracterização dos serviços estudados

Inicialmente, faz-se necessária uma observação, pois procedemos à análise do material empírico apenas em três dos quatro serviços selecionados. A unidade básica de

saúde foi excluída na fase de análise, porque, ao realizarmos o trabalho de campo, encontramos uma situação bastante diversa daquela identificada na fase preparatória, acarretando prejuízos na qualidade do material coletado.

Vários profissionais haviam saído do serviço, principalmente por ocasião do Programa de Demissão Voluntária da Secretaria de Estado da Saúde, ocorrido em agosto de 1996. Permaneciam apenas 5 médicos, dos 12 existentes na fase anterior, dos quais um estava em processo de desligamento da unidade. Também permaneciam apenas 5 dentistas, dos 8 anteriores; 2 enfermeiras, das 3 anteriores; 1 educadora de saúde pública, das 3 anteriores, a qual pretendia desligar-se do serviço. Não encontramos nenhum psicólogo, pois o profissional existente havia saído da unidade. Dos 27 profissionais de nível superior existentes na fase anterior, restavam apenas 13, no momento da pesquisa de campo. A redução significativa de agentes universitários, associada à saída de trabalhadores de nível médio, acarretou mudanças na dinâmica de trabalho, com a redução ou mesmo cancelamento de atividades.

Além da falta de recursos humanos e da diminuição do ritmo de trabalho, os profissionais vivenciavam um momento de transição na direção do serviço, pois a diretora que estava no cargo há quatro anos, desde a inauguração da unidade, havia solicitado aposentadoria e seria substituída no decorrer do período da pesquisa. O que de fato ocorreu.

A crítica situação presente nessa unidade básica, no nosso entender, reflete a ausência de investimento na rede básica de serviços públicos, no município de São Paulo. Havíamos selecionado essa unidade por ser aquela que preenchia os critérios de seleção e por demonstrar ser o serviço básico estadual mais estruturado e organizado da região. Dentre os 14 centros de saúde estudados, 2 haviam sido excluídos por serem programas docente assistenciais; 3 por terem sido incorporados ao PAS, visto sua municipalização na gestão anterior; 1 por estar desativado temporariamente, devido ao processo de reforma das instalações prediais; e 2, por estarem também parcialmente desativados, em decorrência de ordem de despejo, pois os prédios eram alugados.

O hospital

Trata-se de um hospital pediátrico que inicialmente pertencia à Legião Brasileira de Assistência (LBA), posteriormente, ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), e que passou por um processo de estadualização, integrando, desde os anos 80, a estrutura da Secretaria de Estado da Saúde.

Caracteriza-se como um hospital de médio porte (BRASIL, 1997). À época da pesquisa de campo contava com 76 leitos e estava em vias de ampliação, passando a 100 leitos. Essa ampliação ocorria com a reabertura de leitos que estavam desativados há mais de 15 anos.

Segundo o diretor técnico do hospital no período de trabalho de campo, o objetivo do serviço é o atendimento geral e especializado à população infantil da área de abrangência. No entanto, estava em curso uma discussão acerca da vocação principal da instituição, no sentido de transformá-lo em hospital de referência para especialidades pediátricas ao invés de manter-se como hospital geral de pediatria. O projeto gerencial à época era a transformação em hospital de referência, pois já havia algumas especialidades implantadas, tais como: urologia, nefrologia, pneumologia, oncologia, genética e cirurgia infantil.

O hospital presta atendimento em regime de internação, contando com uma unidade de terapia intensiva, ambulatório e pronto-socorro. Oferece serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, tais como: laboratório de análises clínicas, radiologia, endoscopia e eletrocardiografia. Conta com um posto transfusional que funciona durante o dia e há o projeto de extensão do atendimento às 24 horas, para que funcione com a estrutura de banco de sangue.

Embora seja regionalizado, também presta atendimento aos usuários procedentes de outras regiões da Capital e inclusive de outros Estados do país.

A porta de entrada principal para internação é o pronto-socorro; no entanto, há o objetivo de criar condições para que o ambulatório também possa ser porta de entrada, quando necessário.

Embora não seja um hospital universitário, pois sua estrutura está ligada à Secretaria de Estado da Saúde e não a uma universidade, caracteriza-se como um

hospital de ensino, uma vez que ali são realizadas atividades de estágio e residência, respectivamente para alunos de graduação e para graduados. Há um programa de residência médica, com 10 vagas. Os residentes do primeiro ano passam, em rodízio, pelas áreas de clínica pediátrica e de cirurgia infantil, desenvolvendo atividades na enfermaria pediátrica, na cirurgia infantil, no ambulatório e no pronto socorro. Os residentes do terceiro ano fazem especialização em unidade de terapia intensiva e neonatologia. O hospital também oferece campo de estágio para alunos de graduação dos cursos de enfermagem, fisioterapia e nutrição.

O quadro de recursos humanos é composto por 220 profissionais de nível universitário e 603 de nível médio e elementar, totalizando 823 servidores públicos. Uma parcela desse total é oriunda do serviço federal, pois, à medida que o hospital foi estadualizado, esses funcionários ficaram prestando serviços para a Secretaria de Estado da Saúde. Há também recursos humanos com vínculo com a própria Secretaria Estadual, assim como há profissionais com vínculos temporários e precários, com contrato na modalidade 3131 e na modalidade 733.

Entre os agentes universitários observamos a seguinte distribuição por áreas profissionais: 6 assistentes sociais; 6 biólogos; 9 dentistas; 37 enfermeiros; 1 engenheiro; 6 farmacêuticos; 2 fisioterapeutas; 2 fonoaudiólogos; 142 médicos; 04 nutricionistas; 05 psicólogos.

A enfermaria está localizada no terceiro andar do hospital. À saída dos elevadores e do acesso pela escada, à direita, é possível visibilizar um corredor, com uma largura aproximada de três metros, ao longo do qual estão distribuídas as salas que compõem a área física da enfermaria clínica. Logo no início encontramos à direita a sala dos médicos, onde ficam guardados os prontuários. À esquerda está localizado o posto de enfermagem, anexo à sala de preparo de medicação. Andando pelo corredor temos, à esquerda, a sala de curativos, a copa, a sala de repouso da enfermagem, uma pequena sala, onde é guardado material de consumo e onde trabalha a escriturária e a sala da brinquedoteca. Andando pelo corredor, à direita, temos as enfermarias, sendo 7 ao todo, cada uma com aproximadamente 4 leitos, totalizando 28 leitos. A última enfermaria é de isolamento entérico.

O espaço é bastante agradável, há uma ampla janela ao fundo do corredor que

permite certa iluminação natural do ambiente, há desenhos com motivos infantis nas paredes e a brinquedoteca, que é um espaço especial de recreação para as crianças. Nela encontramos um mobiliário adequado às crianças de várias idades, aparelho de televisão e microcomputador, além de inúmeros brinquedos. Além do programa da brinquedoteca, está implantado outro programa de educação no leito. Essa proposta traz a escola para dentro do hospital, permitindo que a criança em idade escolar internada continue suas atividades escolares. Trata-se de um convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e da Educação, que mantém professoras trabalhando dentro do hospital. As professoras atuam tanto na atividade educativa como recreativa.

Outro aspecto importante para o conforto e bem estar das crianças é a participação e a presença constante, junto às crianças, de familiares.

No período da manhã, no qual realizamos a pesquisa de campo, os recursos humanos presentes nas atividades da enfermaria são: 1 assistente social (que também responde pela coordenação da área de serviço social), 1 cozeira;), 13 auxiliares de enfermagem, 2 enfermeiras (uma supervisora e outra enfermeira de cabeceira), 1 escriturária, 5 médicos (um deles sendo o coordenador da enfermaria de clínicas), 1 nutricionista (que também responde pela coordenação da área de nutrição) e 1 psicóloga (que também desenvolve atividades no ambulatório, no mesmo período). Há também médicos residentes do primeiro e segundo anos de residência em pediatria, supervisionados pelos médicos da enfermaria e alunos estagiários dos cursos de graduação em enfermagem, em fisioterapia e em nutrição. Os dois primeiros são acompanhados pelos respectivos docentes e as alunas de nutrição, supervisionadas pela nutricionista que responde pela coordenação da área no hospital.

A unidade de terapia intensiva está localizada no mesmo andar em que se encontra a enfermaria. Ocupa temporariamente uma área física restrita, pois está em curso um projeto de reforma do espaço que ocupava anteriormente. O espaço físico restrito permite grande proximidade entre os profissionais, pois é possível ter sempre uma visão geral dos leitos e, portanto, das crianças internadas e dos agentes que estão prestando cuidados.

Na entrada há uma ante-sala com balcão, pia e armário, onde estão os aventais para serem usados na UTI. Não é permitida a entrada sem avental.

Passada a ante-sala, ao lado esquerdo da entrada há uma sala onde são guardados materiais permanentes de grande porte; seria uma sala de internação na UTI que não está sendo usada e que, por isso, funciona como almoxarifado interno da UTI. Anexa há uma pequena sala onde é guardado o material de consumo. Ao lado direito da entrada há armários e um balcão onde são preparadas as medicações. Há um pequeno espaço central, com uma bancada onde permanecem os prontuários, e o telefone, que é o espaço utilizado pelos médicos para fazer os registros (evolução, prescrições, etc.). Esse espaço central dá passagem, à esquerda, para uma sala de internação com 5 leitos e, à direita, para uma pequena enfermaria de isolamento com 1 leito. No total, a UTI tem capacidade para 6 leitos. O espaço físico maior é o da sala de internação, com leitos e isoletes, muitos equipamentos, pia com funcionamento automático, ampla janela, bem iluminada. Ambas as salas de internação têm amplo visor para observação constante.

Quanto ao quadro de pessoal da UTI, no período da manhã, há: 5 auxiliares de enfermagem; 1 escriturária; 1 enfermeira; 2s estagiários de fisioterapia supervisionados por 1 fisioterapeuta docente, 2 médicos contratados e 2 médicos residentes.

O ambulatório de especialidades gerais

O ambulatório está localizado em um prédio com área física bastante grande, com dois andares. Segundo depoimento da diretora técnica do serviço, o objetivo geral é o atendimento especializado à população residente na área de abrangência do Núcleo-1. No entanto, também tem por objetivo a realização de ações coletivas de saúde, pois, como veremos adiante, a unidade congrega a estrutura de ambulatório de especialidades e de unidade básica. Quanto à restrição da área de atendimento, há certa flexibilidade, dada a carência de oferta de serviços em algumas especialidades.

Assim sendo, oferece atendimento às seguintes especialidades médicas: cardiologia, cirurgia geral, cirurgia infantil, cirurgia plástica, dermatologia, ginecologia e obstetrícia, homeopatia, neurologia, odontologia, oftalmologia, ortopedia, pneumologia infantil, reumatologia e urologia. E também realiza ações de saúde coletiva, tais como: vacinação, vigilância epidemiológica, exame de papanicolaou (citologia oncológica), planejamento familiar, e pré-natal. Realiza alguns exames na

própria unidade, quais sejam: radiografia e eletrocardiografia.

O serviço oferece atendimento apenas mediante apresentação de ficha de encaminhamento de unidade básica ou outros serviços da região do Núcleo I. Os usuários encaminhados à unidade são agendados nos respectivos setores de atendimento para consulta médica. Também são agendados, conforme a demanda, para consulta de enfermagem ou atendimento de enfermagem, para consulta com o psicólogo, para consulta com a fonoaudióloga, ou para entrevista com a assistente social. Além dos encaminhamentos externos há um fluxo de encaminhamento interno, por meio do qual o usuário passa por atendimento com outros profissionais que não aquele com quem passou na chegada ao serviço.

O quadro de recursos humanos conta com 61 profissionais de nível universitário e 128 de níveis médio e elementar. Dentre os universitários encontramos: 4 assistentes sociais, 7 dentistas, 3 educadores de saúde pública, 4 enfermeiros, 1 fisioterapeuta, 1 fonoaudiólogo, 38 médicos, 1 nutricionista e 2 psicólogos.

O ambulatório de especialidades mantém duas estruturas, originalmente distintas e independentes, que foram integradas e, na atualidade, estão sob uma única gerência. Trata-se da estrutura de um centro de saúde da Secretaria de Estado da Saúde e de um ambulatório de atenção médica do Inamps, que foram fundidos com a implantação do SUDS em São Paulo, em 1987. Essa fusão significou a transferência da estrutura e dos recursos humanos do ambulatório do Inamps, para a unidade onde funciona o centro de saúde.

À época da fusão, o centro de saúde atendia às áreas básicas (clínica geral, pediatria e ginecologia/obstetrícia) e o ambulatório do Inamps atendia uma grande variedade de especialidades médicas; portanto, havia muitas diferenças entre as duas estruturas que foram integradas.

Um dos profissionais entrevistados relata as dificuldades de inserção dos funcionários do Inamps no novo ambulatório de especialidades, porque o modelo de organização de ambos era distinto. O centro de saúde do Estado mantinha certas características do modelo programático, que não havia sido implantado nos serviços do Inamps. Mas com o tempo, a depoente relata que houve progressiva adaptação de ambas as partes, inclusive com o interesse, por parte dos profissionais transferidos do Inamps, de integração nos programas, pois, segundo ela, *com os programas você*

atingia mais os pacientes.

Os sujeitos entrevistados foram escolhidos, como nos demais serviços, com base na observação direta, seu envolvimento em atividades multiprofissionais e sua disponibilidade para participar da entrevista. Sua trajetória profissional não foi considerada nos critérios de seleção, mas, sim, investigada na própria entrevista. No entanto, os cinco sujeitos apresentam um aspecto em comum, que é seu interesse pela área de saúde pública. Dois entrevistados fizeram curso de especialização em saúde pública, e outros dois relatam que gostariam de ter feito mas não tiveram oportunidade. A quinta entrevistada trabalhou em dois centros de saúde, com saúde mental e saúde da mulher, antes de ser transferida para o ambulatório de especialidades. O médico entrevistado também trabalhou, durante dois anos, num centro de saúde antes de ir para o ambulatório e refere ter tido grande envolvimento nesse trabalho, tendo participado de atividades programáticas. O médico, com formação em clínica geral e cardiologia, entende que essas duas especialidades são indissociáveis e tem interesse especial pelos aspectos de organização de serviços de saúde²⁰.

O ambulatório de saúde mental

Inaugurado em abril de 1985, o ambulatório foi criado durante um período de expansão da rede ambulatorial em saúde mental, no Estado de São Paulo, no bojo da implementação de uma política de desinstitucionalização, que expressa o movimento de substituição e superação do modelo hospitalocêntrico pela atenção à saúde mental no âmbito da comunidade²¹. Como assinala PITTA-HOISEL (1984:83-94), no início dos anos 80, os ambulatórios de saúde mental desenvolviam um modelo de organização do trabalho centrado na consulta médica e, particularmente, na intervenção

²⁰ É de se notar que, em razão do caráter programático de organização do trabalho no ambulatório, pudemos obter narrativas em que o modelo assistencial típico de unidade básica, como os programas de saúde da área de saúde pública, e suas influências na configuração de equipes, puderam ser registrados, mesmo na ausência do estudo específico de um centro de saúde, tal como já assinalado.

²¹ O contexto de implantação do Ambulatório de Saúde Mental consiste num momento de grande mobilização em torno das questões da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, que culminou com as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e com a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987. Particularmente no Estado de São Paulo, no Governo Montoro, ocorre a implementação de uma política de saúde mental pautada no modelo preventivista que concebe os ambulatórios como serviços de nível secundário, estruturados em moldes programáticos. Essa política, efetivamente, orientava-se no sentido da Reforma Psiquiátrica.

medicamentosa. Apesar da presença de profissionais de diversas categorias, não chegava a se constituir o trabalho de equipe multiprofissional, na maioria das unidades. A mesma autora analisa a implantação de um projeto assistencial em saúde mental centrado na atenção multiprofissional extra-hospitalar e na participação dos usuários (SÃO PAULO, 1983; PITTA-HOISEL, 1984).

Assim, no início do funcionamento do ambulatório aqui investigado, houve um efetivo investimento na organização do serviço e de uma equipe de trabalho. Os profissionais fixaram-se na unidade e somente três anos após a inauguração deu-se o primeiro desligamento de um deles. Até o ano de 1996, o ambulatório manteve-se com uma equipe de trabalho estável, com pouca rotatividade de pessoal. Também manteve a orientação geral do trabalho em torno da proposta de desinstitucionalização e do modelo programático.

O ambulatório localiza-se numa casa grande de dois andares e salas amplas, adaptada para as finalidades do serviço, e é bastante adequada enquanto área física.

Os objetivos da unidade, segundo podemos depreender das entrevistas realizadas com a diretora e demais profissionais, são: prestar serviços de atenção ao sofrimento psíquico; fomentar a reabilitação psicossocial, com a ampliação da autonomia dos usuários; reverter a tendência a altas taxas de internação psiquiátrica; e oferecer estágio a diferentes áreas profissionais no campo da saúde mental.

A unidade atende os moradores da área de abrangência que cobre as regiões dos Distritos do Butantã, Lapa e Pinheiros. Atende adultos e crianças, no nível secundário de assistência.

Todo usuário que chega pela primeira vez é atendido por um profissional da equipe, médico ou não-médico, a depender de uma escala de plantão que cobre todos os períodos da semana. Nos períodos em que esse plantão de recepção de pacientes é de responsabilidade de um profissional não-médico, há um profissional médico de retaguarda para as urgências. Da recepção ou triagem, os pacientes são encaminhados para os seguintes programas: programa de atenção a adultos psicóticos, programa de atenção aos transtornos menores (ou programa de psicoterapia) e programa de atenção à infância. No programa de adultos psicóticos são realizadas as atividades de consulta psiquiátrica, atividades terapêuticas seguidas de grupo operativo e grupo de familiares. No programa de psicoterapia são feitas atividades de psicoterapia individual e

psicoterapia grupal, além dos seguintes grupos: grupo de apoio psicológico, grupo de intervenção breve e grupo de auto-ajuda. No programa de crianças há o atendimento médico individual, atendimento psicoterápico em grupo e grupo de pais. São realizadas visitas domiciliares quando os profissionais envolvidos no atendimento de pacientes julgarem necessário.

A organização do ambulatório contempla a realização de reuniões periódicas. Semanalmente são realizadas reuniões de equipe com a participação de todos os profissionais universitários e quinzenalmente ocorrem as reuniões dos programas de atenção.

O quadro de recursos humanos por ocasião dos estudos anteriores contava com 17 profissionais de nível universitário e 12 de níveis médio e elementar. Dentre os agentes universitários havia: 2 assistentes sociais, 1 fonoaudiólogo, 6 médicos, 7 psicólogos e 1 terapeuta ocupacional. No entanto, no período do trabalho de campo observamos uma redução do quadro, de modo que encontramos: 1 assistente social, 1 fonoaudiólogo, 1 médico psiquiatra, respondendo pela direção do serviço e pela realização de atividades assistenciais, 4 psicólogos e 1 terapeuta ocupacional. Havia saído 5 médicos psiquiatras e 1 psicólogo por ocasião do Programa de Demissão Voluntária da Secretaria de Estado da Saúde, ocorrido em agosto de 1996.

Perfil geral dos recursos humanos e das equipe multiprofissionais da região de estudo²²

Quando considerada a distribuição porcentual do conjunto dos profissionais de nível superior na região de estudo, observamos que 59,3% são médicos e 41,7%, não-médicos. Dentre estes, 13,2% são dentistas, 11% são enfermeiros, 4,6% são psicólogos, 3,4% são assistentes sociais e, sucessivamente, as demais categorias profissionais aparecem em menores porcentuais (educador de saúde pública, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, biólogo e engenheiro).

Esses dados vêm ao encontro dos estudos acerca de recursos humanos em saúde,

²² Os dados completos constam no Relatório de Pesquisa: "Recursos Humano e Trabalho Coletivo em Saúde: O Caso da Região do Butantã, Município de São Paulo", São Paulo, 1997; e em: PEDUZZI e cols. (1997).

no Brasil, que apontam para a permanência da hegemonia médica no setor, paralelamente à tendência de aumento expressivo das várias categorias profissionais de nível superior na composição da força de trabalho, com destaque para dentistas, enfermeiros e psicólogos (MACHADO e cols., 1992; DAL POZ & VARELLA, 1994). Observamos que a região de estudo apresenta maior concentração de profissionais não-médicos (41,7%) quando comparada aos dados gerais, respectivamente, do país e do Estado de São Paulo (25,5% e 29,4%) (MACHADO e cols., 1992:83; SÃO PAULO, 1997:11). Essa característica é interessante para a pesquisa, pois, mostra, na região estudada, a incorporação de profissionais não-médicos e possibilidade de conformação de equipes multiprofissionais mais complexas e diversificadas, até o período de 1996, quando foram coletados os dados referentes ao mapeamento das equipes.

Também coincidem com os dados da literatura sobre recursos humanos em saúde, no Brasil, as informações da pesquisa sobre as variáveis sexo e idade, demonstrando maior participação feminina e a juventude da força de trabalho, pois 62,3% dos profissionais são mulheres e a maioria encontra-se concentrada nas faixas etárias entre 31-40 anos (36,6%) e 41-45 anos (21,2%).

Com relação à jornada de trabalho desses profissionais, 49,9% têm vínculo de 40 horas semanais e 42,9%, de 20 horas semanais, sendo os primeiros predominantemente não-médicos e os segundos, majoritariamente médicos.

Quanto ao tempo de trabalho na unidade, observamos adesão dos profissionais, pois a maioria está distribuída nas seguintes faixas de tempo: 43,3% entre 1 e 5 anos; 18,7%, entre 6 e 10 anos; e 21,7%, entre 11 e 15 anos. Apenas 8,8% estão na unidade há menos de 1 ano.

Os profissionais de nível médio correspondem a 63% (1.163 profissionais) do número total de trabalhadores de saúde da região estudada, enquanto os universitários correspondem a 37% (679 profissionais) desse total. Porém, dentre os profissionais de nível médio, a maioria (59%) está distribuída entre a área administrativa e de serviços gerais, ou seja, nas atividades meio e não na atividade fim, de assistência.

Quando considerado o pessoal de nível médio da área de enfermagem e de apoio diagnóstico e terapêutico, que, juntamente aos profissionais de nível superior, são responsáveis pela assistência direta aos usuários dos serviços, observamos a

predominância dos profissionais universitários, com uma relação média entre ambos os grupos (universitários e nível médio) de 2,5:1.

A análise do perfil de conformação das equipes segundo categoria profissional e modalidade assistencial, mostra que as equipes podem apresentar uma composição predominantemente biomédica, psicossocial ou mista. Consideramos equipes tipicamente biomédicas quando compostas por profissionais como cirurgião dentista, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista e terapeuta ocupacional; ou tipicamente psicossociais quando compostas por assistente social, educador de saúde pública e psicólogo; ou ainda ter uma composição mista de profissionais de ambos os grupos. A equipe de caráter predominantemente biomédico aparece, na região de estudo, sobretudo na modalidade hospitalar e de ambulatório de especialidades gerais.

Os dados mostram uma relação médico-enfermeiro de 5,5:1, que se altera para 1:1 quando comparada a relação médico-enfermagem de nível médio. Essa distribuição entre médicos e enfermeiros, confirma um diagnóstico antigo, no Brasil, de inversão no quantitativo médicos-enfermeiros, pois preconiza-se um número superior dos segundos em relação aos primeiros, ou seja, o contrário da situação encontrada. Mesmo a relação 1:1 entre médicos e pessoal de enfermagem de nível médio ainda mostra desequilíbrio em relação ao recomendado pelos órgãos internacionais de saúde.

Ao relacionarmos profissionais que realizam atividades de consultantes (cirurgião-dentista, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais) e pessoal de enfermagem de nível médio, observamos uma relação bastante equitativa de 1,6:1, sobretudo no hospital, onde a relação corresponde a 1,2:1. Esses dados também falam no sentido de uma restrita delegação de atividades para os agentes de nível médio. Nesse sentido, destacamos que, ao analisar as políticas de desenvolvimento de recursos humanos, DUSSAULT (1998) considera que a ausência de delegação de funções e a conseqüente utilização de profissionais com qualificação técnica superior à necessária para a execução de um conjunto de ações acarretam conseqüências indesejáveis no desempenho geral do sistema de saúde de um país e nos objetivos maiores do desenvolvimento de recursos humanos, que se referem a efetividade, eficiência, controle de custos e satisfação dos usuários e dos profissionais.

Ao analisarmos a relação entre o número de profissionais da área biomédica e de profissionais da área psicossocial, observamos a predominância da área biomédica, com uma relação média de 8,7 profissionais da área biomédica para 1 profissional da área psicossocial. Isso é compatível com a mencionada hegemonia do modelo biomédico de atenção à saúde. Encontramos a relação mais eqüitativa nos ambulatórios de saúde mental, onde a relação é de 1:1.

Chama a atenção a presença marcante da composição do tipo psicossocial nos ambulatórios de saúde mental, que diferem dos demais serviços não somente na abordagem e no modo de organização da prática, mas, sobretudo, no que se refere ao objeto de trabalho, constituído nuclearmente pelo sofrimento psíquico.

Também chama a atenção o forte predomínio da equipe tipicamente biomédica nas unidades básicas, por suas características de porta de entrada do sistema de saúde; porém, vale lembrar que, na atualidade, as UBS constituem a modalidade de pronto atendimento como a base de organização do serviço e como principal atividade assistencial.

Assim, temos que, apesar de a região apresentar uma situação quantitativamente favorável ao trabalho multiprofissional quando comparada a outras regiões do estado ou do país, mantém-se hegemônica a presença do profissional médico e, principalmente, mantém-se expressiva presença dos profissionais da área biomédica, em detrimento dos profissionais da área psicológica e social.

O presente estudo e sua coleta de informações

Conforme mencionado anteriormente, valemo-nos de dois instrumentos de coleta de informações: a observação direta e a entrevista semi-estruturada. Ambos os procedimentos, em conjunto, nos permitiram apreender a dinâmica de organização do trabalho coletivo, compartilhado por diferentes categorias profissionais, destacando sua dimensão técnica e operacional, e os significados que esses agentes atribuem à prática do trabalho em equipe multiprofissional.

Observação

A observação direta busca tomar o evento a ser considerado — as situações de trabalho em equipe multiprofissional de saúde —, para além de seus aspectos aparentes, captando, de maneira mais abrangente possível, suas contradições, dinamismos e relações (TRIVIÑOS, 1990:152-154).

TRIVIÑOS (1990:153) afirma que *observar, naturalmente, não é simplesmente olhar (...) é destacar de um conjunto algo especificamente, prestando atenção em suas características (...) observar um fenômeno social significa, em primeiro lugar, que determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado de seu contexto para que, em sua dimensão singular, seja estudado em seus atos, atividades, significados, relações, etc.*

Essas afirmações permitem-nos destacar uma importante questão que surgiu desde o planejamento e manteve-se presente durante todo o período de observação, que se refere à necessidade de individualizar os aspectos atinentes às conexões e articulações entre os trabalhos especializados das diferentes áreas profissionais, dentro de uma realidade que é indivisível e complexa — a produção de serviços.

De modo que optamos por realizar uma observação direta semi-estruturada, na qual pudéssemos mesclar a observação sistemática de aspectos destacados num roteiro-guia (ANEXO I), com uma observação mais livre, onde estaríamos atentos à dinâmica geral das relações entre os agentes do trabalho e destes com os usuários.

O roteiro de observação direta refere-se sobretudo às atividades realizadas pelos distintos profissionais, suas seqüências e conexões, às tecnologias utilizadas e às situações de conflitos interprofissionais ou de apoio e cooperação.

As atividades/ações realizadas no transcorrer do trabalho constituem um aspecto central da observação, pois são o elemento que permite identificar, inicialmente, as relações dos elementos constituintes do processo de trabalho, ou seja, expressam as relações entre o objeto, os saberes, os instrumentos materiais e a finalidade do trabalho. Assim, cada uma delas constitui como que uma síntese do processo de trabalho de cada um dos agentes especializados, e seu conjunto articulado expressa as complementaridades e interdependências entre os distintos trabalhos parcelares.

Além destes, há dois outros aspectos de natureza metodológica que precisam ser definidos para a utilização da observação como instrumento de pesquisa: a amostragem

de tempo e as anotações de campo (TRIVIÑOS, 1990:153).

A amostragem de tempo refere-se à escolha do tempo necessário para a realização da observação direta. Optamos por realizar várias seções de observação de situações de trabalho coletivo nas quais estivessem envolvidos profissionais de diferentes áreas em cada um dos quatro serviços. O tempo de cada seção deveria ser suficiente para observar as atividades que rotineira ou eventualmente esse conjunto de agentes realiza e suas conexões. Escolhemos aleatoriamente as jornadas de trabalho, porém mantendo o mesmo plantão a fim de acompanharmos a mesma equipe atuando. O número de seções de observação em cada serviço não foi definido “a priori”, optando-se por encerrá-las quando detectado, pelo pesquisador, que os eventos observados começavam a repetir-se.

Quanto às anotações de campo, optamos por efetuá-las imediatamente após cada seção de observação, em um caderno de campo, registrando sumariamente os aspectos do roteiro-guia e os demais porventura observados. Num momento posterior, porém, o mais próximo possível do registro no caderno de campo, seria efetuado o registro detalhado das situações observadas em um arquivo informatizado, constituindo o conjunto de seções de observação direta de cada equipe de trabalho, em cada serviço, um arquivo próprio.

As informações coletadas por meio da observação foram utilizadas para a compreensão do plano operatório do trabalho em equipe e para a análise das contradições ou antagonismos presentes nas representações dos profissionais entrevistados. Foram utilizadas como material empírico complementar à análise das entrevistas.

Interessante ressaltar que o período de observação direta junto a cada equipe de trabalho nos permitiu construir um vínculo com os sujeitos da pesquisa e selecionar os que seriam entrevistados a seguir, com maior segurança e pertinência. Esse aspecto foi importante, pois pudemos selecionar os entrevistados pela sua positividade no envolvimento com o trabalho em equipe e excluir os sujeitos que observávamos mais distanciados dessa proposição. Também foi importante porque, como veremos adiante, a entrevista requer o estabelecimento de um clima de simpatia e confiança entre o entrevistado e o entrevistador e a concordância de ambos quanto a sua realização, o que foi facilitado pelo nosso contato anterior no período de observação.

Entrevista

A entrevista, enquanto instrumento de pesquisa, consiste genericamente num procedimento que capta o material empírico por meio da fala dos indivíduos (sujeitos da pesquisa). Ocorrem variadas modalidades de entrevista, as quais se diferenciam pelo maior ou menor grau de controle e direção que lhes é infundido pelo pesquisador. Abrange desde a entrevista estruturada, passando pela semi-estruturada, até a entrevista aberta ou não-dirigida.

Nesta pesquisa optamos pela realização de entrevistas semi-estruturadas com base num roteiro-guia (ANEXO II).

A principal característica da entrevista semi-estruturada, assim como da entrevista aberta, é permitir captar o que está para além das aparências, do primeiro plano, da superfície da comunicação, e atingir níveis mais profundos e reveladores dos significados do objeto de estudo, no recorte proposto pelo pesquisador (MICHELAT *apud* THIOLLENT, 1987:85; TRIVIÑOS, 1990:152; MINAYO, 1992:123).

MAÎTRE (1987:221) analisa que ambos os níveis de comunicação, o mais superficial e o mais profundo, comportam tanto os aspectos afetivos como os cognitivos e os comportamentais do sujeito entrevistado; porém, salienta que naqueles depoimentos mais superficiais todos os aspectos são fortemente estereotipados e racionalizados, e que naqueles mais profundos, invisível para o observador mais apressado, articulam-se o jogo das forças sociais que operam no indivíduo sem que ele saiba e o jogo da subjetividade, cuja parte consciente é apenas a emergência do cume do “iceberg”. Ou seja, nas entrevistas em maior profundidade, tal como as semi-estruturadas, é possível captar as representações anteriormente comentadas.

Uma característica que pode implicar limitações ou obstáculos para a entrevista semi-estruturada refere-se aos elementos interiores da interação e ao caráter intrinsecamente conflitivo da mesma, pois o entrevistado participa agindo e reagindo durante todo o processo de contato com o pesquisador, criando, às vezes, dificuldades ou mesmo resistências ao acesso à informação (MINAYO, 1992:114-5).

Trata-se de situação em que ambos, entrevistado e entrevistador, estão presentes e atuantes como sujeitos sociais e como sujeitos individuais, exercendo, portanto,

algum grau de controle sobre as informações. Em tal situação, como já assinalado, é imprescindível estabelecer uma relação de confiança e de simpatia, uma relação intersubjetiva que se caracteriza pelo objetivo acordado entre ambas as partes de fornecer material empírico para a pesquisa.

A técnica da entrevista está fundamentada na exploração de questões definidas previamente pelo pesquisador, combinadas com a presença de dados novos, produzidos no processo de investigação e, particularmente, no próprio momento da entrevista. Referindo-se a essas questões, SCHRAIBER (1995c; 1997a:47-50) mostra dois importantes aspectos da entrevista semi-estruturada, ou seja, que no processo da entrevista tanto o entrevistado como o entrevistador constroem um pensamento especificamente elaborado sobre o objeto de investigação, ocorrendo, portanto, reformulações no seu transcorrer, e que o controle metodológico desse processo, que está a cargo do pesquisador, decorre de seu domínio do objeto de estudo e das questões que foram selecionadas para trabalhá-lo.

Quanto ao primeiro aspecto, a autora chama a atenção que *mesmo que o pesquisador já domine questões da história que indaga e muito embora cada participante já tenha para si uma história guardada, por ocasião da entrevista, como retomada deliberada e provocada dessa história, ela será efetivamente refeita: pelo entrevistado, através de associações, repetições ou desqualificações de idéias e nexos que se constroem no presente da entrevista; pelo pesquisador, na dinâmica do relato — pelos fatos que este traz e em seu encadeamento, totalmente originais, na narrativa* (SCHRAIBER, 1995c:68).

Como já dissemos, as entrevistas foram realizadas com base num roteiro-guia especialmente construído para esta pesquisa. Esse roteiro abarca um conjunto de questões bastante detalhadas, de modo a facilitar a trajetória por todas elas sem esquecimentos. No geral as questões podem ser agrupadas em torno de cinco aspectos centrais a serem investigados no decorrer de cada entrevista, quais sejam: a) a identificação e a trajetória profissional do sujeito até o momento da entrevista; b) o trabalho desenvolvido pelo entrevistado; c) o trabalho desenvolvido pelos agentes de outras áreas profissionais conexas a sua; d) o que o entrevistado e os profissionais das demais áreas precisam saber uns dos outros para desenvolver seus trabalhos; e e) percepções gerais acerca do trabalho em equipe.

O roteiro de entrevista foi testado antes de sua aplicação na coleta de material empírico, e foi utilizado com a flexibilidade necessária à dinâmica de interação entrevistado-entrevistador configurada em cada entrevista, pois, muitas vezes, o próprio sujeito entrevistado já se antecipa na resposta de determinadas questões que, então, não precisam ser perguntadas ativamente, assim como, em outros momentos, para maior clareza do depoimento, faz-se necessário retomar certas questões já tratadas.

Optamos por realizar entrevistas individuais com alguns dos profissionais presentes às situações de trabalho observadas, considerando sua articulação com profissionais de outras áreas e sua disposição para participar da entrevista. Assim, em cada serviço observado, e em cada setor de observação no caso do hospital, escolhemos, para entrevista, um grupo de profissionais de diferentes áreas que foram observados atuando conjuntamente.

O tempo de duração de cada entrevista foi estabelecido no transcorrer do trabalho de campo, utilizando-se como critério para encerrar cada depoimento o cumprimento de todos os itens do roteiro.

O número de sujeitos entrevistados não foi totalmente fechado “a priori”, mas sim no decorrer do trabalho de campo, embora a escolha de equipes mais estruturadas definiria um determinado leque prévio de possíveis sujeitos a entrevistar. Os sujeitos para entrevista foram selecionados a partir da observação de cada equipe, tendo como critério abarcar a maior diversidade possível de áreas profissionais distintas, além dos já referidos aspectos de positividade do sujeito no envolvimento com o trabalho da equipe e sua disponibilidade para entrevista.

No transcorrer das entrevistas, assim como na observação direta, utilizamos um caderno de campo no qual registramos informações relativas a cada entrevista realizada, tais como: data, local e condições gerais da entrevista, assim como foi sumariamente registrado o conteúdo das conversas com o entrevistado antes do início e após o término da entrevista. Em algumas situações esses são momentos cruciais e muito ricos, nos quais emergem comentários esclarecedores das condições em que se efetua a entrevista e mesmo de conteúdos do pensamento do sujeito acerca das questões exploradas.

O trabalho de campo

O trabalho de campo foi realizado pela pesquisadora e por um auxiliar de pesquisa. Este trabalhou conosco desde os estudos anteriores, de modo que, ao iniciar a investigação, já tinha conhecimento acerca da região e das informações pertinentes que antecederam a atual pesquisa e lhe serviram de subsídio.

Ao iniciarmos a atual pesquisa procedemos a um novo e específico treinamento do auxiliar de campo, acerca do desenho da investigação e de seu quadro teórico-metodológico, particularmente dos instrumentos de coleta de informação.

O contato com os gerentes dos serviços para início do campo foi feito pelo pesquisador e este acompanhou o auxiliar na primeira entrevista com os diretores dos equipamentos, na qual foi traçado um plano de execução da coleta de dados. Também foram realizadas reuniões de supervisão do trabalho de campo entre o pesquisador e o auxiliar de pesquisa durante todo o transcorrer da coleta.

Assim, o pesquisador efetuou a coleta do material empírico no hospital e na unidade básica, e o auxiliar de campo efetuou-a no ambulatório de especialidades gerais e no ambulatório de saúde mental.

A coleta do material foi realizada por meio da observação direta seguida das entrevistas, em cada serviço e em cada setor, no caso do hospital. Ou seja, iniciávamos as entrevistas somente após o término do período de observação de cada situação de trabalho coletivo.

As observações, considerados o número de seções, o número de horas e o período, foram realizadas conforme segue:

- Hospital, enfermaria de clínica pediátrica: 14 seções, 42 horas, 2 meses;
- Hospital, unidade de terapia intensiva: 9 seções, 23 horas, 1 mês;
- Hospital, pronto socorro: 9 seções, 18 horas, 1 mês;
- Ambulatório de especialidades gerais: 7 seções, 35 horas, 1 mês;
- Ambulatório de saúde mental: 8 seções, 40 horas, 2 meses;
- Unidade básica de saúde: 6 seções, 18 horas, 1 mês.

As situações de trabalho coletivo a serem observadas em cada serviço foram discutidas com os respectivos diretores.

No hospital, optamos por observar a “enfermaria de clínica pediátrica” e a

“unidade de terapia intensiva”, que haviam sido destacadas pelos gerentes como os setores onde se encontravam equipes mais estruturadas²³.

Nos demais serviços, como referimos anteriormente, não havia setores com equipes bem delimitadas, embora houvesse, no entender dos gerentes, trabalho em equipe e, sobretudo, sua valorização enquanto proposição. Assim sendo, optamos por realizar uma observação geral do serviço, com especial atenção às situações de trabalho conjunto entre diferentes áreas profissionais.

Foi realizado um total de 24 (vinte e quatro) entrevistas, assim distribuídas:

- Hospital, enfermaria de clínica pediátrica: 7 entrevistas;
- Hospital, unidade de terapia intensiva: 2 entrevista;
- Hospital, pronto socorro: 2 entrevistas;
- Ambulatório de especialidades gerais: 5 entrevistas;
- Ambulatório de saúde mental: 5 entrevistas;
- Unidade básica de saúde: 3 entrevistas.

Quanto à categoria profissional dos entrevistados, resultou a seguinte distribuição: 7 médicos, 5 enfermeiros, 4 assistentes sociais, 3 psicólogos, 1 educador de saúde pública, 1 fisioterapeuta, 1 fonoaudiólogo e 1 nutricionista.

No QUADRO, a seguir, podemos observar a caracterização dos profissionais entrevistados segundo profissão, tempo de formação, local de trabalho, tempo no local de trabalho e vínculo empregatício.

Na análise do material empírico, os entrevistados serão identificados pelo respectivo número, conforme o QUADRO, e pela letra correspondente à inicial de cada profissão: assistente social — a; enfermeiro — e; fisioterapeuta — f; fonoudiólogo — f²⁴; médico — m; nutricionista — n; psicólogo — p; terapeuta ocupacional — t.

²³ A pesquisa de campo também foi realizada no Pronto-Socorro do Hospital, com observação direta e entrevistas. No entanto, optamos por não incluir esse material empírico na análise, por termos realizado apenas duas entrevistas e pela dinâmica de funcionamento da unidade de retaguarda e pronto socorro assemelhar-se a um serviço de pronto atendimento, com pequeno número de urgências. A nosso ver, isso se deve ao precário funcionamento da rede básica, de tal sorte que os usuários procuram diretamente a unidade de emergência, mesmo em situações que não têm essas características.

²⁴ Os profissionais da área de fisioterapia e fonoaudiologia serão, ambos, identificados pela letra “f”, porque estão inseridos em situações de trabalho coletivo distintas. O fisioterapeuta está inserido na unidade de terapia intensiva e o fonoaudiólogo, no ambulatório de especialidades gerais.

QUADRO - Caracterização dos Profissionais Entrevistados segundo Profissão, Tempo de Formatura, Local de Trabalho Tempo no Local de Trabalho e Vínculo Empregatício.

NÚMERO	PROFISSÃO	ANOS DE FORMADO	LOCAL DE TRABALHO	ANOS NO SERVIÇO	VÍNCULO
E1	Medicina	24	Hospital	17	Inamps
E2	Medicina	21	Hospital	15	Inamps
E3	Enfermagem	14	Hospital	13	Inamps
E4	Serviço Social	21	Hospital	15	Inamps
E5	Nutrição	10	Hospital	9	Estado
E6	Psicologia	23	Hospital	12	Inamps
E7	Fisioterapia	5	Hospital	4	Obs.1
E8	Medicina	19	Hospital	15	Inamps
E9	Enfermagem	19	Hospital	11	Inamps
E10	Medicina	21	Hospital	15	Inamps
E11	Enfermagem	16	Hospital	13	Inamps
E12	Fonoaudiologia	6	Ambulatório	5	Estado
E13	Serviço Social	11	Ambulatório	Obs.2	Estado
E14	Enfermagem	25	Ambulatório	9	Inamps
E15	Serviço Social	24	Ambulatório	10	Inamps
E16	Medicina	23	Ambulatório	2	Inamps
E17	Terapia Ocupacional	25	Ambulatório	12	Estado
E18	Medicina	18	Ambulatório	10	Estado
E19	Psicologia	20	Ambulatório	5	Estado
E20	Psicologia	8	Ambulatório	8	Estado
E21	Serviço Social	6	Ambulatório	5	Estado
E22	Medicina	19	Unidade Básica	11	Estado
E23	Enfermagem	15	Unidade Básica	5	Estado
E24	Educação de Saúde Pública	19	Unidade Básica	3	Estado

Observação 1: no serviço, como fisioterapeuta, docente e supervisor do estágio dos alunos do curso de graduação em fisioterapia em universidade particular, desde 1993.

