

# **Clínica Comum**

**itinerários de uma formação em saúde**

**Angela Aparecida Capozzolo  
Sidnei José Casetto  
Alexandre de Oliveira Henz**  
organizadores

**Prefácio**  
Emerson Elias Merhy

**HUCITEC EDITORA**

No desafio de formar profissionais de saúde implicados com a atenção integral e uma clínica comum, este livro apresenta alguns itinerários. Trata-se da experiência de formação - que denominamos "entrepofissional" - do eixo Trabalho em Saúde, um dos eixos curriculares comuns aos cursos de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional do *campus* Baixada Santista da Unifesp. Desse trabalho originou-se uma pesquisa cujos objetivos incluem a problematização dos efeitos de seu projeto pedagógico. A investigação, que envolveu pesquisadores da Unifesp e interlocutores externos que participam do livro, foi realizada com estudantes, docentes e profissionais dos serviços envolvidos, e resultou na criação do Laboratório de Estudos e Pesquisas sobre Formação e Trabalho em Saúde - Lepets. Esse laboratório abrange em seus estudos as concepções e práticas envolvidas na produção do cuidado em suas dimensões ética, estética, política, clínica e de gestão.

*Saúde em Debate* 230

direção de

Gastão Wagner de Sousa Campos

José Ruben de Alcântara Bonfim

Maria Cecília de Souza Minayo

Marco Akerman

Marcos Drumond Júnior

Yara Maria de Carvalho

EX-DIRETORES

David Capistrano Filho

Emerson Elias Merhy

É por certo a saúde coisa mui preciosa, a única merecedora de todas as nossas atenções e cuidados e de que a ela se sacrifiquem não somente todos os bens mas a própria vida, porquanto na sua ausência a existência se nos torna pesada e porque sem ela o prazer, a sabedoria, a ciência, e até a virtude se turvam e se esvaem.

— MICHEL EYQUEM DE MONTAIGNE (1533-1592).

*Ensaio*. "Da semelhança dos pais com os filhos".

Trad. Sérgio Milliet

## TÍTULOS PUBLICADOS APÓS 2009

- Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade*, Rosana Onocko Campos, Juarez Pereira Furtado, Eduardo Passos & Regina Benevides
- Saúde, Desenvolvimento e Território*, Ana Luíza d'Ávila Viana, Nelson Ibañez & Paulo Eduardo Mangeon Elias (orgs.)
- Educação e Saúde*, Ana Luíza d'Ávila Viana & Célia Regina Pierantoni (orgs.)
- Direito à Saúde: Discursos e Práticas na Construção do SUS*, Solange L'Abbate
- Infância e Saúde: Perspectivas Históricas*, André Mota e Lilla Blima Schraiber (orgs.)
- Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade*, Sérgio Resende Carvalho, Sabrina Ferigato, Maria Elisabeth Barros (orgs.)
- Medicina e Sociedade*, Cecília Donnangelo
- Sujeitos, Saberes e Estruturas: uma Introdução ao Enfoque Relacional no Estudo da Saúde Coletiva*, Eduardo L. Menéndez
- Saúde e Sociedade: o Médico e seu Mercado de Trabalho*, Cecília Donnangelo & Luiz Pereira
- A Produção Subjetiva do Cuidado: Cartografias da Estratégia Saúde da Família*, Túlio Batista Franco, Cristina Setenta Andrade & Vitória Solange Coelho Ferreira (orgs.)
- Mobilização Social e Atenção à Saúde no SUS*, Charles D. Tesser (org.)
- Saúde e História*, Luiz Antonio de Castro Santos & Lina Faria
- Violência e Juventude*, Marcia Faria Westphal & Cynthia Rachid Bydlowski
- Walter Sidney Pereira Leser: das Análises Clínicas à Medicina Preventiva e à Saúde Pública*, José Ruben de Alcântara Bonfim & Sílvia Bastos (orgs.)
- Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS*, Edith Lauridsen-Ribeiro & Oswaldo Yoshimi Tanaka (orgs.)
- Dilemas e Desafios da Gestão Municipal do SUS: Avaliação da Implantação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (Bábia) 1997-2008*, Jorge José Santos Pereira Solla
- Semiótica, Afecção e o Trabalho em Saúde*, Túlio Batista Franco & Valéria do Carmo Ramos
- Adoecimento Crônico Infantil: um estudo das narrativas familiares*, Marcelo Castellanos
- Poder, Autonomia e Responsabilização: Promoção da Saúde em Espaços Sociais da Vida Cotidiana*, Kênia Lara Silva & Roseli Rosângela de Sena
- Política e Gestão Pública em Saúde*, Nelson Ibañez, Paulo Eduardo Mangeon Elias & Paulo Henrique D'Angelo Seixas (orgs.)
- Educação Popular na Formação Universitária: Reflexões com Base em uma Experiência*, Eymard Mourão Vasconcelos & Pedro José Santos Carneiro Cruz (orgs.)
- O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares: Experiências e Percepções*, Nelson Filice de Barros, Pamela Siegel & Márcia Aparecida Padovan Otani (orgs.)
- Saúde Suplementar, Biopolítica e Promoção da Saúde*, Carlos Dimas Martins Ribeiro, Túlio Batista Franco, Aluisio Gomes da Silva Júnior, Rita de Cássia Duarte Lima, Cristina Setenta Andrade (orgs.)
- Promoção da Saúde: Práticas Grupais na Estratégia Saúde da Família*, João Leite Ferreira Neto & Luciana Kind
- Capitalismo e Saúde no Brasil nos anos 90: as Propostas do Banco Mundial e o Desmonte do SUS*, Maria Lucia Frizon Rizzotto
- Masculino e Feminino: a Primeira Vez. A Análise de Gênero sobre a Sexualidade na Adolescência*, Silmara Conchão
- Educação Médica: Gestão, Cuidado, Avaliação*, João José Neves Marins & Sergio Rego (orgs.)
- Retratos da Formação Médica nos Novos Cenários de Prática*, Maria Inês Nogueira
- Saúde da Mulher na Diversidade do Cuidado na Atenção Básica*, Raimunda Magalhães da Silva, Luíza Jane Eyre de Souza Vieira, Patrícia Moreira Costa Collares (orgs.)
- Cuidados da Doença Crônica na Atenção Primária de Saúde*, Nelson Filice de Barros (org.)
- Tempos Turbulentos na Saúde Pública Brasileira: Impasses do Financiamento no Capitalismo Financeirizado*, Aquilas Mendes
- A Melhoria Rápida da Qualidade nas Organizações de Saúde*, Georges Maguerz
- Saúde, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação*, Ana Luíza d'Ávila Viana, Aylene Bousquat & Nelson Ibañez
- Tecendo Redes: os Planos de Educação, Cuidado e Gestão na Construção do SUS. A Experiência de Volta Redonda (RJ)*, Suely Pinto, Túlio Batista Franco, Marta Gama de Magalhães, Paulo Eduardo Xavier Mendonça, Angela Guidoreni, Kathleen Tereza da Cruz & Emerson Elias Merhy (orgs.)
- Coquetel. A Inerte História dos Antirretrovirais e do Tratamento da Aids no Brasil*, Mário Scheffer
- Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces*, Rosana Onocko Campos
- A Medicina da Alma: Artes do Viver e Discursos Terapêuticos*, Paulo Henrique Fernandes Silveira
- Clínica Comum: Itinerários de uma Formação em Saúde*, Angela Aparecida Capozzolo, Sidnei José Casetto & Alexandre de Oliveira Henz (orgs.)