Observação 2: embora no Ambulatório há menos de um ano, foi referida pelos demais entrevistados do serviço como uma profissional muito integrada na equipe.

As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, totalizando 47,5 (quarenta e sete e meia) horas de gravação, com duração média, para cada entrevista, de duas horas. Todos os profissionais entrevistados concordaram com a gravação e foi acordado com eles que, além do sigilo da não identificação do entrevistado, cada um receberia uma cópia de sua entrevista, transcrita.

À medida que as entrevistas iam sendo realizadas, era providenciada a transcrição das fitas. Após a transcrição procedemos à conferência de fidelidade, de modo a reproduzir, o mais próximo possível, a gravação realizada, com todas as características do depoimento oral. Após a conferência de fidelidade realizamos a edição das entrevistas, retirando vícios de linguagem e as referências que permitissem identificar pessoas ou instituições.

Optamos por realizar as entrevistas no próprio local de trabalho dos respectivos profissionais, com a intenção de não onerá-los em termos do tempo para o depoimento. Esse procedimento pareceu-nos adequado, pois nenhum dos profissionais selecionados para entrevista apresentou recusa. No entanto, o processo estendeu-se para além do tempo previsto, dada a necessidade de adaptação à disponibilidade de horário dos entrevistados, em alguns casos sendo preciso realizar mais de uma sessão até concluir a entrevista.

O trabalho de campo estendeu-se por um período de doze meses, tendo iniciado em 7 de agosto de 1996 e terminado em 4 de agosto de 1997.

Ressaltamos a receptividade e a colaboração do conjunto dos trabalhadores envolvidos nas situações de trabalho observadas, para com o pesquisador e o auxiliar de campo, e a disponibilidade dos depoentes selecionados, para participação nas entrevistas.

Os procedimentos de análise

A análise qualitativa das entrevistas semi-estruturadas deve abarcar vários planos de cada relato, ou seja, a totalidade de cada um deles, os detalhes de cada um e suas relações, e o conjunto do material coletado pelas entrevistas, o que conforma outra esfera de totalização. Nesta pesquisa, consideramos o conjunto de entrevistas de cada

situação de trabalho coletivo em separado.

O procedimento adotado para a análise das entrevistas inicia-se com o processo de impregnação, isto é, a leitura e releitura de cada um dos relatos até dominar o todo de um mesmo depoimento. Nesse processo é possível detectar os elementos que enunciam a lógica subjacente à fala do sujeito e elaborar um esquema provisório de interpretação de cada entrevista, à luz do referencial teórico que orienta a pesquisa.

Após a leitura vertical, onde a atenção está voltada particularmente à singularidade de cada entrevista, procedemos à leitura horizontal do conjunto dos relatos de cada situação de trabalho coletivo — a enfermaria, a unidade de terapia intensiva, o ambulatório de especialidades gerais e o ambulatório de saúde mental. Portanto, o plano de leitura horizontal foi efetuado considerando-se o conjunto de entrevistas de cada equipe multiprofissional, visto ser esse o recorte do objeto de estudo. A leitura do conjunto dos relatos de cada equipe permitiu estabelecer as relações entre os depoimentos, pois é esse sistema de relações que torna possível as interpretações acerca das representações.

No transcorrer do processo de leitura vertical e horizontal das entrevistas, identificamos núcleos temáticos ou categorias empíricas, que foram analisados com base nas categorias de análise formuladas no quadro teórico referencial.

As categorias analíticas são aqui entendidas como o instrumental conceitual básico que emerge do quadro teórico adotado, podendo ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto de investigação (DEMO, 1985:56; MINAYO, 1992:93-94). Assim, foram contempladas as categorias a seguir: complementaridade e interdependência dos trabalhos especializados; articulação das ações; autonomia técnica; saber tecnológico; interação e interdisciplinaridade.

As categorias empíricas são construídas com finalidade operacional, visando ao trabalho de campo, ou com base no material empírico coletado (MINAYO, 1992:94). Foram destacadas as seguintes categorias: o trabalho de cada um; o trabalho dos agentes conexos; o saber do agente; o saber dos agentes conexos; autonomias e subordinações; relações interpessoais; equipe de trabalho e projeto assistencial comum.

Especificamente na leitura horizontal do conjunto dos relatos referentes a cada situação de trabalho coletivo, buscamos identificar os aspectos recorrentes, os contraditórios e os antagônicos e o significado que adquirem por referência a essas

posições.

Trabalhamos de forma semelhante com as observações, realizando a leitura de cada uma e, posteriormente, a leitura do conjunto de observações de um mesmo serviço ou setor, no caso do hospital. Na análise das observações, utilizamos as mesmas categorias empíricas identificadas nas entrevistas, de modo a identificarmos as características e as evidências do trabalho coletivo em cada situação de trabalho observada.

As informações obtidas com base na análise das observações foram utilizadas como contraponto e também complementarmente à análise das entrevistas, num procedimento de triangulação. A técnica da triangulação tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição e compreensão do foco em estudo, por meio do cruzamento de múltiplos pontos de vista a partir de múltiplos informantes e de múltiplos instrumentos de coletas de dados (TRIVIÑOS, 1990:138; MINAYO, 1992:241).

Sumariamente, executamos o seguinte procedimento de análise:

- leitura vertical de cada relato, seguida de síntese de cada entrevista, na qual foram destacados os excertos referentes às categorias empíricas identificadas e sua interpretação;
- leitura horizontal do conjunto de relatos de cada situação de trabalho coletivo;
- leitura horizontal das sínteses do conjunto dos relatos, trabalhando com as semelhanças, as contradições e os antagonismos presentes nos excertos agrupados por categoria empírica. Com base na interpretação das categorias empíricas à luz das categorias analíticas, foi elaborada a análise das entrevistas de cada situação de trabalho coletivo estudada;
- leitura do conjunto de observações referentes a cada situação de trabalho coletivo, identificando os aspectos atinentes às categorias empíricas levantadas nas entrevistas;
- síntese do conjunto de observações referentes a cada situação de trabalho coletivo, à luz das categorias de análise;
- por fim, a síntese da análise do conjunto de relatos de cada situação de trabalho coletivo foi cotejada com a respectiva síntese das observações.

Cabe ressaltar que, durante todo o processo de análise das entrevistas e das

observações, consideramos, conforme o quadro teórico-metodológico, o contexto dos entrevistados e das situações de trabalho coletivo investigados, bem como a trajetória profissional de cada depoente. O contexto permitiu situar agentes e serviços na dimensão histórico-social das práticas de saúde, no Brasil, particularmente no Estado e no Município de São Paulo. Para isso, consideramos o modelo assistencial, as políticas de saúde e as políticas de recursos humanos em saúde, apresentados anteriormente. A trajetória profissional de cada entrevistado permitiu apreendermos e considerarmos, para efeito de análise, a singularidade de cada profissional. Assim, pudemos identificar e interpretar as representações dos agentes e as observações do trabalho, à luz do referencial teórico-conceitual, do contexto histórico das práticas de saúde e da história profissional singular de cada um.

Finalizando, destacamos que a observação permitiu-nos identificar algumas peculiaridades do trabalho desenvolvido na enfermaria e na unidade de terapia intensiva (UTI), que foram consideradas na análise do material empírico.

A observação mostrou que, na UTI, não é possível dissociar o trabalho dos profissionais universitários daquele das auxiliares de enfermagem, bem como, considerar o trabalho da enfermeira, que gerencia a assistência de enfermagem, sem considerar o trabalho das auxiliares que executam os cuidados diretos. Há uma divisão de trabalho bastante clara entre as auxiliares de enfermagem e a enfermeira, cabendo às primeiras a execução dos cuidados e à Segunda, as atividades de gerência da assistência de enfermagem e da unidade, gerência esta que a enfermeira compartilhada com o médico chefe da UTI. Portanto, na discussão do empírico tomamos o trabalho das auxiliares de enfermagem enquanto parte indissociável da assistência intensiva, apesar de termos entrevistado somente a enfermeira da unidade.

Na enfermaria de clínica pediátrica pudemos tomar em consideração, para efeito desta pesquisa, apenas o trabalho das enfermeiras, porque as duas profissionais do período da manhã fazem, entre si, a típica divisão de trabalho da área de enfermagem — cuidados diretos/cuidados indiretos. Assim sendo, entrevistamos a enfermeira de cabeceira, que executa predominantemente atividades assistenciais, embora também compartilhe atividades gerenciais com a enfermeira supervisora e vice-versa.

Também observamos que, na UTI, a maioria das atividades assistenciais de fisioterapia é desenvolvida pelos estagiários de fisioterapia, pois a docente responsável

permanece na UTI apenas alguns períodos, visto que realiza atividades também em outras unidades do hospital. Assim, na análise, consideramos as atividades das estagiárias, apesar de termos entrevistado a fisioterapeuta docente.

Capítulo V – Análise do Material Empírico

Como assinalamos no capítulo anterior, analisamos, em separado, cada uma das situações de trabalho coletivo investigadas — a enfermaria de clínica pediátrica, a unidade de terapia intensiva pediátrica, o ambulatório de especialidades gerais e o ambulatório de saúde mental. Tal procedimento foi adotado porque nos permite preservar a equipe multiprofissional, nosso objeto de estudo, como unidade de análise, como singularidade. Entendemos que cada conjunto de profissionais de uma dada situações de trabalho coletivo configura uma realidade singular, na qual os agentes são abordados quanto ao todo que constituem e não como um coletivo-somatória. Assim, os depoimentos são interpretados por referência à situação de trabalho coletivo em que se encontram inseridos os sujeitos entrevistados, além de serem compreendidos por referência ao contexto dos processos de trabalho.

A análise de cada situação de trabalho é apresentada em duas etapas, conforme os objetivos da investigação. Num primeiro momento, buscamos mostrar as evidências empíricas da natureza coletiva do trabalho realizado pelo conjunto de profissionais e o modo como os distintos agentes concebem, expressam e operacionalizam, no cotidiano do trabalho, os aspectos tanto da complementaridade e interdependência dos trabalhos especializados, como da articulação das ações. Portanto, trata-se de descrever a realidade objetiva do trabalho. Num segundo momento, analisamos a relação entre os planos simbólico e imaginário, presentes nas representações dos sujeitos acerca desse trabalho coletivo e que pode constituir-se como equipe multiprofissional, e a realidade objetiva vivida. Isto é, analisamos as relações existentes entre a arquitetura de um trabalho coletivo e um possível projeto de trabalho em equipe, apreendido pelas manifestações em torno de um projeto comum de trabalho, ou pelo menos pela intenção de realizá-lo.

O trabalho coletivo na enfermaria de clínica pediátrica

Entendemos a complementaridade objetiva e a interdependência, por um lado, e a articulação, por outro, como aspectos distintos do trabalho coletivo. Referimos, no

capítulo teórico, que os dois primeiros caracteres dizem respeito às ligações ou relações existentes entre ações de saúde que originalmente eram executadas pelo mesmo profissional e passam, com base no processo de divisão do trabalho, a ser realizadas por distintos agentes de trabalhos parcelares. E o segundo aspecto refere-se às conexões entre as diferentes ações ou atividades, que são ativa e conscientemente colocadas em evidência pelos agentes que as realizam. Portanto, a complementaridade e a interdependência das ações executadas por agentes de diferentes áreas profissionais não se desdobram ou correspondem, necessária e imediatamente, à articulação das ações.

Ao se referir ao trabalho deles próprios ou ao trabalho dos profissionais de outras áreas, os entrevistados relatam situações cotidianas que mostram a complementaridade e a interdependência dos diversos trabalhos. Dos seis entrevistados na enfermaria, apenas um não faz referência a essas situações. De nossa observação, contudo, cada trabalho está, objetivamente, relacionado ao outro para o produto final, qual seja, a atenção às necessidades de saúde do usuário, que resultaria da composição dos vários trabalhos especializados.

“... ninguém faz nada sozinho, dependemos muito, muito, muito da enfermagem. Nós prescrevemos, se a medicação não é bem dada, a coisa não vai bem, há necessidade dos cuidados de enfermagem, é interessante (...) Muitas vezes, nós temos um caso social, e há necessidade de se chamar o serviço social. Ele vem aqui, e entregamos na mão deles, eles vêem os trâmites legais, principalmente quando são problemas com o Judiciário ... nós não entramos nesse aspecto, são eles que vêem. Assim, nos fixamos mais na conduta de tratar o paciente, e rendemos” (...) O acompanhamento psicológico necessita de uma avaliação demorada, de muito tempo ... é uma área especializada. Quando vemos que o problema da criança é mais emocional, que há necessidade de chamar um pessoal dessa área e a psicóloga está sempre aí para nos ajudar ... é muito importante esse acompanhamento.” (E1m)

Por outro lado, os entrevistados também fazem referência a situações de trabalho onde, além da complementaridade e da interdependência entre os trabalhos das diferentes áreas profissionais, aparecem aspectos que assinalam a existência de alguma articulação.

“Muitas vezes se eu não a vejo (nutricionista) ali, ligo paralá (supervisora da área de nutrição) ... que também sabe das coisas daqui ... converso com ela sobre alguma alteração de dieta. Por exemplo, aquela criança que está chorando a noite inteira porque veio pouco leite, é lógico que, na hora que o médico aumentar o leite, eu vou ligar para a nutricionista ... não vou ficar esperando subir uma copeira, subir uma nutricionista para mudar o leite. (...) a gente tem prioridades e tem que ligar na hora ... por isso que a gente fica muito naquele telefone ... porque a gente fala o tempo todo ...” (E3e)

“Acho que hoje a nutrição está sendo muito valorizada ... porque, sendo um paciente desnutrido, não reage ao tratamento, não adianta dar antibiótico, ficar mudando nada, se não ocorre um bom suporte nutricional e metabólico com esse paciente. Então, a nutrição, hoje, é um processo muito importante, em qualquer unidade ... esses profissionais estão no dia-a-dia em contato ... a gente troca informações, dúvidas, em relação ao leite, em relação as dietas ...” (E2m)

“Então, antes de tirar a história, vou ao serviço social para ver se isso já foi feito (...) eu sou uma das que insistem para as mães irem no serviço social, porque elas tiram uma história bem tirada, toda a dinâmica familiar, número de filhos, tudo o que é básico saber. Eu vou muito pela ficha delas, e é a partir daí que vou perguntar mais, se precisar.” (E6p)

No último trecho, a psicóloga refere a articulação entre seu trabalho e o da assistente social, pois, consulta e utiliza as informações colhidas na entrevista do serviço social, antes de realizar sua coleta de história. Nos excertos anteriores, os entrevistados também referem articulação entre os diferentes trabalhos, à medida que a enfermeira, o médico e a nutricionista comunicam-se pessoalmente, ou por telefone, sobre mudanças na dieta das crianças.

Ainda quanto à distinção entre complementaridade e articulação das ações, a assistente social assinala a falta de articulação entre as atividades realizadas pelos diferentes agentes, exemplificando com os encaminhamentos que geram ações estanques e individualizadas entre quem encaminha e quem recebe o encaminhamento.

“Estávamos discutindo agora essa questão da violência doméstica, porque desde que cheguei aqui pegamos casos de crianças com escoriações, perna quebrada, estupros, coisas muito palpáveis. E à medida que fomos nos estruturando, de 94 para cá, comecei a fazer uma estatística disso, no serviço social, porque isso sempre termina no serviço social, é uma praxe, os casos são encaminhados para a gente. Acho que está certo encaminhar, não estou achando que não devem encaminhar, só questiono a forma do encaminhamento; é como se a pessoa encaminhasse e não tivesse mais nada com o caso ... como se não pudesse discutir essa coisa no atendimento médico.” (E4a)

Considerando que cada um dos trabalhos especializados isoladamente, por si só, não consegue responder integralmente às necessidades de saúde dos usuários, precisando ser complementado por outros trabalhos também especializados, há que se criar condições para evidenciar e processar as articulações entre as ações executadas pelos diversos agentes. No entanto, vimos que a complementaridade não é aproveitada, pelos profissionais, no sentido de expressar articulação entre seus trabalhos. O que remete para a concepção de equipe agrupamento, na qual não ocorre articulação das ações nem interação dos agentes. Os trabalhos especializados estão justapostos, lado a lado, sem que as conexões estejam evidenciadas pela intervenção consciente de um sujeito articulador.

À primeira vista pode parecer que haja uma contradição entre os aspectos de complementaridade e interdependência, que implicam ligações objetivas e a justaposição de trabalhos especializados que prescinde de articulações. No entanto, não há uma contradição, pois a justaposição de trabalhos não nega a complementaridade entre as ações, mas apenas a mantém subentendida, secundarizada e quase oculta, visto que às relações entre ações de distintos profissionais não é atribuída qualidade tecnológica, estando esta presente apenas nas próprias ações em si; as conexões não precisam transparecer como aspectos do trabalho executado pelos agentes. Todavia, se não há contradição entre o caráter complementar dos trabalhos especializados e sua mera justaposição, há, de fato, uma tensão expressa no ocultamento da interface potencialmente articuladora desses diferentes trabalhos.

As articulações que permitem ultrapassar a justaposição de trabalhos parcelares requerem investimento, ou seja, uma ação consciente do sujeito/agente com essa particular finalidade e nessa particular direção — da articulação. Voltaremos a esse aspecto quando abordarmos as questões referentes à interação dos agentes.

Por ora, perguntamo-nos: qual a concepção dos depoentes acerca da complementaridade e da interdependência das ações, uma vez que não remetem à necessidade de articulação?

Vimos, anteriormente, que o modelo assistencial hegemônico nas práticas de saúde é o modelo clínico da assistência médica individual. Este está centrado no saber biomédico e nas ações de diagnóstico e tratamento das patologias e dos sintomas orgânicos, portanto, atribui ao profissional médico o trabalho nuclear e aos demais profissionais não-médicos, trabalhos periféricos. A denominação “nuclear” e “periférico” tem inspiração numa investigação desenvolvida por CARAPINHEIRO (1993) sobre as relações dos saberes e dos poderes nos serviços hospitalares em Portugal, na qual a autora analisa em profundidade a centralidade do saber médico e das intervenções do profissional médico e os demais saberes como periféricos, concluindo que o serviço de saúde constitui o lugar por excelência do poder médico.

Os depoimentos dos agentes entrevistados na enfermaria, corroboram a noção de centralidade do trabalho do médico e, portanto, a concepção de “complementaridade periférica” do trabalho dos não-médicos por referência aos médicos. Essa concepção não destaca a dimensão da articulação das ações como necessária e imprescindível e mantém submersas as ligações que estão na gênese dos trabalhos parcelares, pois periférico é relativo a periferia, a contorno, a extremidade marginal, refere-se àquilo que está nas bordas do que é considerado nuclear.

De fato, a organização institucional, assim como a literatura, evidenciam que o modelo predominante de organização das práticas de saúde é o modelo médico, e que é em torno da racionalidade clínica que as demais áreas profissionais de saúde vão agregar seus trabalhos peculiares, configurando o que se apresenta como trabalho coletivo. Todavia, esses trabalhos especializados das áreas profissionais não-médicas são engendrados com base em necessidades colocadas pelo próprio modelo tecnológico de organização das práticas contemporâneas. De modo que o caráter de complementaridade periférica atribuído às ações executadas pelos profissionais não-

médicos não pode ser acrescido de um sentido assessorio ou descartável, mas sim configura trabalhos necessários, embora socialmente tidos como de menor valor e, nisso, desiguais.

Chamamos a atenção para o fato de que o caráter periférico atribuído ao trabalho dos agentes não-médicos, traduz a desigualdade dos trabalhos para além das diferenças técnicas. E que esse caráter periférico e secundário atribuído a trabalhos historicamente necessários e complementares evidencia outra tensão no trabalho coletivo multiprofissional.

A entrevistada E6p faz referência ao aspecto periférico quando diz que o trabalho do psicólogo, assim como da área de saúde mental e do assistente social, é visto como trabalho de “descascar abacaxis”, “apagar incêndios” e/ou “despejo”. Isto é, esses trabalhos não são apreendidos pelos demais profissionais, médicos e não-médicos, pois estes reproduzem a cultura profissional hegemônica, como um recurso tecnológico imprescindível para atender às necessidades de saúde dos usuários, mas sim como um recurso periférico no sentido de ser um acréscimo ao que é imprescindível e por primeiro implementado. Nos serviços de saúde é comum o encaminhamento de situações críticas e, sobretudo, bastante avançadas quanto a seu comprometimento e com curto prazo para resolução, para o psicólogo ou para o assistente social, de modo que esse agentes são colocados frente a situações de extrema gravidade e com escasso tempo para intervenções especializadas. Interessante observarmos que o trabalho do psicólogo e do assistente social representa, justamente, os aportes sobre os fenômenos sociais e emocionais presentes nas necessidades de saúde, o que reforça que a abordagem central das necessidades dos usuários é a biomédica, tanto para os médicos como para os não-médicos, cujo trabalho, em seu conjunto, está regido pela normatividade médica.

“O pessoal de saúde mental sempre foi visto como alguém que vai descascar os abacaxis indescascáveis do andar, da enfermaria. Lembro-me do caso de uma adolescente que chegou com uma criança, quer dizer, a mãe era uma adolescente, com uma criança recém-nascida, claramente uma menina comprometida intelectualmente, que estava com uma criança com icterícia violenta, precisando de internação. Essas duas crianças, no final, ficaram no pronto-socorro durante três

dias, quando a mãe resolveu pegar o filho e ir embora, à revelia do pronto-socorro. Aí, então, o serviço de saúde mental foi chamado para apagar o incêndio, para não deixar essa mãe sair com essa criança, icterica grave ... toda amarela. Isso deveria Ter sido feito no começo. Era uma adolescente com uma criança, que deveriam Ter sido encaminhadas para a assistente social, para o psicólogo, para tentar ver ... uma menina de 14 anos com uma criança de 2 dias.” (E6p)

O processo de divisão do trabalho em saúde apresenta outro importante componente que se refere à autonomia profissional. Por um lado, as situações cotidianas de trabalho coletivo, com complementaridade e interdependência entre os distintos trabalhos especializados, implicam o caráter relativo da autonomia técnica do conjunto das áreas profissionais. Por outro lado, cada um dos trabalhos parcelares consiste numa modalidade de autonomia peculiar.

Embora a autonomia técnica seja paradigmática no trabalho do profissional médico, como bem analisado nos estudos de FREIDSON (1978), SCHRAIBER (1993) e RIBEIRO (1995), também está presente no trabalho dos demais profissionais de saúde. Pois, por tratar-se de um trabalho reflexivo (OFFE, 1989; 1995), todo profissional de saúde realiza um trabalho dotado de incertezas e descontinuidades e efetua a tradução de um saber técnico específico para a situação em particular que se apresenta na atenção ao usuário. De modo que nada é totalmente definitivo antes da intervenção, não sendo possível desenhar um plano assistencial que já seja completo e único antes de sua implementação, ficando, assim, preservado, para cada agente, um espaço de julgamento e decisão no exercício cotidiano do trabalho (SCHRAIBER & PEDUZZI, 1993).

No entanto, como dissemos, a autonomia técnica dos diversos profissionais em saúde apresenta características distintas, a depender do estatuto de cientificidade do respectivo saber técnico e da sua legitimidade social, bem como do trabalho especializado correlato. Vimos, no quadro teórico, que o principal substrato da autonomia técnica é o domínio do saber específico de cada área profissional e seu momento nuclear é o da decisão assistencial, pois são a especificidade do saber e, sobretudo, sua fundamentação científica que atribuem o caráter privativo das atividades profissionais e o controle sobre os momentos de concepção e execução das mesmas. De

tal forma que, quanto maior a legitimidade social e, não apenas a autoridade técnica, do saber, maior o âmbito de autonomia profissional, o que pode significar, também, autonomia frente ao usuário mas dependência e subordinação frente a outro profissional, mais soberano.

O caráter peculiar da autonomia técnica e da interdependência por referência ao trabalho do médico aparece explicitamente nos relatos da nutricionista e da enfermeira (E5n e E3e).

Quanto à nutricionista²⁵, com base na anamnese alimentar, na avaliação nutricional, nas informações da visita diária e no saber tecnológico da área de nutrição, a profissional faz um julgamento das necessidades e características da criança e toma decisões no sentido de adaptar a prescrição médica. No entanto, o profissional médico representa um limite claro a sua autonomia, pois se a alteração ou adaptação da dieta prescrita for significativa, a nutricionista precisará não somente consultar e discutir com o médico, mas fazê-lo cautelosamente, colocando-se na posição de quem está apenas “sugerindo algumas coisas”, mesmo que não tenha dúvidas quanto à pertinência de sua conduta e conte com substratos teóricos e empíricos comprovados para tal. Caso o médico não concorde com suas sugestões, prevalecerão a prescrição e a decisão dele. Essa situação mostra-nos que a nutricionista tem autonomia técnica, pois pode tomar decisões quanto à conduta alimentar mais indicada para o usuário; no entanto, encontra-se em condições de subordinação hierárquica frente ao profissional médico, o que faz prevalecer a opinião deste.

“Normalmente passo no andar e pego as prescrições médicas e a evolução de dietas. Depois passo as visitas, porque, muitas vezes, a prescrição médica é muito genérica, como por exemplo, dieta para a idade; então preciso saber se a criança é pequena, se aceita mamadeira, se aceita dieta geral, se consegue, ou não, comer. Aí, pelo contato com o acompanhante, verificando o paciente internado, vamos fazer a adaptação. Às vezes o hábito intestinal não está bom; então, você altera para uma dieta laxante. Na visita, fazemos a adaptação da dieta e a orientação para

²⁵ Especificamente quanto a uma crítica à autonomia profissional do nutricionista, ver BOSI (1995). A autora discute, com base na sociologia das profissões, que a autonomia não constitui atributo do trabalho da nutricionista. Essa conclusão toma por base um conceito bem mais extenso que o nosso, pois considera componentes do trabalho que ultrapassam a parte reflexiva da técnica, que vem a ser o recorte de nossa definição de autonomia técnica. Por essa razão, quanto às condições de mercado, por exemplo, concordamos com a perda da autonomia (mercantil).

o paciente, e é por isso que gosto de ver a prescrição antes. Se é uma alteração muito significativa, entro em contato com o médico responsável, ou com o residente. Por exemplo, havia uma criança de quatro meses com um tipo de leite indicado até o quinto mês, só com esse leite. E, de repente, foi prescrito suco, sopa duas vezes, e esse mesmo leite. Entrei em contato com o médico, para dizer que não é indicado começar a incluir, de uma hora para outra, todos esses alimentos, de uma só vez, e sugeri algumas coisas. Poderíamos até colocar suco uma vez, mas, primeiro, precisaríamos modificar o leite, para que ele desse uma quantidade maior de proteínas, de lactose, para verificarmos se a criança aceitaria. Se aceitasse bem, o segundo passo seria incluir a sopa, mas, antes, precisaríamos modificar o leite, para outro indicado do quinto mês em diante. Então, precisamos estar em contato com a prescrição, com o paciente e com o médico. (...) Se é uma alteração que não condiz com o que você está acostumada a fazer pela idade, e o médico prescreveu, vamos, cautelosamente, conversar com ele, porque, em alguns deles, você encontra muita resistência. Por exemplo, lá na Escola, na gastro, eles fazem a transição de uma mamadeira sem lactose, para uma com lactose. Antes, fazia-se diluição, dava-se um pouquinho de leite com lactose e um pouquinho sem, no caso de crianças com intolerância ao leite de vaca. Os estudos da Escola mostram que você já pode fazer a transição imediata, seguida de um teste clínico naquela criança, verificando o abdômen, para ver se teve gases ou não, para saber se a criança ainda tem intolerância à lactose. Se a criança passou bem naquela primeira mamada, com certeza já se pode modificar todas as mamadas para mamadeira convencional. Eu fui sugerir isso para um médico daqui, porque ele queria fazer a transição de meio com leite especial e meio com leite normal, como se fazia antes. Ele não aceitou, disse que aqui é aqui ... o pessoal da gastro faz desse jeito. Então, não são todos que aceitam, e você tem que respeitar, mesmo não sendo mais tão necessário.” (E5n)

Quanto à enfermeira, a profissional identifica problemas, define os cuidados de enfermagem necessários e executa-os com base no saber tecnológico e no saber prático de enfermagem. No entanto, consulta o médico sobre os problemas identificados e os cuidados necessários e, sobretudo, solicita sua prescrição em se tratando de cuidados que requerem também o fornecimento de medicação, mesmo que de uso padronizado no serviço. A dimensão da autonomia técnica é expressa pela enfermeira (E3e) como

um valor que faz subentender o “ser sujeito” do agente, pois implica liberdade de julgamento e decisão. Nota-se, no entanto, que, se por um lado, a enfermeira atua com autonomia técnica peculiar a seu trabalho especializado, por outro, expressa a introjeção de uma dada subordinação ao profissional médico, à medida que demanda quase sempre o reconhecimento do outro — o médico.

“Essa parte é muito gratificante porque você ajuda a criança a se recuperar, a gente faz esse exame, vê o que a criança precisa. Aqui a gente depende que a farmácia mande a medicação, então não adianta eu falar para a mãe — vou te dar uma pomada - se o médico não prescreve; então, a gente vai conversar com o médico — essa criança tem piolho, essa criança tem escabiose, essa criança tem assadura ... — Aí prescrevem a medicação e a farmácia manda ... então a gente faz um tratamento na criança, isso seria uma avaliação de enfermagem mesmo ... isso é importante. O curativo não é prescrito aqui ... isso eu acho super importante ... eu acho bom o médico confiar na nossa avaliação de curativo ... ele não precisa prescrever qual o curativo ... —, a gente sabe ... Raramente prescreve ... eu até avalio a quantidade de curativos por dia, porque tem criança que você faz um só e tudo bem ... mas tem outros que você vai precisar fazer mais vezes. E, às vezes, sou eu que passo para o plantão da tarde, — vai ter que fazer à tarde e à noite —, eu escrevo no relatório que tem que fazer curativo. Então, acho bom a gente ter essa independência e essa confiança dos médicos, de deixar essa parte com a gente. (...) Então, em 20%, digamos que eu detecte alguma coisa na criança, eu mesmo faço o cuidado, eu ponho no plano de cuidados ... para isso a gente não depende da prescrição. (...) Nos cuidados de enfermagem, às vezes eu sei até melhor que o médico o que é melhor para aquela criança ... aquela coisinha específica dela. Também, às vezes, eu nem me dou o trabalho de ir atrás do médico para prescrever ... eu oriento o acompanhante, oriento o auxiliar de enfermagem, prescrevo no plano de cuidados e a coisa sai.” (E3e)

Retomando a importância da dimensão intelectual do trabalho, presente no saber tecnológico, para aquilo que se configura como autonomia técnica do profissional, vejamos o depoimento do médico (E1m) ao ser questionado sobre o saber das demais áreas profissionais. Nessa questão, o entrevistado refere-se apenas ao exemplo da

enfermagem e equipara o saber da enfermeira com o saber da mãe, referindo como elemento diferenciador entre ambos o saber prático das enfermeiras, que, segundo ele, *já convivem tanto com isso, que já sabem muitas coisas*. O entrevistado não faz referência a nenhum elemento que diga respeito ao saber técnico da enfermagem.

“Por exemplo, a mãe nos auxilia muito, é uma arma valiosa que temos. Se eu ensino a mãe a fazer uma tapotagem, eu tenho que explicar para a mãe por que está fazendo tapotagem ... aí, ela poderia até fazer melhor. (...) Como a enfermagem segue a ordem do médico, era até importante falar o que nós estamos fazendo ... interessante isso. E tem algumas enfermeiras, inclusive — porque os residentes fazem prescrição e a gente checa — que vêem coisas que nós não vemos, porque ela está sabendo do caso e vem perguntar para a gente se não está errado. Elas acham estranho ... já conviveram tanto com isso, que já sabem muitas coisas. Então, o que falta para ter um melhor aproveitamento da ordem que você deu é explicar por que está fazendo, acho que seria uma coisa interessante ... perder um tempo explicando ... acho que em qualquer área. Às vezes, ocupamos uma posição que não quer perder tempo, achamos que ela já sabe ou que tem muita coisa para fazer e, aí, não passa. Isso talvez seja uma falha nossa ... precisamos nos autopoliciar para que não continue acontecendo, mas é um erro que existe na classe médica. E eu me incluo nisso também. (...) Se você não explica, o paciente sai achando que tem alguma coisa errada ... e mesmo com a enfermagem, se você passa uma medicação um pouco agressiva, ela vem perguntar, ela se assusta, porque é uma coisa nova ... se é um medicamento novo e se você explicar direitinho, ela vai até querer aprender por que está fazendo, é interessante isso ... cada um é cada um, cada enfermeira é uma enfermeira, e tem enfermeira que quer saber, porque é interessante saber ...” (E1m)

Vejamos também o depoimento de outro médico (E2m), que faz referência ao trabalho da nutricionista como sendo desprovido de autonomia técnica:

“A nutrição, por exemplo, ela demanda, ela precisa de uma integração com o médico. A prescrição da parte nutricional é feita pelo médico e a nutricionista, normalmente, pega essa prescrição; se tiver dúvidas, se tiver alguma coisa, ela vem, conversa com o médico e discute. Ou se tem algum dado, alguma informação

diferente, ela procura conversar com o médico. Mas, normalmente, a dieta, a prescrição da dieta é dada pelo médico e a nutricionista normalmente procura atender aquele tipo de prescrição. Quando ela tem dúvida, quando ela acha que poderia ser feito algo diferente ... então entra em contato com o médico e procura conversar ... Se o médico concordar, aí ele muda essa prescrição ... ou acrescenta ... Então, há um intercâmbio.” (E2m)

Os entrevistados referem-se à enfermeira e à nutricionista como executoras das prescrições médicas, e, como tal, executoras de um trabalho desprovido de autonomia técnica, assim como desprovido de um saber próprio, uma vez que não procederiam a julgamentos e decisões no âmbito técnico de seu peculiar trabalho. Dessa maneira, mais uma vez, os entrevistados (Em1 e Em2) expressam o caráter periférico que atribuem à complementaridade do trabalho especializado de ambas as áreas, enfermagem e nutrição, por referência ao trabalho do médico. Com isso também expressam o valor desigual atribuído a esses trabalhos, com subordinação de uns ao outro. Aqui a diferença técnica que permite a complementaridade entre os trabalhos especializados é convertida em desigualdade hierárquica. Trata-se da conversão dos diferentes em desiguais e da desigualdade em relação entre superior e inferior (CHAUI, 1984a:35). Além disso, trata-se da conversão do profissional não-médico de sujeito a objeto, visto que ocorre uma atuação instrumental na relação com o outro, em que as condutas deste são tidas como passíveis de total controle e subordinação, isentas de qualquer autonomia técnica do âmbito de competências dos agentes não-médicos. (CHAUI, 1984a:35-36).

Faz-se necessário destacar que a subordinação hierárquica dos profissionais não-médicos aos agentes médicos é compartilhada e reiterada por todos os profissionais das diversas áreas, como vimos anteriormente, no relato da enfermeira e como é possível observar em vários outros depoimentos. A transmutação da diferença em desigualdade ocorre, em parte, porque cada sujeito reflete as condições de sua época e das práticas sociais nas quais está envolvido, no caso, as práticas de saúde. Nestas, há, de fato, a hegemonia do trabalho do médico, assim como há, na sociedade, valores dominantes hierarquizando as relações e a inserção social dos sujeitos. Por outro lado, tal transmutação ocorre porque há uma alienação do agente de sua própria capacidade de

ser sujeito, de posicionar-se diante das situações e de tomar decisões. Isso pode ser observado à medida que os profissionais expressam um consenso quanto à hierarquia no trabalho e, portanto, a subordinação de uns aos outros; no entanto, não declaram e também parecem não saber em torno de quais regras e valores está definido tal consenso.

Porém, os sujeitos também refletem as aspirações emancipatórias da época, assim como das práticas em que atuam (HABERMAS *apud* FREITAG & ROUANET, 1993). De modo que estão permanentemente presentes tensões e conflitos entre, por um lado, uma prática de subordinação ao modelo e ao trabalho do médico e, por outro, as aspirações de emancipação, de autonomia técnica e as peculiaridades dessa técnica, que demandam a reflexão e a tomada de decisão dos profissionais individualmente e, quando for o caso, coletivamente.

Cabe perguntarmos: as questões relativas à autonomia técnica comportam-se de maneira muito distinta e peculiar para os profissionais da área de psicologia e de serviço social quando comparadas à enfermagem e à nutrição? A discussão anterior do caráter periférico do trabalho dos não-médicos em geral responde negativamente a essa pergunta. Pois, embora o psicólogo fundamente seu trabalho num saber tecnológico específico da área da psicologia, que tem o estatuto de área do conhecimento, quando seu trabalho é desenvolvido no interior dos serviços de saúde, sob a normatividade médica, move-se num âmbito mais restrito de autonomia técnica. O estudo de CAPOBIANCO (1998) acerca da prática dos psicólogos nos serviços hospitalares corrobora nessa direção, permitindo perceber que o psicólogo trabalha com certo âmbito de autonomia técnica, visto que suas atividades são compostas pela triagem, pelo diagnóstico e pelo acompanhamento de usuários, porém com delimitações colocadas pela prática do profissional médico. Esse estudo destaca que a introdução do psicólogo no hospital não trouxe inovações na racionalidade ou no modelo hegemônico de atenção à saúde.

Temos, portanto, que a autonomia está presente em todos os trabalhos especializados, à medida que, em cada uma das áreas profissionais, há um saber técnico instrumentalizando os julgamentos e as decisões do agente. Como assinalamos, tratam-se de autonomias técnicas que apresentam peculiaridades, mas sempre necessárias, visto que o sucesso na execução dos variados trabalhos parcelares implica, em

diferentes medidas, a aplicação de um saber operante à situação particular de cada usuário, portanto, interpretações e avaliações em ato. As diferentes áreas profissionais também guardam em comum o possível caráter interdependente das respectivas autonomias técnicas, pois tanto o agente pode tomar decisões individualmente, como fazê-lo, integrando contribuições do julgamento de outro profissional, além de a decisão também poder ser tomada em colaboração. Assim sendo, os profissionais de saúde não podem trabalhar em situações de total constrangimento institucional e/ou de total subordinação, havendo uma tensão permanente entre as relações hierárquicas de subordinação e a autonomia técnica, bem como entre estas e as aspirações emancipatórias dos sujeitos do trabalho.

O trabalho em equipe multiprofissional na enfermaria de clínica pediátrica

Ao referirem-se especificamente ao trabalho em equipe, os depoentes mostram que não há consenso quanto a sua caracterização e nem mesmo quanto à existência dessa particular modalidade de trabalho coletivo, na enfermaria. Embora todos os relatos assinalem que o trabalho em equipe é objeto de tematização e reflexão por parte dos distintos profissionais, as questões levantadas por eles a esse respeito são, de fato, bastante variadas, pouco compartilhadas e até mesmo contraditórias acerca de alguns aspectos, como veremos a seguir.

Fizemos referência à concepção de equipe agrupamento, na qual ocorre justaposição dos trabalhos especializados. Essa concepção é destacada quando, ao se referir à distinção entre equipe médica e equipe multiprofissional, o entrevistado (E1m) coloca que as áreas não-médicas trabalham *para dar prosseguimento ao que o médico quer, ao que o médico deseja de melhor para o paciente*, pois, nesse relato, os não-médicos “trabalham para o médico” e não “trabalham com o médico”. Entendemos que o trabalho em equipe, assim expresso, mostra a complementaridade periférica e a ausência de articulações, pois estas implicam evidenciar conexões entre saberes e intervenções distintos que são igualmente necessários para a atenção integral às necessidades de saúde do usuário. Ou seja, a articulação das ações ocorre no trabalho com o outro, com base no reconhecimento dos nexos entre as ações que os distintos

profissionais realizam e com base no reconhecimento recíproco dos agentes/sujeitos. A articulação ocorre por meio da comunicação, da mediação simbólica da linguagem, que pressupõe sujeitos em inter-relação. A relação interpessoal pode ser reiterativa de modos justapostos de executar as ações complementares, ou ir além da mera reiteração de ações, evidenciando em suas conexões a intenção de compartilhar na concepção da intervenção. Nesse sentido, a articulação das ações apreendida e expressa pelos distintos profissionais permite ir além da reprodução de ações fragmentadas e também permite argüir a subordinação ao projeto assistencial traçado pelo outro, que não o próprio sujeito da ação.

“Não houvesse trabalho em equipe, pouca coisa poderia ser feita. Você depende de uma estrutura hospitalar, depende de colegas de outras especialidades, há casos que nós não temos capacidade de resolver. O pediatra, às vezes, precisa de um especialista para resolver um caso. Sem esse trabalho, essa criança não teria bom atendimento, não teria atendimento de ponta ... acho que o trabalho em equipe é necessário para o melhor atendimento do paciente. Aqui no nosso hospital, quando há ausência de algum profissional da área de pediatria, por exemplo, um cardiologista infantil, nós sentimos muito. Quando precisamos fazer um fundo de olho e não tem oftalmologista, nós sentimos muito. (...) Principalmente porque a medicina é uma ciência muito ampla, muito difícil, cada um precisa se especializar numa área, porque é muito difícil. Além do que, fora dos parâmetros médicos, você tem que ter uma estrutura de enfermagem e de assistente social, que são muito importantes para você dar prosseguimento ao que você quer, ao que você deseja de melhor para o paciente.” (E1m)

Contraditoriamente a essa concepção, as entrevistadas E4a e E6p, respectivamente assistente social e psicóloga, relatam que o trabalho em equipe não se configura pela mera existência de profissionais de diferentes áreas trabalhando coletivamente, ou seja, envolvidos na mesma situação de trabalho e respondendo pelo mesmo coletivo de usuários. Segundo elas, pode não se tratar de trabalho em equipe, mas apenas de um agrupamento de trabalhos especializados justapostos e sem troca, sem comunicação entre os profissionais e, sobretudo, segundo a entrevistada E6p, sem a participação do médico, que é o profissional mais valorizado no trabalho em saúde,

tanto pelos profissionais como pelos usuários.

Observamos que as depoentes fazem uma distinção entre as concepções de equipe agrupamento e equipe integração; no entanto, reproduzem a valorização destacada do médico no conjunto dos trabalhos, não apenas no sentido da peculiaridade tecnológica do seu trabalho, que ocupa um lugar nuclear na organização dos serviços, dada a centralidade da investigação diagnóstica e da prescrição terapêutica, mas também no sentido da manutenção do tratamento desigual para os agentes do trabalho. Aqui, mais uma vez, temos a reprodução da desigualdade e não somente da diferença técnica, que é desejável dadas as vantagens da divisão de trabalho.

“... não existe trabalho multidisciplinar. O fato de ter um bando de profissionais, de diversas áreas, dentro do andar, não significa que aquilo é uma equipe, muito pelo contrário, é um agrupamento de profissionais, não é multidisciplinar. Não existe discussão do caso com a enfermeira, que está ali todo dia. E, se existe alguma troca, é entre a enfermagem, o serviço social e os psicólogos, mas o médico, está fora. E ele é, sem dúvida nenhuma, até pelo próprio paciente, o elemento mais valorizado.” (E6p)

O relato da nutricionista (E5n) também reitera a desigualdade entre os trabalhos especializados que compõem a equipe multiprofissional. Embora a entrevistada mostre a relação da conformação do trabalho em equipe com a crescente divisão do trabalho, faz referência ao processo de divisão do trabalho em saúde como uma concessão do profissional médico para os demais profissionais não-médicos. Sem considerar que se trata de um processo engendrado na dinâmica social e nos modelos de organização das práticas de saúde, atribui à divisão do trabalho um caráter privado que se dá no âmbito de um segmento corporativo, no caso, dos profissionais médicos, ou, ainda, na esfera das concessões feitas pessoa-a-pessoa.

“Acho que, hoje em dia, as pessoas estão se preocupando e dando importância ao fato de que cada profissional tem uma especialização. Acho que o médico está dando essa abertura, para que outros profissionais invadam algumas áreas, porque, antigamente, eles tomavam conta de tudo. Acho que o médico está dando uma abertura por saber que há profissionais que estudaram só sobre a parte alimentar e

está aceitando um pouco isso, como outros profissionais que estão invadindo muitas áreas médicas. Mesmo na área médica, o pediatra, algumas vezes, tomaria condutas sem se comunicar com outros especialistas, mas, agora, ele está vendo que tem um gastro, pneumo, endócrino, nefro e, que, se ele tem alguma dúvida, vai discutir o caso, tendo essa troca. Porque está se ampliando o número de especialistas do hospital.” (E5n)

Apesar das divergências e contradições nos relatos sobre o trabalho em equipe, há dois aspectos em torno dos quais observamos concordância entre os entrevistados. Esses aspectos serão tratados a seguir e contrastados com as situações objetivas de trabalho coletivo observadas diretamente e com os aspectos relativos a complementaridade e interdependência, autonomia, articulação, e diferença técnica e desigualdade dos trabalhos parcelares.

O primeiro aspecto presente em todos os depoimentos é a relação do trabalho em equipe com a dimensão da comunicação.

Ao falar do trabalho em equipe, os entrevistados introduzem a comunicação, à medida que se referem às conversas, às discussões de casos, ao convívio, ao vínculo, ao relacionamento, à confiança, ao respeito e ao conhecimento do trabalho do outro, como aspectos que o caracterizam. Dessa forma, a comunicação aparece tanto referida aos espaços informais, como as conversas e as trocas de informações, que se configuram eventuais e imprevistos, como aos espaços formais das reuniões entre os profissionais. E também aparece referida, diretamente, à própria intersubjetividade, visto que relatam a confiança e o respeito, o interesse e a preocupação com o outro, portanto, a busca do reconhecimento mútuo, como aspectos caracterizadores do trabalho em equipe.

Os depoentes expressam a comunicação como elemento facilitador que faz fluir o trabalho, sem rupturas das ligações existentes entre as ações dos variados agentes, portanto como veículo de articulação. Mas, quando se trata de uma forma comunicacional não dialógica e que se assenta na linguagem especializada, figura também como um possível obstaculizador daquele fluxo.

Encontramos, assim, uma noção de trabalho em equipe que enfatiza a comunicação entre os profissionais. Trata-se de uma certa forma comunicacional em que destacamos duas perspectivas. Uma delas é a utilização da comunicação verbal

como instrumento que otimiza a intervenção técnica de cada um dos agentes, e que como tal, centra-se na emissão unilateral de informações, não havendo trocas comunicacionais e sim emissão-recepção de mensagem. A outra perspectiva é aquela que apresenta a comunicação como instrumento de articulação dos diversos trabalhos especializados, em que estes se conectam ainda que não necessariamente por meio da interação.

Desse modo, esta comunicação que emerge dos depoimentos, tanto como instrumento de otimização da tecnologia como instrumento de articulação, expressa uma ação instrumental, pois sua eficácia é de caráter instrumental (HABERMAS, 1989). A predominância dessa razão instrumental é a que faz da comunicação um recurso de otimização da dimensão técnica, ou meio de articulação das distintas tecnologias atinente a cada trabalho especializado. E, como tal, de dupla natureza instrumental, como mostraremos a seguir.

A comunicação não aparece, ela mesma, como portadora de qualidades tecnológicas pertinentes ao trabalho. Ou seja, a própria comunicação não aparece como pertencendo à tecnologia que representaria a mais adequada intervenção, frente às necessidades de saúde do usuário. A comunicação é interpretada como um recurso, um meio técnico para o uso adequado da tecnologia médica e não ela própria como a mais pertinente forma de agir, em dadas circunstâncias de atenção à saúde (SCHRAIBER, 1997a:191).

Por outro lado, a comunicação tampouco aparece como racionalidade com a qual os agentes buscam o entendimento recíproco e a construção de consensos acerca do trabalho cotidiano em serviços, figurando como algo externo que se interpõe entre os agentes.

Mesmo quando é um meio para conectar trabalhos, possibilitando traduzir para dentro do cotidiano dos processos de trabalho a complementaridade das ações dos distintos agentes e, nisto, permitindo configurações inovadoras — já que os agentes iriam além da mera justaposição de seus trabalhos —, o que transparece nos depoimentos são, ao contrário, conexões pautadas nas regras técnicas do trabalho, cuja legitimidade não é questionada, visto que as proposições normativas não são argüidas. A comunicação, então, também nesse aspecto, somente instrumentaliza o tecnológico, sem buscar construir consensos em torno de normas e valores que precisam ser

justificados e validados no âmbito da intersubjetividade dos agentes do trabalho, conforme a noção de agir comunicativo, em que todo sujeito falante ergue, em todos os proferimentos, pretensões de validade que remetem à correção normativa, além da autenticidade do interlocutor e da verdade proposicional (HABERMAS, 1989; AYRES, 1997a).

“Porque se o médico vê alguma coisa diferente ele vem cobrar de mim. Se eu vejo alguma coisa que não está boa na nutrição, eu vou cobrar dela. Então, acho que um fica supervisionando o outro ... A gente não tem uma rotina, uma coisa estabelecida que as coisas devem ser de tal e tal forma, a gente avalia assim ... se o trabalho está sendo feito, se o cuidado está sendo dado, se a medicação está sendo dada. E se alguma coisa sair desse esquema, um vai cobrar do outro. O que está acontecendo com o médico, a assistente social, a nutricionista ... ou eles vêm cobrar de mim, então a gente está sempre assim para ... para que não haja falha no atendimento. Porque às vezes alguma coisa escapa da gente e o médico percebe, assim como muita coisa escapa do médico e a gente percebe.” (E3e)

“Realmente, tem reunião que gasta tempo, mas tem coisas que são importantes de serem discutidas, questionadas, para ver onde está o seu furo. Às vezes, você está se empenhando muito, porém de forma improdutivo. Na medida em que você está numa equipe, o outro te faz perguntas, você pode fazer o trabalho até de forma melhor, porque você pode estar fazendo de forma que não dá o resultado que você esperava. Então, se você discute, você também não se sente só, sabe que o outro está percebendo, que está fazendo também, que você pode facilitar não só o seu trabalho, mas o trabalho do outro, melhorar o vínculo do cliente, da família com o médico, discutir melhor a saúde da criança, a patologia.” (E4a)

A comunicação também aparece, nos depoimentos, diretamente relacionada à convivência, ao vínculo e ao relacionamento entre os agentes. Aspectos que são analisados enquanto manifestação da interação ou da intersubjetividade ético-social e não no plano das inter-relações pessoais, isto é, das vicissitudes da subjetividade psíquica. Embora essa dimensão também seja componente do agir comunicativo, não é o único nem o seu mais importante componente. Ao referir-se à prática

comunicacional, HABERMAS (1989:167) abarca a representação de estados e acontecimentos do mundo objetivo, a produção ou a renovação de relações interpessoais no mundo social das interações legitimamente reguladas, bem como as manifestações de vivência do mundo subjetivo a que o falante tem acesso privilegiado. É na amálgama das dimensões objetiva, ético-social e subjetiva que HABERMAS situa a prática comunicativa.

À medida que a concepção dos entrevistados sobre trabalho em equipe destaca a dimensão comunicacional entre os agentes, pois coloca a necessidade de aprender com o outro, aprender o saber do outro, assimilar a linguagem do outro, saber conviver com a diferença e respeitar pessoal e profissional o outro, entendemos que o trabalho em equipe é configurado como a possibilidade de construção de um projeto assistencial comum ao conjunto de profissionais. Pois os aspectos comunicacionais lembrados pelos depoentes, tais como aprender o saber do outro e conviver com diferenças, mostram que a comunicação não se refere apenas ao plano afetivo e emocional — gostar do outro, achar o outro simpático e outras referência semelhantes —, nem se refere apenas à instrumentalização da intervenção técnica, tal como discutido acima, mas refere-se à interação. HABERMAS (1989) concebe a interação como a comunicação, livre de opressão, que busca o acordo sobre um plano de ação comum aos sujeitos envolvidos. A dimensão comunicacional, nesse sentido, contempla a participação dos agentes na busca de consensos pautados em pretensões de validade. Ou seja, os sujeitos em comunicação contestam continuamente os enunciados e as normas subjacentes, e com base nessa prática dialógica colocam-se de acordo acerca do projeto assistencial — qual a finalidade do conjunto de trabalhos que realizam, por que e como vão atingi-la. Projeto que, segundo SARTRE (1987), é engendrado num dado campo de possíveis e encontra, efetivamente, condições históricas de ação. Considerando, como nos mostra HABERMAS (1994), a existência de uma relação recíproca entre trabalho e interação, é no âmbito da relação entre as intervenções técnicas e a comunicação que os profissionais constroem negociações, pactos e consensos normativos quanto às possibilidades de execução cotidiana do trabalho em equipe.

No entanto, no presente caso, a construção conjunta de um projeto assistencial comum aos profissionais das diferentes áreas não se mostra plenamente possível, pois a comunicação reduz-se a um meio de uma dada interação e, assim, manifesta-se

sobretudo como recurso para garantir o melhor resultado da intervenção apenas de sua perspectiva instrumental. Esta, sem dúvida, é desejável, visto que o trabalho como ação técnica está dirigido a um fim, que é a atenção aos usuários. Todavia, como vimos, o projeto comum requer, para além da ação teleológica, a interação dos agentes no sentido do entendimento recíproco, o que surge como intenção e concepção de apenas alguns dos participantes do trabalho coletivo.

“Acho que a coisa mais fundamental para uma equipe multiprofissional ser eficiente, em prol da saúde, é existir uma filosofia comum de atendimento. Todos estão lá fazendo a mesma coisa, é preciso definir bem qual é o objeto da ação ... para que serve o que está se fazendo? Que sentido existe em estar se trabalhando em grupo e não individualmente, cada um fazendo o que bem entende, mesmo que seja da melhor forma possível, com a maior competência possível? Acho que isso é fundamental. O trabalho em equipe exige alguns requisitos básicos. Um, é o de você respeitar, profissionalmente, seu colega de equipe. Você saber conviver com o diferente, como aquela letra do Caetano: “Narciso acha feio o que não é espelho”. Então, se o outro tem postura diferente e você não consegue assimilar aquilo, passa a não respeitar seu colega, e o trabalho vai para o brejo. Essa é a parte do conhecimento. Claro que respeito humano é necessário, ele é até exercido na marra, pela convivência, mas acho que a equipe tem que separar muito bem o que é pessoal do que é profissional.” (E6p)

A observação direta das situações cotidianas de trabalho coletivo também mostra a predominância do trabalho, como intervenção técnica, frente à dimensão da interação.

Observamos que não são frequentes as situações de contato, conversas, ou trocas de informações entre os profissionais de diferentes áreas. Poderíamos questionar se a presença de estagiários e residentes, que constituem uma população flutuante, dificulta a comunicação. No entanto, observamos o mesmo padrão restrito de comunicação tanto em situações que envolvem estagiários e residentes como em situações que envolvem os profissionais contratados pelo serviço. A inter-relação ocorre principalmente entre profissionais da mesma área, sobretudo entre os médicos e entre os profissionais de enfermagem. Observamos também que a comunicação verbal

que ocorre entre os profissionais de diferentes áreas é lacônica, ou seja, caracterizada por um conteúdo mínimo, restrito aos aspectos técnicos imprescindíveis para o encadeamento das ações complementares. A comunicação apresenta a característica de ser “lacônica”, sobretudo entre o pessoal de enfermagem e os médicos. Todavia, apresenta essa mesma característica também em situações que envolvem outras áreas profissionais, quando não é tão telegráfica, mas também restringe-se a um mínimo conteúdo. Entre médicos, enfermagem e nutrição, a comunicação ocorre principalmente por meio das papeletas onde constam a prescrição médica e o plano de cuidados de enfermagem.

Considerando o padrão restrito de comunicação entre os agentes das diferentes áreas profissionais e o caráter instrumental da comunicação, analisado anteriormente, observamos a convivência da fragmentação do trabalho objetivamente coletivo, onde, os profissionais das várias áreas aspiram por autonomia profissional, buscam ignorar as complementaridades e reproduzem as desigualdades; mesmo sendo em abstrato a proposição ideal de trabalho em equipe, no qual se pressupõem articulações entre as ações e interação entre os agentes. Apesar das contradições entre o plano objetivo e tecnológico da operação cotidiana dos trabalhos e, o plano das representações e das aspirações, entendemos que a concepção geral de trabalho em equipe, expressa pelos depoentes, assinala na direção de uma dinâmica de trabalho que permitiria a equipe integração, abrindo espaço para a construção de um projeto assistencial comum e sua realização negociada no cotidiano.

A possibilidade de um projeto assistencial comum também está referida no segundo aspecto destacado nas concepções sobre trabalho em equipe, em relação ao qual os entrevistados mostram concordância. Quatro, dos seis depoentes, relacionam o trabalho em equipe com a ampliação do objeto de trabalho na área da saúde. Segundo o quadro teórico apresentado, essa ampliação está relacionada com a complexidade e multidimensionalidade dos objetos de intervenção em saúde.

Aqui faz-se necessário um esclarecimento sobre o objeto de trabalho, pois, como afirmamos no referencial teórico, cada área profissional configura um processo de trabalho próprio com objeto, saber, outros instrumentos e atividades peculiares. Todavia, ao buscarmos apreender as representações dos diversos agentes sobre o trabalho em equipe, estamos considerando, simultaneamente, a especificidade dos

processos de trabalho de cada área e as características genéricas do trabalho em saúde, tal como fazemos por referência ao objeto de trabalho. Assim, estamos utilizando uma noção genérica de objeto de trabalho para o conjunto das áreas profissionais, quais sejam — as necessidades de saúde, de modo a contemplar a integralidade do processo saúde/doença.

Essa concepção geral do objeto também está presente nos depoimentos dos entrevistados, que ora destacam os recortes mais específicos de seu trabalho — o corpo ou suas partes, a alimentação, a reabilitação, o ambiente, a família, o emocional, as relações sociais, as condições de vida, as inter-relações, e outros —, ora referem a integralidade das necessidades de saúde.

Inúmeras são as referências à ampliação do objeto de intervenção quando está em pauta o trabalho em equipe. Ampliação que surge representada como a possibilidade de ir além da patologia e do sintoma, na atenção aos usuários do serviço. Novamente, porém, esse “ir além” não consegue ser expresso em termos concretos e particulares, ou por conotações empíricas.

Ao tematizarem o trabalho em equipe, os entrevistados trazem à tona a multidimensionalidade do objeto e o fazem compondo as dimensões que o integram (biológica, social, psíquica, cultural) de maneira bastante diversificada. Também aparecem diversas perspectivas ou caminhos teórico-práticos por meio dos quais os agentes concebem alcançar a ampliação para além do sintoma. Nesse sentido, observamos que os profissionais das diversas áreas expressam conteúdos pautados nas premissas da Medicina Preventiva, nos pressupostos da Medicina Integral, e/ou na positividade da saúde. Esta última abordagem do objeto decorre, em parte, dos dois enfoques anteriores; porém, buscando maior radicalidade na crítica e superação do recorte anatomopatológico do modelo biomédico, está centrada no pólo saúde do processo saúde/doença.

Assim, os relatos mostram que a concepção de trabalho em equipe traz embutida a aspiração, das diversas áreas profissionais, de alcançar uma “certa ampliação” na percepção das necessidades de saúde e no processo saúde/doença, bem como na intervenção decorrente. Dizemos uma “certa ampliação” à medida que aparece apenas esboçada nos depoimentos, sem que seja possível apreender uma proposição consistente, tanto no que se refere ao recorte do que configuraria um “novo objeto” do

trabalho em equipe, como no que se refere à modalidade tecnológica de intervenção capaz de abarcar a multidimensionalidade.

“... poder captar todas as dificuldades em relação ao paciente, porque o atendimento à saúde envolve a área física e mental ... então, tudo que você puder fazer para recuperar o paciente, deixá-lo situar-se melhor no hospital, menos ansioso, quebrar essa ansiedade, esse estresse ... a famosa “hospitalite”, tudo o que puder fazer para amenizar isso é muito importante. A gente não pode olhar a saúde só como uma doença ... tratar só a doença, mas tem que ver a prevenção, tem que ver após a alta, para onde esse paciente vai ... e mesmo durante a internação dar todo o apoio possível para ele se sentir mais em casa ... ” (E2m)

A relação do trabalho em equipe com a necessidade e a aspiração de ampliação do objeto de intervenção coloca a relação entre o trabalho multiprofissional em saúde e a inter e/ou transdisciplinaridade. Já tendo sido enfatizada a distinção entre ambos ao discutirmos as mediações entre ciência, saber e trabalho, no referencial teórico, cabe ressaltar que a realização de um trabalho em equipe com articulação das ações e interação dos sujeitos pressupõe, concomitantemente, o alcance de cooperação e coordenação das disciplinas científicas que fundamentam os saberes técnicos dos múltiplos agentes, de variadas áreas. As premissas epistemológicas da construção do conhecimento, embora com muitas mediações, não são alheias às ações implementadas pelos profissionais no cotidiano do trabalho. Veja-se, nesse sentido, a conceituação acerca da relação sujeito-objeto, seja do conhecimento, seja da intervenção em saúde. MORIN (1990), mostra que o postulado da disjunção sujeito-objeto está implícito em todas as disciplinas da ciência moderna positiva e podemos observar que tal pressuposto epistemológico está presente também nos saberes tecnológicos e práticos, bem como nas intervenções que fundamentam.

Assim sendo, esclarecemos que a relação entre multiprofissionalidade e interdisciplinaridade não se refere à construção de um único saber técnico a ser adotado por todas as áreas profissionais, até porque teríamos, então, um único saber e um só tipo de agente, e não mais caberia problematizar o trabalho em equipe. Além disso, a divisão do trabalho, tal como concebida neste estudo, refere-se a um processo

histórico-social, de tal forma que manter-se-á dinamicamente em transformação, não cabendo decretar a abolição das diferenças dos trabalhos especializados e dos saberes que os constituem.

Entendemos que a proposição de ampliação do objeto de trabalho na atenção à saúde aparece relacionada à proposição do trabalho em equipe justamente porque não se busca anular as diferenças técnicas dos trabalhos parcelares, mas sim a possibilidade de articulação das suas ações e a interação de sujeitos, configurando um desenho de trabalho coletivo que possa abarcar a complexidade multidimensional das necessidades de saúde.

Nos depoimentos dos profissionais da enfermagem apenas um relato (E6p) faz referência a ambas as dimensões, da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade; os demais detêm-se na reflexão em torno das questões atinentes ao primeiro aspecto, ou seja, do trabalho em equipe multiprofissional.

A entrevistada E6p, que faz referência à transdisciplinaridade, o faz ao falar do conhecimento e do saber necessários para a execução do trabalho do conjunto dos profissionais. É nessa direção que fala da transdisciplinaridade que viria substituir a multiprofissionalidade e a multidisciplinaridade. Refere que a transdisciplinaridade implica que cada profissional conheça um pouco das outras áreas e, portanto, entenda suas respectivas linguagens, que é um movimento contra a especialidade e que tenta resgatar um conhecimento mais abrangente do todo. Segundo ela, busca apreender a saúde como um todo e a saúde como um bem positivo em substituição ao recorte limitado à patologia e aos sintomas. A entrevistada coloca a transdisciplinaridade como um projeto para todas as áreas profissionais em saúde:

“... acho que entra um pouco num conceito novo, pelo menos para mim, mas que já é bem difundido na Europa, que é transdisciplinaridade. Não é mais o multiprofissional, o multidisciplinar, onde cada um tem seu conhecimento, e fica falando de sua parte, com uma certa integração. Mas a transdisciplinaridade, onde cada um também tem um pouco de conhecimento da área alheia, sem invadir essa área, sem interferir na área, mas entendendo a linguagem. É um movimento contra a especialidade, porque em todas as áreas do conhecimento este século foi o século dos especialistas. (...) sobretudo na área da saúde, o ser humano está cada vez mais

subdividido ... ele é um pulmão, é um fígado, é um psicológico, é um social. (...) A transdisciplinaridade faz o movimento inverso, tenta resgatar um pouco o conhecimento mais abrangente do todo, mesmo que você tenha um conhecimento específico, mais desenvolvido, a respeito de determinada área. Acho que o movimento é por aí, que é isso que deveria estar ocorrendo. Essa é a forma como você consegue juntar uma série de profissionais de fato fazendo trocas em prol da saúde do paciente, da saúde como um todo. A saúde como um bem positivo, e não em prol da doença. Acho que o que acontece agora é que se discute a doença, e não a saúde. Embora sejamos profissionais de saúde, na realidade estamos sempre em contato com a doença. E essa nova forma de abordagem é para voltar para a questão da saúde. Não na psicologia, mas no atendimento da área humana, isso está ficando muito forte (...) Eu tomei contato com essa conceituação por outro tipo de trabalho, que comecei a desenvolver, sobre violência doméstica.” (E6p)

A depoente refere uma diferença entre transdisciplinaridade e multiprofissionalidade, que não contempla a distinção entre ciência e trabalho, ou seja, entre o plano da construção do conhecimento, mais epistemológico, e o plano do trabalho, do exercício profissional cotidiano. Isso também ocorre com a literatura sobre a temática equipe de saúde, que, igualmente, ignora essa diferenciação. Tal como colocado no quadro teórico, há uma confusão entre os termos (multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, e outros correlatos) e seus significados, assim como entre as práticas de produção do conhecimento, as práticas de difusão e ensino e as práticas de atenção aos usuários dos serviços de saúde. No nosso entender, a indiscriminação entre essas práticas deve-se, sobretudo, à crescente aproximação entre ciência e tecnologia, ou seja, à ênfase na aplicação tecnológica do conhecimento (GRANGER, 1994).

Ao indagarmos a psicóloga (E6p) sobre a interdisciplinaridade na sua prática cotidiana e o saber necessário para a execução de seu trabalho, ela se refere à esfera da formação profissional. Diz que o conhecimento da psicologia e a formação do psicólogo estão muito próximos do modelo médico, pois trata-se de um saber clínico, voltado para a patologia e o sintoma, e para o atendimento individual em consultório. As referências da entrevistada estão bastante próximas às do estudo de CAPOBIANCO (1998), ao investigar a prática do psicólogo em pediatria no hospital geral. Essa autora analisa que a inserção do psicólogo no hospital, nos vários espaços que ocupa —

enfermaria, ambulatório, e outros —, vem se dando pela afirmação de um “saber sobre o psíquico do paciente portador de doença orgânica”, portanto, um saber especializado. Porém, esse saber incorpora o modelo médico de assistência, à medida que se coloca à procura da origem do sintoma emocional, mantendo a relação causa-efeito tal como o médico faz ao buscar o sintoma orgânico (CAPOBIANCO, 1998:88-89 e 205).

Podemos observar que a mera justaposição de saberes técnicos distintos, assim como a justaposição das ações, não acarreta trabalho em equipe no sentido de recomposição dos trabalhos especializados. Os diversos olhares instrumentalizados tecnologicamente por saberes diferentes entre si permitem contemplar, em separado, variados âmbitos das necessidades de saúde. Porém, a articulação desses olhares — dos saberes e das intervenções — supõe, como já vimos, sujeitos dispostos a evidenciar as conexões, tomá-las, efetivamente, em consideração e dar-lhes expressão e interatividade.

O trabalho coletivo na unidade de terapia intensiva pediátrica

Os relatos dos profissionais da unidade de terapia intensiva (UTI) acentuam nuances diferentes da complementaridade e interdependência dos trabalhos especializados. A fisioterapeuta mostra que esses aspectos estão colocados com clareza e bastante presentes no seu cotidiano de trabalho e descreve situações que evidenciam a existência de encadeamento entre as ações dos diferentes agentes. O médico mostra que a coordenação do trabalho é do profissional médico e que há cooperação dos demais e a enfermeira ressalta os conflitos na divisão do trabalho.

Os depoimentos da fisioterapeuta e do médico, apesar de destacarem nuances diversas, mostram que a complementaridade e a interdependência podem ser desdobradas sob a forma de articulação das ações, por meio de contatos, conversas e trocas de informações entre os agentes.

“A rotina maior é de manhã, tem banho, tem que mamar, tem exame ... então, não adianta chegar e falar que agora é o horário da fisioterapia, para todo mundo parar, porque não dá; assim, o que fazemos é conversar, porque a enfermeira vai dar banho e o banho é tão importante quanto minha terapia, é tão importante quanto o

médico ir lá avaliar. Então, será que agora não é mais importante a criança tomar um banho e depois eu venho e atendo? Geralmente, elas começam pelas mais graves e enquanto ela começa ali, eu vou começando numa outra e quando ela está terminando aqui, eu estou chegando para atender a criança, porque, senão, ninguém faz nada, o tempo vai transcorrendo e é a criança que sofre. Se ela vai dar a mamada e se demora tanto tempo, eu dou um tempo para atender, ou pergunto a que horas vai ser a mamada, ou se não dá para segurar um pouquinho, para eu atender primeiro, porque se ela for mamar, vai piorar a respiração. (...) Como a gasometria se altera muito quando atendemos, então a equipe médica pergunta a que horas vamos atender tal criança, porque querem puxar uma gasometria ... pelo menos nos lugares onde eu trabalhei, não tinha grandes problemas, porque é um local fechado, todo mundo está ali, se encontrando a toda hora, é diferente de uma enfermaria. Na enfermaria, você não se encontra, você chega lá, o médico está avaliando e só tem aquele horário para avaliar, não vai voltar depois, ou a enfermagem está puncionando uma veia e tem mais inúmeras crianças para puncionar veia. Então, entre ela puncionar a veia e eu atender, é preferível ela puncionar a veia, porque vai receber medicação ... você não se encontra, fica difícil de trabalhar. Na UTI, não; se vão puncionar a veia, elas preferem que atendamos antes, porque correm o risco de perder a veia, principalmente aquelas mais superficiais. Então, elas pedem para trabalharmos primeiro, ou dizem que vão ter que puncionar, porque têm que entrar com o antibiótico, mas existe uma interação, é tranquilo. Em enfermaria ... vou atender um paciente e não vi o médico, então vou conversar com a enfermeira e a enfermeira também não estava lá no horário que o médico passou, porque estava com outro paciente. Os profissionais ficam muito soltos, pela questão do próprio espaço. Enquanto um está num canto, o outro está no outro, fica difícil. Mas aqui não, estou vendo tudo o que está acontecendo, não tenho por que entrar em atrito ...” (E7f)

O médico (E8m) refere a existência de flexibilidade na divisão do trabalho, pois, eventualmente, configuram-se situações nas quais faz-se necessário que o profissional de uma determinada área, colabore com o outro, de outra área, executando e cooperando com suas atividades específicas. No entanto, essa flexibilidade pode acarretar conflitos, tais como os relatados pela enfermeira (E9e). Esta assinala que a característica de hospital escola requer que os profissionais tenham flexibilidade na

divisão do trabalho, pois a situação de aprendizagem dos médicos residentes e dos estagiários de fisioterapia demanda que a enfermagem deixe de fazer certas ações de rotina, como: colher material para exames laboratoriais, fazer exercícios respiratórios, aspiração de secreção pulmonar e outras. Ações que a enfermagem terá que voltar a executar nos momentos em que não houver residentes ou estagiários. Segundo depoimento da entrevistada (E9e), essa situação pode acarretar conflitos entre as áreas profissionais e estes são resolvidos por meio de uma conversa rápida, na hora, pois não há reunião de equipe na UTI, na qual poder-se-iam discutir situações desse tipo.

Apesar de a enfermeira alegar a questão do aprendizado, entendemos que seu relato apresenta aspectos do conflito da divisão de trabalho entre enfermagem, médicos e fisioterapeutas, mostrando não ser fácil a flexibilidade com a divisão de atividades entre as diferentes áreas profissionais. Esses conflitos assinalam na direção das permanentes mudanças da divisão do trabalho em saúde, permitindo observarmos que não se trata de um processo acabado e completamente definido, mas de um processo em contínuo curso, no interior do qual vão se configurando os trabalhos especializados. Nesse sentido, tanto a fisioterapeuta como o médico da UTI relataram que a aspiração e os exercícios respiratórios eram prescritos pelo médico e executados por ele próprio ou pela enfermagem e, atualmente, são realizados pela fisioterapeuta, com base na avaliação de necessidades feita por ela própria ou pelo médico.

Os aspectos destacados pela enfermeira mostram que o conflito na divisão do trabalho refere-se à limitação ou circunscrição do trabalho da enfermagem à racionalização do serviço, no sentido de garantir melhor relação custos/benefício com a delegação de ações. A assunção de atividades delegadas por profissionais de outras áreas compõe o trabalho da enfermagem, inclusive porque esta permanece continuamente no hospital, permitido não haver solução de continuidade na assistência. No entanto, há que se considerar que o trabalho de enfermagem também abarca um conjunto de ações peculiares que constituem os cuidados de enfermagem. As ações de enfermagem configuram o conteúdo específico que atribui um significado próprio a esse trabalho especializado e identidade profissional aos trabalhadores da área de enfermagem. Portanto, entendemos que não cabe reduzi-lo aos aspectos de racionalização das atividades.

“... gasometria, eles colhem. Antigamente, nós colhíamos, mas entraram os residentes e, agora, até hemograma eles colhem ... Teve um período “x” que eles colheram a gasometria, aí eu falei que se eles iam colher a gasometria, iam colher no início, no meio e no fim de semana, porque não estamos aqui para tapar buraco e eu não posso chegar para o profissional e dizer que um dia ele não pode e no final de semana ele pode, porque não tem médico suficiente, não tem residente, então, ou colhe ou não colhe, se o médico vai colher, ele vai colher, inclusive, no fim de semana. Sou muito chata para essas coisas, por exemplo, no final de semana, fazíamos o “dextro” da criança, botávamos lá o resultado e daí a pouco, tinha outra pessoa fazendo de novo. Aí, eu cheguei para o médico supervisor da UTI e perguntei se estavam desconfiando do produto ou do profissional ...Porque o que não é certo, é, por estar desconfiando do resultado, furar a criança duas vezes, não tem sentido. Essa é uma forma de pressionar, dizer que eles vão colher fim de semana também ... porque o certo seria sentar, discutir, mas é uma coisa muito de hora, de momento, você fala, o outro fala, e resolve. A gasometria, acho que foi uma coisa justa, porque se eles têm que aprender, eles têm que colher, para eles é importante. Já é diferente do exemplo do dextro, de julgar que eu não faço bem ou de que o pessoal tem que ser treinado ... é diferente. (...) A enfermagem não aspira, porque tem um grupo de fisioterapeutas querendo aprender a aspirar, estudar, tudo bem, apesar de que nas férias, nos feriados, a enfermagem aspira de novo ... isso eu sou contra. Todo hospital deveria ter fisio, a fisioterapeuta tem sua importância no hospital, mas não pode durante a semana ter um monte de gente de fisioterapia dentro da UTI, fazendo aspiração e no feriado, nas férias, sai todo o grupo da fisioterapia, e fica a enfermagem, sozinha, fazendo o trabalho deles. Sou contra sobrecarregar a enfermagem com essas coisas.” (E9e)

A observação direta do trabalho coletivo desenvolvido na UTI permitiu-nos perceber que as ações são realizadas, isoladamente, por cada um dos profissionais, ou em cooperação entre agentes da mesma área (enfermagem, médicos ou fisioterapeutas), ou, ainda, em cooperação entre agentes de áreas distintas.

A cooperação está sendo entendida como a realização conjunta de ações, a execução de trabalho em comum por mais de um agente, a ajuda ou auxílio mútuo entre os profissionais na execução de uma atividade, porque houve um chamado para tal, ou espontaneamente. Enfim, a cooperação é expressa pelo “fazer juntos”.

Particularmente quanto à cooperação entre os agentes de diferentes áreas profissionais, merecem destaque as situações de urgência na UTI, tais como os quadros de parada cardiorrespiratória. Nessas situações, os profissionais agem de forma cooperativa, sintonizada e precisa sob o comando do médico, que é o agente que tem maior domínio em termos diagnósticos e terapêuticos. Instala-se uma situação de trabalho multiprofissional, sobretudo entre as auxiliares de enfermagem e os médicos, na qual emerge incontestável a autoridade técnica do profissional médico. Todos reconhecem prontamente a instalação de um quadro de urgência e conhecem os procedimentos de rotina, padronizados, para o enfrentamento da situação, mas agem, atentamente, sob a coordenação do médico.

Aos olhos de um observador externo, configura-se um trabalho coletivo, no qual transparece, além da cooperação, também a cumplicidade e a solidariedade entre os agentes envolvidos diretamente na atenção à criança — trata-se de trazer a criança de volta à vida e não há tempo para questionamentos, conversas ou hostilidades de nenhuma natureza. Também parece não restarem dúvidas, inclusive aos participantes do atendimento de urgência, que o produto final daquele conjunto de ações coordenadas é fruto do trabalho de todos os envolvidos — é fruto de um trabalho coletivo.

No entanto, passada a “tempestade”, cada qual volta seu “lugar no trabalho”. Observamos a cooperação, a cumplicidade e a solidariedade “desmancharem-se no ar”, à medida que as auxiliares de enfermagem voltam aos cuidados e os médicos procedem à discussão do caso. Em nenhum momento observamos os profissionais de enfermagem e os estagiários de fisioterapia ser convidados à discussão ou aproximarem-se espontaneamente para participar. Mais uma vez, portanto, os profissionais não-médicos reproduzem as desigualdades no trabalho, visto agirem como se a discussão do caso de urgência não lhe dissesse respeito, sendo de sua alçada apenas a colaboração na execução dos procedimentos.

As situações de urgência fazem parte da rotina de trabalho na UTI e rapidamente tudo volta ao ritmo anterior, cada qual ocupado com suas respectivas tarefas. No entanto, percebe-se que os profissionais são tocados profundamente por essas situações e não compartilham seus sentimentos e suas idéias, ou o fazem muito superficialmente e de passagem.

Olhando de fora, como observador, parece que a solidariedade e a cumplicidade no trabalho instalam-se e desaparecem logo em seguida, por não estarem previstas, no âmbito do trabalho, a negociação e a elaboração conjuntas de um plano de ação comum e das situações concretamente vivenciadas. Embora o médico faça referência a um modo padronizado e comum de conduta nas situações de urgência, diz que isso decorre da experiência da equipe e, portanto, da prática cotidiana de trabalho compartilhado. Não se refere a uma prática comunicativa que busca a construção de consensos, argüindo, além das regras técnicas da ação instrumental, também as proposições normativas, os pressupostos que subjazem aos enunciados proferidos pelos agentes das diferentes áreas. Os profissionais estão aderidos a um mesmo plano de ação, porém, sem estarem, todos, de acordo acerca dos elementos componentes do plano, pois apenas alguns participam das discussões que decorrem, de fato, de situações nas quais a intervenção de todos é necessária.

Não estamos argumentando no sentido de que todos os agentes devem continuamente manter-se em situação de discussão de casos, o que, provavelmente, não seria possível nem necessário operacionalizar. Mas, sim, destacamos que a cooperação e a articulação das ações, no plano instrumental, que busca um determinado resultado, apresentam uma relação recíproca com o plano da comunicação, no sentido da construção de acordos acerca dos planos de ação que expressem o reconhecimento e o entendimento mútuo entre todos os agentes envolvidos no trabalho coletivo.

O que observamos é que a discussão acerca do cotidiano do trabalho entre os diferentes profissionais não compõe a dimensão tecnológica e a interação entre os agentes não atravessa o âmbito do trabalho. Ou seja, há uma cisão entre a dimensão das intervenções técnicas e a dimensão da interação, sendo a cooperação necessária e desejável no primeiro plano, porém sem correspondência no plano da comunicação, por meio da qual é possível a delimitação conjunta de um plano comum.

“... o pessoal mais antigo já sabe que, quando o paciente está mal no respirador, oscilando muito, mais cedo ou mais tarde, pode vir a parar; então, já deixa preparada toda a medicação que precisaríamos na urgência. E o pessoal novo, que vai entrando, também vai percebendo isso. Então, quando um paciente faz uma parada cardíaca, já está praticamente tudo montad. Isso acho que foi se adquirindo

com o tempo mesmo, acho que é a equipe, de uma forma mais geral, que vai determinando essas coisas. (...) Numa parada, dentro da UTI, tem o pessoal do próprio leito, o médico determina o que cada um tem que fazer e a enfermagem corresponde à altura. Acho que isso é experiência, com o tempo ... uma experiência da própria equipe, não foi criado, acho que foi sendo desenvolvido ao longo do tempo. Acho que as outras UTIs também funcionam dessa forma.” (E8m)

A dicotomia entre trabalho e interação, que pode ser observada nas situações cotidianas de trabalho, também expressa outra dicotomia que se instala entre o agente e o sujeito. Dicotomia essa que, por um lado, permite a anulação da dimensão de sujeito portador de projetos, no agente, e, por outro, permite o cancelamento do agente portador da intencionalidade e da operacionalidade do trabalho, no sujeito, que resta, então, privado de tecnicidade. Ou seja, ao tomarmos os recursos humanos como objeto, ora os consideramos como agentes técnicos, na expectativa que realizem a finalidade dos processos de trabalho por meio de suas ações, ora os consideramos como sujeitos autônomos, na expectativa que realizem mudanças. Cabe, portanto, ressaltar o desafio de considerarmos, efetivamente, no cotidiano dos serviços, a esfera dos recursos humanos enquanto esfera atinente à dialética agente/sujeito. Na mesma medida em que cabe considerarmos a dialética entre a ação instrumental e a ação comunicativa.

Todavia, se as relações agente/sujeito e trabalho/interação permanecem ocultas no cotidiano de trabalho, há uma outra dimensão que transparece, de forma bastante clara, sobretudo nas situações de urgência, qual seja a realização coletiva e social do trabalho. Nas situações de urgência aparecem destacadas as diferenças dos trabalhos especializados, porém suspendem-se, por instantes, as desigualdades, pois todos os agentes parecem igualmente necessários, nas suas diferenças. Assim, as situações de urgência colocam em evidência esse caráter coletivo do trabalho em saúde, que, no dia-a-dia dos serviços, também parece permanecer obscurecido pela autonomia técnica dos agentes e pelo isolamento das ações.

Dissemos anteriormente que a complementaridade e a interdependência não resultam automática e mecanicamente em articulação, nem tampouco em cooperação, estão relacionadas imediatamente com o modo de intervenção dos agentes, isto é, com as qualidades e características que o agente imprime a suas ações, seja na direção do

trabalho em comum com o outro (cooperação), seja na expressão dos nexos entre os diferentes trabalhos (articulação). No cotidiano de trabalho observado na UTI, pudemos destacar inúmeras situações de cooperação, porém raras situações de articulação. O que configura um cotidiano bastante diverso da enfermaria, onde observamos a predominância marcante dos trabalhos isolados, porém permeados por algumas situações de articulação dos trabalhos parcelares. A título de exemplo, lembramos a fala da assistente social, na qual ela nos relata que é preciso fazer as correlações entre o estado de saúde da criança e a questão social, a questão emocional, as questões do cuidado de enfermagem e outras esferas das necessidades de saúde. Na ação consciente de “fazer correlações” está presente a articulação dos trabalhos.

Quanto a autonomia técnica, no depoimento da fisioterapeuta (E7f), podemos observar que é concebida como uma conquista do profissional de fisioterapia, alcançada, só parcialmente, por alguns profissionais e em alguns locais de trabalho onde o agente está inserido há mais tempo. A entrevistada atribui à autonomia um valor positivo para a profissão e para o profissional, individualmente.

Na descrição de seu trabalho na UTI, faz referência a situações características de autonomia técnica, nas quais realiza julgamentos, avaliando as necessidades respiratórias e motoras dos pacientes e tomando decisões quanto à intervenção que decorre da avaliação. Também refere situações de menor autonomia nas quais é o profissional médico que julga e avalia as necessidades do paciente e prescreve os exercícios de fisioterapia a serem executados pelo fisioterapeuta. A depoente associa a ampliação do espaço de autonomia técnica com o processo de divisão do trabalho em saúde, no interior do qual ocorre uma diferenciação das ações de fisioterapia que passam a constituir um trabalho especializado realizado por um profissional específico. Até então, essas ações eram executadas pelos próprios médicos que efetuavam a prescrição ou pela enfermagem (enfermeiros ou auxiliares de enfermagem).