## *Clínica comum itinerários de uma formação em saúde*

ANGELA APARECIDA CAPOZZOLO  
SIDNEI JOSÉ CASETTO  
ALEXANDRE DE OLIVEIRA HENZ

ORGANIZADORES

*Clínica comum*  
*itinerários de uma formação em saúde*

HUCITEC EDITORA  
São Paulo, 2013

© Direitos autorais, 2013, de  
Angela Aparecida Capozzolo  
Sidnei José Casetto  
Alexandre de Oliveira Henz.  
Direitos de publicação reservados por  
Hucitec Editora Ltda.,  
Rua Águas Virtuosas, 323  
02532-000 São Paulo, SP.  
Telefone (55 11 2373-6411)  
www.huciteceditora.com.br  
lerereler@huciteceditora.com.br

Depósito Legal efetuado.

Coordenação editorial  
MARIANA NADA  
Assessoria editorial  
MARIANGELA GIANNELLA

Circulação  
comercial@huciteceditora.com.br / jmrlivros@gmail.com  
Tel.: (11)3892-7772 – Fax: (11)3892-7776

C642

Clinica comum : itinerários de uma formação em saúde / Angela  
Aparecida Capozzolo, Sidnei José Casetto, Alexandre de  
Oliveira Henz (organizadores). – São Paulo: Hucitec, 2013.  
309 p. (Coleção Saúde em Debate, 230)  
ISBN 978-85-64806-55-9

1. Trabalho em Saúde 2. Formação interprofissional 3. Cli-  
nica Comum. I. Capozzolo, Angela Aparecida, org. II. Casetto,  
Sidnei José, org. III. Henz, Alexandre de Oliveira, org. IV. Ti-  
tulo.

CDD 610.7

## SUMÁRIO

### 11 Apresentação

Prefácio

### 19 Vivenciar um campo de formação de profissionais de saúde: dobrando em mim o fazer da Unifesp Baixada Santista *Emerson Elias Merhy*

Capítulo 1

### 35 Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns re- ferenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde *Laura Camargo Macruz Feuerwerker Angela Aparecida Capozzolo*

Capítulo 2

### 59 A educação interprofissional na formação em saúde *Nildo Alves Batista*

Capítulo 3

### 69 Movimentos de constituição do eixo Trabalho em Saúde *Angela Aparecida Capozzolo Sidnei José Casetto Alexandre de Oliveira Henz Roberto Tykanori Kinoshita*

Capítulo 4

112 A investigação da experiência

*Sidnei José Casetto*  
*Angela Aparecida Capozzolo,*  
*Rosilda Mendes*  
*Alexandre de Oliveira Henz*  
*Adriana Barin de Azevedo*

Capítulo 5

124 Formação descentrada na experiência

*Angela Aparecida Capozzolo*  
*Jaquelina Maria Imbrizi*  
*Flávia Liberman*  
*Rosilda Mendes*

Capítulo 6

151 Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde

*Virgínia Kastrup*

Capítulo 7

163 Trabalho entreprofissional: acerca do comum e a cerca do específico

*Alexandre de Oliveira Henz*  
*Maurício Lourenção Garcia*  
*Samira Lima da Costa*  
*Viviane Santalucia Maximino*

Capítulo 8

187 O trabalho docente na formação em comum

*Sidnei José Casetto*  
*Fernando Sfair Kinker*  
*Amanda Diogo Pap*  
*Luane Cristina de Souza Bastos*  
*Fernanda Braz Tobias Aguiar*

Capítulo 9

213 A construção da clínica comum e as áreas profissionais

*Eduardo Passos*

Capítulo 10

229 Os (des)compassos entre a universidade e os serviços de saúde

*Virginia Junqueira*  
*Maria Fernanda Frutuoso*  
*Carlos Roberto de Castro e Silva*

Capítulo 11

248 Ver a si no ato de cuidar

*Emerson Elias Merby*

Considerações Finais

268 Como fortalecer um projeto e mantê-lo em transformação?

*Sidnei José Casetto*  
*Angela Aparecida Capozzolo*  
*Alexandre de Oliveira Henz*  
*Virginia Junqueira*

ANEXOS

- 277 1. A narrativa da clínica comum  
282 2. Orientações para o trabalho de campo  
290 3. Notas sobre grupos  
297 4. Roteiro do plano de trabalho com grupos  
299 5. Roteiros de entrevistas  
301 6. Orientações para os grupos focais  
303 7. Roteiros dos grupos focais  
306 8. Quadro de análise

307 Os Autores

Mais que qualquer outra coisa, o mundo teme novas experiências. Porque uma nova experiência desloca experiências antigas. E é como tentar usar músculos que talvez nunca tenham sido usados, ou que foram se enrijecendo ao longo do tempo. A dor é terrível. O mundo não teme uma ideia nova. Ele é capaz de classificar toda e qualquer ideia. É incapaz, porém, de classificar uma experiência realmente nova. Só consegue esquivar-se. O mundo é um mestre em esquiva [ . . . ]

— D. H. LAWRENCE

## APRESENTAÇÃO

*Os organizadores*

**E**STE LIVRO APRESENTA alguns itinerários que temos percorrido desde 2006 no desafio de formar profissionais de saúde comprometidos com uma atenção integral. Trata-se da experiência de formação interprofissional do eixo Trabalho em Saúde (TS), um dos eixos curriculares comuns dos cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional do *campus* Baixada Santista da Unifesp.

A força e a riqueza dessa experiência, tributária dos movimentos de mudança na formação em saúde, envolveram muitos coletivos em sua constituição, tendo assumido a configuração singular de uma clínica comum às diversas áreas profissionais do *campus*. Os movimentos de articulação de diferentes saberes, a elaboração conceitual, a criação de estratégias pedagógicas, os embates ético-políticos que emergiram nos mobilizaram no sentido de investigar sua complexidade, no interesse de aprender com o vivido, dar sustentação ao projeto e compartilhar o experimentado.

Daí se originou uma pesquisa, realizada entre 2008 e 2011, com financiamento do CNPq, cujos objetivos incluíam a identificação de efeitos do projeto pedagógico do eixo TS na formação. A pesquisa, que envolveu dezesseis pesquisadores, foi feita com estudantes da primeira turma, docentes e profissionais dos serviços, e resultou na criação do Lepets (Laboratório de Estudos e Pesquisas sobre Formação e Trabalho em Saúde).

A experiência e a pesquisa contaram com a ajuda de diversos interlocutores que nos permitiram enxergar em perspectiva o trabalho no qual estávamos imersos. Alguns deles foram interlocutores frequentes, como Emerson Merhy, que apoiou a construção do eixo desde o início, assessorou a pesquisa, a análise e sistematização do material produzido, e Laura Feuerwerker, que nos ajudou na elaboração de estratégias do eixo e debateu conosco os textos produzidos para este livro. Agradecemos muito a eles e a todos que nos fizeram pensar o que ainda era incipiente em nossa reflexão: Cristina Magro, Eduardo Passos, Gastão Campos, Marilda Siriani, Tânia Fonseca, Túlio Franco, Virgínia Kastrup e Yara de Carvalho. Agradecemos também a Adriana Barin e a Lourdes D'Urso pela contribuição na realização dos grupos focais e entrevistas.

Os capítulos que seguem são resultado da experiência desses anos de trabalho de formação, da pesquisa e do diálogo com estes interlocutores. Alguns deles participam de capítulos em que discutem esse percurso. No conjunto, os textos abordam, de ângulos diferentes, uma proposta de formação em comum para a saúde, não apresentada como modelo (toda experiência é singular e complexa), mas como uma tentativa de desconstruir práticas naturalizadas, abrindo-se o campo para reinvenções.