“Então, pego o paciente na hora que ele chegou na UTI e, hoje em dia, determino se vou mexer ou não, se é um paciente para mim, se o que eu vou fazer para ele vai melhorá-lo em algum aspecto, ou não. O que antigamente acontecia era que o paciente chegava, mediante alguma avaliação médica e uma solicitação à fisioterapia, mesmo porque o fisioterapeuta nem ficava dentro da UTI, era um

único fisioterapeuta para cobrir o hospital inteiro, o ambulatório, o PS, a enfermaria e a UTI. Então, era só mediante a solicitação médica. Hoje em dia, na maioria dos lugares, é o fisioterapeuta que avalia o que vai fazer, se vai mexer, se vai manipular ou não, porque o profissional está ali dentro, tem um profissional que fica na enfermaria, tem um profissional que fica dentro da UTI; então, você não perde tanto, principalmente na UTI, onde o paciente é altamente instável. Estando lá dentro, você sabe o que aconteceu com o paciente, que alteração ele teve, o que você vai fazer com ele. Mas, por ser muito novo, a equipe fica meio com o pé atrás, falta delimitar mais isso, o que o fisioterapeuta pode fazer. Encontramos mais dificuldade com a parte médica, porque a maioria acha que é um curso que não tem nem patologia, nem anatomia, acham que só temos a técnica, sem o substrato para aplicar essa técnica, porque, antigamente, era assim, o médico indicava para fisioterapia, tudo prescrito, prescrevia fazer exercício tal, exercício tal, porque o fisioterapeuta não tinha substrato, na faculdade, não era dado isso. Hoje em dia, não. A visão que passamos para os alunos, é justamente de avaliação; e, mediante a avaliação, o que fazer. Então, o terapeuta tem condições suficientes de avaliar o paciente e saber se ele deve intervir ou não, coisa que antigamente não tinha, mas a maioria dos profissionais com quem trabalhamos, tem a visão antiga. É difícil esse confronto ... não digo nem em termos de confronto entre profissões, mas confronto ... por não conhecimento. Por exemplo, quando comecei aqui, fui, na verdade, a primeira terapeuta da UTI daqui; hoje em dia, entra o paciente e nem me questionam, vou lá, atendo, questiono, não questiono. Antigamente, não; então, mudou muito a visão, só que ainda é difícil. (...) era feito pela enfermagem, pelo médico, por um outro profissional, não fisioterapeuta.” (E7f)

O médico (E8m) refere que as fisioterapeutas (docente e estagiárias) têm um conhecimento mais a fundo sobre fisioterapia do que ele próprio. Diz que antes de contar com o profissional na UTI, esse trabalho era feito pelo médico ou pela enfermagem, mas com algumas restrições, pois não dominavam nem o conhecimento da área, nem a prática cotidiana dessas atividades. Apesar de referir a existência de um saber tecnológico de fisioterapia e a relevância da experiência prática para o desempenho desse trabalho especializado, o entrevistado diz que é o médico que orienta o que deve ser feito pelas estagiárias de fisioterapia e a docente reforça a

orientação médica. Portanto, o entrevistado (E8m) coloca o médico como mentor do trabalho a ser desenvolvido pelas estagiárias de fisioterapia e elas próprias como executoras. Esta colocação denota menor grau de autonomia técnica no trabalho do fisioterapeuta do que aquele concebido pela profissional da área (E7f), pois o mentor do trabalho, que faz a orientação acerca dos procedimentos a serem realizados, domina a concepção do projeto a ser executado. A possibilidade de intervenção do médico na concepção do trabalho a ser desenvolvido pelo fisioterapeuta poderia ser atribuída à inserção das alunas estagiárias na UTI; no entanto, se esse aspecto fosse determinante na colocação do médico entrevistado, entendemos que ele teria remetido a orientação e definição do que fazer para o próprio docente responsável pelos estagiários.

“Se tem fisioterapeutas do hospital, eu não sei entrar em detalhes, mas me parece que o pessoal que está aqui, os preceptores, são da faculdade. São estagiários do quarto ano, do último ano de fisioterapia, que vêm aqui para aprender a mexer com a criança que está em respirador, fazer fisioterapia respiratória, motora ... e eles participam também da visita. Tenho a impressão de que faz uns quatro, cinco anos que estão aqui e para nós foi muito bom. Apesar de ser um pessoal novo, que está ainda começando ..., mas, orientando, mais ou menos, o que a gente quer, os preceptores reforçando, ajuda bastante. Porque, até então, era feito pelos médicos e pelo pessoal da enfermagem. Fazem fisioterapia respiratória e motora, mais a respiratória. Fazem tapotagem, aspiração, drenagem postural, quer dizer, eles tem um conhecimento mais a fundo do que a gente da própria fisioterapia. E isso é bom ... é muito bom. Antigamente, éramos nós que fazíamos, com algumas restrições ... fazíamos a fisioterapia de que ouvíamos falar. Fazíamos tapotagem e aspiração, mas drenagem postural, eles têm muito mais experiência. Nós não tínhamos essa experiência deles.” (E8m)

O que queremos destacar nesta análise é que ambos os depoimentos, da fisioterapeuta e do médico, apresentam uma diferença na concepção da autonomia técnica do profissional da área de fisioterapia, pois, na entrevista E7f, o relato enfatiza a autonomia do fisioterapeuta na UTI, e na entrevista do médico (E8m) o relato relativiza essa autonomia, introduzindo a participação do médico na avaliação das necessidades do paciente e na definição da conduta fisioterápica. O fato de cada um dos

relatos ressaltar aspectos distintos, a nosso ver, mostra concepções diferentes sobre a autonomia técnica das várias áreas profissionais. O médico atribui um caráter de interdependência à autonomia técnica do profissional não-médico, mas não a sua própria. Nos estudos de SCHRAIBER (1993; 1997a), podemos observar que, na medicina tecnológica, ocorre uma recomposição da autonomia técnica do profissional médico, mantendo-se como traço definidor do trabalho médico. Porém, como vimos anteriormente, em todos os trabalhos especializados ocorre autonomia técnica e esta pode apresentar um caráter interdependente, em dadas situações de trabalho nas quais diferentes profissionais compartilham decisões no que se refere à intervenção junto ao usuário. Assim sendo, chama a atenção que o profissional médico observe e assinale esse aspecto da autonomia nas demais áreas profissionais, porém não faça o mesmo em relação seu trabalho.

Na unidade de terapia intensiva, tal como ocorre na enfermaria de clínica, a fisioterapeuta, assim como a enfermeira e a nutricionista, destaca a complementaridade dos trabalhos especializados e atribui um caráter restrito à atuação profissional, apesar de enfatizar a esfera de autonomia na determinação do “que” e “como” deve ser feito, na área de fisioterapia.

Essa diferença nas representações dos profissionais sobre autonomia técnica acarreta dupla tensão no trabalho coletivo cotidiano: por um lado, uma tensão entre os agentes das diferentes áreas, dadas suas diferentes concepções sobre a abrangência das respectivas autonomias; e, por outro lado, uma tensão entre a complementaridade e a interdependência dos trabalhos especializados e a autonomia técnica, cuja ampliação é permanentemente buscada pelos profissionais médicos e não-médicos, como valor positivo de legitimidade dos respectivos campos profissionais. A tensão está colocada entre a interdependência das ações e a autonomia técnica, necessária nos trabalhos especializados em saúde.

A entrevistada E7f também relaciona a possibilidade de autonomia técnica com a dimensão intelectual do trabalho, que, segundo ela, na área de fisioterapia, é constituída pela fundamentação científica das ciências básicas da medicina (anatomia, fisiologia, patologia). No transcorrer de toda a entrevista, é possível detectar que a depoente se refere a um processo, em curso, de conformação de um saber técnico próprio da fisioterapia. Saber que está sendo construído com base na experiência

prática de trabalho na área de fisioterapia, amalgamado a conhecimentos científicos advindos da medicina e da biologia (patologia, fisiologia, anatomia, histologia). Refere também a dimensão do saber prático, que vai sendo acumulado no cotidiano do trabalho, sem que esteja documentado e experimentado sistematicamente: *você faz, deu certo, no próximo paciente é assim que vou fazer.*

À medida que vai relatando o conteúdo de seu trabalho como fisioterapeuta, as ações e o saber que as instrumentaliza, vai transparecendo de maneira bastante clara sua estreita relação com o modelo biomédico, ou seja, a intervenção dirigida à supressão da patologia e do sintoma. Isso mostra que a referência à abordagem preventiva, à qual a entrevistada refere-se ao longo do depoimento, é secundária à intervenção principal, dirigida à doença e à recuperação da saúde.

A fisioterapeuta (E7f) destaca a dimensão do saber também ao falar do trabalho das demais áreas no campo da saúde. Refere que as diferentes áreas profissionais trabalham com base em conhecimentos de caráter científico e, quanto a isso, faz uma distinção clara entre os médicos e os não-médicos, atribuindo aos primeiros maior fundamentação científica, necessária para a realização da ação diagnóstica. Considerando que a depoente mostra a importância da dimensão intelectual para autonomia profissional, ao destacar a maior abrangência do substrato científico no trabalho do médico e a complexidade da investigação diagnóstica, ela reafirma o maior âmbito de autonomia desse profissional, bem como a centralidade do saber e das ações do médico no trabalho coletivo em saúde.

“Acho que as três áreas (enfermagem, fisioterapia, medicina) têm que ter todo esse embasamento. O médico, talvez, um pouco mais, porque vai diagnosticar, vai investigar a patologia; então, ele tem que ter um substrato maior. Nós recebemos o diagnóstico e, mediante o diagnóstico, temos que saber o que é. Diferente de você, por meio de tudo que o paciente está apresentando, se certificar do que é. Até em termos de estudo, é bem mais amplo do que os não-médicos, que trabalham diretamente com o paciente. É de suma importância para nós, paramédicos, assim como a enfermagem, termos conhecimento inclusive de patologia e de semiologia, porque uma das funções da enfermagem é a observação do paciente ... seguimos muito a observação. Então, para observar, temos que saber os sinais, o que é normal e o que não é normal. Temos que saber sobre patologia, se aquele sinal é

inerente à patologia, ou não. Qualquer profissional que vai lidar com o paciente tem que ter um substrato, talvez não diretamente para tratamento, mas tem que saber a progressão do paciente, porque, senão, fica trabalhando muito tecnicamente. Por exemplo, se a enfermagem não tem conhecimento de anatomia, de fisiologia, de patologia, vai avaliar o paciente tecnicamente, contar a frequência respiratória, a frequência cardíaca, punccionar uma veia ... Até vemos isso: as que têm formação, têm toda a anatomia, explicam que vão punccionar em tal lugar porque passa tal veia; e as que são técnicas, mais o pessoal auxiliar, vão por observação, explicam que vão punccionar em tal lugar porque tal veia está um pouquinho melhor. Então, vemos a diferença entre só ser técnico e ter um embasamento científico.” (E7f)

O trabalho em equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva pediátrica

Na unidade de terapia intensiva, tal como na enfermaria, os entrevistados mostram que o trabalho em equipe é objeto de tematização e reflexão, porém diferem do grupo anterior ao concordarem, os três, quanto à existência dessa modalidade de trabalho coletivo no setor. Todos apontaram a área física restrita e o reduzido número de profissionais como elementos facilitadores do trabalho em equipe. Embora a área física restrita tenha sido criticada pela enfermeira e pelo médico ao referirem que não é adequada e que aguardam a reforma há alguns anos, foi assinalada, por todos, como um aspecto facilitador para a integração do trabalho, à medida que os profissionais estão próximos fisicamente e podem, com facilidade, observar o trabalho do outro e interagir com o outro, sempre que necessário.

Os três depoentes relacionam o trabalho em equipe com o vínculo entre os profissionais e a comunicação entre eles. Apresentam esses aspectos como elementos que caracterizam a equipe, visto que voltam a eles várias vezes durante a entrevista, destacando a confiança alcançada em relação ao trabalho do outro profissional, a conversa, a discussão dos casos e o bom convívio.

Nessa direção, a enfermeira destaca a “consideração” que o médico demonstra para com os profissionais de enfermagem, mostrando a necessidade de reconhecimento e valorização do trabalho da área de enfermagem, particularmente por parte do

profissional médico. A nosso ver, essa declaração expressa as relações hierárquicas de subordinação e a necessidade de enfrentamento das desigualdades no trabalho. Como vimos anteriormente, ao mesmo tempo que todos os agentes, das diferentes áreas profissionais, reproduzem as desigualdades, também expressam a aspiração pela sua superação, embora essa superação, no presente caso, esteja colocada, unidirecionalmente, no reconhecimento que vem do outro — o médico. Cabe perguntarmos: o quanto esse reconhecimento unilinear pode contribuir para o enfrentamento e transformação dos conflitos decorrentes da desigualdade entre os trabalhos especializados? Os entrevistados colocam a possibilidade de trabalho em equipe na dimensão comunicativa e esta, enquanto interação, consiste no reconhecimento recíproco e não unilinear, fruto do diálogo que permite pactuar ou renovar, a cada momento, não somente as regras técnicas do trabalho mas os valores subentendidos a essas regras.

“... aqui, médico e enfermagem são uma coisa muito unida, não existe aquela separação, ele é médico e eu sou enfermeira. Por exemplo, o Dr. ... (chefe da UTI) teve que ir ver a planta da UTI e foi lá me chamar para ver a planta junto com ele, com o diretor do hospital. Então, existe uma aproximação, o médico não te considera somente um trabalhador braçal, te considera como pessoa, como profissional, até cria bastante amizade, até por ser um ambiente bastante fechado. É por isso que eu gosto, há integração da equipe, dá para controlar sem ter que estar direto em cima.” (E9e)

Além do vínculo e da comunicação, o médico (E8m) também refere a definição e o cumprimento de metas e objetivos comuns, como elementos característicos do trabalho em equipe. Colocando *o melhor possível para o paciente em questão* no centro dos objetivos a serem alcançados pela equipe, traz uma concepção de equipe centrada no usuário e não no trabalho do próprio médico, tal como propiciado pelo modelo hegemônico de organização de serviços. O objetivo comum, nesse sentido, refere-se à esfera ética e não a uma meta a ser cumprida, ética na qual a atenção às necessidades de saúde dos sujeitos usuários dos serviços emerge como valor moral maior e norteador do trabalho em saúde. Ética que é desdobrada em inúmeros e diversos objetivos e metas a

serem operacionalizados por meio da intervenção técnica do conjunto de agentes do trabalho coletivo. Entendemos, assim, que o entrevistado faz referência a um valor moral a ser compartilhado pelos profissionais.

Quanto ao âmbito dos objetivos, embora freqüentemente encontremos, na literatura, referências à existência de objetivo comum como traço que caracteriza o trabalho em equipe, os depoimentos coletados nesta investigação não ressaltam esse aspecto. Destacam, como dissemos acima, a prática comunicacional.

Essa prática compreende a construção conjunta de consensos, alcançados por meio da arguição permanente das proposições e das normas que lhes subjazem. Portanto, a comunicação entre os agentes configura uma prática que permeia continuamente o trabalho coletivo. Nesse sentido, não se limita à busca de resultados, objetivos e metas traçadas na ação instrumental, mas também abarca a busca, em aberto, de consenso quanto ao projeto assistencial. Assim, entendemos que o comum, no trabalho em equipe, não é(são) o(s) objetivo(s) mas o projeto assistencial que congrega, simultaneamente, a finalidade do trabalho e o modo de alcançá-la. Ou seja, os resultados e a multiplicidade de intervenções técnicas que articuladamente permitirão alcançá-los, bem como as normas fundantes de ambos.

“... a equipe que temos aqui é uma equipe que funciona coesa, que tem um vínculo de amizade muito grande ... não adianta ter uma equipe, onde um é antipático e a pessoa não vai muito com a cara dele. Temos alguns atritos, que são resolvidos em reuniões que fazemos aqui, com a chefe da enfermagem, para procurar aparar as arestas. Uma equipe, para mim, funcionaria dessa forma. Acho que tem que ter vontade, tem que ter amizade e tem que ter determinação para uma determinada meta a ser cumprida. Isso, para mim, é uma equipe ... é o que eu vejo aqui, dentro dessa equipe. A meta ... o melhor possível para o paciente em questão, seja ele vir a morrer ou sair-se bem da doença que causou a vinda para a UTI. Tem que ter respeito pelo paciente. Acho que o fato de ele morrer não significa que não foram tomadas todas as medidas possíveis, ligadas ao caso. O que nos importa é termos essa meta, tratar bem o paciente e fazer o melhor possível ... essa seria nossa meta dentro da UTI. Claro que, se temos sucesso, a gratificação, para nós, é melhor; claro que sentimos bastante quando um paciente não corresponde ao que tínhamos determinado para ele, mas isso faz parte, também, da situação.” (E8m)

Todavia, a construção conjunta de consensos acerca do projeto assistencial requer a relação recíproca do trabalho, como intervenção técnica e da prática comunicacional dos agentes. Vejamos melhor como isso se comporta nas situações objetivas de trabalho coletivo na unidade de terapia intensiva.

Observamos que a comunicação ocorre principalmente entre os agentes de uma mesma área profissional: os auxiliares de enfermagem e a enfermeira, os estagiários de fisioterapia e a docente fisioterapeuta, e os médicos e residentes de pediatria. As discussões de casos também mostram esse padrão de comunicação — entre os pares. Diariamente, o médico chefe da UTI passa visita, discutindo os casos na cabeceira do leito, acompanhado pelos residentes e, eventualmente, por um médico especialista (nefrologista, cirurgião, geneticista, etc.) convidado para a discussão. O docente fisioterapeuta também passa visita no leito, semanalmente, discutindo os casos com os estagiários de fisioterapia. Em ambas as situações não observamos os agentes de outras áreas profissionais participando das discussões, nem por iniciativa própria, nem a convite dos demais. Raras foram as situações em que pudemos observar os estagiários de fisioterapia aproximarem-se da visita médica e, quando o faziam, conduziam-se cautelosa e timidamente.

Ainda quanto ao padrão de comunicação, observamos que, a exemplo do que ocorre na enfermaria, aqui também a comunicação é “mínima” e “lacônica”, restringindo-se quase sempre a um conteúdo técnico mínimo e imprescindível para o prosseguimento ou encadeamento das ações. Mesmo quando os profissionais trabalham em cooperação, o que é bastante freqüente, o fazem mantendo o mínimo de comunicação verbal.

Se nas situações cotidianas de trabalho observamos a existência de uma cisão entre a dimensão da intervenção técnica, o trabalho, e a dimensão da interação simbolicamente mediada, e nos depoimentos de todos os entrevistados encontramos uma associação entre trabalho em equipe e comunicação dos agentes, é possível interpretar que se trata de uma representação ideal de equipe. Parece haver um certo deslocamento entre o discurso sobre o trabalho em equipe, que parece idealizado e retórico, e o plano prático das múltiplas ações e dos variados agentes, onde não parece haver relações e conexões concretas.

Nos depoimentos, são os próprios profissionais que apontam a relação entre trabalho e interação ao representarem o trabalho em equipe como uma situação de trabalho permeada pela comunicação entre os agentes; no entanto, no plano prático, observamos uma alienação da interação no trabalho. Ou seja, observamos uma cisão em que o trabalho está situado em um plano e a interação, em outro. Há uma ruptura entre o idealizado e o executado, por referência ao trabalho em equipe, no cotidiano do serviço.

Os profissionais de saúde têm maior domínio sobre a questão da técnica do que sobre a questão interativa, de modo que acabam dispondo-se na relação agente/processo de trabalho, muito mais como instrumento do próprio processo do que como agente/sujeito. Embora, todo agente faça um projeto de ação para sua intervenção técnica e, nesse sentido, seja sempre sujeito a algum grau de autonomia, inserido num trabalho reflexivo, na construção de projeto, o agente não insere de forma consciente a dimensão comunicacional, cindindo trabalho e interação, ação instrumental e ação comunicativa.

Assim, ao falar da comunicação, que percebe como uma dimensão intrínseca ao trabalho em equipe, o profissional destaca as inter-relações pessoais e afetivas, no plano do vínculo de amizade.

Na unidade de terapia intensiva, apenas uma entrevistada, a fisioterapeuta, relaciona o trabalho em equipe com uma mudança na concepção do objeto de trabalho em saúde. Os demais depoentes, a enfermeira e o médico, não fazem referência a este aspecto.

A fisioterapeuta refere a ampliação do objeto de trabalho para além da patologia e do sintoma com base na vertente da Medicina Preventiva, particularmente com base no modelo da história natural da doença, pois, ao longo do depoimento, faz várias considerações sobre os momentos anteriores e subseqüentes ao aparecimento da doença. Essa concepção fica bastante clara quando refere a preocupação dos profissionais de saúde com a *qualidade da sobrevivência dos pacientes e não apenas em garantir a sobrevivência*, o que, segundo ela, coloca a necessidade de contemplar outras dimensões além da própria patologia.

Ainda segundo a depoente, com essas mudanças na concepção do processo saúde-doença e das necessidades de saúde, instaura-se um novo contexto de trabalho,

no qual se faz necessária a individualização dos trabalhos especializados das áreas profissionais não-médicas e a configuração do trabalho em equipe. A entrevistada relata a existência de processos concomitantes e recíprocos, nos quais ocorrem mudanças nas concepções do processo saúde-doença e nas concepções sobre as necessidades de saúde, assim como crescente processo de divisão do trabalho e a configuração de áreas profissionais especializadas; além de processos de recombinação e articulação dos trabalhos parcelares, por meio da proposição do trabalho em equipe.

“A medicina era poderosa, era o conhecimento total, e poderia abranger tudo ... só que não pode abranger tudo, existem limitações, mesmo dentro da área médica. Acho que a medicina também está tendo uma nova visão, porque a que a medicina tinha, antigamente, era salvar vidas, independe da sobrevida desse paciente. Conforme a medicina vai progredindo, aqueles pacientes que até então não sobreviviam, estão sobrevivendo, pelo avanço da medicina. Então, hoje, a preocupação é: como vai ser a sobrevida? E, aí, entram os outros profissionais, porque, hoje em dia, eles têm um pouco mais de visão sobre a prevenção. O pessoal está deixando de ter aquela visão só do doente, partindo para como vai ser a vida do paciente ... vemos isso também na pediatria, principalmente os pré-termo. Como é essa sobrevida, o que essa criança tem, do que ela precisa? Saúde está muito mais antes de chegar o momento da doença, evitar a doença e no posterior, como fazer para o paciente não regredir. Aí, você vê a inserção das outras áreas para trabalhar, é uma mudança até na visão de saúde mesmo, conforme vai tendo avanço, você vai tendo a necessidade ... conforme vamos avançando, percebemos que não somos únicos, o saber não é único e cada vez mais o paciente vai te dando necessidades e você vai vendo que você é limitado. Aí surge a equipe multiprofissional, não só de outras áreas, mas até de uma mesma área, mas com especializações.” (E7f)

Embora a fisioterapeuta relacione a existência de trabalhos especializados e de trabalho em equipe à possibilidade de ampliação do objeto e de atenção a toda gama de necessidades de saúde dos usuários, no conjunto da entrevista mostra uma concepção de necessidades de saúde e de prevenção centrada na fisiopatologia, ou seja, no próprio modelo médico. Segundo a própria depoente, a área de fisioterapia trabalha com uma

abordagem centrada na patologia. Ao longo da entrevista faz uma explanação sobre seu trabalho na UTI, como fisioterapeuta, mostrando que sua concepção de objeto do trabalho está baseada no recorte da fisiopatologia e sua intervenção — fisioterapia respiratória e motora —, está pautada no modelo clínico, a exemplo do modelo médico. Mostra a incorporação da noção de prevenção, mas sobretudo referida à prevenção de complicações no âmbito da fisiopatologia e da assistência individual.

O trabalho coletivo no ambulatório de especialidades gerais

Ao serem solicitados a falar sobre o trabalho alheio, de outros agentes das demais áreas profissionais, os cinco sujeitos entrevistados fazem referência às atividades grupais das quais participam. Assim, surgem na cena do trabalho, com destaque, os grupos — “grupo de hipertensão” e “grupo da terceira idade”.

Os depoimentos, em sua quase totalidade, não se referem à divisão do trabalho no serviço como um todo, mas apenas à complementaridade e à interdependência do trabalho especializado presente na atividade grupal.

O trabalho coletivo fora do âmbito dos grupos aparece ao falarem de seu próprio trabalho, em situações tais como a enfermeira, que faz o atendimento dos usuários em seguimento com o médico infectologista, no setor de DST/AIDS; ou a assistente social, que faz o atendimento para concessão de isenção tarifária para deficientes físicos e aposentados. Esta profissional faz a avaliação da esfera socioeconômica e encaminha o usuário para o médico que procederá a avaliação médica e um terceiro agente, da área administrativa, tomará as providências de ordem burocrática. Ou, ainda, a assistente social e a enfermeira que fazem o atendimento dos usuários seguidos pelos médicos tisiologista (tuberculose) e dermatologista (hanseníase). Esses pacientes passam em atendimentos individuais com cada um desses profissionais. Esses relatos mostram que há complementaridade; porém, as ações são executadas isoladamente, como se não houvesse nexos entre elas, ou seja, sem articulação.

“Estou trabalhando de manhã e faço um seguimento social com tuberculose e hanseníase. Toda vez que ele passa no médico, retorna na enfermagem e no serviço social, até que tenha alta. Vamos preparando o paciente para a alta, para

não largar o tratamento. Porque mesmo tendo alta, ele tem que continuar tomando o remédio e existem resistências da pessoa; então, trabalhamos na linha educativa. Eu não tenho problema de relacionamento com nenhuma das médicas; apesar de as dermatologistas serem muito bravas, nunca tive problemas com elas. A tisiologista, pelo contrário, é amiga pessoal. E com a enfermagem, que é a auxiliar de enfermagem e a enfermeira que cuida dessa área, também não tenho problemas. Porque todo esse pessoal está à tarde, mas eu atendo; pelo vínculo que se criou com as médicas, elas mandam o paciente para mim. Como meu horário vai até as 13 horas, eu pego, porque eles chegam sempre cedo, então, às vezes eu atendo antes que passem pelo médico. E continuo atendendo também deficientes físicos, para concessão de passe intermunicipal, ônibus, trem e metrô. Temos que fazer uma avaliação social, aí encaminhamos ao médico, o médico faz a avaliação física, porque eles devem trazer um atestado de qual é a deficiência, e o médico seria mais uma forma de perícia, uma confirmação. E também atendo acidentados no trabalho, na parte de afastamento. (...) Acho que não existe muita conexão com outros trabalhos. Nesse trabalho que eu desenvolvo com as quatro clínicas (tuberculose, hanseníase, deficientes físicos, acidentados do trabalho), na verdade, me sinto solta, não tenho supervisão de ninguém, nem estímulo de ninguém. Então, nós vamos atrás do trabalho, na verdade. Porque não existe uma norma, uma determinação de que você deve seguir essa linha ... vai muito do relacionamento de profissional para profissional e da amizade. Porque senão, você não consegue realizar nada. Também atendemos outras clínicas, mas não é uma coisa contínua, como são essas. Nas outras clínicas, quando o médico acha que precisa de uma orientação social, ele encaminha para o serviço social, mas não é rotina, você não tem o seguimento do paciente que vai na ortopedia, por exemplo, ou na cardiologia ... é só quando o médico acha que há algum problema social, ou que necessita de orientação sobre auxílio-doença, aí nos encaminha, porque isso também faz parte do nosso atendimento.” (E15a)

A outra assistente social (E13a) refere situações nas quais a divisão do trabalho não está clara para os agentes envolvidos, o que gera insatisfação e conflitos entre os profissionais. Interessante observar que apenas ela faz menção a esse aspecto e que o faz ao mesmo tempo que relata que o trabalho do serviço social não tem especificidade. Observamos que não há um consenso entre as duas assistentes sociais entrevistadas no

ambulatório quanto à concepção de seu trabalho, aparecendo diferentes abordagens: assistencialista e educativa-preventiva. A assistente social entrevistada na enfermaria apresenta uma terceira concepção, entendendo que a abordagem nuclear do trabalho do serviço social é a dinâmica familiar.

Podemos perceber, portanto, que a falta de clareza na divisão do trabalho, está relacionada às características múltiplas e pouco definidas do trabalho na área da entrevistada. No caso específico do serviço social, é importante lembrar que não se trata de uma área primeiramente do campo da saúde, mas sim de uma área vinculada ao âmbito das ciências sociais e humanas, que compõe o trabalho em saúde. Já assinalamos anteriormente, ao discutirmos a divisão do trabalho em saúde, que a composição com os trabalhos de psicologia e de serviço social tendem a gerar mais conflitos pela marcante diversidade nas abordagens dessas áreas e das áreas biomédicas, hegemônicas nas práticas de saúde.

“Aqui, não tive esse problema, mas, em outros postos, a questão de exames é muito comum. Às vezes, a enfermagem não dá muito conta do recado e a assistente social tem que ver resultado de exames, de hemogramas, glicemia, ligar para o laboratório ... vem a pessoa da enfermagem, dizendo que eu tenho que ligar, porque não é claro para a pessoa... a própria categoria está muito perdida. No começo, foi muito difícil eu estar me situando. Agora, já é mais tranquilo, já sei o que é de serviço social, o que não é, e eu argumento. Mas, no começo, às vezes, eu acabava assumindo coisas de outros profissionais. E isso ocorre muito, eu percebo isso em reuniões que eu vou, que, às vezes, o serviço social assume papéis que não são dele.” (E13a)

Também podemos observar os aspectos atinentes à divisão do trabalho e a complementaridade e a interdependência correlatas, no grupo de hipertensão, do qual participam a assistente social, a enfermeira e o médico cardiologista.

A iniciativa de implantação do grupo de hipertensão, bem como a de convidar outros profissionais para participarem, foi do médico cardiologista. O grupo foi introduzido com o objetivo de organizar o fluxo de usuários para cardiologia na unidade, pois há uma demanda muito grande na região. O médico (E16m) entende que a organização do fluxo de atividades pode permitir que ele faça o seguimento dos

usuários de maior risco, à medida que está prevista a oferta de uma alternativa de atendimento em grupo educativo além da consulta médica individual com o especialista. O conteúdo educativo e preventivo do seguimento é trabalhado em grupo pelos demais profissionais não-médicos. O grupo também permite agilizar o encaminhamento de usuários de baixo risco para as unidades básicas, para acompanhamento com clínico geral. Assim, o entrevistado E16m mostra concepção de organização de serviço que pressupõe a divisão de trabalho entre médicos e não-médicos de forma clara e definida, e o oferecimento de ações diversificadas de assistência médica individual e de promoção e prevenção da saúde.

“A partir de um determinado momento, há uns quatro ou cinco meses, como tínhamos uma demanda muito alta e muitos pacientes não conseguiam se consultar conosco, nós iniciamos um trabalho em grupo, envolvendo outros profissionais não médicos da unidade, com o objetivo de reduzir e organizar essa demanda, até mesmo de transferir, a maioria dos pacientes para os clínicos gerais das unidades básicas de saúde e manter conosco apenas os pacientes de alto risco. (...) O objetivo foi organizar o fluxo de pacientes porque é uma região muito grande, procuramos diminuir a recusa de pacientes na unidade, organizando a nossa possibilidade de atendimento. (...) A maioria absoluta dos pacientes é de hipertensos. O ambulatório de cardiologia tem 70% a 80% de hipertensão. É a grande patologia do ambulatório de cardiologia ... e as suas conseqüências, insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, arritmias. Chamamos alguns colegas, a enfermagem, a nutrição, o serviço social ... com a aquiescência da direção. Resolvemos colocar essas pessoas no auditório e fazer uma dinâmica de duas, três horas com elas, orientando quanto ao atendimento na unidade, à doença, à possibilidade de buscar recursos terapêuticos fora da unidade ... Aqueles que não necessitam de tratamento cardiológico permanente são encaminhados de volta aos clínicos gerais das unidades de origem. Tínhamos a nutricionista, agora não temos mais, é uma pena (...) os pacientes saem orientados sobre como conviver com sua patologia, como procurar socorro em situações de urgência e sobre a possibilidade de retornar a nós, eventualmente.” (E16m)

Observamos que a demanda para o grupo é gerada a partir da procura por

assistência médica individual, pois o encaminhamento para a atividade grupal é feito na consulta médica com o cardiologista. Porém, o próprio entrevistado assinala, assim como a literatura (SCHRAIBER e cols., 1996), a existência de outros fluxos nos quais a demanda para os grupos educativos é trabalhada na recepção do serviço pela enfermagem e em outras situações de atendimento com outros profissionais. Observamos que, nos serviços ambulatoriais, o mais comum é o profissional médico gerar demanda para os profissionais não-médicos, ou seja, a partir de uma consulta médica individual o usuário é encaminhado para o nutricionista, para o assistente social, para o fonoaudiólogo e outros. No entanto, como dissemos, também é possível observar outros dois fluxos de atendimento: a demanda direta por atendimento com profissionais não-médicos, tais como o psicólogo, o fonoaudiólogo e outros, ou a existência de uma rotina de atendimento que pressuponha um elenco diversificado de ações para atenção ao caráter multidimensional das necessidades de saúde, tais como ações educativas, ações preventivas, ações de atenção a demandas específicas de caráter social e/ou psicológico e ações de assistência médica individual, entre outras.

Na descrição da atividade do grupo de hipertensão, podemos observar uma divisão clara entre as ações do médico e as dos não-médicos, da assistente social e da enfermeira. No início do grupo havia também a participação da nutricionista, mas ela deixou a atividade porque saiu do serviço.

A assistente social responsabiliza-se pelo planejamento e proposição da dinâmica realizada no início de cada sessão, para aquecimento do grupo e também pela coordenação da atividade grupal; a enfermeira responsabiliza-se pela discussão e pelas orientações específicas sobre hipertensão, participando como co-coordenadora do grupo. O médico participa apenas nos 20 minutos finais da sessão, respondendo às questões específicas sobre terapêutica medicamentosa e fazendo um resumo dos principais aspectos da temática do grupo. Cabem a ele as ações diagnósticas e da terapêutica medicamentosa, referidas principalmente ao âmbito da consulta individual, pois os usuários são encaminhados ao grupo a partir da consulta médica, ou passam por ela após a sessão do grupo. Quando o médico está presente ao grupo também contribui com o enfoque clínico, seja para o encaminhamento de usuários para seguimento em unidade básica, seja para responder a perguntas específicas, médicas, segundo ele “sem levar muito em consideração aquilo que o grupo já conversou”. Assim, o entrevistado

E16m mostra que não se afasta da abordagem clínica, mantendo-a, mesmo nas situações de atendimento simultâneo com outros profissionais não-médicos. O fato de o médico não tomar em consideração o conteúdo trabalhado pela assistente social e pela enfermeira, mostra que os três profissionais não partilham um plano de ação comum no grupo, pois um plano comum não permitiria dissociar uma parte da outra, tal como ocorre.

Ao falar da divisão do trabalho no grupo de hipertensão, os três profissionais que participam mostram que essa atividade tem o caráter de racionalização do serviço, pois permite a otimização da ação médica de diagnóstico e terapêutica, central na organização das práticas e privativa do profissional médico. As demais ações educativas, preventivas e de continência das ansiedades e dúvidas dos usuários são remetidas para outros espaços de atendimento, fora da consulta médica, passando a ser sistematicamente realizadas no espaço da atividade grupal, pelos profissionais não-médicos.

Nos depoimentos, podemos perceber que as ações educativas e preventivas também estão centradas no enfoque clínico da anatomofisiopatologia e que, assim sendo, a dinâmica e o conteúdo trabalhados no grupo precisam ser referendados com os arremates finais proferidos pelo profissional médico. Recorrendo à análise de CARAPINHEIRO (1993:252-284) sobre as relações entre saber e poder no trabalho hospitalar, a execução do grupo de hipertensão aparece, aos olhos da entrevistada (E13a) como um encontro onde ambas as profissionais não-médicas operam com um “saber periférico” e os usuários com um “saber profano”. Assim, configurando uma situação em que os agentes não-médicos realizam um trabalho baseado no saber técnico de caráter periférico por referência ao saber nuclear, que é o saber médico. Saber técnico periférico que se aproxima do estatuto de empírico e leigo.

Fizemos referência ao saber periférico, anteriormente, quando analisamos a complementaridade periférica do trabalho especializado dos não-médicos em relação ao trabalho dos médicos. De modo que aproveitamos seu reaparecimento em cena para arguir seu caráter ideológico. CHAUI (1993:3-13) analisa que o discurso ideológico é aquele que pretende coincidir com as coisas, anular a diferença entre o pensar, o dizer e o ser, e engendrar uma lógica de identificação que unifique pensamento, linguagem e realidade para, por meio dessa lógica, obter a identificação de todos os sujeitos sociais

com uma imagem particular universalizada. Assim, a ideologia vai universalizar o particular pelo apagamento ou ocultamento das diferenças e contradições. A construção ideológica não é uma mentira, mas um discurso lacunar, no qual os termos ausentes garantem a suposta veracidade daquilo que está explicitamente afirmado. De modo que, se o saber ou a complementaridade do trabalho dos não médicos são tidos como periféricos, alguma base material há para isso. Qual seja, a sociedade e, particularmente, o que se refere à organização das práticas de saúde, reconhece o saber do médico como nuclear na esfera dos fenômenos que dizem respeito ao adoecimento. Diante do projeto assistencial da medicina biomédica, o saber não médico será sempre algo periférico para a própria intervenção biomédica. Mas a ideologia opera um deslocamento que acentua o caráter periférico para além daquilo que, concretamente, representa no próprio projeto assistencial biomédico. Ideologicamente instala-se uma hierarquia de valores que faz crer o saber periférico como saber desprovido de tecnicidade.

Nessa mesma linha de discriminação entre saberes com maior ou com menor fundamentação científica, assinalamos o crescente valor atribuído ao saber técnico de cunho científico e o reduzido valor atribuído ao saber prático cunhado na experiência cotidiana de trabalho, na interação com os usuários. Assim, no grupo de hipertensão, o trabalho de aquecimento do grupo (o aquecimento do humano), feito pela assistente social, e o trabalho de mediação da esfera do humano com o técnico, feito pela enfermeira, desaparecem diante da explicação técnica feita pelo médico nos últimos 20 minutos. Explicação que passa a equivaler à totalidade do trabalho realizado e que, inclusive, torna a explicação técnica equivalente ao humano da vida dos usuários (vida que se reduz às explicações técnicas do médico). Porque quanto mais o saber do profissional aproxima-se da dimensão da vida cotidiana do usuário, tal como ocorre com o saber da enfermeira, do assistente social e outros, menor valor técnico e social lhe é atribuído. Quanto mais o saber fica identificado à vida prática e menos ao científico, mais esse saber prático vai para a periferia da hierarquia entre os trabalhos especializados. A especificidade desse saber não é reconhecida como tendo a complexidade suficiente para poder ser transmutada em autoridade técnica e social, pois na hierarquia dos saberes conjugam-se a dimensão técnica e ético-social. Ou seja, o saber acerca da dinâmica de grupo que põe o grupo em inter-relação e que é

necessário para o desenvolvimento da atividade com os objetivos propostos, serve como estratégia pedagógica e é tomado como um saber periférico por referência ao saber biomédico. Mas há que se perguntar: por que trabalham os três aspectos (dinâmica do grupo, orientações sobre o modo de andar a vida e patologia) se eles têm valores tão distintos e desiguais?

O apagamento ou obscurecimento da dimensão técnica do trabalho dos não-médicos também aparece nas situações em que os agentes não-médicos colocam-se como intérpretes ou mediadores entre os usuários e o serviço, ou entre os usuários e os profissionais médicos, realizando uma certa tradução e adequação do saber tecnológico médico à vida cotidiana dos usuários. Aqui também a ação do profissional não médico não aparece qualificada tecnologicamente, mas apenas revestida de um “certo bom senso” na interface do saber periférico com o saber profano.

Nesse sentido, dois dos entrevistados fazem referência a uma particularidade do trabalho dos profissionais não-médicos, que consiste em conversar e escutar os usuários. A assistente social (E15a) diz que esse trabalho deve ser feito, pois o médico já não o faz mais. E o médico (E16m) alega que os agentes não-médicos estão mais próximos, social e culturalmente, dos usuários, ou seja, têm uma origem social mais parecida com a da clientela dos serviços públicos.

Essas colocações fazem lembrar uma questão atinente à divisão do trabalho que aparece também nas entrevistas da enfermagem, isto é, que, na execução das ações dos profissionais não-médicos, são levantadas informações e necessidades, junto aos usuários, que o médico não detecta e que são complementares à ação diagnóstica. Ou seja, trata-se da conformação de um conteúdo comunicacional, referente ao modo de andar a vida, que é trabalhado no interior das atividades assistenciais dos agentes não-médicos e que no modelo anterior da medicina liberal pertencia ao médico, pois pertencia à esfera da relação médico-paciente.

“Ainda esses dias, o noticiário leigo informou uma coisa que foi apresentada no Congresso da Associação Americana de Cardiologia, que se realizou esses dias: os pacientes de determinadas categorias sociais têm muito menor chance de ser submetidos aos tratamentos modernos e, com isso, maior probabilidade de ter complicações, do que outros. Estou convencido que isso tudo tem a ver com essa

diferença de origem muito grande entre os pacientes e os profissionais da área da saúde. Falando dos médicos ... a maioria absoluta dos pacientes, é formada por pobres e a maioria absoluta dos médicos não tem origem pobre, a maioria dos médicos, não conhece a realidade dos pacientes. Como não conhece, não tem interesse. Outros profissionais são mais próximos. Acho que entre psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e enfermeiros, existe maior proximidade.”

(E16m)

Os relatos da assistente social e da enfermeira quanto ao grupo de hipertensão permitem observar um aspecto peculiar da divisão do trabalho em saúde — a centralidade do trabalho do médico e a subordinação dos não-médicos, a qual apresenta variações em intensidade e transparência entre as diversas áreas profissionais. Apesar das diferenças no grau de subordinação, variação que não nos propomos a mensurar, destacamos o traço comum de subordinação dos profissionais não-médicos ao projeto de trabalho do médico.

A assistente social (E13a) atribui a concepção do grupo de hipertensão exclusivamente ao médico, colocando-se, junto com a enfermeira (E14e), apenas como executora do trabalho. Além disso, entende que o êxito do trabalho em termos de adesão da clientela deve-se, também exclusivamente, à participação do profissional médico, que, dessa forma, aparece como o agente legitimador do trabalho desenvolvido em conjunto pelos três profissionais. Seu relato mostra que o profissional médico entra no final do grupo para legitimar o trabalho realizado por ela e pela enfermeira, apesar de ambas terem a possibilidade de executar o grupo sem a participação dele. Portanto, o desenrolar da atividade grupal, desde sua introdução, a partir de uma necessidade identificada pelo médico de racionalização do serviço, até sua rotineira execução, mostra, de forma bastante clara e inequívoca, a subordinação de ambas as profissionais não médicas à autoridade técnica do profissional médico.

Na situação relatada, a desigualdade e a subordinação técnica e social é reproduzida pelos agentes não-médicos, ignorando o âmbito de autonomia que a abordagem educativa e preventiva imprime ao trabalho, visto que esses aspectos fundamentam-se num saber de caráter interdisciplinar que ultrapassa os limites do saber e das ações estritamente médicas.

“Então, no dia que o paciente vinha passar na consulta marcada com o cardiologista, participava desse grupo, a proposta foi essa. Porque, infelizmente, na saúde é assim ... se não houver um agendamento junto com a consulta, o grupo não tem uma aderência tão forte. Infelizmente, é assim. O que atrai o paciente é o médico ... e se o médico vai participar, eu acho importante, não desmerecendo os outros colegas, mas se o paciente sabe que o médico está no trabalho, 99% aderem. Não desmerecendo, mas eu sinto isso, as outras colegas também sentem isso.(...) Então, a intenção do cardiologista foi essa, fazer um grupo com hipertensos leves, discutir a questão da hipertensão, a importância do tratamento, a importância do paciente participar do seu tratamento, de ter um conhecimento geral da doença, em todos os sentidos, clínica, medicamentosa, de fatores desencadeantes, de alimentação ... e foi isso que fizemos com o grupo, eu, a enfermeira e o médico. A enfermeira e eu coordenávamos uma primeira parte, fazíamos uma dinâmica de grupo, uma apresentação e, depois, entrávamos com os fatores ... o que o grupo achava que fazia desencadear a hipertensão, por que ele tinha hipertensão, o que era hipertensão. Tirávamos essas informações para ver o conhecimento do paciente sobre sua doença. Depois, num segundo momento, o médico entrava fechando essas informações, explicando mais a parte clínica, o que ocorre no organismo do paciente hipertenso, como é o organismo dele, a importância de tomar o medicamento, a importância de fazer a dieta, de ter uma atividade física ... enfim, o quanto ele é importante no seu tratamento. (...) Então, o médico ficava no esclarecimento de dúvidas, mas ele participou de duas. Depois, acabou se ausentando, dizendo que dávamos conta 100% do grupo, mas não é questão de dar conta. O paciente tem dúvidas de medicação e eu não tenho condições de responder, nem a enfermeira. Ela tem até um pouco mais de conhecimento do que eu, mas é diferente do médico dar seu parecer ... é importante que estejam os três juntos. As duas dão conta, mas é importante os três estarem juntos. (...) Quando terminávamos o grupo, não discutíamos e isso não pode acontecer, de forma alguma. Porque aí, o Dr. ... ia atender os pacientes dele, individuais. Digamos que não desse para discutir nesse dia, mas essa equipe, depois, em outro dia, deveria discutir o que achou do grupo, e isso não acontecia.” (E13a)

“Primeiro, fazíamos uma dinâmica de grupo, as pessoas se apresentavam, cada um falava um pouco de si ... víamos o que o grupo entendia sobre aquilo tudo, para depois, dar a parte teórica. A assistente social começava. Ela e eu ficávamos juntas, aplicando dinâmica de grupo. Acabamos ficando ela e eu para resolver a questão do planejamento das atividades, pensar o tipo de dinâmica ... O médico nem sabia, quando ele chegava, já tinha sido feita toda a dinâmica, chegava na hora de entrar na teoria, na coisa mais específica. Quando o médico não participava, eu falava da parte teórica, dos cuidados que têm que ter ... tudo de modo geral.”(E14e)

FREIDSON (1978: 61-82), ao analisar a divisão do trabalho médico, agrupa sob a denominação de “paramédicos” todas as ocupações engendradas e organizadas em torno do trabalho de assistência médica e controladas fundamentalmente por profissionais médicos. Diz que o controle médico se manifesta de distintas maneiras: a) grande parte do conhecimento técnico aprendido pelos trabalhadores “paramédicos” durante sua formação e utilizada em seu trabalho, tende a ser descoberta e ampliada, ou pelo menos aprovado, pelos médicos; b) as ações realizadas pelos “paramédicos” tendem a assistir/auxiliar, mais que a substituir, as ações nucleares de diagnóstico e tratamento; c) os “paramédicos” são subordinados aos médicos, uma vez que seu trabalho, habitualmente, é realizado mediante uma prescrição médica e é supervisionado pelo médico, e d) o prestígio atribuído aos “paramédicos” pelo público em geral é menor do que aquele outorgado aos médicos. Portanto, segundo o autor, as ocupações “paramédicas” podem ser diferenciadas das profissões estabelecidas, por sua relativa falta de autonomia, responsabilidade, autoridade e prestígio. FREIDSON também salienta que as ocupações “paramédicas” não são meramente parte de uma divisão do trabalho diferenciada tecnologicamente, senão parte de uma específica divisão do trabalho, organizada em torno de uma profissão dominante — a medicina.

Na apresentação do quadro teórico, já referimos as características da medicina que a legitimaram socialmente como prática hegemônica no campo da saúde e ressaltamos a dimensão histórico-social que a coloca como prática originária da qual derivam, ou à qual se agregam, as demais práticas profissionais em saúde. E são esses os aspectos aos quais FREIDSON chama a atenção, para a compreensão da

subordinação que se instala no interior do processo de divisão do trabalho em saúde. Também é no interior dessa mesma dinâmica social que é possível compreender a manutenção e a reprodução dessas relações de subordinação, tal como observamos nos relatos da assistente social e da enfermeira. Subordinação hierárquica, onde uns são inferiores e outros superiores, ou seja, onde os trabalhos diferentes da perspectiva técnica transmutam-se em trabalhos desiguais da perspectiva valorativa.

Como vimos, as contribuições de FREIDSON (1978) são inspiradoras para a análise da divisão do trabalho em saúde, da autonomia profissional e das relações interprofissionais, embora ele mesmo alerte às importantes diversidades encontradas nesses processos, nos vários países. O autor dedica-se à investigação do trabalho médico, em particular, abrangendo as demais profissões em saúde apenas secundariamente e como contraponto à medicina, esta, sim, seu objeto de estudo. Além disso, a primeira edição do estudo ao qual nos referimos foi publicada no ano de 1970 e diz respeito, especificamente, ao trabalho médico nos Estados Unidos da América do Norte. Portanto, faz-se necessário, como veremos a seguir, considerar as mudanças ocorridas ao longo de quase três décadas e o modo particular como a divisão do trabalho em saúde tem se processado, no Brasil.

Todavia, voltamos a salientar a pertinência das contribuições de FREIDSON para o nosso contexto, tal como pode ser observado na seguinte consideração inspirada no autor: as profissões não-médicas ocupam uma posição subordinada na complexa divisão do trabalho em saúde, dominada pela profissão médica e essa subordinação, cujo sentido intrínseco é simultaneamente obscurecido, torna-se aceitável pelo caráter de profissionalismo que abrange tanto os médicos como os não-médicos (FREIDSON, 1978:82). Entenda-se por profissionalismo o conjunto de atributos supostamente típicos de uma profissão, ou seja, o compromisso com o próprio trabalho enquanto carreira, de tal modo que o trabalho chegue a ser parte da própria identidade, e o acentuado “ideal de serviço” que coloca o serviço prestado ao público acima dos interesses estritamente pessoais.

De fato, no Brasil, os trabalhos em saúde que foram se individualizando como trabalhos especializados (enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, terapia

ocupacional, etc.), seguiram o caminho do processo de profissionalização²⁶ (MACHADO, 1995) culminando com a regulamentação profissional, a partir dos anos 60. Não cabendo denominá-las como ocupações “paramédicas”, uma vez que se configuram, jurídica e legalmente, com o estatuto de profissões de nível superior. Além da profissionalização, ao longo das últimas décadas, com a consolidação do modelo da medicina tecnológica (SCHRAIBER, 1993; 1997a) e a incorporação crescente de novas técnicas e novas tecnologias, não no sentido restrito aos equipamentos mas estendido aos saberes e às relações que fomentam entre os agentes, observamos alterações nas características da divisão do trabalho em saúde, principalmente no decréscimo da subordinação hierárquica dos profissionais não-médicos aos médicos. Mudança que, sem dúvida, também é impactada pela introdução de novas concepções e práticas de gerência em saúde. FREIDSON (1978:67) também já alertava para a tendência a novas formas de divisão do trabalho em saúde, com a diminuição da subordinação e a ampliação da autonomia profissional dos demais agentes não-médicos.

O que observamos nesta pesquisa, particularmente no relato das entrevistadas E13a e E14e, é uma prática com autonomia, embora relativa, pois a assistente social e a enfermeira dão andamento à atividade grupal, responsabilizando-se pelo planejamento e execução das sessões, sem a participação e a supervisão direta do profissional médico. Mas, concomitantemente, seus relatos põem em evidência relações de subordinação.

Especificamente quanto à autonomia técnica, que é um atributo das profissões que se apresenta em proporções inversas à subordinação, a enfermeira E14e refere que *sempre precisa do respaldo do profissional médico*, mesmo em atividades cujo planejamento, avaliação e execução estão exclusivamente sob sua responsabilidade, sem a intervenção do outro profissional, tal como o curativo de úlcera varicosa, ou em atividades planejadas e executadas simultaneamente por mais de um profissional, como é o caso do grupo de hipertensão. Portanto, a entrevistada E14e expressa que seu trabalho é desprovido de autonomia técnica, mesmo trabalhando, efetivamente, com certo grau de autonomia. Essa representação da entrevistada pode ser mais bem compreendida se considerarmos a subordinação hierárquica ao profissional médico,

²⁶ O processo de profissionalização refere-se a uma abordagem taxonômica que busca identificar os atributos empregados nas definições de profissão. A esse respeito, ver MACHADO (1995:13-33).

que vimos ocorrendo anteriormente.

No que se refere ao conteúdo trabalhado no grupo de hipertensos e ao grupo de idosos, do qual também participa eventualmente quando convidada para discutir algum tema específico, a enfermeira diz que são atividades que podem ser realizadas por profissionais não-médicos, mesmo sem a participação do médico, porque têm caráter educativo, com o objetivo de discutir o modo de andar a vida dos usuários e não de diagnosticar e definir a terapêutica, o que caberia exclusivamente ao médico. Porém, atribui às ações educativas de promoção da saúde e ao saber correspondente um estatuto secundário e periférico à prática clínica. A depoente separa a dimensão do tratar e a dimensão de cuidar do modo de viver, tal como é preconizado pelo modelo biomédico, e atribui menor importância à dimensão interativa que corresponde a discutir com o usuário, o modo e as condições de vida. Os agentes das diferentes áreas profissionais partilham o valor comum ao médico relativo às concepções do modelo biomédico, secundarizando o saber e as ações de outros âmbitos da produção de cuidado e deixam de compartilhar, por essa razão, outros valores que poderiam estar cunhando outros e diferentes projetos assistenciais.

Observamos que o relato da enfermeira destaca o trabalho do médico como imprescindível e mais importante que as demais ações desenvolvidas no grupo, pois refere que *o importante é que tem que ter o médico no meio...* A depoente também expressa a necessidade de valorização e reconhecimento de seu trabalho e da assistente social pelo profissional médico, evidenciando a relação de subordinação e desigualdade entre os profissionais médicos e os não-médicos e a primazia do modelo de trabalho biomédico.

Ao ressaltarem a importância da participação do profissional médico no grupo, a assistente social e a enfermeira fazem a transmutação da diferença técnica dos distintos trabalhos especializados em desigualdade valorativa, tal como também aparece no relato do médico. Os depoentes não partilham o valor de que todos os agentes das diferentes áreas profissionais são sujeitos iguais, embora agentes técnicos distintos. Mas partilham, como afirmação propositiva e normativa, que a autoridade técnica e social do profissional médico é maior e melhor do que a dos demais profissionais.

“... geralmente, quando presente, deixamos o médico começar e eles são meio

complicados, também. São os médicos que têm que dizer o que temos que fazer. Deixamos que eles comecem, mas às vezes é difícil começar. (...) Nesses grupos, se não tiver o médico e tiver outros profissionais, pode tocar, não tem problema, não afeta nada, porque ninguém vai tratar ... é sobre o modo de vida, como viver com aquele problema, porque são crônicos, não são doenças curáveis, é hipertensão, diabetes ...” (E14e)

“Isso também é importante, o médico valorizando, não é mais uma no grupo para ajudá-lo a trabalhar. Eu sentia a valorização da enfermeira, do social ... e acho que correspondeu ao que ele estava esperando, à expectativa dele. Ele não me convidou direto, falou com a chefia de enfermagem e ela falou para me colocar, porque eu gostava. E no dia em que ele presenciou, sentiu que ia para a frente, que estava bom. Porque, às vezes, o médico acha que é só ele e nós ficamos só ajudando, pegamos o giz, o espanador, apagamos a lousa, pegamos um papel ... mas foi de outro modo, vimos a importância que ele nos deu, o valor que tínhamos, cada uma com sua contribuição profissional, naquela área. E ele disse que nem precisávamos dele, que já tínhamos acabado quase tudo ... lógico que nós damos menos, tecnicamente, sobre o assunto. Chegamos de outro modo, perante o usuário, temos outra forma de chegar, não olhamos o coração, a artéria ...” (E14e)

Os três relatos que fazem referência ao grupo de hipertensão mostram que não há articulação entre as ações dos diferentes profissionais, no sentido aqui atribuído, de evidenciar as conexões entre os trabalhos especializados. O médico (E16m) mostra isso de forma bastante clara ao afirmar que não leva em consideração os aspectos trabalhados no grupo pela abordagem da assistente social e da enfermeira. Apesar da atividade ser grupal e em certos momentos ser realizada pelos três agentes simultaneamente, em situação de cooperação (fazer juntos), não há articulação dos três enfoques e saberes operantes (do médico, da assistente social, da enfermeira). E os distintos profissionais se mantêm trabalhando isoladamente, ou seja, como se não houvesse complementaridade e sim independência dos trabalhos entre si. Portanto, temos aqui uma situação que evidencia a complementaridade e a interdependência dos trabalhos, bem como a cooperação entre os agentes, visto a proposição de realizarem a atividade grupal conjuntamente, porém mantendo o caráter isolado das ações de cada

profissional, sem articulações dos trabalhos especializados.

“O grupo é composto pela chefe da enfermagem, por uma assistente social e por mim. Havia a nutricionista, que se demitiu há uns dois ou três meses. A iniciativa foi do médico e a inclusão dos pacientes no grupo, se dá a partir da consulta médica. Agora, a dinâmica do grupo, é feita pela assistente social, de comum acordo com a enfermeira. Hoje, as duas fazem as reuniões, praticamente sozinhas, eu entro no final da reunião, falo quinze, vinte minutos ... Elas têm uma dinâmica muito interessante, eu preferi até não participar das reuniões desde o início, para deixar as pessoas mais à vontade para discutir entre elas, porque, com isso, a enfermeira e a assistente social avaliam o nível de informação dessas pessoas. (...) A assistente social, para mim, é a chave do grupo. Ela não é médica, não é enfermeira, não mede a pressão de ninguém ... é ela que organiza a dinâmica do grupo, que organiza a reunião, que subdivide as pessoas, que coloca as primeiras questões. A enfermeira entra depois, com uma parte bem específica do conhecimento dela, com uma linguagem acessível às pessoas do grupo, de uma maneira talvez diferente da maneira do médico falar. Entro com uma exposição sucinta do assunto e respondendo perguntas, numa segunda fase. Faço quinze minutos de uma exposição rápida, sem levar muito em consideração aquilo que o grupo já conversou e nos minutos finais, respondo perguntas que a assistente social e a enfermeira já colheram no grupo, e perguntas diretas dos participantes do grupo. (...) Eu tenho a minha abordagem de médico; portanto, acho que são três abordagens distintas, a da assistente social, a da enfermeira e a do médico.” (E16m)

Ainda quanto à divisão do trabalho e à complementaridade e interdependência correlatas, podemos apreender situações de trabalho em que essas características vêm acompanhadas pela articulação, tal como no relato da fonoaudióloga sobre o grupo da terceira idade, do qual participa.

A entrevistada E12f refere que o grupo da terceira idade tem por objetivo aumentar a autonomia dos usuários, sendo, portanto, um grupo educativo que está voltado para o pólo saúde do processo saúde/doença.

Diz que foi convidada pela assistente social e pela nutricionista para participar

do grupo. No início apenas assistia como observadora, mas logo começou a participar ativamente. Relata que não há uma divisão de trabalho rigorosa entre as três profissionais, pois o enfoque principal é educativo e todas desenvolvem ações dessa natureza no grupo. Também contribuem atuando, mais especificamente, nas respectivas áreas, dependendo dos temas que emergem nos encontros com os usuários, e eventualmente realizam atendimentos individuais, se houver necessidades específicas a serem trabalhadas.

Observamos que há uma divisão de trabalho na condução do grupo, mantendo-se as diferenças e as especificidades de cada área profissional, porém com flexibilidade, cooperação e articulação das ações.

É possível perceber que a articulação ocorre em função da finalidade comum de promover a autonomia dos usuários, pois as orientações específicas de cada área profissional encontram um ponto de confluência nesse objetivo. Essa convergência está implícita na finalidade e nas variadas intervenções que buscam alcançá-la, visto que a autonomia diz respeito ao modo de andar a vida, ou seja, diz respeito a várias e diversificadas dimensões da vida cotidiana que transcendem os limites do corpo, das patologias e dos sintomas. Observamos que os três agentes que participam do grupo partilham um projeto comum na realização dessa atividade grupal. Todas colaboram “naquilo que não sabem”, participam da construção conjunta naquilo que desconhecem, visto que a promoção da autonomia dos usuários do grupo não é algo que se possa doar ou ensinar, mas pode ser construída e conquistada na interação usuários-agentes.

Quanto à manutenção das diferenças técnicas dos trabalhos especializados, lembramos que vários autores, ao tratar da temática do trabalho em equipe, destacam a pertinência e até mesmo a necessidade de manter as diferenças dos trabalhos e dos saberes, à medida que a noção de equipe não implica abolir essas diferenças mas sim as desigualdades nas relações de trabalho e a justaposição de ações (SPINK, 1992; TESTA, 1995; CAMPOS, 1997).

“ (no grupo do programa de idosos) ... fazemos de tudo, desde pegar o café lá embaixo, montar a sala, puxar as cadeiras ... temos mural, quadro de aniversário, fazemos tudo juntas, não tem isso de que uma faz isto, outra faz aquilo. Quando

tem que chamar por aerograma, as três sentam, cada uma fica com um pouquinho, porque não dá tempo de fazer juntas, mas fazemos de tudo, desde essa parte de pegar cadeiras, até dar as palestras. A única coisa mais específica, são os temas ... se falar um tema específico de fono, sobre linguagem, sobre atenção, sobre memória, audição, eu vou falar, porque está mais na minha área. Se falar sobre alimentação na terceira idade, vai falar a nutricionista, porque ela conhece melhor essa área. E a mesma coisa a assistente social, alguns direitos, algumas leis novas, ela tem mais condições de falar. Mas não porque os papéis são diferentes, o nosso papel é o mesmo, só que conhecemos melhor algumas áreas. (...) Já prestei atendimento individualmente, casos específicos, porque temos idosos com pré sinfonia, que são dificuldades na voz, devido à idade, idosos com problemas de audição, com dificuldades na fala, que tiveram afasia. Tudo que é nosso tentamos suprir, mas temos muita dificuldade em suprir alguns atendimentos que eles precisam, que não taaaam na unidade e o encaminhamento para outros lugares é moroso e, às vezes, difícil.” (E12f)

O trabalho em equipe multiprofissional no ambulatório de especialidades gerais

Quatro dos cinco profissionais entrevistados no ambulatório expressam uma noção de trabalho em equipe associada ao modelo da programação, pois os exemplos de equipe estão sempre referidos aos programas de saúde, tais como: o grupo da terceira idade do programa de idosos, as atividades educativas no programa de saúde da criança, as atividades de pré-natal do programa de saúde da mulher; o atendimento de DST/AIDS, o grupo de hipertensão e outros.

Os exemplos de trabalho em equipe não estão apenas referidos aos programas, mas expressam a racionalidade da programação enquanto modelo de organização dos serviços em saúde pública. Esse modelo tecnológico foi desenvolvido no Estado de São Paulo, a partir do final dos anos 60 (NEMES, 1989; SCHRAIBER, 1990; VILLA e cols., 1997), e marcou fortemente a rede básica do Estado, assim como o ambulatório de especialidades em estudo.

Lembramos que o ambulatório consiste num serviço no qual foram fundidas duas estruturas, de um centro de saúde estadual e de um ambulatório médico do

Inamps. De modo que, até hoje, o ambulatório mantém a realização de atividades de promoção e prevenção da saúde, nos moldes programáticos. Também lembramos a trajetória profissional dos sujeitos entrevistados, particularmente no que diz respeito a sua prática em saúde pública. As características da unidade e o perfil dos profissionais entrevistados nos ajudam a compreender a forte associação que os depoentes fazem entre trabalho em equipe e atendimento programático.

Particularmente no que se refere ao ambulatório de especialidades, a assistente social (E13a), a enfermeira (E14e) e a fonoaudióloga (E12f) fazem uma distinção entre um momento anterior e um momento atual. Caracterizam o momento anterior como uma prática de saúde pública com ênfase nas ações preventivas e de promoção da saúde, tal como ocorria, por exemplo, nos dois centros de saúde onde atuou a assistente social e no próprio ambulatório, no período anterior à consolidação da transição. E apresentam o momento atual como uma prática ambulatorial, seja na primeira ou na segunda linha, em que predomina a assistência médica individual. Segundo as profissionais, no momento anterior havia mais trabalho em equipe porque havia os programas.

O modelo da programação pressupõe a integração das ações de assistência médica individual com as ações de saúde coletiva. Caracteriza-se pela articulação tanto na dimensão do cuidado como na dimensão gerencial, e pela promoção da interação dos sujeitos, tanto no plano dos usuários-agentes, como dos agentes entre si. Nesse sentido, trata-se de uma proposta de organização de serviços que dá ênfase à multiprofissionalidade.

“... era equipe multiprofissional, por exemplo, saúde da mulher, eu participei uma vez de um treinamento, porque eles queriam uma assistente social da unidade, uma da enfermagem, uma da psicologia e um médico, de cada unidade, para fazer esse treinamento, para depois, atuar, cada equipe, na sua unidade. Na época, por interesse no trabalho na saúde da mulher, fiz esse treinamento. Agora, que eu saiba, não está tendo treinamento algum (...) Nesse posto, tinha muitos grupos, a equipe era maior, esse grupo de especialidades é um dos mais antigos, já houve um grupo de diabéticos, na época em que tinha clínico geral. Era um centro de saúde, tinha clínico geral, ginecologista, pediatra; eram muitos os trabalhos em grupo, e

cada assistente social tinha que estar envolvida num desses programas ... depois, a coisa foi se desgastando. Hoje, cada um que vem é atendido individualmente; a saúde pública está caminhando, ou já caminhou, para esse trabalho individual. Os lugares que têm ações de grupo, de equipe, é pela disponibilidade e interesse, como aqui, teve o trabalho com hipertensão, porque o Dr. ... sentiu a necessidade de, além dos seus atendimentos individuais, fazer um trabalho de grupo ... esse grupo aconteceu pela disponibilidade das pessoas. Quando eu estava na Prefeitura, havia uma cobrança, o município era mais estruturado, porque eram poucas unidades, ... cada unidade tinha que ter um trabalho de equipe.” (E13a)

Entendemos que a referência dos entrevistados aos programas de saúde, ao falarem do trabalho em equipe, subentende a programação como modelo tecnológico que permite operacionalizar a equipe multiprofissional como uma modalidade peculiar de trabalho coletivo e não somente uma proposição ideal.

Os entrevistados E12f, E14e e E16m, respectivamente, fonoaudióloga, enfermeira e médico, referem o trabalho em equipe e a programação como possibilidades de ampliação da atenção à saúde, do âmbito individual para o geral, e da esfera clínica para a integral.

Aqui também, assim como na enfermagem e na UTI, a concepção de geral e integral mostra influências da Medicina Preventiva, da Medicina Integral e da vertente que enfatiza a positividade da saúde, ou seja, o pólo saúde do processo saúde-doença. Os três enfoques buscam a ampliação do objeto de trabalho para além da patologia, tentando expandir as possibilidades de apreensão e de intervenção nas necessidades de saúde, seja na abordagem biomédica, seja nas demais abordagens que se acrescem àquela. Pois as áreas que trazem para dentro do campo da saúde as contribuições das ciências humanas e sociais também o fazem trabalhando predominantemente o âmbito da patologia e do sintoma, embora psicológico e social.

O atendimento grupal também aparece associado ao trabalho em equipe e aos programas de saúde. Em alguns momentos, os entrevistados referem grupos e equipe como sinônimos.

O atendimento em grupos também está sendo entendido como recurso tecnológico, à medida que abrange um conjunto de técnicas grupais de diferentes

matizes e originárias de diversos saberes e práticas de intervenção: psicologia, saúde mental e educação. A tecnologia de grupos foi amplamente difundida na rede de serviços ambulatoriais, básicos e especializados, pelo seu potencial de expansão do atendimento a um universo maior de usuários dos serviços, na linha da racionalização, e também por permitir uma politização do espaço de atendimento à medida que permite diluir o poder dos profissionais perante os usuários, possibilitando compartilhar experiências e estimular o diálogo. No atendimento em grupo diferenciam-se os grupos terapêuticos e os grupos educativos, até onde é possível distingui-los. Os primeiros, mais presentes nas práticas de saúde mental, e os segundos, nas práticas de saúde pública.

A enfermeira (E14e) e a assistente social (E15a), em vários momentos, fazem críticas ao trabalho isolado dos agentes, contrapondo a essa situação de isolamento e individualização das áreas profissionais o trabalho em equipe e o trabalho em grupo, ambos apresentados como equivalentes. Porém, um exame mais minucioso dos depoimentos permite perceber que se trata de equivalentes que se distinguem, pois, por um lado, ambas se referem ao trabalho em equipe de uma forma mais genérica, que acaba por configurá-lo como uma proposição ideal que reúne características e potencialidades particulares, dentre as quais a já assinalada ampliação do objeto de intervenção em saúde. Por outro lado, referem-se ao trabalho em grupo como proposta de caráter tecnológico, destacando a própria técnica grupal e sua realização, simultânea, por diferentes e variados profissionais. Ou seja, o grupo permite reunir ao mesmo tempo e no mesmo espaço diferentes profissionais para o atendimento de um coletivo de usuários.

“A saúde pública ou qualquer área ... tinha que trabalhar em cima de atividades em grupo, renderia muito mais. Mas eu não sei o que acontece. E o nosso trabalho, na área de saúde pública, devia ser em grupo, tudo devia ser em grupo, e não é, não sei por quê. Por exemplo, quando vamos para um curso de gerontologia, é trabalho em equipe. Quando vamos para um treinamento do centro de referência do trabalhador, tem trabalho em equipe. Vou fazer um curso de doenças sexualmente transmissíveis, tem trabalho em equipe. Nesses pontos-chaves, eles trabalham em grupo. Se você for num centro de referência da, trabalha-se em grupo. Se eu for

na área do Hospital, trabalha-se em grupo. Nesses locais que têm treinamento é trabalho em grupo, eles apresentam o trabalho em grupo e não apresentam o trabalho isolado, ou seja, eles dão a formação para trabalho em grupo, para que o profissional saia de lá e desenvolva um trabalho em grupo. Mas, chega aqui, acabou. Gerontologia eu fiz, a assistente social também, e a outra enfermeira, mas não conseguimos aplicar nada ... quando chega na área, acabou. Quando chegamos, ficamos comentando que beleza que é ... (...) Esse trabalho que nós temos aqui, de idosos, tem a assistente social e a fono, são só as duas ... isso não é trabalho em grupo, não conseguimos aplicar, porque não temos os mesmos elementos que se interessem por isso. (...) aplicar o que aprendi, só se eu tiver todos aqueles elementos, médico, assistente social, psicóloga ... tem mais gente, a fono, a terapeuta ocupacional ... um monte de gente. (...) Acho que temos que começar com a quantidade de profissionais que temos, mostrando a importância. Correu longe, o nosso grupo, no Núcleo I, já sabiam ... As pessoas sentem a necessidade de trabalho em equipe. O nosso estava engatinhando ainda e já estava repercutindo bem.” (E14e)

À primeira vista os depoentes referem trabalho em equipe e trabalho em grupo como equivalentes; no entanto, numa leitura mais aprofundada do material, nos foi possível observar a distinção. Assim como a programação, o atendimento grupal também é apresentado como tecnologia de operacionalização do trabalho em equipe. O grupo também aparece como uma modalidade de atendimento que, potencialmente, chama a atenção para o trabalho em equipe. Todavia, há outros aspectos que estão associados à concepção de trabalho em equipe e precisam ser contemplados para que a multiprofissionalidade se apresente na modalidade equipe integração e não somente no tipo equipe agrupamento.

Ao discorrer sobre o trabalho em equipe, a assistente social (E15a) refere que na equipe multiprofissional *tudo é feito em conjunto, sempre, questionando-se e discutindo-se até chegar num consenso*. Mostra, portanto, uma noção de trabalho multiprofissional, na qual se destacam o “fazer junto”, que entendemos como cooperação no trabalho, e o “questionamento e a discussão em busca do consenso”, que entendemos como interação.

“... na verdade, somos equipe entre aspas, porque somos em três e teria que ter todos os profissionais para ser um trabalho multi. Nós somos um trabalho interdisciplinar, porque são três profissões diferentes. É um trabalho de equipe porque fazemos tudo em conjunto, sempre, questionando-se, discutindo-se, até chegar num consenso. Então, considero um trabalho em equipe nesse sentido, da união que temos.” (E15a)

Ao falarem da cooperação como característica do trabalho em equipe, as entrevistadas E12f, E13a e E15a, respectivamente fonoaudióloga e assistentes sociais, concebem uma modalidade peculiar de cooperação, na qual o “fazer junto” abrange todos os momentos do processo de trabalho, desde concepção, planejamento, e execução até avaliação. E, na medida do possível, dadas as limitações dos serviços, também implica envolvimento da maior parte dos profissionais da unidade.

Interessante observar que a cooperação, que abarca os momentos da concepção e da execução dos projetos, recompõe as dimensões intelectual e manual do trabalho, cuja cisão pode ser entendida como caracterizadora dos seus processos de divisão. Ou seja, a cooperação, assim concebida, expressa uma forma de recomposição dos trabalhos especializados.

“... trabalho multiprofissional, é basicamente, a inserção de várias categorias, a inserção mesmo na discussão, planejamento do trabalho, o que cada um pode contribuir, atuar no grupo, reavaliar ... isso é trabalho multiprofissional. Assim, início, meio e fim, a equipe está nesses três momentos, junta no início, na elaboração do projeto, na execução e, depois, na reavaliação ... isso é que é equipe multiprofissional para mim.” (E13a)

Todos os entrevistados apresentam uma noção de trabalho em equipe que inclui a comunicação como dimensão intrínseca.

Segundo os depoentes, o trabalho em equipe requer que os profissionais das diferentes áreas conheçam, respeitem e valorizem o trabalho dos demais, pois dessa maneira, poderão identificar e compreender os aspectos das necessidades de saúde que melhor podem ser assistidos ou cuidados pelo agente de outra área, procedendo a encaminhamentos para outros profissionais de maneira pertinente e articulada, quando

necessário. Assim como poderão criar um repertório comum, ou seja, um conjunto de ações cujo conteúdo e objetivos sejam do conhecimento de todos os envolvidos. Conhecer o trabalho do outros é, portanto, um dos aspectos centrais na configuração do trabalho em equipe. Este torna-se possível com base na convivência, no relacionamento e na troca de informações. Enfim, segundo a assistente social (E13a), a enfermeira (E14e) e a fonoaudióloga (E12f), o trabalho em equipe torna-se possível nos meandros da comunicação que se processa no exercício do trabalho.

“... o que eu digo conhecer ... é você ter um contato com o profissional e com a profissão dele. Até nas reuniões de equipe, temos que ter esse cuidado. O que você está fazendo, o que o outro está fazendo ... conhecer o trabalho do outro. Fazíamos muito isso, tanto que, numa época, a equipe técnica teve que especificar, escrever o que cada profissional fazia. Para mim, que tive que escrever de outras áreas, era muito simples falar o que faziam, por exemplo, a nutricionista, porque eu sabia o tipo de atendimento que ela dava, sabia a população que ela atendia, sabia especificar quais eram os maiores encaminhamentos dela ... eu conhecia. Como da assistente social, eu sei qual é a quantidade de pessoas que chega a ela, sei que tipo de atendimento ela dá. Então, fica mais fácil até encaminhar para esses profissionais. (...) Equipe multidisciplinar em saúde é aquela que pode atuar junta, para a solução de alguns casos, são várias pessoas com o mesmo objetivo, que é melhorar a qualidade de vida da pessoa. E cada um pode estar contribuindo, um conhecendo o trabalho do outro, estando atento para saber o quanto aquela pessoa é importante ... porque se eu não soubesse o que a assistente social faz, eu não poderia vir para o grupo e dizer que ela pode responder melhor essa questão. Acho que o trabalho de equipe não é simplesmente ter fono, psico, nutricionista, entrar numa reunião, ouvir e sair ... isso não é equipe, isso é cada um fazendo seu trabalho individual. Equipe é você conhecer o trabalho do outro, também ... você ter respeito pelo trabalho do outro, isso também é trabalho em equipe. Simplesmente ter um monte de pessoas, de áreas diferentes, sem estar numa mesma mesa, também não vai resolver, tanto que existem outras pessoas, que são da equipe técnica e que não participam, nem nunca participaram de nada.” (E12f)

A entrevistada E15a, assistente social, é ainda mais enfática ao destacar a comunicação e o relacionamento como aspectos que caracterizam o trabalho em

equipe. Ao falar do grupo da terceira idade, que é entendido por ela como um exemplo de trabalho em equipe, destaca o bom relacionamento entre as três profissionais que participam. A depoente qualifica esse *bom relacionamento do trabalho em equipe* da seguinte maneira: a) todos os participantes têm “o mesmo modo de ver o trabalho em grupo” e “o mesmo modo de ver as situações da vida”, ou seja, os participantes compartilham as mesmas concepções sobre o trabalho e sobre a vida; b) a existência de vínculos de amizade entre os participantes, que se criaram no próprio trabalho, no desenvolver do trabalho comum; c) todos os participantes sempre discutem as questões referentes ao trabalho e chegam a um consenso; d) nenhum dos participantes do trabalho em equipe é dono do trabalho, inclusive a coordenação é rodiziada entre eles.

Podemos observar que as características destacadas pela assistente social se referem à dimensão da comunicação e à interação, pois ela fala da busca do entendimento mútuo; da construção de consensos, inclusive quanto às concepções sobre o trabalho, da criação de vínculos significativos, e de compartilhar a coordenação do trabalho, pressupondo agentes/sujeitos simétricos e não hierarquicamente distribuídos.

“... nos damos muito bem, desde o início, porque, apesar das formações diferentes, temos o mesmo modo de ver o trabalho em grupo, o mesmo modo de ver situações da vida mesmo, e somos amigas, fora do trabalho, temos um vínculo de amizade. E isso tudo, pelo trabalho, porque eu já estava lá, sou a mais antiga do grupo. E nós fomos tendo uma amizade, temos um bom relacionamento, sem problema nenhum, nunca tivemos uma discussão, sempre chegamos a um acordo, e nunca fazemos sozinhas, sempre faço a agenda e pergunto o que elas acham, elas respondem, pedem para mudar alguma coisa.” (E15a)

Chama a atenção que, durante a maior parte da entrevista, a depoente E15a faça referência ao relacionamento, ao vínculo e à comunicação verbal, destacando o plano pessoal e individual como se esses aspectos estivessem ancorados única ou principalmente no sentimento de amizade e camaradagem. Ao mesmo tempo, ela salienta que esses vínculos e relacionamentos são construídos no e por meio da experiência de trabalho compartilhado; portanto, não dizem respeito apenas à esfera da

vida pessoal e privada, mas sim à vida cotidiana do trabalho.

Também o médico entrevistado E16m coloca em evidência a dimensão pessoal, ou seja, que conhece a pessoa, já trabalhou com ela em outro serviço, que fizeram cursos juntos e que há confiança de uns para com os outros, ao ser indagado sobre o trabalho dos demais profissionais. O depoente fala das ações realizadas pelos outros agentes apenas de maneira muito genérica e sumária e destaca, como dissemos, os aspectos mais particulares da relação pessoa-a-pessoa.

“Eu acho que funciona ... é muito interessante, nós temos esses três profissionais aqui ... a assistente social, é uma pessoa que eu já conheço, com quem já trabalhei em outra época, inclusive, fizemos juntos um curso de planejamento em saúde pública há uns cinco anos ... conheço e sei, mais ou menos, como ela pensa. Ela gosta de saúde pública, conheço a formação dela, já conversei muito com ela. Agora, saber, tecnicamente, qual é a abordagem dela, qual é a da enfermeira ... isso eu não sei dizer. (...) O trabalho é baseado na confiança que os três têm, um no outro ... nós nos conhecemos, sabemos da competência profissional de cada um e com certeza, confiamos no que o outro vai dizer. Eu entro na reunião, depois de duas horas, com a certeza de que as duas horas anteriores foram ótimas. É lógico que, das primeiras vezes, fizemos os três, o tempo todo. (...) Cada um coloca o máximo daquilo que sabe ... acho que não tem outra coisa para dizer. O objetivo da equipe multiprofissional é esse, cada um oferecer o máximo daquilo que sabe.”
(E16m)

Há que se fazer uma distinção mais clara entre as relações pessoais e as relações profissionais — de trabalho, e parece-nos que a mais imediata é que as relações entre os agentes do trabalho têm objetivos específicos para cada atividade, e têm a intencionalidade impressa na finalidade do processo de trabalho, pois trata-se de uma ação racional teleológica, dirigida a fins determinados. Portanto, a intersubjetividade que se expressa no exercício do trabalho não se restringe ao âmbito da relação pessoal, embora também possa ter esse caráter, mas sempre abrange o significado social de pertinência à esfera do trabalho e, inclusive, de pertencimento a um certo tipo peculiar de trabalho.

Colocamos, assim, a relação recíproca entre trabalho e interação, resgatada por

HABERMAS (1994), como um importante recurso teórico-conceitual para a compreensão da dinâmica do trabalho multiprofissional. O autor, pois, nos recoloca a relação entre a operação concreta dos processos de trabalho e a intersubjetividade que se expressa na interação dos agentes por meio do uso da linguagem.

Porém, essa relação entre as atividades executadas e a intersubjetividade dos agentes do trabalho é apresentada pelos profissionais como uma sobreposição das dimensões pessoal e tecnológica. Ocultam os nexos entre ambas, atribuindo a primazia ao âmbito das inter-relação pessoais, dos sujeitos privados. Assim, configuram-se duas possibilidades — ou o tecnológico corresponde à pessoa do agente ou o tecnológico está subentendido e não emerge como questão. Ou seja, o que transparece no lugar da relação recíproca entre trabalho e interação é a sobreposição entre a pessoa e o tecnológico, na qual a dimensão de sujeito da ação (agente técnico) e de interação está oculta. No relato do entrevistado E16m, podemos observar que “conhecer a pessoa” equivale a “conhecer como a pessoa trabalha e que saber utiliza no seu trabalho”.

Como dizíamos, parece-nos importante traçar, da maneira mais clara possível, a distinção entre os relacionamentos interpessoais e as relações de trabalho, justamente para que possamos reconhecer e tomar em consideração as relações recíprocas entre o trabalho e a interação.

Essa distinção é importante e esclarecedora, à medida que permite discriminar quando os agentes estão na esfera do agir comunicativo, portanto da interação, e quando se referem e se situam no plano das relações pessoais, entre indivíduos privados, que não buscam o entendimento e o reconhecimento mútuos, senão instrumentalizar a dimensão tecnológica através da relação interpessoal e da comunicação, que, como dissemos, permeia continuamente o trabalho.

Nesse sentido, podemos observar, a seguir, a assistente social (E13a) referindo-se à complementaridade técnica dos trabalhos especializados, como se fora uma associação das características pessoais dos profissionais envolvidos com o grupo de hipertensão. A depoente faz uma sobreposição do plano tecnológico ao plano pessoal, como se houvesse equivalência entre ambos, entre o trabalho e essa forma de relação.

“Eu acho que quanto mais áreas tiver, melhor, mas essas três (enfermagem, medicina, serviço social) ... acho importante porque cada uma tem sua

característica, e cada uma passa seu conhecimento. Acho que ficaria muito mais limitado, só o médico e eu, muita coisa ia fugir, nessa questão da enfermagem. Os profissionais são muito importantes, um é complemento do outro ... no dia em que o médico não estava no grupo, sentimos isso; se a enfermeira não estivesse, ia ficar sentindo a falta, porque cada um leva sua característica, a característica pessoal passa para o grupo. Lógico, você tem seu posicionamento profissional, mas você passa muita coisa sua e isso é importante, não tem o que discutir, um é complemento do outro ... dá para sentir a falta.” (E13a)

Vai em direção diversa o depoimento da outra assistente social (E15a), no qual podemos observar uma noção de trabalho em equipe que se aproxima de um entrelaçamento entre essas duas racionalidades — a instrumental e a comunicativa. Como vimos, para ela o trabalho em equipe é aquele no qual todos os profissionais envolvidos participam de todos os momentos do processo (da concepção à execução e à avaliação do trabalho) e todos os agentes fazem tudo em conjunto, questionando-se até atingirem um consenso.

Assim, no ambulatório de especialidades podemos observar as duas modalidades de trabalho em equipe apontadas desde o início, com base na literatura — equipe agrupamento e equipe integração. No entanto, há a predominância do primeiro tipo, à medida que há uma alienação ou estranhamento da dimensão comunicacional no exercício cotidiano do trabalho. Este aspecto foi corroborado pelas informações levantadas com base na observação direta das situações de trabalho coletivo.