Já no Prefácio de Emerson Merhy, intitulado “Vivenciar um campo de formação de profissionais de saúde: dobrando em mim o fazer da Unifesp Baixada Santista”, percebe-se a indicação de que uma clínica que pretenda produzir vida não sujeitada requer um bom grau de desaprendizado. Isto é, se depende de conhecimentos estabelecidos, estes não devem definir previamente o encontro com o outro, mas estar disponíveis como ferramenta para o acontecimento clínico vivo, em ato. O saber-fazer, nessa perspectiva, transforma-se em fazer-saber, e o território do não saber mostra sua potencialidade criativa ao abrir-se para o “entredisciplinar” e para os múltiplos regimes de verdade existentes (os da ciência assim como

os das crenças e cultura de quem procura por ajuda). Configura-se aí um “comum”, que não é tomado como o mais simples dos fazeres, mas, ao contrário, como o mais complexo deles, na medida em que, liberto de dono exclusivo, torna-se o saber que todos podem inventar.

Como formar para essa clínica? Laura Feuerwerker e Angela Capozzolo, no Capítulo 1, “Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde” abordam a história dos movimentos de mudança na formação em saúde a partir do esforço de constituir um sistema de saúde de qualidade no país. Mostram como se deu o entendimento de que o modelo de atenção e o de formação profissional imbricam-se de modo inelutável. E também como coexistem — e disputam — múltiplos SUS, modelos de atenção e de cuidado. O conjunto de forças e de interesses que procuram determinar os rumos da formação e da atenção em saúde exige posicionamento e ação que privilegiem na direção que se defende. Daí o projeto pedagógico do eixo Trabalho em Saúde, dentre vários outros, oriundo deste cenário histórico e político, mas em relação ao qual se pretende propositivo. A apresentação em grandes linhas desse projeto conclui o capítulo.

Mas qual foi o caldo de cultura local em que TS se tornou possível? No Capítulo 2, “A educação interprofissional na formação em saúde”, Nildo Batista ocupa-se de apresentar o desenho do projeto político pedagógico do *campus* Baixada Santista da Unifesp, no qual se insere o eixo TS, relacionando-o à noção de educação interprofissional, desenvolvida e experimentada nos últimos trinta anos na Europa e nos Estados Unidos. Esse modelo de educação, ainda bem pouco utilizado no Brasil, pretende formar para o trabalho em equipe, tendo se associado, no *campus*, à necessidade de preparar profissionais para o SUS, tal como determinaram, a partir de 2001, as diretrizes curriculares nacionais. Porém romper com modelos disciplinares rígidos, considerar o estudante em papel ativo de aprendizagem,

educar “para transformar o que sabemos, não para transmitir o já sabido” e para “liberar-nos de certas verdades”, nas palavras de Larossa e Kohan, citados no capítulo, é um desafio cuja história no *campus* Baixada Santista merece ser contada.

No Capítulo 3, “Movimentos de constituição do eixo Trabalho em Saúde”, Angela Capozzolo, Sidnei Casetto, Alexandre Henz e Roberto Tykanori Kinoshita narram a história de implantação do eixo TS nos primeiros anos a partir da memória

ecoando a experiência “entrepofissional” em análise. Escrever a muitas mãos, de modo que não se tenha o controle do produto final, eis um dos recursos apresentados para escapar da reconhecimento, que nos faz descobrir o que pensamos já saber.

“[...] a gente fica aqui falando, falando, mas a hora que a gente vai lá e faz e põe a mão, a gente começa a se apaixonar pelo trabalho”, disse um estudante. Muito bem, mas como evitar a ação automática, cega? No Capítulo 5, Angela Capoz-

Viviane Maximino, como um reservatório ilimitado de singularidades. No Capítulo 7, "Trabalho entreprofissional: acerca do comum e a cerca do específico", os autores tratam do comum como este que não é o homogêneo, mas produtor do diverso. Não para reificar este último em identidades estanques, que no seu eventual encontro formariam certo comum, mas para que tais diferenças, agônicas, se fecundem e se transformem. Para isso, no entanto, é preciso desnaturalizar as instituições incrustadas em nós: "a primeira luta é contra nós mesmos". É ela que travamos no acompanhamento dos casos que fazem gaguejar nosso discurso profissional assim como nossas convicções políticas, expondo-lhes os limites. Abre-se daí um trabalho entreprofissional, imanente, que "recombina, engendra e agencia".

Trabalho que, para ser feito, cobra seu preço. Em "O trabalho docente na formação em comum" (o Capítulo 8), Sidnei Casetto, Fernando Kinker, Amanda Pap, Luane Bastos e Fernanda Aguiar dedicam-se a identificar tensões e atrações deste trabalho. Pois a abordagem clínica de casos complexos em território, fora do enquadre protegido e previsível do protocolo ou do espaço físico institucional, exigindo a tomada de decisões com docentes de distintas visões e a orientação de estudantes de diversas áreas, além de negociações com equipes dos serviços, parece receita de desconforto e sensação de impotência. Ademais, trata-se de um trabalho que exige presença e tempo no ensino de graduação, demandando ações coletivas, ante o maior incentivo das universidades, hoje, à pós-graduação e às carreiras individuais. São contradições que parecem atravessar o corpo (do) docente. Como essas questões são vistas e enfrentadas pelos professores do *campus*? E, por outro lado, há gratificações que possam alimentar tal esforço?