Durante o período de observação junto ao balcão de informação, aos guichês de agendamento e aos balcões de cada setor de atendimento, em raras oportunidades pudemos observar os profissionais das diversas áreas transitando de um lugar para outro ou conversando entre si. O usual é cada profissional permanecer em sua sala ou consultório, aguardando o fluxo de usuários para atendimento. Ou, o conjunto de profissionais de uma mesma área permanecer na respectiva sala, como, por exemplo, a sala do serviço social, a sala das enfermeiras, a sala da fonoaudiologia.

De tal modo que se torna particularmente difícil a observação das ligações ou conexões entre as ações das diversas áreas profissionais, ou mesmo das inter-relações e da comunicação que ocorre entre os agentes. Entendemos que as características de

serviço ambulatorial permitem menor transparência aos fluxos de atividades e de profissionais, tornando a rotina de organização do serviço quase invisível aos olhos do observador externo. Acrescenta-se a essa peculiaridade a independência dos usuários para ir e vir, e seu comparecimento esporádico à unidade-os usuários são continuamente flutuantes.

Buscamos, então, fazer a observação direta por dentro das atividades, particularmente, daquelas que envolvem diferentes profissionais, tal como: o grupo da terceira idade e o grupo de hipertensão.

No transcorrer de toda coleta de informações, observamos raras situações de comunicação verbal entre os profissionais, seja da mesma área seja de áreas distintas. A comunicação ocorre entre os funcionários administrativos e/ou os auxiliares de enfermagem, e destes com os usuários. Também não observamos situações de cooperação entre os profissionais ou articulação entre as ações. O trabalho de cada um dos agentes aparece aos olhos do observador, como um trabalho isolado dos demais, não sendo possível perceber os nexos existentes, a não ser no 'grupo da terceira idade', onde a assistente social e a fonoaudióloga trabalham em cooperação e articuladamente.

Como dissemos, a rotina geral de trabalho no ambulatório pode ser representada pelo fluxo de pacientes que vêm encaminhados de outros serviços e são agendados para consulta com o médico especialista, e deste para outros profissionais. O mais usual é o médico fazer o encaminhamento interno à unidade, para atendimento com os profissionais de outras áreas. Embora, como vimos, existam outros fluxos nos quais o usuário pode ser agendado diretamente para atendimento com um profissional não-médico.

A outra face desse fluxo rotineiro é representada pela permanência de cada profissional num consultório ou na sala da categoria a que pertence.

Há, com certeza, uma terceira face desse fluxo rotineiro de trabalho, no qual não nos detivemos devido aos objetivos da pesquisa, que é representado pelo trabalho de gerência do serviço e de apoio administrativo, assim como pelo trabalho dos auxiliares de enfermagem, auxiliares de farmácia, técnicos de radiologia e outros, que também prestam assistência direta aos usuários.

Os profissionais das diversas áreas, objeto de nossa observação, não assistem ou cuidam do mesmo coletivo de usuários, mas sim de um conjunto flutuante e bastante

diversificado de clientes, de modo que não é possível identificar em que direção convergem as atenções desse coletivo de agentes.

Assim, caracteriza-se uma situação de trabalho coletivo bastante diversa do hospital, seja na enfermaria, seja na UTI. Neste, o ponto de convergência das atenções de todos os profissionais é representado pelo coletivo de usuários internados, com as variações determinadas pelas altas e admissões hospitalares. Ou seja, os profissionais têm sob sua responsabilidade o mesmo grupo de pacientes — formado pelas crianças internadas na enfermaria ou na UTI, a cada dia.

Parece-nos que essa distinção entre ambos os trabalhos coletivos — no hospital, enfermaria e UTI, e no ambulatório de especialidades — permite compreender melhor o motivo pelo qual os profissionais da unidade ambulatorial fazem referência ao trabalho em equipe em associação com os programas e a atividade grupal. Os programas e os grupos constituem, pois, os pontos de convergência de seu trabalho coletivo, ou seja, a direção para a qual convergem as ações dos variados profissionais.

Entendemos que a dimensão da interação está alienada da dimensão do trabalho porque há uma transmutação da diferença técnica dos trabalhos especializados, em desigualdade social dos trabalhos e dos agentes. E a interação diz respeito à esfera valorativa.

A transformação da diferença em desigualdade pode ser observada em vários aspectos que foram trazidos pelos depoentes. Vimos o caráter de racionalização para controlar o custo, o tempo, o fluxo e outros, presente na implantação dos grupos nos quais operacionaliza-se o trabalho em equipe. Vimos a dificuldade apontada pelos entrevistados para viabilizar o planejamento e a avaliação conjunta do trabalho. Vimos as relações de subordinação presentes no trabalho compartilhado, até mesmo na modalidade de cooperação.

Como se simplesmente trabalhar junto já gerasse um trabalho diferente e produtivo na direção que os profissionais almejam. Como se trabalho em equipe fosse um achado interessante da experiência mas não um princípio organizador do trabalho coletivo. Os agentes não parecem interessados em refletir acerca do trabalho conjunto, mas apenas em utilizá-lo instrumentalmente para um dado fim racionalizador do serviço.

Não há troca do que seria “comum” e por isso a comunicação não surge como a

construção de consensos e um possível projeto assistencial, mas como “achado interessante” ou uma percepção após a experiência e, assim, problematizada enquanto ausência de comunicação. A alienação da dimensão interativa acarreta a percepção da comunicação como se fosse uma decorrência do grupo e não um princípio do grupo. É porque o grupo não deu muito certo que faltou comunicação, quando, na realidade, a questão da comunicação coloca-se anteriormente para o grupo ou para a equipe. A dimensão comunicacional aparece como se fosse um produto do grupo, uma percepção após a experiência, e problematizada como “falta de”. De tal modo que, o trabalho em equipe apresenta-se como um agregado de agentes e de ações, em justaposição.

O trabalho coletivo no ambulatório de saúde mental

Todos os entrevistados relatam um elenco diversificado de ações, realizadas por agentes de diferentes áreas profissionais, tal como ocorre nos outros serviços investigados. Aqui também há diferentes composições dos trabalhos especializados, sendo possível o mesmo usuário e família serem acompanhados, simultaneamente, por profissionais de áreas diversas, ou encaminhados de um agente ao outro.

Porém, os relatos mostram a existência de um aspecto diferente das demais situações de trabalho coletivo estudadas, à medida que, no ambulatório de saúde mental, evidenciam a flexibilidade da divisão do trabalho.

Entendemos por flexibilidade da divisão do trabalho a coexistência de ações privativas que somente podem ser realizadas pelos profissionais de determinado trabalho especializado e ações que são executadas por diversos agentes, independentemente da área profissional. Ou seja, os profissionais realizam intervenções próprias de suas respectivas áreas de atuação, tais como: assistente social/avaliação social e encaminhamentos para recurso da comunidade; fonoaudiólogo/avaliação e tratamento de distúrbios da linguagem; médico/diagnóstico médico e prescrição medicamentosa; psicólogo/psicodiagnóstico e psicoterapia; terapeuta ocupacional/atividades terapêuticas²⁷. Mas também realizam algumas ações comuns,

²⁷ Não há enfermeiro no ambulatório, há vários anos, apesar de esse profissional estar previsto como integrante da equipe multiprofissional, como mostram a proposta de trabalho para equipes multiprofissionais nos ambulatórios de saúde mental (SÃO PAULO, 1983) e a proposta de atuação dos enfermeiros nos ambulatórios de saúde mental

pertencentes a todos ou a muitos, sem estarem relacionadas a nenhuma área profissional em particular, tal como as intervenções de caráter terapêutico de reconhecimento e manejo das necessidades de saúde mental dos usuários e seus familiares. Estas últimas são intervenções realizadas em atividades como o pronto atendimento e o grupo operativo.

O pronto atendimento (PA) é realizado em sistema de rodízio, entre alguns profissionais não-médicos (uma assistente social, uma fonoaudióloga e duas psicólogas), com a retaguarda de um médico. Foi assim organizado para que se caracterizasse como um primeiro atendimento no ambulatório, que permitisse continência e manejo às situações trazidas pelo usuário, configurando um acolhimento de caráter terapêutico e não de caráter estritamente médico. De modo que a consulta médica não está colocada como única porta de entrada possível ao serviço, mas disponível se necessária.

Segundo o depoente E18m, os profissionais não-médicos recorrem ao médico em três situações: para discutir e esclarecer dúvidas diagnósticas, para discutir e esclarecer dúvidas acerca do encaminhamento interno aos programas e para avaliação medicamentosa. O médico destaca que os agentes das diferentes áreas profissionais podem realizar o PA e que a recepção dos usuários não é uma atividade estritamente médica, embora realizada com base em noções do fluxos de atividades e noções de doenças e de diagnósticos. Como, segundo ele, as dúvidas sobre diagnósticos são discutidas com o profissional médico, entendemos que, embora afirme que a proposta do ambulatório confere prioridade ao recorte psicodinâmico das necessidades dos usuários, concebe a recepção como uma ação centrada no diagnóstico médico (psicopatológico). Essa interpretação é corroborada pelo próprio entrevistado ao referir que somente uma *equipe com maturidade* (E18m) pode compartilhar a triagem dos pacientes; do contrário, esta deve ser de responsabilidade exclusiva do profissional médico.

Ao falar do pronto atendimento, o depoente refere uma distinção entre os diferentes profissionais acerca do conhecimento sobre doença mental, que é, como

(SÃO PAULO, 1986). Segundo a diretora do serviço, a ausência de enfermeiro deve-se à dificuldade em contratar profissional com experiência na área de saúde mental.

vimos anteriormente, para ele, um instrumento fundamental para a realização dessa atividade. Assim, agrupa o médico e o psicólogo como agentes com maior domínio sobre esse saber, e os demais profissionais como agentes que vão adquirindo as noções necessárias no cotidiano de trabalho. Ou seja, os primeiros dominam o saber técnico e os segundos o saber prático, incorporado na experiência de trabalho do dia-a-dia. Considerando que a dimensão intelectual presente no saber operante constitui a base para a autonomia técnica, os primeiros (médico e psicólogo) desenvolvem a atividade de pronto atendimento com maior autonomia, dada a apropriação e o domínio de saberes técnicos reconhecidos como nucleares para fundamentar a ação. Tanto o saber médico, da clínica psiquiátrica, como o saber da psicologia são reconhecidos pelo entrevistado como instrumentos diagnósticos em saúde mental.

No entanto, é interessante observar que ambas as profissionais entrevistadas que participam do PA no momento, a assistente social e a psicóloga, não fazem referência alguma à retaguarda do médico, apesar de fazerem uma explanação sobre a dinâmica, os objetivos e o conteúdo da atividade. Mesmo não referindo a retaguarda do médico e recorrendo a ela apenas eventualmente, observamos a necessidade de sua disponibilização em todos os períodos de PA e, portanto, constitui um recurso indispensável para a intervenção realizada na recepção do usuário ao serviço, pois além do diagnóstico, o profissional médico detém a ação privativa da prescrição medicamentosa. Porém, mesmo constituindo um saber nuclear, o saber médico coloca-se lado-a-lado com outros saberes técnicos, visto que o pronto atendimento não se destina apenas à definição de um diagnóstico inicial e à conduta medicamentosa, mas sobretudo ao acolhimento de caráter terapêutico. Sendo necessária a utilização de diversos saberes operantes para a eficácia da ação, os diferentes profissionais que realizam a atividade encontram semelhantes espaços de expressão de autonomia. A amplitude desse espaço varia em função do domínio do saber técnico e do saber prático fundante da intervenção realizada no pronto atendimento e, principalmente, do domínio do saber nuclear, que, como vimos, permanece sendo o saber médico.

“os médicos não faziam PA ... nós fazíamos a Urgência de Pronto Atendimento. Todo PA tinha um médico de referência, que ficava nessa Urgência. À medida que os técnicos ficavam em dúvida com os pacientes que estavam chegando, sobre, por

exemplo encaminhamento, se o paciente ia ser encaminhado para um grupo ou para um atendimento dali a 15 dias, mas precisava de medicação, ou já vinha tomando medicação e não podia suspender, eles chamavam o médico de referência do PA. (...) Esse PA já seria um primeiro manejo com o paciente, para dar uma continência, conversar um pouco com ele, falar um pouquinho do atendimento, para ele agüentar esperar até a consulta. Então, todo paciente que chegava era recebido pelo pronto atendimento. Era feita a avaliação, chamado o médico, quando necessário, e, a partir dali, era feito o encaminhamento. Ele poderia ir para o programa de psicóticos, programa de neuróticos, ou para consulta médica individual. Alguns pacientes, a princípio, você não tinha uma idéia em que programa encaixar; então, quando você tinha essas dúvidas, ia para uma consulta médica ou em caso de dúvida diagnóstica, sempre ia para avaliação com o médico e aí, inserido no atendimento. (...) Eu fazia UPA e a assistente social me chamava para discutir o caso. E ali não era a assistente social, naquele momento, ela era uma pessoa do Pronto Atendimento. O Pronto Atendimento tinha algumas regras, você tinha que ter noção do fluxo de pacientes que ia ao ambulatório, tinha que ter uma certa noção das doenças, dos diagnósticos e ela foi aprendendo essas coisas. (...) Você vai desenvolvendo o “feeling” da coisa. Talvez ela (assistente social) não tivesse o conhecimento teórico que um psiquiatra tem, que um psicólogo tem, a respeito de uma doença mental, mas tinha o “feeling”, estava lá, observando, acompanhava as discussões. E, na dúvida, ela também nos chamava. Fiz alguns Prontos Atendimentos com a assistente social, mas eu não diferenciava tanto assim, para mim, era uma colega de trabalho.” (E18m)

A psicóloga (E19p), diferentemente do médico (E18m), descreve o PA como uma atividade composta por dois núcleos de ações — o acolhimento imediato e o estabelecimento de um vínculo do usuário com o serviço, e o discernimento de uma primeira hipótese diagnóstica, acompanhada da indicação de um plano terapêutico no ambulatório (o encaminhamento para um dos programas). Afirma que os agentes das diversas áreas realizam essas ações de forma semelhante, com abordagem e intervenção próximas apesar das diferenças profissionais, e que isso é possível dada uma prática de discussão em reuniões nas quais foi criada uma “cultura comum” aos profissionais que fazem o PA.

Adirma também que, além das intervenções comuns, permanecem as diferenças

técnicas que expressam a especificidade de cada área, pois, a depender desta, alguns aspectos específicos são aprofundados nas intervenções comuns ou alguma ação peculiar é executada. Exemplifica referindo que a psicóloga pode aprofundar a intervenção na queixa emocional e a assistente social pode aprofundar a intervenção nas condições e situação de vida.

Ao falar dos trabalhos comuns, tal como o médico, a psicóloga também faz menção ao pronto atendimento e ao grupo operativo. Diz que nessas atividades, os agentes fazem ações de acolhimento, vínculo, escuta, intervenções que ajudem a organizar objetivamente e/ou simbolicamente as questões trazidas pelos usuários, investigação de hipóteses diagnósticas por referência ao sofrimento psíquico, e encaminhamentos ou indicação de plano terapêutico. Ao falar dos trabalhos específicos, refere dúvidas e que precisaria conversar a respeito com os respectivos profissionais ou assistir pessoalmente a suas intervenções para poder ter certeza acerca dessas especificidades no trabalho. Assim, a entrevistada mostra que conhece e pode expressar melhor as semelhanças das ações dos profissionais das diferentes áreas, isto é, o que é comum entre eles, do que suas peculiaridades. Ou seja, é mais fácil falar das semelhanças do que das diferenças. Essa maior facilidade para reconhecer e expressar as semelhanças no trabalho dos diferentes profissionais deve-se, segundo a depoente, à construção conjunta de uma proposta comum para a execução da atividade, ou seja, a participação de todos os profissionais nos variados momentos do processo de trabalho — planejamento, organização, execução e avaliação. Voltaremos a esse aspecto ao analisarmos as concepções sobre o trabalho em equipe.

“Quem faz o PA são: duas psicólogas, a assistente social e a fonoaudióloga. (...) É lógico que cada um deve ter seu estilo, mas eu imagino que, em termos gerais, todo mundo consegue discernir, fazer diagnóstico grosseiro ... os encaminhamentos não vêm errados e quando vieram, algumas vezes, no começo, levamos para a reunião, discutimos por que sim, por que não, e essa prática, de discutir em reunião, acabou criando uma cultura comum. Então, diagnóstico, discernimento, encaminhamento, tudo isso é igual. Acolhimento também é parecido. Uma ou outra intervenção devem ser muito específicas do tipo de formação que a pessoa tem. Por exemplo, se uma pessoa vem com uma queixa

emocional, eu aprofundo um pouco mais essa queixa, no próprio PA. Não tenho certeza, precisaria conversar com a assistente social para saber o que ela aprofunda. Talvez ela aprofunde outra coisa, talvez aprofunde um pouquinho a história das condições de vida da pessoa, o que pode estar angustiando, na situação de vida. Talvez, nesse sentido, alguns vieses dessa conversa possam ser diferentes, a partir da formação de cada um. Mas eu precisaria assistir ao plantão de outro, para saber ...” (E19p)

A referência ao caráter flexível da divisão do trabalho, que aparece em todos os depoimentos, vem acompanhada de concepções sobre o objeto e a finalidade do trabalho ali realizado, que mostram a incorporação das propostas da Reforma Psiquiátrica, em particular da desinstitucionalização e da desmedicalização (AMARANTE, 1996:17-27 e 109-121; ARANHA e SILVA, 1997, CAMPOS, 1998). Os objetivos do serviço, apresentados anteriormente, contemplam a reabilitação psicossocial com destaque para a ampliação da autonomia dos usuários, o que mostra deslocamento do enfoque no processo saúde/doença do pólo da doença para o polo da saúde, no qual o objeto é o sujeito-usuário e não mais o doente. Trata-se de um objeto multidimensional que requer a integração de vários saberes técnicos, na perspectiva da interdisciplinaridade e a articulação de múltiplas ações. Ambos, integração de saberes e articulação de ações, operados concretamente por agentes de diferentes trabalhos especializados. Esses objetivos evidenciam a ampliação para além do modelo médico psiquiátrico, abarcando outros saberes como a psicanálise, as ciências sociais, a saúde pública e a saúde mental. E contemplam ações de recuperação e de promoção de saúde mental.

GOLDBERG (1998:65), ao analisar a construção de um projeto terapêutico destinado a pessoas com transtornos mentais graves, refere que o foco de abordagem institucional já tem um caráter interdisciplinar intrínseco, se levarmos em conta que o projeto assistencial reclamado por esses transtornos entende o usuário como um microssistema cultural em face do qual seria uma ficção persistir tomando a doença como fenômeno puro, isolado como num laboratório.

A polissemia expressa pelo objeto e finalidade do trabalho no ambulatório reflete as características do campo da saúde mental, que, desde os anos 40, faz um

movimento da doença à saúde, do interior dos hospitais psiquiátricos à sociedade e da condição asilar à cidadania (PITTA-HOISEL, 1984; GIORDANO JUNIOR, 1989; AMARANTE, 1995; PEREIRA & GIORDANO JUNIOR, 1996). Tais deslocamentos configuram situações de trabalho coletivo nos quais emerge a necessidade e a possibilidade de flexibilidade na divisão do trabalho. Em seu interior, algumas intervenções adquirem caráter inespecífico por referência a um campo profissional e a um saber técnico particular, tal como o pronto atendimento e o grupo operativo, e outras ações privativas de um dado campo profissional passam a ser executadas por agentes das diferentes áreas.

“É engraçado, porque tem esse desinvestimento da saúde pública e, por outro lado, vivemos um período em que a coisa não está estagnada; por exemplo, vivemos a questão de fechamento de hospitais psiquiátricos, de questionamentos de pacientes psicóticos ficarem retirados da comunidade, vivemos um movimento de integração com a comunidade, de humanização dentro da saúde mental. Assim, mesmo dentro dessa situação precária, existe uma política, uma ideologia de saúde mental que tende a modernizar os atendimentos. Por exemplo, aqui, no ambulatório, vivemos essa coisa de desmedicalizar, de tratar as questões de saúde mental como questões simbólicas, que se resolvem falando, questões que saem desse âmbito médico ... a possibilidade de as pessoas dizerem o que está se passando consigo, de poderem colocar em palavras. (...) Acho que tem uma especificidade, porque saúde mental não dá para fazer de outro jeito, se você cronifica, se perde o viço, não é mais saúde mental, vira o contrário, alguma coisa mais próximo da doença mental do que da saúde mental. Para promover a saúde mental, precisa sempre estar numa coisa de transformação, porque é isso, inclusive, que as pessoas que buscam o serviço de saúde mental precisam. Sempre tem alguma transformação que precisa ser feita, na própria vida, na relação com alguém, quer dizer, você trabalha com essa coisa de transformação e o próprio trabalho é uma luta contra algo que ficou mal parado. Então, não tem como trabalhar sobre isso, estando mal parado.” (E19p)

“Acho que saúde não é só uma questão médica mesmo ... mas tem que abrir para outras áreas, é toda uma mudança de mentalidade da população, inclusive dos técnicos, de não ver a saúde como uma questão curativa, mas preventiva. E, mais

do que isso, não só uma questão orgânica, corporal, mas uma questão de vida. (...) Diversificar as formas de abordar a população, não ir só com um modelo psicológico ou psiquiátrico, no sentido da psicoterapia, da farmacologia, mas um grupo de auto-ajuda, de discussão, isso é atender às várias necessidades, juntar o aspecto educacional da pessoa, o que ela tem, ou a carência dela, de informação também ... o que temos que fazer com os psicóticos, a questão da sociabilidade e não só a questão clínica.” (E20p)

Se, por um lado, observamos a flexibilidade da divisão do trabalho, por outro, mantêm-se os trabalhos parcelares atinentes às diversas áreas profissionais.

Quatro dos cinco depoentes, a assistente social, o médico e as psicólogas, destacam a necessidade de preservar as especificidades de cada trabalho especializado, o que implica manter as diferenças técnicas correlatas.

As ações mais peculiares, segundo os depoimentos, são: a avaliação e a prescrição medicamentosa que cabem ao médico, as intervenções psicoterápicas, estrito senso, que podem ser realizadas exclusivamente pelos psicólogos, ou por outros profissionais com formação e domínio de um saber do campo da psicologia ou da psicanálise, e as ações assistencialistas (referentes ao auxílio doença, auxílio transporte, alimentação, aposentadoria e outras), que cabem ao assistente social.

Portanto, a flexibilidade da divisão do trabalho convive com as especificidades de cada área profissional. Observamos que a flexibilidade não vai ao ponto de propor outra ordenação do trabalho coletivo por referência ao modelo biomédico dominante, mantendo-se, pois, os trabalhos especializados.

“Existe a coisa específica e existe a coisa inespecífica, que independe da formação, se é psicólogo, se é terapeuta ocupacional, se é assistente social, o trabalho é o mesmo. Se for pensar o grupo de psicóticos, grupo operativo, é uma equipe onde tem psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, mas a função dessas pessoas, no grupo, é inespecífica, quer dizer, independentemente de ser terapeuta ocupacional, psicólogo ou assistente social, vai fazer a mesma coisa, vai acompanhar, ver, escutar, responder, acolher o paciente. (...) Existe a formação específica também ... um paciente com alguma queixa, que não pára de chorar, ou tem crises de ansiedade, acha que vai morrer, e a sua intervenção específica, que é

essa escuta, que é essa interpretação dos sentidos, inclusive promovendo um espaço diferente do espaço cotidiano, para que uma significação nova surja e você entendendo que a significação nova é fundamental, que sem ela a coisa não anda. Isso é o específico da função do psicólogo, enquanto psicoterapeuta. Assistente social é superimportante, pois existem pacientes que vivem situações de penúria, de dificuldade, de opressão social e não adianta fazer uma intervenção para surgir um significado novo, porque ele está com fome, não tem o que comer, é despejado ... aí a assistente social batalha para arrumar uma cesta básica. Isso seria específico da função de assistente social num ambulatório de saúde mental. Isso é feito muitas vezes, pensar junto com as pessoas, os recursos que existem na comunidade, por exemplo, dar endereços, dar dicas. Isso é superimportante, porque dá uma resposta específica para uma questão específica. Você escuta, acha que aquilo é válido e dá validade, na medida em que você dá uma resposta, dá um endereço, você reconhece como uma coisa importante de ser resolvida e isso promove saúde mental, quer dizer, além da cesta básica, promove saúde mental porque é uma experiência de ser levado a sério, de que a sua demanda é válida. O mesmo vale para a fonoaudióloga ... tratar especificamente assuntos de linguagem, de dificuldade de fala, de articulação de palavras, resolver essas queixas. É superimportante para a saúde mental. Se um paciente psicótico tem uma medicação que o ajuda a sair de uma crise, a não ser internado, é uma coisa maravilhosa ... é um grande avanço essa coisa da medicação, dos neurolépticos, que retirou dos hospitais os pacientes psicóticos. São modalidades de intervenção que foram sendo desenvolvidas para trabalhar na saúde mental, e que têm seu papel, têm sua contribuição específica. E todos têm uma contribuição inespecífica, também ...” (E19p)

Entre as ações específicas de cada área profissional e as ações comuns realizadas indistintamente por agentes de diferentes trabalhos especializados, não há uma nítida e rigorosa fronteira. Assim, os depoimentos expressam a existência de uma tensão entre a flexibilidade da divisão do trabalho e as especificidades profissionais. Podemos observar diversas manifestações dessa tensão, desde a tentativa de explicitar o que cabe particularmente a cada área profissional, como mostra, a seguir, o relato da assistente social; ou a tentativa de diferenciar com precisão os saberes técnicos que instrumentalizam cada intervenção; até a verbalização da existência de conflitos entre

agentes de diferentes áreas, acarretando a impossibilidade da execução conjunta de uma dada atividade.

No depoimento da assistente social (E21a), observamos a presença dessa tensão quando descreve seu trabalho como atendimento social e, portanto, específico da área de serviço social e, simultaneamente, terapêutico, dada a especificidade do objeto de intervenção em saúde mental. Mostra certa ambigüidade ao falar do caráter terapêutico de seu trabalho, sempre assinalando uma clara distinção técnica com as intervenções da psicóloga que são especificamente psicoterapêuticas.

“ ... acho que nem entrei no programa de terapia, estava atendendo dois casos individuais de neurose, mas pacientes muito histéricas, com limitações, então eu estava fazendo um atendimento individual para conversar sobre as dificuldades delas, uma auto estima muito baixa ... já há um ano, quase. E aí avaliamos, porque a pessoa já fez atendimento psicológico em grupo, não se encaixa em terapia, não se encaixa em nada. (...) Fiz atendimento com ela, um ano e pouco ... não posso dizer terapêutico, porque não sou psicóloga, tomo cuidado com isso, mas era para trabalhar as questões dela, as dificuldades que ela tem para lidar com o irmão, com a família, como ela fica nessa situação de vítima ... eu trabalhei essas questões, tanto quanto a questão social, de advogado, de direitos dela na casa, como ela lidava com isso, como ela se colocava nessa situação, como as pessoas faziam isso com ela. (...) Acho que era um atendimento social mesmo, que envolve esse diagnóstico pelo qual ela veio, mas trabalhava as questões da família, das dificuldades pessoais ... acho que posso fazer isso, como assistente social. Por isso que eu falo que não estava fazendo terapia, estava fazendo atendimento social, porque assim eu fico mais à vontade. (...) Não era terapia, acho que era um atendimento social, envolvendo questões sociais e psicológicas.” (E21a)

Também observamos que ambas as profissionais, psicóloga e assistente social, enfrentaram conflitos na divisão do trabalho no grupo familiar. Conflitos referentes às ações que cada uma delas desenvolvia na atividade, sobretudo quanto à coordenação do grupo, e que foram solucionados com a manutenção da psicóloga na liderança do grupo, dado seu domínio do saber técnico necessário para fundamentar a intervenção. Não temos a intenção de analisar mais genericamente o referido conflito, mas apenas

mostrá-lo como reflexo das tensões presentes na divisão do trabalho. Tensão situada, no presente caso, na interface entre a flexibilidade da divisão do trabalho e as especificidades dos trabalhos especializados.

A psicóloga (E20p) refere uma distinção entre o trabalho específico que requer o domínio de um dado saber técnico, tal como a intervenção psicoterápica no grupo de família e o grupo de orientação, que também poderia ser realizado pela assistente social, pois não tem essa especificidade. Nessa distinção, a depoente omite a especificidade presente no trabalho educativo, que, no nosso entender, não se resume à passagem de informações com vistas à persuasão, mas, sim, a uma ação dialógica e transformadora. Observamos aqui a expressão de uma hierarquia dos saberes — por um lado, a psicologia e a psicanálise, lembrados como saberes técnicos que atribuem especificidade aos trabalhos que instrumentalizam, e, por outro lado, a ação educativa e de orientação, tidas como trabalho sem especificidade e, então, desprovido de valor.

Estamos de acordo com a entrevistada quando refere as características e a complexidade do atendimento familiar e a necessidade do domínio de um saber específico para tal, tanto acerca da psicologia humana como particularmente, da dinâmica familiar, referência que mostra a divisão do trabalho e os respectivos saberes operantes. No entanto, queremos destacar que esse relato mostra, mais uma vez, que o processo de divisão do trabalho acarreta ações especializadas que são legitimadas socialmente como diferentes no plano técnico e desiguais no plano valorativo. Pois, segundo o relato, à orientação familiar, que poderia ser realizada também pela assistente social, não foi relacionado nenhum saber peculiar e fundante, sendo a especificidade do saber que confere valor à intervenção. Observamos, assim, uma hierarquia entre as ações desenvolvidas junto aos familiares, na qual aquelas de cunho psicoterápico têm primazia sobre as de cunho educativo. De forma correlata, podemos afirmar, com base nesses depoimentos, que, no ambulatório de saúde mental, o trabalho especializado do psicólogo tem primazia sobre o trabalho especializado do assistente social, embora ambos sejam igualmente necessários à medida que atendem a aspectos específicos das necessidades dos usuários e de seus familiares e possibilitam, conjuntamente, a atenção integral à saúde mental.

(sobre o grupo familiar) “Eu até falaria que é uma coisa mais específica, embora

eu saiba que em muitos lugares a assistente social faz. Eu acho mais difícil, tem que ser muito capacitado ... até estou tentando estudar ... É um grupo aberto, a pessoa pode vir na medida da necessidade, então tem sempre gente nova. É um grupo para discutir aspectos da doença do familiar e da relação deles com esse familiar. Por isso acho que é uma intervenção mais específica do psicólogo. Você tem que ter muito conhecimento dessa questão das relações familiares, que é uma forma específica de relação humana, das mais complicadas. É a mesma coisa que você faz com o psicótico, é uma continência, um apoio para a pessoa que está sofrendo muito e procura ajuda ... mas também acho que só isso não é suficiente. A outra coisa importante é fazer com que esse familiar compreenda o que está acontecendo com o parente dele. E o mais complicado de tudo, é pensar na relação dele com o parente, no que, na relação, pode estar fazendo com que essa pessoa não ... tomamos muito cuidado para não dizer que o paciente está doente porque a relação deles é x. (...) Mas, pelo conhecimento que tenho, acho que tem que se conhecer um pouco e acho que é psicólogo, ou alguém que tenha um conhecimento em psicanálise, psicodinâmica, para falar o quanto uma relação pode estar doentia, pode estar complicada, contribuindo para o paciente permanecer doente, piorar, não melhorar. (...) Até o meio do ano passado, estava fazendo com a assistente social ... ela resolveu sair. Tivemos uma dificuldade, porque é um grupo muito difícil, tem que ter um coordenador. Eu era a coordenadora e a assistente social e eu sentimos um pouco para dividir isso ... enfim, acho que seria até legal fazer com alguém, mas ela e eu não conseguimos nos acertar, em quem iria assumir a coordenação e qual seria o papel do outro, se seria de observar, porque ela queria participar ao mesmo tempo (...) Porque se fosse um grupo para orientar ... tem muita orientação, falamos sobre o que é psicose, medicação ... eu faço esse papel, só que nunca é uma orientação, quer dizer, é muito complexo ... pelo menos é a maneira como eu encaminho esse grupo. Se fosse um grupo de orientação, acho que uma assistente social poderia fazer, tranquilamente. Se houvesse um outro profissional com formação, acho que daria para fazer, mas é uma atividade que exige muita compreensão psicológica das relações familiares.” (E20p)

No depoimento a seguir, ao fazer referência ao trabalho da terapeuta ocupacional, a psicóloga (E19p) faz uma separação rigorosa entre o trabalho de terapia

ocupacional e o trabalho de psicoterapia, ou seja, entre as intervenções em que trabalha com o instrumental da terapia ocupacional e as ações em que a psicanálise está presente. Essa divisão entre ambos os trabalhos desenvolvidos pela mesma profissional chama a atenção, pois no relato da própria terapeuta ocupacional (E17t) esta refere que suas intervenções expressam a articulação dos diferentes saberes que as fundamentam (terapia ocupacional, psicanálise, saúde pública e saúde mental). Diz que, embora ocorra a predominância de algum(ns) dos saberes operantes a depender do tipo de ação executada, seu trabalho traduz o amálgama desses saberes.

“... ela (a terapeuta ocupacional) faz consulta psicológica, faz terapia, faz grupo de auto-ajuda, faz terapia individual ... e isso não é terapia ocupacional (TO). Uma terapeuta ocupacional atende pacientes em TO e os pacientes têm a mediação de uma atividade de pintura ... quer dizer, o veículo por onde podem passar as conversas, é outro ... tem bordado, música, atividades que permitem intervenções verbais, mas não é verbal por excelência. Ela faz trabalhos também, como TO, porque pertence ao programa de psicóticos adultos. Mas a atuação dela, nessa equipe (programa de psicoterapia); é como terapeuta, uma pessoa que tem especialização em psicanálise, embora tenha sido contratada como TO, não é como TO que ela funciona nesse programa.” (E19p)

Segundo a terapeuta ocupacional (E17t), apenas a avaliação e a prescrição medicamentosa constituem atividade específica e privativa de um dado profissional, o médico; todas as demais ações são realizadas por agentes de diversas áreas. Segundo a depoente, no trabalho desenvolvido no ambulatório, as especificidades de cada profissão são secundarizadas e “acabam se perdendo”, pois há muita interseção entre os diversos trabalhos especializados. A abordagem muda dependendo das necessidades do usuário e/ou dos objetivos da atividade realizada e, assim, também a atuação ou intervenção dos diversos profissionais, muda dependendo da situação de atendimento em que se encontra. A depoente mostra a existência de uma aproximação das áreas profissionais no plano técnico, referente ao desempenho de atividades, em que as peculiaridades vão gradativamente se diluindo. Isso flexibiliza o técnico e começa a tensionar a hierarquia de valores.

Como já referimos anteriormente, a divisão do trabalho menos intensa e mais

flexível está relacionada com as mudanças ocorridas no interior do campo da saúde mental, particularmente com o objeto e a finalidade do trabalho que se situam no âmbito da vida emocional e da emancipação do sujeito-usuário, na direção da ampliação da autonomia e da reabilitação psicossocial. Esse deslocamento do objeto e da finalidade recoloca a divisão do trabalho em novas bases, as quais tendem a borrar as fronteiras entre os diversos trabalhos especializados e, assim, a diminuir as diferenças técnicas, tendendo a igualar em mesmo valor técnico trabalhos tidos antes como desiguais em valor.

Os próprios objetivos e os conteúdos de algumas atividades realizadas no ambulatório requerem que os profissionais articulem diversos saberes técnicos e acrescentem, a suas ações, outros enfoques além daquele que é peculiar de sua área profissional. Isso ocorre claramente no grupo operativo (GO) com psicóticos, que é antecedido de atividades realizadas em conjunto pelos agentes e usuários. Nesse grupo, a especificidade de cada agente é secundária, pois a proposta é ver o usuário de outra perspectiva, com base em seu envolvimento com as atividades práticas como pintura, marcenaria, costura e outras. A terapeuta ocupacional (E17t) refere que é mais fácil para ela acompanhar esse tipo de intervenção terapêutica, dado o domínio que tem ao lidar com a atividade enquanto instrumento de trabalho intermediário entre agente-usuário. No entanto, os demais profissionais também podem se inserir nesse trabalho, tomando como subsídio a experiência prática cotidiana, ou seja, o saber prático, e a participação nos momentos de planejamento e organização das atividades propostas.

“Acho que, no grupo de medicação, quem tem intervenção específica é a psiquiatra; ela medica, o grupo está montado em cima disso. Acho que os outros profissionais que participam não têm intervenção específica. Nesse grupo, se não tiver uma psiquiatra, não tem grupo. (...) O grupo operativo existe sem a assistente social, sem a TO, ou sem o psicólogo, mas o grupo de medicação, sem o médico, não existe. (...) Mas, às vezes, tocamos em questões que, talvez, a médica, ou, talvez, se fosse outro médico, não estaria vendo; talvez, aí caiba um outro profissional, não-médico. (...) A minha preocupação específica, nesse grupo, e que talvez tenha a ver com a questão da TO, é uma questão de reabilitação, que transcende a atividade, é esse paciente inserido na vida. Por que dar atividade? A atividade é tanto para fazer uma ponte terapêutica como uma inserção na vida.

Pacientes que estão trabalhando e que possam vir pegar medicação, e que possamos trabalhar a questão do próprio trabalho, da independência do indivíduo ... Acho que a assistente social faz essas coisas também e estamos mostrando que tem muita interseção mesmo”. (E17t)

“O grupo operativo (GO) foi montado para quem estivesse nas atividades, que não tivesse uma especificidade, alguém da equipe técnica. Ele não foi montado pensando se é uma TO que está lá, ou uma psicóloga, ou uma assistente social. Ele tem essa característica, a especificidade acaba se perdendo. (...) É um espaço onde se espera que os outros profissionais também possam estar em contato com o paciente, num outro lugar, que, por acaso, é o lugar que a TO sempre ocupou. Então, para o médico, que é o profissional mais distante dessas coisas, desse tipo de procedimento, mais distante de grupos, mais distante de atividades, esperava-se que o profissional pudesse estar lá, vendo os pacientes de uma outra forma, de um outro lugar, sem ter que estar atento só a um exame psíquico, a uma patologia. Acho que para os outros profissionais, também, no início, fica um pouco difícil de estar pegando a coisa, porque eles têm que sair do lugar que é mais característico. Por exemplo, o psicólogo sai do lugar da consulta psicológica, da escuta, da entrevista; o assistente social também trabalha mais com entrevista, ou está pensando em situações práticas mais características; e, no GO, eles têm que sair desse lugar para estar no grupo.” (E17t)

Podemos observar, pois, que, ao falar da complementaridade entre os diferentes trabalhos, a entrevistada E17t faz uma distinção entre o trabalho do médico e o trabalho dos não-médicos, na qual o marcador da especificidade do médico é seu domínio do saber e da intervenção medicamentosa. Os demais aspectos técnicos do trabalho do médico, assim como das ações das demais áreas, aproximam-se. De fato, é usual referirmo-nos ao médico, em separado, e aos não-médicos, em conjunto, tal como vimos fazendo nesta pesquisa.

A terapeuta ocupacional aponta que todos os profissionais, ao falarem do trabalho das demais áreas, lançam mão de estereótipos ou caricaturas: dizer que a terapeuta ocupacional cuida das atividades, a assistente social da família e o médico do diagnóstico e da medicação. Diz que o trabalho de cada profissional é mais abrangente

do que os estereótipos e que o reconhecimento do trabalho realizado pelos agentes de certas áreas é mais difícil, tal como ocorre com a terapia ocupacional e o serviço social.

Ela própria, ao falar do trabalho dos vários profissionais de saúde, lança mão de alguns signos peculiares de cada área e constrói uma metáfora utilizando o sintoma como mote. Nessa metáfora do sintoma, a depoente mostra a necessidade de articulação dos trabalhos especializados, visto que a concepção de objeto e finalidade do trabalho em saúde mental não se limita ao sintoma, mas vai além, ao abarcar o sujeito-usuário e a ampliação de sua autonomia. Nessa metáfora, o médico atua contra o sintoma e os não-médicos atuam com o sintoma. Ou seja, o médico busca evitar que o sintoma continue; o psicólogo vai aproveitar o sintoma para entrar em contato com o sujeito que está por detrás; o terapeuta ocupacional vai atuar apesar do sintoma, buscando descortinar o que é possível o usuário fazer, apesar dele; e a assistente social busca situar o sintoma num contexto mais abrangente, social e familiar.

Como vimos no quadro teórico, o processo de divisão do trabalho em saúde acarreta um caráter complementar e interdependente aos trabalhos especializados e originários de um mesmo trabalho comum. Cada trabalho parcelar, por sua vez, configura especificidades às ações dos seus agentes e essa especificidade caracteriza o saber e a atuação próprios de uma dada área profissional. Vimos que quanto maior a peculiaridade e o caráter científico do saber, maior o monopólio de uma dada prática e sua correlata legitimidade social, de que decorre a “defesa” das especificidades profissionais. Além disso, há outro aspecto ligado à divisão do trabalho e à conformação de saberes especializados que lhes atribui qualidades e valores positivos socialmente, qual seja, o maior rendimento e produtividade, sobretudo dada a possibilidade de reunir diferentes especialidades profissionais no cuidado de um coletivo de usuários.

Portanto, há que se preservar as diferenças técnicas dos trabalhos especializados, desde que estes possam aproveitar suas qualidades intrínsecas de complementaridade e interdependência, as quais justificam seu maior rendimento em separado, pois, do contrário, far-se-ia necessário que um mesmo agente armazenasse o domínio do conjunto de saberes e intervenções das diversas áreas profissionais em saúde, de modo a atender integralmente as necessidades de saúde. Trata-se, portanto, de romper as fronteiras rígidas da divisão do trabalho e das especificidades e aproveitar

a complementaridade, flexibilizando o que é peculiar de cada área.

No entanto, há uma tensão na relação entre as especificidades profissionais e a flexibilidade da divisão do trabalho, tanto no plano das atividades, como no dos saberes operantes.

A terapeuta ocupacional (E17t) faz uma distinção entre o saber técnico, estruturado e fundamentado cientificamente, e o saber prático, que também é configurado com base na experiência prática do trabalho cotidiano, porém sem estar solidamente fundado no conhecimento de disciplinas científicas. Também faz menção à relação entre o domínio de um saber técnico e as intervenções correspondentes e a configuração de trabalho especializado, socialmente reconhecido como tal. O que a própria depoente chama a atenção, e que queremos destacar, é que áreas profissionais com um saber mais distante de fundamentos científicos e, portanto, com menor autoridade técnica e social encontram maiores dificuldades para expressar suas especificidades e para diferenciarem-se num conjunto de trabalhos parcelares. Nesse âmbito, situa tanto a terapia ocupacional como o serviço social.

Entretanto, ao falar de seu trabalho, a depoente E17t refere pautar suas intervenções em diferentes saberes. Estes abarcam desde a psicanálise, legitimamente reconhecida com o estatuto de um saber específico, passando pela saúde mental e pela saúde pública, reconhecidos como campos de caráter interdisciplinar que amalgamam as contribuições de diversos saberes e diversas disciplinas científicas, até a terapia ocupacional, que, assim como o serviço social, segundo ela, têm um corpo teórico-metodológico frágil e constituem-se, sobretudo, como técnicas. Lembramos, como analisa GRANGER (1994:11-39) ao diferenciar ciência e técnica que o que hoje chamamos de técnicas constituem verdadeiros saberes: portanto, conhecimentos autênticos com características distintas daqueles científicos e que, nesse sentido, tanto a terapia ocupacional como o serviço social conformam campos de saber técnico.

A entrevistada (E17t) mostra o caráter interdisciplinar do trabalho em saúde mental, destacando a importância da psicanálise na sua formação profissional. Também destaca a importância da psicologia para o conjunto das áreas que atuam no campo da saúde mental, pois o conhecimento oriundo da psicologia é utilizado como embasamento para os outros profissionais não-psicólogos trabalharem com a relação usuário-agente.

Também podemos observar que, ao incorporar outros saberes além da terapia ocupacional, a depoente passa a executar intervenções intensamente marcadas, sobretudo pelo saber da psicanálise. Esta, na composição com os demais saberes, vai emoldurar sua prática, constituindo seu traço mais marcante. No entanto, a depoente mostra que ambos os saberes, terapia ocupacional e psicanálise, amalgamam-se de tal maneira que já não é possível separá-los na prática cotidiana, e que a utilização predominante de um ou outro instrumental define-se com base no reconhecimento das necessidades próprias de cada usuário, nas situações concretas de atendimento.

Assim, o depoimento de E17t nos mostra duas vertentes de articulação de saberes técnicos distintos: o agente, que articula os saberes distintos no interior de sua intervenção técnica (no interior de seu próprio trabalho especializado que, então, expressa um caráter interdisciplinar); e diversos agentes de diferentes áreas profissionais, que articulam suas intervenções no que tange às semelhanças e às peculiaridades técnicas. Na primeira vertente, as especificidades tendem a se diluir e minimizar; na segunda vertente, tendem a se manter preservadas e coexistindo com intervenções comuns a todos os profissionais. Vimos que quatro dos cinco depoentes são favoráveis à segunda tendência.

“... agora consegui juntar as duas coisas, porque houve momentos em que eu era TO e momentos em que era psicanalista ... hoje, penso muito mais a saúde mental como psicanalista do que como TO, tenho que fazer um esforço para responder como TO. (...) No entanto, posso tanto falar de uma atividade, do crochê de uma paciente que fiz TO, como posso interpretar um paciente. Não sei mais separar uma coisa da outra, e acho bom isso ... acho que não é à toa que estou fazendo o grupo de auto-ajuda e que essas mulheres do grupo vão fazer o brechó, é porque têm uma TO junto. Temos que ter um pouco de crítica; eu fui fazer o curso de psicanálise, sou analista, mas tem psicóticos que não vão se beneficiar de sentar e ficar falando, existem nuances. Alguns vão para uma psicoterapia de base analítica, mas outros, estão precisando mesmo de uma outra abordagem, outra intervenção. (...) A rigor, não estou lá como TO, nem como psicanalista, nem como psicoterapeuta, estou lá como alguém da saúde mental, com experiência em saúde mental. Tem uma coisa de saúde mental que transcende ser psicanalista ou ser TO. Eu estou lá porque sou trabalhadora em saúde mental, em saúde pública.

Acho que eu não estaria pensando isso se estivesse no consultório. (...) tem um saber que é de 20 e tantos anos de vivência em serviço público, em rede pública, e em saúde mental.” (E17t)

“Acho superdifícil sabermos de outros profissionais, o que fazem, porque acabamos ficando com estereótipos. (...) Serviço social e TO são parecidos, no sentido de terem um corpo teórico frágil, são ciências aplicadas, não são teorias, são mais técnicas do que métodos. Isso dificulta não a inserção, mas a visualização de uma prática diferenciada. (...) TO tem essa facilidade da atividade, mas também não é só porque é atividade que é TO. Mas para o serviço social ficou complicado, porque ele veio de um modelo assistencial, um modelo que tentamos não ligar aqui.” (E17t)

A relação tensionada entre as especificidades dos trabalhos especializados e a flexibilidade da divisão do trabalho também remete à esfera da autonomia técnica do profissional, isto é, ao espaço de julgamento e tomada de decisão peculiar de cada área profissional, pautado no saber técnico da respectiva área. Nesse sentido, o depoimento do psiquiatra (E18m) permite-nos observar que ele reconhece um certo âmbito de autonomia técnica para os diferentes profissionais. Refere autonomia no seu próprio trabalho e nas ações da psicóloga, ao referir que *quando a psicóloga faz o grupo dela, ela é soberana, não é o médico que vai dizer se ela vai fazer de tal jeito ou de outro* e da terapeuta ocupacional, ao dizer que *posso até sugerir coisas para a TO, mas tem algumas coisa que são da área dela, que ela vai dizer que isso não é o melhor para ele* (usuário). Portanto, assinala a existência de intervenções que são específicas de determinada área profissional e pautadas num saber peculiar que não é de pleno domínio do agente de outro campo, mas que é, no entanto, permeável e sem características de um saber hermético e indecifrável. O entrevistado atribui um caráter interdependente à autonomia técnica de todas as áreas à medida que coloca, para o conjunto dos agentes, a possibilidade de conhecer o saber e a intervenção técnica dos demais campos profissionais e a possibilidade de participar e interferir na ação de outros agentes.

Entendemos que a coexistência de trabalhos especializados e de flexibilidade na divisão do trabalho, mesmo que tensionados, permite trazer para dentro de cada

trabalho especializado a complementaridade e a interdependência do conjunto das ações, na modalidade de articulação. Ou seja, a percepção do caráter interdependente da autonomia permite aproveitar a complementaridade objetiva dos trabalhos especializados, evidenciando suas conexões na forma de articulação das ações. Permite, também, a percepção da necessidade de utilização de diferentes saberes técnicos para contemplar a multidimensionalidade dos objetos de intervenção e o caráter interdisciplinar do campo de saúde mental, gerando, no plano comunicacional, trocas e negociações para a construção de projeto de ação comum, como veremos adiante.

Ao referir a complementaridade das ações, o médico destaca a existência de diferenças técnicas entre os trabalhos, que, segundo ele, devem ser preservadas, sem a subordinação de alguns profissionais aos outros. Em seu depoimento, a ênfase nas diferenças na esfera do saber e da intervenção técnica não vem acompanhada da expressão de relações de desigualdade e subordinação dos sujeitos. No entanto, o depoente faz referência à existência de relações hierárquicas, particularmente entre os profissionais médicos e os não-médicos, que são mantidas e reproduzidas por aspectos de diversas ordens, desde componentes estruturais, como as diferenças salariais entre médicos e não-médicos (os primeiros recebem salários superiores aos demais), até culturais, como a responsabilização social pela atenção aos usuários dos serviços, particularmente ao profissional médico. Ao manterem-se preservadas certas relações organizacionais hierárquicas e a prioridade da ação do médico ao menos nas situações críticas de atenção aos usuários, instala-se uma tensão do modelo médico psiquiátrico, em parte resolvida pela subordinação bem minimizada dos profissionais não-médicos aos médicos, na prática cotidiana desse serviço.

“Na verdade, o psiquiatra não tem formação em psicoterapia, vamos fazendo por fora, vamos nos interessando ... eu fui fazer psicanálise, discutir com a psicóloga que tem uma formação também para isso. Mas tem as características da psicologia, quando a psicóloga faz o grupo dela, ela é soberana, não é o médico que vai dizer se ela vai fazer de tal jeito ou de outro. Ela é soberana, mas nós estamos abertos à discussão, podemos opinar. Assim como na medicação, eu estou aberto para um profissional dizer que acha que tal medicação não está boa. Qualquer profissional poderia falar isso para mim, desde que justificasse por que estava achando aquilo.

Aí, o meu saber médico ia ver se aquilo condizia ou não com o que eu acho. Muitas vezes, elas têm razão; outras vezes, eu não acho. Nessa hora, estou assumindo o papel médico. Muitas vezes a pessoa está no PA e tínhamos autorização de explicar a dependência que a medicação causa, que seria melhor ela aguardar sem medicação, esperar o médico.... isso seria o lugar do médico, mas as outras pessoas poderiam dizer isso também, porque existia uma integração tão grande que elas sabiam até que ponto poderiam interferir. Mas, lógico, a última palavra, na medicação, é médica. Nessas horas não é igual, é diferente. (...) Como na TO, a TO tem todo um jeito de trabalhar, que eu não entendo, posso até sugerir coisas para TO, mas tem algumas coisas que são da área dela, que ela vai dizer que não é por aí, que o melhor para ele é isso... aparece muito na discussão ... não é que você vai lá e interfere no trabalho do outro, isso é que é interessante, nós conseguíamos circular, eu ia aprendendo TO, sabia que para algum paciente poderia funcionar e para outro não. Se você coloca uma histérica no grupo de psicóticos da TO, e não dá certo, a TO vem justificar por que não dá, vem conversar. (...) Temos de usar vários saberes para ter uma indicação melhor para o paciente.” (E18m)

“(relações hierárquicas) Acho que deve ter ... e em algum nível, tem. É a questão da cultura; é difícil, para o médico, sair do lugar e, muitas vezes, as pessoas querem que o médico saia do lugar de médico, mas, na hora que a coisa aperta, exigem que o médico seja um médico. Então, tem a nossa dificuldade, pela formação, de sair desse lugar e das pessoas também, às vezes, de aceitar ... e são níveis muito profundos, ultimamente, não acontecia lá. Uma vez ou outra surgia essa questão da rivalidade, a questão de salários, difícil numa equipe, porque o médico trabalha menos tempo que o resto da equipe e o salário é mais ou menos a mesma coisa. Já tem uma hierarquização salarial, que, se você não souber lidar com ela, pode interferir no trabalho. (...) Tem também a coisa cultural. Na hora que a coisa aperta, que o paciente está muito agitado, agressivo, qual é a arma que você tem? Você tem a continência, que todo mundo pode fazer, mas tem outros momentos, que você tem que medicar, então, às vezes, a última palavra fica com o médico. Havia uma queixa de que os médicos eram donos dos pacientes. Temos essa coisa de pegar o paciente como se fôssemos responsáveis por ele. E isso é uma tendência contra a qual lutamos o tempo todo, mas o problema é que as outras

pessoas também deixam isso acontecer, elas não assumem, e até querem que as coisas sejam assim. Reivindicam que os médicos não fiquem donos dos pacientes, mas não conseguem mesmo assumir essa questão, então o paciente acaba com o médico. Não é sempre, nem em todos os casos, mas em muitos momentos.” (E18m)

Nesse último excerto, ao mostrar que os profissionais das várias áreas estão ambivalentes — críticos e ao mesmo tempo aderidos — ao modelo médico psiquiátrico na atenção aos usuários do ambulatório, o entrevistado destaca os esforços empreendidos para superá-lo e a dificuldade em compartilhar responsabilidades entre médicos e não-médicos. Esse aspecto tem fundamental importância para o trabalho em equipe, pois a possibilidade de construção de um projeto assistencial comum que contemple as múltiplas dimensões das necessidades de saúde mental, tanto de promoção como de recuperação, demanda a co-responsabilidade de todos os agentes envolvidos na atenção aos usuários. A responsabilidade pelo cuidado evidencia, no âmbito do trabalho coletivo, pelo menos duas questões interligadas: por um lado, a complementaridade e a interdependência das ações implica a composição de múltiplas parcelas de responsabilidades, divididas entre os agentes; e, por outro lado, à autonomia técnica de cada profissional corresponde equivalente grau de responsabilidade, dada a correspondência entre liberdade e responsabilidade. Portanto, a cada profissional cabe tanto a responsabilidade pelo seu trabalho especializado como a co-responsabilidade relativa à interdependência de ações conexas.

Nessa direção, vale destacar o depoimento da assistente social (E21a), que, ao refletir sobre o trabalho em equipe, concebe-o sobretudo como trabalho caracterizado pela comunicação e decisão compartilhada, mas também como espaço de expressão da autonomia técnica dos profissionais, à medida que estes fazem julgamentos e tomam decisões individuais em várias circunstâncias do trabalho coletivo.

Vimos que a coexistência de flexibilidade e especificidades na divisão do trabalho evidencia a autonomia com cooperação e não com isolamento dos profissionais. E que a explicitação do caráter interdependente da autonomia permite preservar as diferenças técnicas sem destacar e reiterar a desigualdade entre os diversos trabalhos especializados. No entanto, persistem algumas relações hierárquicas e de

subordinação entre os diferentes profissionais, no interior das quais podemos observar a primazia do trabalho do médico e do psicólogo, que, no conjunto, preservam a hegemonia do modelo médico psiquiátrico. Os depoentes consideram matizes diversos, não tomando como absolutos nem o modelo hegemônico nem as relações de subordinação, pois vimos que os profissionais executam trabalhos comuns, como o pronto atendimento e o grupo operativo, e procedem a diversas articulações dos saberes técnicos. Consideram, ainda, que a desigualdade dos trabalhos e dos agentes vem se mantendo, visto que a divisão do trabalho expressa a totalidade da dinâmica social para além dos aspectos pertinentes ao próprio trabalho em saúde e ao trabalho nesse local, especificamente.

“Mas não temos só decisões de equipe, temos decisões individuais, ou seja, não quer dizer que se você atende um paciente, tem que depender dos outros para tomar uma decisão, não é isso; muitas vezes você acaba tomando uma decisão sem falar com os outros, dependendo da situação. Tem outros que você discute e, com a equipe, elabora um projeto de trabalho, de atendimento desse determinado paciente. Então, acho que o trabalho de equipe aqui dentro, pela experiência que eu tenho, é isso, é você poder falar de cada caso, de cada programa, de cada atividade, das dificuldades e do que você projeta para o futuro. Queremos ter também uma coesão, que consigamos fazer uma coisa em conjunto e não uma coisa que eu vou, faço um atendimento, o outro vai, faz um atendimento e morre nele.” (E21a)

O trabalho em equipe multiprofissional no ambulatório de saúde mental

A noção de trabalho em equipe de todos os entrevistados no ambulatório de saúde mental mostra a clara percepção da necessidade de comunicação e interação.

Os depoentes mostram que o trabalho em equipe requer que os profissionais se ocupem das relações interpessoais, pois estas permeiam, continuamente, o trabalho cotidiano. Assim, a realização das ações técnicas, que se dá no âmbito da intersubjetividade usuário/profissional, também requer, imediata e simultaneamente, a dedicação e o cuidado com a intersubjetividade agente/agente. Nesse sentido, é

interessante observarmos que, ao se referir ao trabalho dos demais profissionais, a terapeuta ocupacional (E17t) o faz particularizando cada agente como um sujeito singular, com qualidades técnicas e interativas. Da mesma forma, o médico (E18m) destaca que *precisa limpar um pouquinho o terreno ... resolver as questões pessoais, para poder ver a coisa de um jeito mais científico.*

“... sempre que surgirem questões pessoais, você poder trabalhá-las. Isso é importante, você poder resolver essas questões para poder ver a coisa de um jeito mais científico. Para isso, também precisa limpar um pouquinho o terreno. Ter respeito pelo outro, suportar diferenças, isso é muito importante para a integração da equipe, conviver com diferenças. Aquela coisa que é todo mundo igual, além de ser falso, pode ser uma falsa integração, porque quando eu falo que essa equipe era integrada, não estou falando que era tudo às mil maravilhas, que todo mundo estava bem com todo mundo o tempo todo. Tinha paus, tinha brigas, tinha momentos difíceis. À medida que conseguíamos lidar com isso, e suportar as diferenças ... o mais importante para a integração da equipe é o respeito, é poder suportar diferenças.” (E18m)

Nesse excerto, além da relação pessoal cotidiana, também aparecem outros aspectos relacionados à esfera da comunicação e interação, que o entrevistado refere como componentes do trabalho em equipe. Dentre estes, ressalta o respeito pelo trabalho do outro profissional, o reconhecimento e a convivência com as diferenças e o enfrentamento dos conflitos. A terapeuta ocupacional, por exemplo, salienta a necessidade de os agentes apreenderem as características do trabalho do outro, não para fazer igual mas para incorporar o trabalho do outro, efetivamente, no interior de seu próprio trabalho. Ou seja, para tomar em consideração o trabalho do outro na execução de seu próprio.

Já fizemos referência, anteriormente, ao destaque que os depoentes atribuem às diferenças técnicas entre os trabalhos especializados. O atendimento e, particularmente, a própria escuta dos vários agentes guardam uma certa diversidade, entre si. Tanto os profissionais implementam de forma diversa suas ações, como as representam simbolicamente de maneira diferente.

Também já fizemos referência às relações hierárquicas entre os profissionais e,

portanto, à existência, em algum grau, de desigualdades sociais entre os agentes, particularmente entre os médicos e os não-médicos. Por isso, observamos a existência de conflitos entre os profissionais.

As possibilidades de respeito, tolerância e convivência com as diferenças e com os conflitos são construídas pelos agentes do trabalho por dentro da dimensão da comunicação e interação, por meio da busca de entendimento mútuo entre sujeitos, na equipe como um todo. Como vimos no conceito habermasiano de interação, os sujeitos põem-se de acordo por intermédio do reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade implícitas em qualquer ato de fala. Estabelecem consensos arguindo continuamente as proposições referentes à autenticidade do interlocutor, ao conteúdo das afirmativas e à correção das normas (HABERMAS, 1989).

Podemos observar que, no ambulatório de saúde mental, os depoentes referem uma noção de trabalho em equipe que incorpora a dimensão da interação, ou seja, que supõe uma racionalidade comunicativa, visto que destacam como característica da equipe a elaboração de linguagens comuns e de propostas e objetivos comuns ao grupo de agentes.

Já comentamos anteriormente que a psicóloga (E19p) refere a prática de discussão em reuniões de programa e de equipe como espaço que possibilita a criação e o desenvolvimento de uma cultura comum. Também é nos espaços de discussão, no seio da intersubjetividade, que os agentes realizam o planejamento e a organização das atividades programáticas e do serviço como um todo, visto que a depoente expressa a necessidade de os profissionais conhecerem e acompanharem o desenvolvimento de outros programas ou atividades dos quais não participam pessoalmente, para poder integrá-los a suas próprias ações.

A participação de todos os profissionais em ambos os momentos do processo de trabalho, de concepção e de execução, por meio das discussões coletivas nas quais se dá o planejamento, a organização e a avaliação das atividades, é apontada como um aspecto que caracteriza o trabalho em equipe, permitindo, também a flexibilidade da divisão do trabalho, com a implementação de ações comuns. Os consensos quanto à organização institucional e, especificamente, quanto ao projeto assistencial elaborado em cada um dos programas de atenção são construídos na interface de ambos os momentos, de reflexão e de execução da prática cotidiana de atenção aos usuários. A

construção de um projeto decorre da consistência entre os dois momentos referidos.

Ao participarem todos na concepção e na execução do processo de trabalho, cada agente em particular poderá ter uma visão mais abrangente do projeto assistencial do serviço, assim como do plano terapêutico de cada usuário ao qual ofereça atendimento, o que cria condições favoráveis à articulação, no sentido aqui adotado de evidenciar as conexões entre as ações.

A assistente social (E21a) refere o trabalho em equipe como uma experiência de aprendizado com os outros profissionais: aprende outras linguagens e tem outras escutas às necessidades dos usuários, assim como incorpora diferentes técnicas de intervenção, integrando-as ao próprio trabalho especializado. Nesse sentido, vale lembrar que a depoente ingressou no ambulatório há cinco anos sem ter nenhuma prática com o trabalho em saúde mental e, no cotidiano do serviço junto aos demais profissionais, compreendeu e assimilou a proposta assistencial da unidade.

O médico (E18m) refere a percepção de pontos comuns e a construção de linguagens comuns entre os agentes, tanto no que diz respeito às diferenças das áreas profissionais como às diversas linhas de um mesmo saber, tal como a psicanálise. Segundo o depoente, os profissionais que participam do programa de psicoterapia têm pontos em comum na abordagem dos usuários, apesar de utilizarem diferentes linhas do saber psicanalítico e, portanto, diferentes conceitos. E esses pontos comuns são identificados, investigados, questionados por meio de discussões sobre o trabalho cotidiano, o que também permite a obtenção de consensos, pois, *quando você fala uma coisa, já sabe o que está falando, porque já foi discutido*. O trabalho em equipe, segundo o depoente, requer a construção de uma linguagem comum entre os diversos profissionais, que se dá na interseção dos saberes técnicos. Assim sendo, a linguagem da equipe traduz a interdisciplinaridade do objeto de intervenção para dentro do trabalho cotidiano, ou seja, para dentro da atenção multiprofissional ao usuário do serviço.

“Cada um tinha sua maneira de lidar, mas o que ajudava ... eram várias visões do mesmo paciente. A psicóloga tinha uma visão, a terapeuta ocupacional outra, eu tinha outra, e isso tinha pontos em comum, porque segundo a teoria lacaniana, kleiniana ... você sempre se integra, você está falando de uma pessoa, temos

nossos pontos em comum, damos um nome diferente, às vezes, vemos coisas diferentes, mas a teoria tem similaridade ... às vezes, são conceitos totalmente opostos, mas à medida que falamos do paciente, explicamos de que lugar estamos vendo, já é uma compreensão ... E o trabalho de grupo é interessante, porque você vai criando a sua própria linguagem ... o grupo vai criando uma linguagem, que não é mais nem uma coisa nem outra, é a linguagem do grupo. Na verdade, acho que, no trabalho de grupo, o interessante é isso, você vai criando uma linguagem própria do grupo, um jeito de se comunicar que, no começo, é difícil, mas depois, quando você fala uma coisa, já sabe o que está falando, porque já foi discutido. (...) Você está vendo um paciente sob vários aspectos, porque se fica só psicologizando, tem situações reais que o paciente está vivendo e o assistente social pode trazer um pouco mais isso para a avaliação. (...) Chega uma hora que não é nem psicologia, nem ciência social, é poder ter uma visão humana do paciente, e não é assistente social, nem psicólogo, nem psiquiatra ... é uma linguagem comum, uma interseção entre psicologia, serviço social ... nesse sentido, todo mundo é trabalhador em saúde mental, preocupado com a saúde mental do paciente.” (E18m)

Ao mesmo tempo que os entrevistados destacam a dimensão comunicativa, o agir comunicativo, não descuidam do plano técnico, o agir instrumental.

Assim, observamos que, ao falar do trabalho em equipe, a terapeuta ocupacional (E17t) aponta a necessidade de reconhecimento mútuo acerca da contribuição peculiar de cada profissional, ao mesmo tempo que refere a necessidade de traçar e alcançar um resultado, preferencialmente em consenso.

Tal como observamos no depoimento da psicóloga (E19p), segundo a qual o trabalho desenvolvido pelos agentes do programa de psicoterapia caracteriza-se como equipe pela tarefa comum, que é *dar conta da demanda de psicoterapia*, e pela utilização de um mesmo saber técnico, a psicanálise, apesar de suas várias correntes. Aqui também está em destaque a dimensão técnica, à medida que a tarefa comum aparece como um dos traços de caracterização do trabalho em equipe. Embora a noção de trabalho em equipe da psicóloga não se limite à tarefa colocada para os profissionais que participam do programa, abarcando também a construção de uma cultura comum no compartilhar dos espaços de discussão, parece-nos interessante recorrer às

considerações de GOLDBERG (1998:58) acerca da transição do modelo assistencial centrado na tarefa para o modelo centrado no indivíduo, num determinado serviço de saúde mental (no Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira). O autor analisa que essa transição exigiu a dissolução de um modelo polarizado entre a prerrogativa de ação quase exclusiva do agente da técnica e a vocação passiva do usuário. E assinala a necessidade de o usuário libertar-se da condição de passividade aderida a ele como algo estrutural, e do agente abdicar de sua posição centralizadora da tarefa, de modo que seja possível emergir uma dinâmica de relações em que o plano terapêutico seja compartilhado entre usuário e agentes. A análise empreendida por GOLDBERG (1998) contempla não somente as relações usuário-agentes, mas também as relações da equipe. Destaca que o processo de constituição de uma equipe de trabalho é penoso e implica contínuas negociações de conflitos e interesses múltiplos. E que o próprio projeto assistencial centrado nas necessidades de saúde mental do usuário constitui a força agregadora que produz a unidade relativa da equipe. Assim sendo, entendemos que ao problematizar as questões referentes à equipe de trabalho, o autor destaca dois aspectos: a comunicação entre os agentes e a construção conjunta do projeto assistencial, que é possível somente no âmbito do primeiro aspecto.

Ainda quanto à referência simultânea, ao agir comunicativo e ao agir técnico, nas concepções sobre trabalho em equipe, os depoentes assinalam a necessidade de flexibilidade da divisão do trabalho, de modo que os agentes possam participar ou mesmo ocupar o lugar técnico do outro, com base na experiência cotidiana e coletiva de trabalho. Como já vimos, os depoimentos não ignoram que essa flexibilidade na divisão do trabalho cria conflitos e sugerem que o conhecimento e a explicitação das diferenças técnicas e das desigualdades valorativas dos trabalhos, por meio da comunicação, permitem negociar as diferenças em prol de ações conjuntas e comuns que mantenham as eficácias técnicas já conquistadas por suas especificidades anteriores.

Assim, os entrevistados mostram que suas concepções de trabalho em equipe supõem relações recíprocas entre a intervenção técnica, ou seja, as atividades do trabalho, e a interação dos agentes. Ou seja, no trabalho em equipe valoriza-se o técnico, visto que se trata de uma ação racional dirigida a um fim, representado pela atenção às necessidades de saúde mental dos usuários. Mas esse técnico configura um

projeto assistencial comum à equipe e construído por meio de consensos derivados da interação e suas negociações. Portanto, o trabalho em equipe não pode prescindir da comunicação livre de coação entre os múltiplos agentes, lembrando, mais uma vez, que a comunicação não é tão livre assim de coação. A interação, por sua vez, permite o consenso em torno de linguagens, propostas e objetivos comuns que articulam as ações e integram os saberes operacionalizados no cotidiano do trabalho em equipe.

“Uma parte das reuniões procura direcionar as atividades daquele programa, dar diretrizes, definir os objetivos da consulta psicológica, do grupo de intervenção breve, do grupo operativo, da visita domiciliar ... por isso é interessante ter, no programa, pessoas de mais de uma disciplina, para podermos traçar objetivos os mais amplos possíveis, que atendam ao máximo as necessidades das pessoas. (...) A reunião de equipe mais ampliada seria o espaço para cada profissional se situar frente a tudo o que é feito aqui, para realmente podermos trabalhar em equipe, porque trabalhar em equipe é mais do que ... nem todo mundo deve conhecer todos os casos, mas todo mundo deve conhecer como se abordam os pacientes, que tipo de intervenção estamos fazendo, os objetivos ...” (E20p)

“Acho que temos uma tarefa em comum, um problema em comum, que é dar conta da demanda de psicoterapia que chega para o ambulatório. Isso nos une, digamos assim, faz com que nos empenhemos o mesmo tanto com a questão, com o problema, nos faz pensar juntos uma saída para a coisa. Por exemplo, discutimos casos, se alguém está com um problema num caso, traz para discutir, para ter a opinião dos colegas. (...) Então, eu posso dizer que somos uma equipe, na medida em que há uma tarefa da qual damos conta mesmo que seja para trabalharmos separados cotidianamente, porque tem esse espaço de reunião, onde discutimos os problemas que essa tarefa está apresentando.” (E19p)

Observamos que o processo comunicativo que permeia o trabalho em equipe abrange tanto o plano mais fugaz e superficial das inter-relações face a face (a cumplicidade dos olhares fugazes, o cafezinho rápido entre os atendimentos, a expressão de sugestões ou opiniões superficiais e descomprometidas acerca de um detalhe do cotidiano, etc.), como o plano dialógico da negociação, no qual os sujeitos

efetivamente buscam o consenso e o reconhecimento recíproco. Diríamos que o agir comunicativo abarca as inter-relações que permitem singularizar cada sujeito e coletivizar projetos, daí produzir a autonomia técnica com colaboração e interdependência, porque dentro de uma normatividade pactuada

A interação não tem um fim colocado “a priori”, ou seja, não busca tal ou qual êxito de negociação, tal como o agir instrumental, embora tenha a técnica e sua eficácia como questões. Nesse sentido, poderíamos dizer que conhecemos o ponto de partida da comunicação livre de opressão, mas não conhecemos o de chegada — a intersubjetividade dirige-se ao entendimento possível a cada momento, tal como os processos de construir projetos, colocam-se dentro de um campo de possíveis. No âmbito do agir comunicativo, os múltiplos e variados profissionais encontram a possibilidade de construir um projeto assistencial comum a eles todos, e diferente do projeto predominante nas práticas de saúde mental. Este, que já não respondia às necessidades dos usuários, se tomadas na expressão de sua multidimensionalidade cultural, social, psíquica e biológica, começa a ser questionado nessa mesma direção.

Quanto à relação entre trabalho em equipe e interação, todos os entrevistados fazem referência às reuniões de equipe e de programa, como espaços privilegiados de comunicação entre os profissionais. Nas reuniões ocorrem as discussões de caso; as discussões sobre a organização do serviço, seus problemas e encaminhamentos; sobre o planejamento, reformulação e avaliação dos programas de atenção; enfim, nas reuniões ocorrem os encontros e as trocas entre os agentes e, entre concordâncias e dissensos, são desenhados os projetos e construídos os acordos possíveis. SCHERER & CAMPOS (1997:275-6), numa revisão bibliográfica sobre trabalho em equipe em saúde mental, sugerem que o funcionamento em equipe precisa de reflexão e citam vários autores que indicam as reuniões — de equipe, de discussão de caso, de supervisão —, como espaços destinados a esse propósito. CAMPOS (1992:256), autora que tem vários artigos publicados sobre o trabalho em equipe em saúde mental, enfatiza a reflexão como um componente fundamental para o desenvolvimento e a sobrevivência das equipes. Segundo a autora, a reflexão compartilhada em reuniões regulares de equipe pode impedir ou reverter tendências ao trabalho coletivo de caráter repetitivo, estéril ou estereotipado.

Ao referir-se à reunião de equipe do ambulatório, a terapeuta ocupacional (E17t)

assinala que deveria ser mais bem aproveitada por todos os participantes como um espaço técnico e político, de discussão e acordo acerca de planejamento, organização e avaliação das atividades dos três programas existentes, possibilitando a troca e a articulação entre eles e também a discussão dos casos. Seu relato mostra que essa reunião constitui principalmente um fórum de debate em detrimento de deliberações conjuntas, ou seja, a reunião permite mais discussão do que consensos e decisões entre os participantes. Também refere que, enquanto “momento político” do ambulatório, possibilita a democratização das relações de trabalho, que têm desdobramentos e repercussões na prática cotidiana. TESTA (1995:294-298), ao discutir a democratização das relações entre os distintos trabalhadores da equipe de saúde, argumenta pela manutenção das diferenças técnicas que são convenientes à realização do trabalho coletivo, mas, que, por outro lado, que essas próprias diferenças possam ser utilizadas como instrumentos para o avanço na direção de relações mais igualitárias entre os agentes. O autor assinala que *a estratégia de luta democratizadora se fundamenta sobre fatos concretos dos programas de avanço, passando pelo estabelecimento de diálogos diretos entre os distintos atores da equipe de saúde, criando acordos parciais que permitam alcançar realizações concretas ainda que limitadas...* (TESTA, 1995:297).

Particularmente no que se refere às reuniões de supervisão, todos os entrevistados entendem-nas como espaços em que o supervisor é alguém que pode “lançar um olhar de fora”, uma contribuição externa às situações discutidas e, com isso, ajudar a aprofundar a reflexão sobre a prática em questão. Nesse sentido, referem-se a um supervisor que não seja do serviço e venha colaborar na discussão dos programas, dos casos, ou do trabalho em equipe. Também referem outra modalidade de supervisão, à qual a terapeuta ocupacional (E17t) denomina “supervisão horizontal” e a psicóloga (E20p) denomina “supervisão mútua”, realizada por um profissional do próprio ambulatório. Esse profissional tem o domínio de um certo aspecto técnico do trabalho e pode acrescentar aos demais agentes, tal como o psicólogo, na supervisão dos aspectos psicodinâmicos, e o médico psiquiatra, na supervisão dos aspectos psicopatológicos ou medicamentosos. Nessas reuniões, os agentes realizam discussões de casos e de seções de grupos, nas quais um de cada vez apresenta a situação de atendimento e os demais colaboram na sua compreensão com um olhar externo àquele que realizou a

intervenção. Assim, a supervisão mútua coloca-se também como um espaço de formação continuada dos profissionais, além de espaço de acordo acerca do projeto assistencial comum. Chamamos a atenção à existência, nesse campo da saúde mental, de uma cultura de avaliação sistemática e crítica do trabalho.

“(reunião de equipe) Gostaríamos que fosse mais técnica, o que nem sempre dá, porque sempre estamos atravessados por coisas muito urgentes. Acho que essa reunião, cada vez mais, tem que ser usada para discutir o programa, discutir casos, mas é uma reunião onde rola tudo do ambulatório, que tem a cara do ambulatório, todo mundo pensa tudo ali, também é um momento político do ambulatório ... Acho que é onde se democratiza tudo, mas não necessariamente onde se delibera, isso é uma falha, se delibera muito pouco, não se tomam muitas decisões, mas é uma reunião importante. Mas acho que tinha que ser mais técnica, porque esses programas são fascinantes, mas temos que ter o cuidado técnico; se não usarmos as reuniões para isso, acabamos nos perdendo.” (E17t)

“(reunião de equipe) É importante conhecermos o trabalho do ambulatório como um todo, dá uma integrada importante. Por exemplo, eu faço plantão. É muito mais fácil eu pensar no encaminhamento dos casos se estiver a par do que está se passando com todos os programas, o que os programas estão vivendo, concretamente. Temos contato com outros programas, dos quais não participamos, na reunião de equipe. E tem também a questão de uma integração maior na rede, há uma parte de informes, onde se conta o que está acontecendo nas outras unidades, tendências gerais de políticas de saúde no momento ... é um espaço para digerir, enquanto grupo, algumas coisas. Acho que é uma oportunidade de aprender coisas ligadas a outros programas, atendimento de psicótico adulto, questões que eles vivem ...” (E19p)

Vários excertos apresentados mostram a estreita relação entre trabalho em equipe e programas de atenção, expressa por todos os entrevistados. As referências à equipe de trabalho vêm acompanhadas do respectivo programa e das atividades programáticas nas quais o profissional está envolvido pessoalmente. Os demais programas e a equipe do ambulatório aparecem de forma dispersa. Lembramos que o

projeto de ampliação da rede de ambulatórios de saúde mental no Estado de São Paulo, em meados dos anos 80, propunha a organização dos serviços nos moldes programáticos, com base na informação epidemiológica e na sua utilização para fundamentar as escolhas técnicas (SÃO PAULO, 1983; NASCIMENTO e cols., 1997).

Esse ambulatório, implantado naquele período, mantém até a atualidade o modelo de organização programático, embora tenha experimentado várias reformulações nos fluxos de atividades. O modelo da programação em saúde tem sua origem no campo da saúde pública e podemos compreender sua permanência no ambulatório de saúde mental, considerando, como relatam os depoentes, a integração do referencial da saúde pública à prática dos agentes inseridos no serviço, assim como, num âmbito mais geral, a articulação ocorrida, no Brasil, entre os campos da saúde mental e da saúde pública (GIORDANO JUNIOR, 1989; CAMPOS, 1998).

Neste sentido, resta uma última mas não menos importante observação, acerca do trabalho em equipe realizado no ambulatório de saúde mental. Retomamos, para isso, o relato da terapeuta ocupacional que está na unidade desde sua instalação. Ela inicia sua reflexão sobre o trabalho em equipe, recuperando dois aspectos do contexto geral em que situa a problemática em questão: primeiro, destaca o contexto de implantação do ambulatório, que enfatizava a necessidade e a importância do trabalho em equipe multiprofissional e oferecia condições institucionais para sua execução, e a preservação desses aspectos no projeto assistencial construído e reconstruído pelos profissionais. E, em segundo lugar, a ênfase atribuída à proposta de trabalho em equipe no campo da saúde mental, corroborada pela extensa literatura sobre a temática.

Ambos os aspectos já foram assinalados por nós anteriormente. São aqui retomados como pano de fundo e cenário do qual emergem situações de trabalho coletivo, diretamente observadas, e relatos, que expressam uma prática com complementaridade e interdependência das ações, nas quais estão evidenciadas as articulações dos trabalhos especializados. Nessas situações, o trabalho em equipe é representado como uma modalidade de trabalho coletivo, na qual há uma convergência entre as ações técnicas e a interação dos sujeitos das ações. Articulação e interação que são, reiteradamente, apresentadas pelos depoentes como tendo caráter dinâmico, processual e conflitivo.

Capítulo VI – Síntese

Trabalho e interação: à guisa de síntese

O ideal buscado, acerca do trabalho em equipe, expresso nas representações de todos os sujeitos entrevistados, nas quatro situações de trabalho coletivo estudadas, mostra convergência ao destacar a dimensão comunicativa intrínseca ao trabalho em equipe. Por meio da mediação simbólica da linguagem, ocorreria a articulação das ações, a coordenação e a integração dos saberes técnicos e a interação dos agentes. O trabalho em equipe multiprofissional consistiria numa modalidade de trabalho coletivo que se configuraria na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio dessa relação dialética, entre trabalho e interação, os agentes poderiam construir um projeto assistencial comum e pertinente para a atenção integral às necessidades de saúde dos usuários do serviço.

Ao se colocarem, como horizonte, a ampliação dos objetos de intervenção, para além da esfera da patologia e do sintoma, nossos entrevistados buscam, pela noção supra de trabalho em equipe, contemplar a multidimensionalidade do objeto de trabalho de cada área profissional e a recomposição dos trabalhos especializados.

Os depoimentos expressam a complementaridade e a interdependência dos trabalhos parcelares e um anseio por articular suas ações e mesmo por interagir, embora as situações objetivas de trabalho coletivo possam apresentar os distintos profissionais executando ações de forma isolada, ou o entendimento efetivo da interação possa resumir-se às cordiais relações interpessoais no concreto cotidiano. Isso nos permite observar que o caráter complementar dos trabalhos especializados não se desdobra, imediata e automaticamente, em articulação das ações. A articulação requer um investimento ou movimento consciente e ativo do agente, nessa direção. Requer que o agente elabore as correlações e coloque em evidência as conexões existentes entre as intervenções técnicas executadas pelos profissionais das diferentes áreas. No plano objetivo, isso requer que cada agente passe a entender que sua autonomia técnica não está no isolamento ou independência profissional, mas na colaboração objetiva, construindo, de modo negociado e compartilhado, o projeto comum de intervenção, o

que significa a cooperação também no plano subjetivo e, pois, uma solidariedade profissional ao invés da concorrência competitiva individual.

Por isso, a articulação, quando ocorre, se dá por meio da comunicação, do exercício de mediação do sujeito do trabalho, mas a mediação tanto pode expressar apenas o agir instrumental, que busca atingir um determinado fim ou resultado, como pode expressar também o agir comunicativo, que busca o entendimento e o reconhecimento mútuo dos agentes.

Em uma ou outra situação, seja no agir instrumental, seja no agir comunicativo, o profissional que faz a articulação assim procede porque conhece e considera o trabalho especializado do outro, pois não é possível evidenciar as conexões, às cegas, sem tomar em consideração os nexos existentes.

Os depoentes são sucintos ao falar do trabalho dos agentes de outras áreas profissionais diferentes da sua. Porém, não seria correto dizer que desconhecem totalmente o trabalho do outro, pois todos mostram uma percepção semelhante ainda que centrada nos aspectos da hierarquia entre os trabalhos considerados periféricos ou nucleares. Ou seja, falar do trabalho dos outros refere-se a situá-los no interior de relações hierárquicas e não à percepção das diferenças técnicas. Podemos assumir essa assertiva na maior parte das situações estudadas, exceto, como vimos, no ambulatório de saúde mental, em que esse processo começa a ser questionado ainda que se verifique resistência em sua superação

Nesse sentido, há uma primazia do modelo biomédico. Todos partilham o valor comum atribuído a esse modelo, secundarizando os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tal como a esfera do educativo, do preventivo, do psicossocial, do comunicacional, mesmo que não se percebam assim. Ao partilhar sobretudo o modelo biomédico, os agentes deixam de compartilhar outras dimensões da atenção à saúde e deixam de investir na construção conjunta de outro projeto assistencial que abarque a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde.

A aceitação em torno de um único modelo de atenção à saúde, entendido como pertinente a toda e qualquer situação referente ao processo saúde/doença no plano individual e coletivo, instala e reproduz uma divisão entre um trabalho nuclear e os demais trabalhos periféricos. Nuclear e periféricos definem-se por referência à

construção de projetos, sendo nuclear o detentor do projeto assistencial hegemônico. Assim, no modelo biomédico, nuclear é o trabalho do médico e periféricos são todos os demais. A relação entre nuclear e periféricos expressa tanto a primazia de uma única via de acesso às necessidades de saúde como a transmutação das diferenças técnicas em desigualdades valorativas entre os trabalhos especializados, que, no conjunto, permitem múltiplos caminhos de acesso às demandas dos usuários.