O interesse pela clínica parece ser uma delas. Eduardo Passos, no Capítulo 9, "A construção da clínica comum e as áreas profissionais", apresenta a clínica como um plano que se realiza por entre os domínios do conhecimento (transdisciplinar), cujo método, não científico, é rigoroso: a meta não é

prévia ao processo; tem como suporte a experimentação; não opera na separação sujeito-objeto, nem na divisão espaço e tempo. Sua especificidade é o saber que se faz na experiência, "saber da experiência", distinto do "saber o que deve ser feito". Do que decorre pensar um método para a formação em saúde que lhe corresponda. Eduardo Passos cita o "método da tríplice aliança": lateralizar as posições dos membros da equipe (fazer roda); gestar os conflitos (encarar tensões como analisadores); produzir coletivos: o comum gestado na heterogeneidade.

Conflitos diversos acontecem no encontro entre universidade e serviços, base desta proposta de formação. Cada instituição com sua lógica, seu calendário e seus objetivos, tem dificuldade em associar-se à outra. E, no entanto, o trabalho conjunto interessa a ambas. Daí Virginia Junqueira, Maria Fernanda Frutuoso e Carlos Roberto de Castro terem denominado o Capítulo 10 de "Os (des)compassos entre a universidade e os serviços de saúde". Nele mostram que a dicotomia "transmissão de conhecimentos *vs.* prestação de serviços" só aparentemente corresponde à definição das duas instituições. E descrevem as principais dificuldades indicadas por alunos e profissionais do serviço: a descontinuidade dos atendimentos (o fato de terem tempo definido, relacionado às atividades letivas), a depreciação do que seja menos do que um atendimento completo e resolutivo (na expectativa da integralidade do cuidado), a sensação de sobrecarga pela equipe, dentre outros. Embora complexos, não são problemas insolúveis, seu manejo parece ser proporcional à extensão das conexões institucionais que se produza, também aqui na direção de um trabalho comum.

Afinal, seríamos usuários de nossos próprios modos de cuidar? Emerson Merhy, que já prefacia este livro, escreve também o último capítulo, no qual toca em um aspecto da formação e do trabalho em saúde já abordado em capítulos anteriores, mas agora lhe conferindo a devida centralidade: "Ver a si no ato de cuidar". Dobrar-se não por algum interesse narcísico,

mas, ao contrário, para poder perceber melhor o outro, identificando as diferenças entre os projetos terapêuticos de ambos, de modo que os permita constituírem um cuidado que faça sentido ao usuário. Aposta-se em intercessão, bem mais do que em intervenção. Pois se pretende além do que remir sintomas ou recuperar funções orgânicas: trata-se de “manter ou enriquecer as redes de conexão existenciais de alguém”. A um tratamento, caberia perguntar: que vida está produzindo? Para que se alcance esta elaboração é necessário o olhar para si, recurso amplamente explorado na educação permanente, citada por Merhy, e que guarda conexões significativas com este projeto de formação.

“Como fortalecer um projeto e mantê-lo em transformação?” é a questão que dá nome às Considerações Finais, em que são retomadas nossas principais escolhas político-pedagógicas e formuladas questões que persistem. Nos anexos finais incluímos textos didáticos escritos para TS e roteiros utilizados na pesquisa. A história não terminou: os serviços e a formação em saúde continuam a carecer de transformações, mas quem viveu essa experiência não é mais quem era antes. A você, leitor, convidamos a (re)aproximar-se dela por meio destes textos que seguem, e por outros itinerários que daí se produzam. Pois este é o único modo de manter vivo um projeto.

O eixo Trabalho em Saúde atualmente envolve cerca de quarenta docentes, setecentos estudantes dos cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional e serviço social, e diversas equipes dos serviços de saúde, assistência social e educação da Baixada Santista. Agradecemos aos usuários e às equipes desses serviços pela disponibilidade em receber e participar da formação de nossos estudantes, e pela parceria em diversos projetos, que temos o desejo de aprofundar e estender.

Santos, setembro de 2012

*Emerson Elias Merhy*<sup>1</sup>

PREFÁCIO

## VIVENCIAR UM CAMPO DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

dobrando em mim o fazer da Unifesp-Baixada Santista

**A** SUGESTÃO DESSE TEXTO é que o leitor comece a ler os capítulos por onde interessar e não pela sequência das páginas como se elas fossem um crescente de acúmulos. Ledo engano. Não são. Um livro não funciona como uma máquina analógica, na qual para ir a um ponto maior há que passar pelo menor, como as balanças mecânicas ou os termômetros líquidos; não, um livro funciona por relação intercessora, por intercessões, e como tal ele só existe se o leitor o produzir para si. Faça isso. Comece por onde quiser, inclusive deixando a apresentação para o fim. Talvez isso possa fazer muito sentido. Não despreze esse conselho.

O que vem a seguir é um texto muito implicado, pois segue informações vindas de muitos lugares. Relatos dos autores dos capítulos, da pesquisa e da minha inserção implicada com a construção e acompanhamento do eixo TS como “apoiador” da experiência, junto com Laura C. M. Feuerwerker, e do acompanhamento da pesquisa e produção desse material do livro. Procuro dialogar com a construção desses “textos” todos, inclusive com os autores citados neles e os não citados, mas que estão ali invisíveis, sem reconhecimento explícito.

Por isso, o que vem adiante já vai para um patamar de conversa de quem já tem com quem conversar. Reforço, também

<sup>1</sup> No capítulo 11, “Ver a si no ato de cuidar”, busco didatizar muito do que complico neste prefácio (página 248).

por isso, que o leitor deveria ler alguns capítulos antes, como, por exemplo os dois primeiros e o que mais quiser, para depois entrar nessa conversa.