Tanto as desigualdades entre os variados trabalhos e os respectivos agentes que os executam como a relação hierárquica entre trabalho nuclear e trabalhos periféricos refletem tensões e conflitos no trabalho em equipe multiprofissional. No entanto, os agentes das diferentes áreas, médicos e não-médicos, tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação, mesmo quando tecem discurso crítico acerca da divisão e da recomposição dos trabalhos especializados. Em geral, os próprios agentes reiteram a transmutação da autoridade técnica em autoridade moral e social, obstruindo as possibilidades de interação, no sentido da construção de consensos em torno de planos de ação e de reconhecimento mútuo. E isso termina por ocorrer mesmo na situação mais ambivalente e crítica que é a do ambulatório de saúde mental. Ainda que questionem o modelo biomédico, o que é facilitado, a nosso ver, quer pela peculiaridade de seu objeto de intervenção, a esfera mental, quer pela já tradicional cultura de supervisão e avaliação dessa intervenção, os agentes que compõem a equipe no ambulatório de saúde mental ainda têm dificuldades no enfrentamento, em especial, da responsabilização social quanto à intervenção realizada. Uma vez que, essa responsabilização permanece sobretudo centrada no médico, esse aspecto tanto permite como exige que esse profissional tenha mais voz, mais poder e liberdade de formulação e execução do projeto assistencial, mesmo que no interior de uma equipe multiprofissional. Nesta, assumirá, pois, com frequência, a condição de líder ou intelectual nuclear do projeto, restabelecendo, assim, hierarquias de valor para além das diferenças técnicas.

A interação abarca a dimensão das proposições normativas, que dizem respeito às normas e aos valores que subjazem aos enunciados e afirmativas e, portanto, é pela prática comunicativa que os agentes podem argüir e transformar as relações de subordinação. A argüição dos valores implícitos aos atos de fala permite discriminar e manter as diferenças técnicas de trabalhos executados por sujeitos sociais iguais. O

trabalho em equipe, nesse sentido, refere-se à relação entre trabalho e interação de agentes técnicos distintos, mas sujeitos iguais.

No entanto, observamos que falta aos agentes, médicos e não-médicos, a percepção de que estão em interação no trabalho. À medida que não concebem o trabalho como instância interativa, almejam superar as relações hierárquicas de subordinação por meio da autonomia técnica em sua acepção tradicional, isto é, como espaço de liberdade e expressão do sujeito isolado. E, mais uma vez, deixam de almejar a construção de um projeto comum numa prática comunicativa. Embora o profissional médico execute seu trabalho num âmbito assegurado de autonomia, também esse agente, ao realizar as ações nucleares, diagnósticas e terapêuticas, apenas reitera o projeto assistencial já dado “a priori”, sem criar, por intermédio da interação, possibilidades de construção de outros projetos com base em consensos negociados entre os múltiplos agentes do trabalho coletivo. À medida que os agentes estão alienados da dimensão interativa do trabalho, buscam apenas na autonomia técnica individual, sem contemplar suas interdependências, a possibilidade de expressarem-se como sujeitos da ação.

Observamos concepções distintas entre os depoentes, quanto à abrangência da autonomia técnica nas diferentes áreas profissionais. E dentre essas concepções identificamos três posições: o profissional trabalha com a noção de autonomia plena, buscando alcançar o mais amplo espectro de autonomia técnica na execução de suas intervenções; ou ignora o âmbito de autonomia no qual realiza seu trabalho; ou, ainda, apreende o caráter interdependente da autonomia técnica do conjunto dos agentes. Vimos que a autonomia técnica pode ser interdependente em relação ao julgamento e tomada de decisão de outro agente, dada a complementaridade dos trabalhos especializados. Também já assinalamos que a autonomia é necessária no trabalho em saúde, para o conjunto dos trabalhos especializados, diferindo sua abrangência a depender da legitimidade técnica e social do saber operante que fundamenta a ação. Assim sendo, observamos que, quando há complementaridade objetiva mas há autonomia e independência da perspectiva do projeto assistencial, portanto, autonomia técnica plena dos agentes, o trabalho coletivo ocorre na modalidade de trabalho em equipe agrupamento. E quando há complementaridade objetiva e colaboração no exercício da autonomia técnica, e não há independência dos projetos de ação de cada

agente, senão um projeto assistencial comum, o trabalho coletivo ocorre na modalidade de trabalho em equipe integração.

Nesta segunda modalidade, os agentes percebem que sua autonomia técnica é parte da negociação e da interação, pois o projeto comum decorre da prática comunicativa, em que todos os participantes do trabalho colocam-se de acordo acerca de um plano de ação — onde chegar e como chegar. E são as intervenções técnicas do conjunto dos agentes, articuladas, que permitem implementar efetivamente o projeto comum.

Um projeto assistencial comum constitui uma referência para a equipe de trabalho que o elaborou, um eixo em torno do qual se dá a dinâmica cotidiana do trabalho e da interação. Queremos destacar que o projeto comum está referido a uma determinada equipe e não a todas as supostas equipes genéricas e abstratas. Trata-se de um plano de ação para uma situação concreta de trabalho coletivo em equipe, que toma em consideração o projeto assistencial hegemônico, que não pode ser ignorado por ser o modelo dominante de atenção à saúde, mas procede a uma re-elaboração que configura outro projeto comum. Os agentes partem de uma realidade dada e, dentro de um certo campo de possíveis, constroem, pelo trabalho e pela interação, um projeto pertinente e necessário a suas concepções de necessidades de saúde e de processo saúde-doença, que, compartilhadas com base no diálogo, permitem o reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade, implícitas nos atos de fala de todos os agentes participantes da equipe. Os agentes estão de acordo quanto ao conteúdo propositivo e normativo que constitui o projeto comum.

Outro aspecto que queremos destacar é que a concepção de trabalho em equipe refere-se a um número delimitado de profissionais participantes, pois, à medida que a noção de equipe refere-se aos agentes que estão numa situação comum de trabalho coletivo, abrange um pequeno ou médio número de trabalhadores. Nesse sentido, os depoentes referem-se à equipe de um determinado setor de uma instituição de médio porte como o hospital estudado — a equipe da enfermaria ou a equipe da UTI; ou referem-se à equipe por programa, tal como ocorre em ambos os ambulatorios.

O trabalho em equipe configura-se como possibilidade de recomposição dos trabalhos especializados, por meio da interação no trabalho. E vimos que essa relação encontra três diferentes formas de expressão, nas situações de trabalho coletivo

estudadas.

Uma delas refere-se à relação entre trabalho e interação, na qual a comunicação aparece externa ao trabalho: a comunicação não é sequer exercida, mesmo sendo esperada, ou apenas instrumentaliza o tecnológico. Os agentes destacam o plano da comunicação no interior de sua noção de trabalho em equipe e, no entanto, há um padrão restrito de comunicação entre os profissionais na prática cotidiana, pela alienação da interação no trabalho. Ou pode ocorrer de a comunicação ser concebida e implementada como recurso de otimização da dimensão técnica ou como recurso de articulação das distintas tecnologias atinentes aos diversos trabalhos especializados. Em ambas as situações há o predomínio do agir instrumental e a comunicação, tal como ocorre, não possibilita a construção conjunta de um projeto assistencial comum. A comunicação é externa ao trabalho e o agente experimenta uma tensão entre o comunicativo e o instrumental. Não há, nesse caso, um agir comunicativo.

Outra forma de relação entre trabalho e interação é aquela em que ocorre uma equivalência entre trabalho e interação de caráter pessoal, estritamente. Os agentes dão destaque à dimensão das relações pessoais baseadas no sentimento de amizade e camaradagem e operam uma sobreposição das dimensões pessoal e tecnológica. Conhecer o profissional equivale a conhecer como é executado seu trabalho e o saber técnico que o fundamenta. A dimensão de sujeito parece ser plena quando, de fato, havendo uma sobreposição completa entre o agente técnico e o trabalho, opera-se uma redução da interação, com o que se reduz a noção de trabalho em equipe na mesma direção: a das boas relações interpessoais, independentemente da reiteração das relações hierárquicas dos profissionais e também da sistemática transmutação de suas diferenças técnicas em trabalhos de valor desigual na sociedade. Não há, nesse caso, igualmente, um agir comunicativo, embora haja certa forma de comunicação.

A relação recíproca entre trabalho e interação aparece quando a comunicação é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe. Os agentes destacam como característica do trabalho em equipe a elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns, ou mesmo uma cultura comum. Enfim, destacam a elaboração de um projeto assistencial comum, construído com a participação dos agentes em ambos os momentos do processo de trabalho, de concepção e de execução. Ao falar do trabalho em equipe multiprofissional, os agentes

correlacionam o plano das intervenções técnicas e o plano da interação. Trata-se da perspectiva do agir comunicativo no interior da técnica, o que, dada a hegemonia instrumental do agir técnico, termina gerando tensões.

Podemos ter, portanto, situações em que as duas faces do trabalho cotidiano — trabalho e interação —, estão cindidas ou estão em tensão entre si. A cisão ou tensão decorrem do caráter distinto do agir instrumental ou comunicativo, pois, como vimos, a ação é instrumental ou estratégica, quando visa apenas um dado fim, e no agir comunicativo não há um fim colocado “a priori”, visto que o entendimento e o reconhecimento mútuo são a finalidade almejada. Poderíamos dizer que a interação é uma situação em que as mediações são o próprio fim, ou seja, a finalidade é interagir e nesse processo construir consensos pertinentes a cada contexto, ao passo que o agir instrumental busca um certo resultado independente das vicissitudes do percurso. É por isso que será um agir comunicativo e técnico, aquele em que o fim é definido e alcançado por um processo participativo e de intervenção.

Acreditamos não ser necessário destacar que a busca da eficiência e eficácia na execução do trabalho em saúde é legítima e desejável. A intervenção técnica destina-se a atender integralmente às necessidades de saúde dos usuários e, para tal, há que se cumprir as regras técnicas próprias a cada situação. No entanto, há também que se considerar a dimensão comunicativa que permeia a ação técnica.

Dentre as três modalidades de relação entre trabalho e interação, referidas acima, também encontramos ambas as dimensões em relação recíproca, situação na qual se realiza o trabalho em equipe integração. Neste, os agentes, por um lado, buscam a articulação das ações, a coordenação dos saberes técnicos e a cooperação e, por outro lado, buscam a interação no sentido do reconhecimento e entendimento mútuo. Buscam superar a reiteração de um projeto dado “a priori” e construir um projeto comum, na dinâmica da relação cotidiana entre trabalho e interação. Dinâmica que ocorre no contexto das situações objetivas de trabalho coletivo, tal como encontradas na atualidade, nas quais se mantêm relações hierárquicas entre médicos e não-médicos e diferentes graus de subordinação, ao lado da flexibilidade da divisão de trabalho e da autonomia técnica em cooperação. Assim, podemos observar a existência de trabalho em equipe do tipo integração, mesmo nas situações de trabalho nas quais se mantêm relações assimétricas entre os agentes do trabalho.

Na relação dialética entre trabalho e interação, os agentes constroem um projeto em comum, dentro de um certo campo de possíveis, portanto um projeto que tem viabilidade de implementação, que pode tornar-se realidade concreta no cotidiano do trabalho. Estritamente na dimensão instrumental, cada profissional executa intervenções em vista de um dado fim, limitadas a sua área de atuação e, no projeto assistencial já dado, instala-se uma tensão pelo surgimento de outro, que é atinente ao momento e espaço de sua criação coletiva e por isso tenciona o projeto geral dominante sem, porém, substituí-lo. Alienados da possibilidade de diálogo e negociação, ou os profissionais aceitam a autoridade de um dado projeto como único projeto possível e reiteram intervenções técnicas e inter-relações pessoais de submissão, ou procedem a elaboração de novas composições entre os trabalhos especializados, porém sem alcançar um projeto comum que substituiria aquele dado “a priori”.

As relações assimétricas ou hierárquicas dizem respeito à desigualdade valorativa dos trabalhos especializados, traduzindo uma relação entre trabalhos superiores e trabalhos inferiores. Nesse sentido, observamos que na situação de trabalho coletivo onde há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos agentes ocorre maior integração na equipe. À medida que o trabalho em equipe é construído, efetivamente, na relação intrínseca entre trabalho e interação dos agentes, quanto mais próximo o estatuto de sujeito ético-social dos agentes, maiores as possibilidades de eles interagirem em situações livres de opressão e de submissão, na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho.

As especificidades dos trabalhos parcelares e a flexibilidade da divisão do trabalho, expressam, ambas, tanto as diferenças técnicas como as desigualdades valorativas dos distintos trabalhos e dos respectivos saberes e agentes. Portanto, expressam uma tensão entre especificidades e flexibilidade. Essa tensão pode ser reconhecida, arguida e transformada, à medida que o trabalho é permeado pela interação. Esta pesquisa mostra a possibilidade de se manterem as diferenças técnicas e os trabalhos especializados correlatos, ao mesmo tempo que mostra a pertinência de atividades comuns desenvolvidas indistintamente pelos agentes das diversas áreas profissionais. Os dois tipos de atividades, as específicas e as comuns, compõem o projeto assistencial construído pela equipe.

Também a dimensão intelectual do trabalho, presente nos saberes técnicos, se

tomada em particular, expressa diferenças e desigualdades no que tange à legitimidade social. Todavia, vimos que pode ocorrer a coordenação desses distintos saberes, o que resulta em duas vertentes de articulação: o agente articula os distintos saberes no interior das intervenções técnicas que executa, atribuindo um caráter interdisciplinar à sua própria intervenção; e/ou os vários agentes de diferentes áreas profissionais articulam as respectivas ações técnicas e os saberes correlatos. Em ambas as situações manifesta-se a interdisciplinaridade, seja no interior de um dado trabalho especializado, ou na articulação dos diferentes trabalhos. Assim sendo, a construção do projeto comum far-se-á com base na combinação de saberes interdisciplinares, o que, por sua vez, corresponde à equipe integração.

Apenas um dos profissionais entrevistados tematizou diretamente acerca da interdisciplinaridade, o que se mostra coerente com a interpretação que apresentamos no quadro teórico, distinguindo a multiprofissionalidade, como o plano atinente ao exercício cotidiano do trabalho, e a interdisciplinaridade, como esfera epistemológica presente, sobretudo, na prática de investigação científica e de ensino acadêmico. Os depoentes mostram constituir o trabalho em equipe como temática de reflexão, na qual destacam, como referimos, sobretudo a interação dos agentes. É pela prática comunicativa que os profissionais operam as articulações entre as ações, bem como as mediações entre os saberes, exercitando tanto a multiprofissionalidade como a interdisciplinaridade. No entanto, vimos a ocorrência de cisão, de equivalência ou de tensão entre o agir instrumental e o agir comunicativo, situações em que predomina o âmbito da ação técnica instrumental, dirigida a determinados resultados. De modo que, tanto o trabalho em equipe como a interdisciplinaridade podem estar ausentes da prática cotidiana, mesmo sendo objeto de tematização dos profissionais de saúde.

Os obstáculos à recomposição dos trabalhos especializados no interior da equipe mostram que os agentes das diferentes áreas profissionais, médicos e não médicos, não compartilham a qualidade interativa do trabalho. Ocorre a alienação da interação no trabalho. Os agentes reiteram relações hierárquicas e um dado projeto assistencial, em torno dos quais há um acordo entre todos os profissionais, mesmo quando efetuadas críticas sobre a fragmentação do trabalho e a desigualdade dos agentes. Considerando que ocorre a predominância do agir instrumental, os profissionais questionam apenas a esfera das regras técnicas e não questionam seus fundamentos no âmbito das normas e

dos valores éticos que subjazem todo e qualquer proferimento. A dimensão comunicativa não é aproveitada no sentido de tornar-se a construção de um projeto assistencial comum, em torno do qual os agentes compartilham conteúdos propositivos e normativos. Ocorre dos profissionais partilharem apenas inter-relações pessoais, nas quais colocam-se de acordo no que se refere à vida pessoal de cada um dos envolvidos e não acerca do projeto de trabalho.

Todavia, destacamos que a transição da equipe agrupamento para a equipe integração está em curso e somente em curso, pois encontramos ambas as modalidades de trabalho em equipe, nas situações de trabalho coletivo investigadas. A análise e síntese tomaram em consideração o contexto dos processos de trabalho, referido à organização institucional e às políticas de saúde e de recursos humanos, e, portanto, o aproveitamento da relação recíproca entre trabalho e interação na perspectiva da recomposição dos trabalhos está relacionada a esse contexto. Vários aspectos das diretrizes políticas e da organização dos serviços também requerem mudanças, de modo a instalarem-se condições que propiciem a integração dos trabalhos especializados.

Finalizando, lembramos alguns desses aspectos que podem representar limites ou possibilidades para o trabalho em equipe. De um lado, a nova agenda da política de recursos humanos, que contempla a construção de novas formas de gestão com controle social e flexibilização das relações de trabalho. A igualmente necessária flexibilidade da divisão do trabalho, com base na participação dos profissionais em ambos os momentos, de concepção e de execução dos processos de trabalho. De outro lado, estão os aspectos da velha agenda de recursos humanos, que continuam aguardando encaminhamentos e resoluções para as questões salariais e para os planos de cargos e carreiras, bem como a valorização da permanência dos profissionais nas mesmas equipes de trabalho e a instalação de mecanismos que possam evitar a intensa rotatividade de pessoal, que é prejudicial à conformação de equipes.

Porém, há que se considerar a valorização e a promoção de espaços de reflexão conjunta dos agentes, em reuniões consideradas ações componentes do trabalho e a correlata otimização dessas reuniões enquanto fóruns de expressão das trocas, da interação e do agir comunicativo.

Abstract

We have studied health care work, to analyze the ideas that the many parties involved espouse concerning the meaning of work within a multiprofessional team environment. We also considered empirical evidence regarding the collective nature of this type of work. Our theoretical reference comprised studies of health care work processes and of communicative action, and we sought to observe the work--interaction dialectics in the empirical information collected. We conducted the fieldwork through the direct observation of day-to-day work in four different sets of circumstances (hospital clinical wards and intensive care units, plus general walk-in care centers and mental health ambulatories), as well as through the interviewing of professionals from work teams. As a starting point, we relied on a typology definition that differentiates between grouping type teams and integration type teams. We then analyzed how the aspects of interdependence and complementarity of specialized work configure themselves, how the work is articulated, what is the degree of technical autonomy, and how the parties involved interact with each other. The outcome of our observations is that, in all four sets of circumstances assessed, the professionals involved project a team integration perspective, despite finding themselves in situations of grouping, whereas the mental health ambulatory is, actually, the environment in which what we called an "integration team" comes closest to occurring. Thus, teamwork emerges a type of collective work that results from the reciprocal relationship between technical interventions and the interaction of the players. At the heart of the relationship between work and interaction, the professionals involved build consensuses that constitute a shared project for providing care, around which the integration of the work team takes place.

Referências Bibliográficas

- AGUDELO, M.C.C. La practica de enfermeria como objeto de estudio. **Investigación y educación en enfermería**, 10(2):15-28, 1992.
- ALMEIDA, M.C.P. de. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 1991. (Tese Livre Docência — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo).
- ALMEIDA, M.C.P. & ROCHA, J.S.Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo, Cortez, 1986.
- ALMEIDA, M.C.P. & ROCHA, S.M.M. **O trabalho de enfermagem**. (org.). São Paulo, Cortez, 1997.
- ALMEIDA-FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2(1/2):5-20, 1997.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Públ.**, 11(3):491-494, 1995.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo, Cortez, 1995.
- ARANHA e SILVA, A.L. **O projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida**. São Paulo, 1997. (Dissertação Mestrado — Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo).
- AROUCA, A.S.S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Campinas, 1975. (Tese Doutorado) — Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas).
- AYRES, J.R. de M. **Epidemiologia e emancipação**. São Paulo, Hucitec, 1995.
- AYRES, J.R. de M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. São Paulo, Hucitec, 1997a.
- AYRES, J.R. de M. Deve-se definir transdisciplinaridade? **Ciência e Saúde Coletiva**, 2(1/2):36-38, 1997b.

- BERNARDES, R. Trabalho: a centralidade de uma categoria analítica. **São Paulo em Perspectiva**, 8(4):33-41, 1994.
- BLAYA, M. Equipe psiquiátrica: sua integração. In: JORNADA SULRIOGRANDENSE DE PSIQUIATRIA DINÂMICA, 2, Caxias do Sul, 1962. (mimeo)
- BOSI, M.L.M. **Definindo fronteiras: o nutricionista e sua profissionalização**. Rio de Janeiro, 1995. (Tese Doutorado — Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz).
- BRAGA, J.C. de S. & PAULA, S.G. de. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo, Hucitec, 1981.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: 1941-1992**. Brasília, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Terminologia básica em saúde**. 2.ed. Brasília, 1997.
- BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. Rio de Janeiro, Guanabara, 1987.
- CAMPOS, G.W. de S. Subordinação da saúde pública à dinâmica da acumulação capitalista: ou, breve história do “ocaso” da saúde pública. In: MERHY, E.E. **O capitalismo e a saúde pública**. 2. ed. Campinas, Papirus, 1987.
- CAMPOS, G.W. de S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1992a.
- CAMPOS, G.W. de S. Modelo de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**, 33:16-19, 1992b.
- CAMPOS, G.W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 1997.
- CAMPOS, M.A. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **J. Bras. Psiq.**, 41(6):255-257, 1992.
- CAMPOS, C.M.S. **Consolidando a reforma psiquiátrica no Brasil através dos hospitais dia: a emergência das contradições entre a intencionalidade e a operacionalidade**. São Paulo, 1998. (Dissertação Mestrado — Escola de

- Enfermagem, Universidade de São Paulo).
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1982.
- CAPOBIANCO, M.C.S.M. **O corpo em “off”: a doença orgânica na criança e as práticas “psi” em pediatria no hospital geral**. São Paulo, 1998. (Dissertação Mestrado — Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).
- CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Porto, Afrontamento, 1993.
- CHAUI, M. Participando do debate sobre mulher e violência. **Perspectivas antropológicas da mulher**. n. 4. Rio de Janeiro, Zahar, 1984a.
- CHAUI, M. **O que é ideologia**. 17.ed. São Paulo, Brasiliense, 1984b (Coleção Primeiros Passos).
- CHAUI, M. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. 6.ed. São Paulo, Cortez, 1993.
- COHN, A. & ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo, Cortez, 1996.
- CUNHA, K. de C. **O contexto e o processo motivacional vivenciado por enfermeiras**. São Paulo, 1994. (Tese Doutorado — Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo).
- CYRINO, A. de P. P. **Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e dos serviços de saúde: estudo de um serviço de atenção primária à saúde**. São Paulo, 1993. (Dissertação Mestrado — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo).
- DAL POZ, M.R. & VARELLA, T.C. Recursos humanos em saúde no Brasil: política e problemas. In: GUIMARÃES, R. e TAVARES, R. (org.) **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994.
- DAL POZ, M.R. **Entre o prescrito e o realizado: estudo sobre a implantação do SUS no Estado do Rio de Janeiro e sua repercussão na política de recursos humanos em nível municipal**. Rio de Janeiro, 1996. (Tese Doutorado — Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz).
- DALMASO, A.S.W. **Estruturação e transformação da prática médica: estudo de algumas características do modelo de trabalho médico na segunda metade do**

- século XIX e início do século XX.** São Paulo, 1991. (Dissertação Mestrado — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo).
- DALMASO, A.S.W. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto de integralidade. **Saúde em Debate**, 44:35-38, 1994.
- DALMASO, A.S.W. & SENNA, D.M. Desenvolvimento de alternativas para recepção da demanda espontânea em unidade básica de saúde. **Saúde em Debate**, 45/50:83-87, 1996.
- DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais.** São Paulo, Atlas, 1985.
- DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e sociedade.** São Paulo, Pioneira, 1975.
- DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. **Saúde e sociedade.** São Paulo, Duas Cidades, 1976.
- DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Rev. Adm. Públ.**, 26(20):8-19, 1992.
- DUSSAULT, G. Human resource development: the challenge of health sector reform. Department of Health Administration, University of Montréal, Canada, 1998. (mimeo)
- ELIAS, P.E. Estrutura e organização da atenção à Saúde no Brasil. In: CONH, A. & ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** São Paulo, Cortez, 1996a.
- ELIAS, P.E. **Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnicas e político-institucionais.** São Paulo, 1996b. (Tese Doutorado — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo).
- FAZENDA, I.C.A. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa.** 2.ed. Campinas, Papirus, 1995.
- FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 5.ed. Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber.** 4.ed. São Paulo, Forense Universitária, 1995.
- FREIDSON, E. **La profesión médica: um estudio de sociología del conocimiento aplicado.** Barcelona, Península, 1978.
- FREIDSON, E. The reorganization of the medical profession, **Medical Care Review**, 42(1):11-35, 1985.

- FREITAG, B. & ROUANET, S.P. **Habermas**. 3.ed. São Paulo, Ática, 1993
- GERMANO, R.M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo, Cortez, 1983.
- GIANOTTI, J.A. **Trabalho e reflexão: ensaios para uma dialética da sociabilidade**. São Paulo, Brasiliense, 1983.
- GIORDANO JUNIOR, S. **A persistência da higiene e a doença mental**. São Paulo, 1989. (Dissertação Mestrado — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo).
- GIRARDI, S. N. **A situação atual dos recursos humanos em saúde no Brasil: sinais do mercado de trabalho e aspectos de sua regulamentação nos anos 90. Relatório Final**. Coordenadoria Geral de Recursos Humanos em Saúde do SUS/Ministério da Saúde. Belo Horizonte, 1995. (mimeo)
- GOLDBERG, J. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. Rio de Janeiro, Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1994.
- GOLDBERG, J. **Cotidiano e instituição: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituição pública**. São Paulo, 1998. (Tese Doutorado — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo).
- GRANGER, G.G. **A ciência e as ciências**. São Paulo, Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.
- HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989.
- HABERMAS, J. **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa, Edições 70, 1994.
- HELLER, A. Estrutura da vida cotidiana. In: HELLER, A. **O cotidiano e a história**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1972.
- HELLER, A. **Sociología de la vida cotidiana**. 3.ed. Barcelona, Península, 1991.
- HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis**, 1(2):23-36, 1991.
- IANNI, O. O mundo do trabalho. **São Paulo em Perspectiva**, 8(4):2-12, 1994.
- JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
- JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S. **Psicologia social: II Pensamiento y vida social**. Psicología

- social y problemas sociales. Buenos Aires, Paidós, 1986a.
- JODELET, D. Fou et folie dans un milieu rural français: une approche monographique. In: DOISE, W. & PALMONARY, A. **L'Étude des représentations sociales**. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1986b.
- JOVCHELOVITCH, S. & GUARESCHI, P. **Textos em representações sociais**. Petrópolis, Vozes, 1994.
- KREUTZ, I. **O trabalho em equipe na enfermagem**. São Paulo, 1993. (Dissertação Mestrado — Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo).
- LIMA, R.C.D. **A enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde**. Campinas, 1998. (Tese Doutorado — Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas).
- LUTFI, E.P.; SOCHACZWESKI, S.; JAHNEL, T.C. As representações e o possível. In: MARTINS, J. de S. (org.) **Henri Lefebvre e o retorno à dialética**. São Paulo, Hucitec, 1996.
- LUZ, M.T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro, Campus, 1988.
- MACHADO, M.H. Sociología de las profesiones: un nuevo enfoque. **Educ. Med. Salud**, 25(1):28-36, 1991.
- MACHADO, M.H.; MÉDICI, A.C.; NOGUEIRA, R.P.; GIRARDI, S.N. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/ENSP, 1992.
- MACHADO, M.H. (org.) **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.
- MACHADO, M.H. **Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão**. Rio de Janeiro, 1996. (Tese Doutorado — IUPERJ).
- MAÎTRE, J. Sociologia da ideologia e entrevista não-diretiva. In: THIOLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo, Polis, 1987.
- MARGLIN, S. Origens e funções do parcelamento das tarefas. In: MARGLIN, S. e cols. **Divisão social do trabalho, ciência, técnica e modo de produção capitalista**. Porto, Publicações Escorpião, 1974 (coletânea).
- MARSIGLIA, R. A produção do conhecimento e das práticas sociais. **Rev. Ter.**

- Ocup.**, 2(2/3):114-126, 1991.
- MARX, K. **O Capital**. 14.ed. São Paulo, Difel, 1994. vol.1.
- MCCARTHY, T. **La teoría crítica de Jürgen Habermas**. 3.ed. Madrid, Tecnos, 1995.
- MÉDICI, A.C. (org.) **Textos de Apoio. Planejamento: I - Recursos Humanos em Saúde.**, Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO, 1987.
- MELO, C.M.M. de. **Divisão do trabalho e enfermagem**. São Paulo, Cortez, 1986.
- MENDES, E.V. **A evolução histórica da prática médica; suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica**. Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP, 1985.
- MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. (org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1994.
- MENDES, E.V.; TEIXEIRA, C.F.; ARAUJO, E.C.; CARDOSO, M.R.L. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E.V. (org.) **Distritos sanitários: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2ª ed. São Paulo, Hucitec, 1994.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. **Medicina e história - raízes sociais do trabalho médico**. São Paulo, 1979. (Dissertação de Mestrado — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo).
- MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo, Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, São Paulo, 1992. (Cadernos CEFOR, 1 — Série textos)
- MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo, Hucitec, 1994.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. Prefácio. In: **Epidemiologia e emancipação**. São Paulo, Hucitec, 1995.
- MERHY, E.E. **O capitalismo e a saúde pública**. 2.ed. Campinas, Papirus, 1987.
- MERHY, E.E.; CECILIO, L.C.O.; NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecnossistêmico da política de saúde em defesa da vida. **Saúde em Debate**, 33:83-89, 1991.

- MERHY, E.E. **A saúde pública como política**. São Paulo, Hucitec, 1992.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E. ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 1997a.
- MERHY, E.E. & CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 1997b.
- MÉSZAROS, I. **Marx: a teoria da alienação**. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.
- MINAYO, M.C.S. Interdisciplinaridade; uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina*, 24(2):70-77, 1991.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Hucitec, 1992.
- MINAYO, M.C.S. Interdisciplinaridade: Funcionalidade ou utopia? **Saúde e Sociedade**, 3(20):42-63, 1994.
- MISHIMA, S.M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 1995. (Tese Doutorado — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo).
- MORIN, E. **Ciência com consciência**. Lisboa, Europa-América, 1990.
- MUCCHIELLI, R. **O trabalho em equipe**. São Paulo, Martins Fontes, 1980.
- NARVÁEZ, R.O. Trabajo en equipo: interdependencia disciplinaria. *Arch. Arg. Pediatr.*, 83:317-321, 1985.
- NASCIMENTO, A.F.; SOUZA, R.G.; PEREIRA, L.M.F.; LANCMAN, S.; PITTA, A.M.F. Caracterização da população atendida em um ambulatório de saúde mental no município de São Paulo durante uma semana típica. In: VENANCIO, A.T.; LEAL, E.M.; DELGADO, P.G. (org.) **Atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Te Corá-Instituto Franco Basaglia, 1997.
- NEMES, M.I.B. **A hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo: 10 anos de Sub-Programa de Controle da Hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde (1977-87)**, São Paulo, 1989. (Dissertação Mestrado — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo).
- NEMES, M.I.B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de

- programação In: SCHRAIBER, L.B. (org.) **Programação em Saúde Hoje**, São Paulo, Hucitec, 1990.
- NEMES FILHO, A. A unidade básica e o sistema de saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo, Hucitec, 1996.
- NOGUEIRA, R.P. **Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica**. Rio de Janeiro, 1977. (Dissertação Mestrado — Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro).
- NOGUEIRA, R.P. Pessoal de saúde: a discussão teórica e a produção científica sobre o tema. In: NUNES, E.D. & GARCIA, J.C. (org.) **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília, OPAS, 1985.
- NOGUEIRA, R.P. A força de trabalho em saúde. In: MEDICI, A.C. (org.) **Textos de Apoio. Planejamento I: Recursos Humanos em Saúde**. Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO, 1987.
- NOGUEIRA, R.P. A força de trabalho em saúde no contexto da reforma sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, 3(3):332-342, 1988.
- NOGUEIRA, R. P. **Anotações sobre a trajetória e os problemas de pesquisa em recursos humanos de saúde**. Rio de Janeiro, 1992. (mimeo).
- NUNES, E.D. (org.) **Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo, Cortez, 1989.
- 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, Hucitec, 1995.
- OFFE, C. Trabalho como categoria sociológica fundamental. In: **Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989.
- OFFE, C. **Capitalismo desorganizado**. São Paulo, Brasiliense, 1995.
- OLIVEIRA, D.C. **A promoção da saúde da criança: análise das práticas cotidianas através do estudo de representações sociais**. São Paulo, 1996. (Tese Doutorado — Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo).
- PAIM, J.S. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994a.

- PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E.V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1994b.
- PALMA, J.J.L. da. **Os trabalhadores em saúde: agentes, práticas e instituições de saúde em São Paulo**. São Paulo, 1996. (Dissertação Mestrado — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo).
- PEDUZZI, M. & PALMA, J.J.L. da. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES (org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo, Hucitec, 1996.
- PEDUZZI, M. & SCHRAIBER, L.B. Equipe multiprofissional de saúde: enfoques e conceituações. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 4, Recife/Olinda, 1994. Comunicação Coordenada. Recife, 1994. (mimeo)
- PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B.; PINHEIRO, P.M. Perfil de conformação das equipes multiprofissionais em serviços de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 5, Águas de Lindóia, 1997. Pôster. Águas de Lindóia, 1997. (mimeo)
- PEREIRA, L.M.F. & GIORDANO JUNIOR, S. Saúde mental. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (org.) **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo, Hucitec, 1996.
- PIMENTA, A.L. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. **Saúde e Sociedade**, 2(1):25-40, 1993.
- PIRES, D. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho: estudo em instituições escolhidas**. Campinas, 1996. (Tese Doutorado — Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas).
- PITTA-HOISEL, A.M. **Sobre uma política de saúde mental**. São Paulo, 1984. (Dissertação Mestrado — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo).
- RIBEIRO, J.M. & SCHRAIBER, L.B. A autonomia e o trabalho em medicina. **Cadernos de Saúde Pública**, 10(2):90-99, 1994.
- RIBEIRO, J.M. **Trabalho médico: ciência, arte e ação na conformação da técnica**. Rio de Janeiro, 1995. (Tese Doutorado — Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz).

- SANTANA, J.P. Formulação de políticas de R.H. nos serviços de saúde. **Saúde em Debate**, 28:66-71, 1990.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental. Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidade básica e em ambulatórios de saúde mental. **Arq. Coord. Saúde Mental Est. de S. Paulo**, Franco da Rocha, n. 43, 1983.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental. Propostas de atuação dos enfermeiros nos ambulatórios de Saúde Mental. **Arq. Coord. Saúde Mental Est. de S. Paulo**, Franco da Rocha, n. 46 (supl.3), 1986.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Administração Regional de Saúde-2. **Plano de ação: documento preliminar**. São Paulo, 1993.
- SÃO PAULO. Secretaria da Administração e Modernização do Serviço Público. Fundação do Desenvolvimento Administrativo/FUNDAP. **Distribuição da força de trabalho de nível superior na área da saúde no Estado de São Paulo em 1992**. São Paulo, 1997.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Os desafios da Secretaria da Saúde na construção do Sistema Único de Saúde de São Paulo no quadriênio 1995/1999**. São Paulo, s/d.
- SARTRE, J.P. Questão de método. In: PESSANHA, J.A.M. **Sartre. Vida e obra**. 3.ed. São Paulo, Nova Cultural, 1987 (Coleção Os Pensadores).
- SCHERER, E.A. & CAMPOS, M.A. O trabalho em equipe interdisciplinar em saúde mental: uma revisão da literatura. In: MARTURANO, E.M. & LOUREIRO, S.R. (org.). **Estudos em saúde mental**. Ribeirão Preto, FMRP/USP, 1997.
- SCHRAIBER, L.B. (org.) **Programação em saúde hoje**. São Paulo, Hucitec, 1990.
- SCHRAIBER, L.B. **O médico e seu trabalho. Limites da liberdade**. São Paulo, Hucitec, 1993.
- SCHRAIBER, L.B. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cadernos de Saúde Pública**, 11(1):57-64, 1995 a.
- SCHRAIBER, L.B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. **Saúde em Debate**, 47:28-35, 1995b.
- SCHRAIBER, L.B. A pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato

- oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**, 29(1):63-74, 1995c.
- SCHRAIBER, L.B. **Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas**. São Paulo, 1997a. (Tese Livre Docência — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo).
- SCHRAIBER, L.B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. **Interface**, 1(1):123-138, 1997b.
- SCHRAIBER, L.B. & PEDUZZI, M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Educ. Méd. Salud**, 27(3):295-313, 1993.
- SCHRAIBER, L. B.; MEDICI, A. C.; MENDES GONÇALVES, R. B. - El reto de la educación médica frente a los nuevos paradigmas económicos y tecnológicos. **Educ. Méd. Salud**, 28(1):20-52, 1994.
- SCHRAIBER, L.B. & MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de Saúde e Atenção Primária In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (ORG.) **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**, São Paulo, Hucitec, 1996.
- SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (org.) **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo, Hucitec, 1996.
- SCHRAIBER, L.B. & PEDUZZI, M. **Recursos humanos e trabalho coletivo em saúde: o caso da região do Butantã, Município de São Paulo**. Relatório de Pesquisa. São Paulo, 1997.
- SCHRAMM, F.R. A ética natural. Aula ministrada no Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, julho/1994. (mimeo.)
- SIEBENEICHLER, F.B. **Jürgen Habermas: razão comunicativa e emancipação**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989a.
- SIEBENEICHLER, F.B. Encontros e desencontros no caminho da interdisciplinaridade: G. Gusdorf e J. Habermas. **Rev. Tempo Brasileiro**, 98: 153-180, 1989b.
- SILVA, G.B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo, Cortez, 1986.
- SILVA, E.M. **Supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível**

- local. Ribeirão Preto, 1997. (Dissertação Mestrado — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo).
- SPINK, M.J.P. As representações sociais e sua aplicação em pesquisa na área da saúde. In: II CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA e III CONGRESSO DE SAÚDE PÚBLICA, São Paulo, julho/1989. (mimeo)
- SPINK, M.J.P. Saúde: um campo transdisciplinar? **Rev. Ter. Ocup. USP**, 3(1/2):17-23, 1992.
- SPINK, M.J.P. & GIMENES, M. da G. Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. **Saúde e Sociedade**, 3(2):149-169, 1994.
- TEIXEIRA, C.F. & PAIM, J.S. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. **Divulgação em Saúde para Debate**, 12:19-23, 1996.
- TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface**, 1(1):7-40, 1997.
- TEIXEIRA, S.F. (org.) **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo, Cortez, 1989.
- TESTA, M. Estratégia e programação. In: TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1995.
- THIOLLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 3ed. São Paulo, Polis, 1987.
- TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, Atlas, 1990.
- VILLA, T.C.S.; MISHIMA, S.M.; ROCHA, S.M.M. A enfermagem nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo. In: ALMEIDA, M.C.P. & ROCHA, S.M.M. (org.) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo, Cortez, 1997.

Anexos

ANEXO I

Roteiro de observação direta

- 1) Enumerar os profissionais da equipe presentes durante aquela observação.
- 2) Atividades rotineiras e extraordinárias realizadas por cada profissional.
- 3) O que ocorre entre uma atividade e outra sequencial, quando realizadas pelo mesmo profissional (intervalo, comunicação verbal, registro, procedimentos preparatórios, outros).
- 4) O que ocorre entre uma atividade e outra sequencial, quando realizadas por profissionais diversos (intervalo, comunicação verbal, registro, procedimentos preparatórios, outros).
- 5) Sequências de atividades dos vários profissionais no período observado.
- 6) Tecnologia utilizada pela equipe (equipamentos, técnicas, procedimentos), destacando o profissional que a maneja.
- 7) Situações de conflito interprofissional, explicitadas verbalmente ou manifestas indiretamente durante o período de observação (conflitos por referência a indefinições, sobreposições ou questionamentos das competências técnicas).
- 8) Situação de apoio e construção conjunta de atividades de modo claramente manifesto verbalmente e/ou gestual.
- 9) Registrar comunicações verbais que façam referência a:
 - a) indefinições, sobreposições e questionamentos das competências técnicas; e
 - b) complementaridades e/ou interdependências das atividades, dos trabalhos como um todo, de cada profissional e/ou da equipe.

ANEXO II

Roteiro de entrevista

- 1) Identificação profissional, ano de formatura e especialidade profissional.
- 2) Descrever a trajetória profissional: cursos após a graduação e empregos anteriores ao atual, e interpretação pessoal do percurso em termos de razões de ocorrência.
- 3) Descrever as funções ocupadas e atividades realizadas nos empregos anteriores.
- 4) Processo de inserção no serviço atual: data, mecanismos formais de entrada, expectativas da função e das atividades a serem desenvolvidas (descrição de conteúdo).
- 5) Descrever as funções e as atividades atuais, regulares e eventuais. Se necessário, pedir para descrever o fluxo de suas atividades ou descrever um dia de trabalho. Quando o profissional fala genericamente de suas atividades (por exemplo: avaliação, consulta, entrevista, visita, etc.), pedir para descrever o conteúdo da atividade, ou seja, como é feita, que tipo de paciente está sendo atendido (as necessidades do paciente) e pedir para referir os instrumentos utilizados. Se necessário, pedir para dar exemplos de pacientes atendidos.
- 6) Descrever as atividades desenvolvidas por outros agentes (profissionais) e formas de conexão entre todas essas atividades, incluindo a do entrevistado. Se necessário, pedir para analisar como se relacionam os diferentes trabalhos.
- 7) Avaliar a utilização dos produtos de trabalhos anteriores e a percepção da utilização dos produtos do trabalho do entrevistado pelo outro profissional que o sucede.
- 8) Descrever o que o profissional precisa saber para realizar suas atividades e o que os demais profissionais precisam saber para realizar suas atividades.
- 9) Descrever qual sua concepção de colaboração no trabalho coletivo e sua percepção do sentido de equipe. Se necessário, pedir para caracterizar o que entende por trabalho em equipe.
- 10) Descrever qual sua noção de supervisão do trabalho e como se dá o controle do processo de trabalho realizado na equipe em que está inserido. Como a gerência do serviço interfere e/ou contribui para a viabilização do trabalho em equipe, em particular na unidade e em geral no sistema assistencial global.
- 11) Descrever os mecanismos, formais e informais (institucionais ou não), necessários para a consecução do trabalho em equipe.
- 12) Conhecimento e avaliação de outras situações de trabalho em equipe no mesmo estabelecimento e na mesma região de saúde.
- 13) Noções e concepções sobre as propostas da reforma sanitária brasileira e sobre o princípio da integralidade das ações em saúde.