Mas, quem sou eu para definir o que leitor vai ser. Ninguém. Por isso, se o analógico for a sua, vá em frente. E, se não for, faça o que lhe pareça mais interessante.

\*\*\*

Mario Testa,<sup>2</sup> na lucidez dos seus 87 anos, vira-se para os componentes da mesa e diz (ou poderia dizer, pois o que vem a seguir é um misto de acontecer vivido e inventado):

Vocês não entenderam plenamente minhas diferenças com Matus. Quando olho os prospectos dos cursos que dava fico sempre imaginando como devia ser. No desenho dos cursos deles cada ato era esquadrihado minuto a minuto, o que era perseguido obsessivamente. Não havia falhas. Até o momento do café estava ali, prescrito. Interessante isso, pois na sua fala teórica sobre a produção da ação social e sobre o cálculo estratégico dizia exatamente que todos fazem seus próprios cálculos para agirem, não bastando um de fora definir para o outro o que deve fazer e, sim, procurar o encontro para atuarem na busca do entendimento para a ação ou atuar com mais poder sobre a capacidade do outro, direcionado-o. Parece, que só esse último desenho cabia nos seus cursos. Definia tudo para o outro, quando o que pretendia era “condicionar” alguém em um campo de formação pretendido: capacitar no planejamento estratégico situacional.<sup>3</sup>

2 Mario Testa, médico argentino, um dos mais interessantes sanitaristas latino-americanos, tem várias obras publicadas em português, como: *Pensar em Saúde e A lógica da programação*. Foi participante da equipe que produziu a construção do Cendes-OPS, sobre o qual tem uma crítica instigante.

3 Carlos Matus foi ministro do Governo Allende, no Chile, e após dedicou-se à construção de um método de governar: o planejamento estratégico situacional. Para mais informações a respeito, ver: C. Matus. *Política, planificação e governo*. 2.ª ed. Brasília: Ipea, 1993.

Mario poderia continuar dizendo:

Quando vou dar um curso, chego no grupo e faço a seguinte pergunta: quais os problemas que interessam para vocês e o que vieram fazer aqui? E só a partir daí começa minha atividade com todos. Vamos desenrolando juntos o que for acontecendo ali. Não planejo e nem tenho a pretensão de dominar o processo. Passo a oferecer ideias analíticas e conceitos-categorias para a análise, como por exemplo, o conceito de poder ou de trabalho, que vamos destrinchando em ato, na aula, olhando para o campo de problematização que foi construído. Acho que isso diz tudo, entre nós, eu e Matus. Por isso, a força da minha formulação de que Matus tecnifica a política.

Grandes efeitos pode produzir essa construção narrativa. Primeiro, mostra que há diferenças interessantes entre os dois modos de operar encontros que procuram agir sobre a construção do conhecimento. Por simples transferência ou por ação que cede ao encontro de modo mais aberto, como acontecimento. Entretanto, isso não é tão simples assim, como veremos, pois posso transformar o encontro, aparentemente aberto ao acontecimento, em momento de um agir estratégico, não do planejamento, mas do pensamento. Abro para a problematização, mas já tenho as categorias analíticas que podem dar conta daquele encontro e o fecho de novo.

A prática clínica, seja do médico ou do psicanalista, para falar de duas clínicas distintas, carregam essa artimanha dentro de si. O outro é um fornecedor de sintomas-signos que minhas categorias analíticas vão desvelando. O encontro como micropolítica, aberta a uma produção no campo das relações de poder, cede a um manejo *a priori*, que certo saber já define como lugar de encontro, em especial, o saber do considerado o “mais sabido”, perdendo a tensão produtiva dos possíveis encontros

intercessores que os saberes têm entre si, em qualquer encontro de diferentes, como o do “mestre” e o do “aluno”. Ou seja, o elemento chave aqui não é o disciplinar ou interdisciplinar ou mesmo “um certo” transdisciplinar, mas o plano de imanência de todos eles: a micropolítica do encontro como expressão da multidão que o habita.

Qualquer encontro é encontro de uma multidão em produção. E, é nesse plano de imanência que o saber-fazer é de fato o fazer-saber, isto é, o saber emerge do campo da ação inscrita no encontro e como tal não pode ser seu *a priori*, só o sendo imaginariamente. Como tal, o encontro é sempre um lugar de porosidades, de fugas incontrolláveis e, por isso, de imprevisibilidade, de incertezas, a tornarem precários todos os arranjos que se posicionam antes do próprio acontecimento.

Nessa direção, o plano de emergência da clínica e do cuidado não se dá no campo do conhecimento, no antes, mas sim no ato, onde se inscreve outra micropolítica para além da do encontro (intercessor, sempre): a do trabalho vivo no mundo do trabalho, no campo produtivo do fazer (no meu capítulo nesse livro exploro de modo mais específico essas questões).

Os agires cuidadores, clínicos e mesmo os pedagógicos operam nessas inscrições, nas quais a disputa ética e política se encontra aberta ao acontecer. Daí a fragilidade de uma proposta de problematização que não seja imanente desses lugares, pois toma a formulação do problema como estratégia para a ação sobre o outro, sem perceber que esse outro é em si uma multidão e, portanto, só aparentemente ou em parte se submete a esse território instituído *a priori*.

\*\*\*

Podemos ir à sala de aula abrir um processo coletivo de problematização e depois enquadrar os problemas em esquemas explicativos que o “mestre” domina. Não abrimos a construção conjunta de uma oferta de conceitos-ferramentas que todos possuem, para montar seus modelos explicativos e sobre eles

agirmos por si e nas nossas alteridades. Não oferecemos a oportunidade de exercitar a construção coletiva de uma caixa de ferramentas, precária que seja, mas que vai sendo produzida ali, no encontro, exercitando regimes de verdade das mais variadas naturezas.

Não vamos ao encontro que é tenso se desmontando e remontando nos regimes de verdade dos muitos que ali estão, mas sim oferecendo só um possível regime, para desvelar o sintoma-signo que aí é visibilizado e coletivamente produzido. Por meio bem sutil, posso estar indo ao encontro do modo Matus de produzir conhecimento para a ação, mesmo que pense o contrário.

Não é à toa que vemos muitas experiências inovadoras, pelo menos as que se reconhecem como tal, realizando malabarismos didáticos-pedagógicos para produzirem, no final, o mesmo. Montam-se novos cursos, com novos mecanismos no campo do ensino formando os mesmos profissionais, implicados com as mesmas questões e apostas dos que se pretendia superar.

Mesmo que reconheçamos, e reconhecemos, que há experiências bem próprias, como essas vividas no *campus* da Unifesp Baixada Santista e em algumas outras, na maioria delas há repetição e não diferenças inovadoras. Um dos elementos chaves que vimos e pudemos vivenciar junto com o desafio de começar a construção dos cursos na Unifesp-Baixada Santista, foi o esforço em produzir um campo de práticas no âmbito da formação que tirasse toda biopotência do campo micropolítico do encontro, nas quais essas práticas se inscrevem, tentando trazer para a cena da ação coletiva todos que se constituem aí. Procurando fazer emergir nos espaços de construção intercessores os vários territórios existenciais e suas problematizações, nos quais a circulação dos poderes opera por meio de todos os pontos de conexões que aí se ordenam, sem escamotear as lógicas porosas que aí se encrustam, ao contrário, indo a favor de sua visibilidade como campo dos encontros efetivos.

E daí a possibilidade de efeitos que podem nos interessar mais de perto nessas construções possíveis: os da produção de furos nos muros como dispositivo de ação formadora.

\*\*\*

Transformar um encontro em processo intercessor não é só estar com o outro em ato, há que se desterritorializar dos saberes-instituídos de seus lugares seguros pela ação do acontecimento micropolítico no encontro, para o que der e vier. Mas, isso não é uma decisão moral ou ética *a priori* de ninguém e sim uma afecção que os encontros produzem, desacomodando, incomodando, simpatizando, irritando e muitos outros gerúndios, pois emergentes ali no acontecer, no ato de produção com o outro para mim e em mim. É nessa direção que esse desafio é muito provocante para agires que se propõem no campo da formação de trabalhadores de saúde.

O que isso quer dizer, mesmo? E, o que tem a ver com uma conversa sobre apostas na formação de novos profissionais de saúde? O que esse material do livro que apresento pretende trazer para a cena mais pública, junto aos seus leitores, dentro dessa conversa toda? Relatos e reflexões sobre os modos de fazer, em aberto e em permanente re-fazer.

E, de fato, esse mistério só se revela a cada leitor ao ler, agora no seu encontro com esse intercessor, o livro. Ainda assim, vou sugerir algumas possibilidades, como parte da minha leitura, que vou expondo adiante de modo tematizado, na busca de uma conversa que possa trazer para a cena algumas das coisas que me afetaram, com a intenção de partilhá-las, também para afetar, seja de que forma for.

\*\*\*

A seguir, destaco certos núcleos de ideias que me atingiram por todo o processo que pude vivenciar/experienciar com os vários que habitaram o fazer do que está em foco nesse livro e que a própria leitura do material me despertou.

Desaprender com a produção do “efeito pororoca”, ou seja, a produção em mim no encontro que há com meu próprio agir pela afecção do outro — ou ver a si no ato de fazer — e com isso apontar que não é possível colocar alguém em discussão sobre seu modo de ver as coisas ou de fazer as coisas se não se conseguir colocar esse alguém diante de si mesmo.<sup>4</sup> E, de empréstimo ao trabalho de Ana Abrahão,<sup>5</sup> uso o conceito-ferramenta “efeito pororoca” do agir, para expressar que no ato de fazer há linhas de afecções que se dobram e se expressam em afetos no próprio que age. Por isso, tratamos do ato do trabalho como um ato que forma, pois se volta sobre o próprio trabalhador, podendo colocá-lo em interrogações de si a partir do seu próprio ato produtivo. No mundo da produção do cuidado isso vaza a todo momento; por exemplo, embora possa declarar, na fala, que todos os meus pacientes são fundamentais, no ato “seleciono” a quem me desdubro até o limite.

Nas experiências que o livro traz para a cena a todo o momento, esse desafio sempre está posto quando se orienta pelas perguntas: como contribuir para a formação de novos profissionais de saúde que não repitam os modelos de atuar, que hoje consagram a maioria do agir em saúde focados no profissional em si e não no mundo do próprio usuário do seu trabalho? Como posicionar a produção do cuidado na formação de tal maneira que o profissional se veja diante do limite do saber profissional que porta, tendo que ir em busca da construção de um saber coletivo comum, com os outros profissionais e os próprios usuários, além da ajuda que outros saberes distintos podem aferir ao meu próprio agir? Como agir como coletivo em equipe e não como um agrupamento de profissionais?

<sup>4</sup> Como mostro no Capítulo 11, “Ver a si no ato de cuidar” (página 248), à exaustão.

<sup>5</sup> Na sua tese de doutorado *Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência*, defendida na Unicamp em 2004, Ana Lúcia Abrahão da Silva construiu esse conceito-ferramenta. Ver <<http://157.86.173.10/beb/textocompleto/003684>> ou via banco digital de teses da universidade.

A elaboração de situações de interferências com a perspectiva de colocar os envolvidos no processo de formação diante da produção do “efeito pororoca”, carrega junto consigo a aposta na desaprendizagem do que já estava ali no pensamento-ação sob a forma de conceitos e enunciados sobre as coisas e os outros. Desaprendizagem que deve atingir a todos, inclusive os docentes, que no seu agir-docente, como trabalhador de saúde, se vê diante de si mesmo como um profissional que deve desaprender para aprender, como alguém que deve sair do seu saber *a priori* para se expor diante do que o ato dos encontros, no cuidado e no ensino, pedem como seus territórios-problemas.

Não chegar já pronto para o encontro é um ato de desaprendizagem necessário para produzir novidades no campo didático-pedagógico de uma aposta como essa, porém isso tem o risco de tornar seus operadores fragilizados, o que só pode ser suportado se for uma construção conjunta, coletiva e apoiada em todos que ali estão no próprio ato de caminhar a formação.

Isso traz uma nova dimensão sobre os saberes que já portamos e o que temos que fazer com eles. Coloca-nos diante do que chamo produção da caixa de ferramentas, na qual os conceitos cabem como ferramentas por servirem para conversar com certos processos de problematizações, diante da produção das existências, ali no ato da sua produção.

**Abrir-se para o entredisciplinar** a partir do território do não saber e não do intersaber, pois operado no acontecimento com os outros nos processos de formação, do ato para o saber, o antimétodo da caixa de ferramentas conceituais.

Deleuze, quando lhe perguntaram, em uma entrevista, se era um historiador da filosofia, respondeu que não. Disse que lia os vários pensadores para procurar entender que problemas construíram para si, a partir dos quais produziram suas máquinas conceituais. E, com isso, disse que não lhe interessava se debruçar sobre o pensamento acabado como um catálogo de conceitos representações e ver seus encadeamentos, pois na vida como ela é, o pensamento é como um dos sentidos: afetado,

responde construindo seus conceitos como ferramentas, para poder fazer funcionar a conversa diante dos problemas que quer enfrentar. Ou seja, um conceito é para ser vivido e não representado.

Diante dessa oferta, um dos elementos mais difíceis de conseguirmos colocar em foco é aquele que inverte a lógica do saber-fazer para o fazer-saber, e isso pede muitos dispositivos no campo didático-pedagógico, pois somos herdeiros de uma forma de construir a noção de que pensamos antes para agir depois, de uma longa tradição nas nossas sociedades europeizadas ou sobre suas influências, consolidada pelo menos nesses últimos quinhentos anos. Acharmos esse processo natural e somos fabricados subjetivamente para sermos isso.

Portanto, colocar isso em questão, é colocar em questão a nós mesmos naquilo que já adquiriu o estrato de natural e óbvio. Mas, há que se tentar colocar isso em evidência nessas novas apostas de formação. Há que se construir possibilidades de produção de acontecimentos e encontros de força intercessora a ponto de desorganizar o que para nós aparece como nossa essência natural: o pensar que sempre vem antes é parte da nossa substância humana.

Há que colocar essa metafísica em discussão e pensar sobre sua inversão como pautava Deleuze: pensamos por sermos afetados nos nossos modos de existências e ali no mundo do trabalho temos que sentir o acontecimento acontecendo, colocando-se em nós, problematizando-nos e vermos-nos nessa produção como operadores de fazeres-saberes, então.

Criar formas de construção coletiva de situações de encontros que nos afetam, com os intercessores, no mundo do cuidado e do ensino, vendo como nos produzimos neles e poder colocar em conversa e em discussão, com todos, nossas implicações éticas com a produção da vida e do conhecimento, pode nos jogar para experiências de viver a própria construção coletiva do conhecimento com todos que ali estão, e centralmente com o próprio usuário do mundo da produção do cuidado, o

maior interessado na construção de projetos de ação que dialoguem fortemente com os seus fazeres e saberes, e apostas na produção de certos modos de viver.

Coletar isso na experiência e transformá-lo em ferramentas conceituais, produz em nós, de modo sempre, aberto caixas de ferramentas para nossos agires-trabalhador, docente e usuário no mundo do agir, abrindo-nos para sofrer produtivamente as afecções das linhas de força que vêm dos outros em nós.

Nesse momento, o disciplinar em nós se desterritorializa e se subordina à produção e busca de novos regimes de verdades; do ato entramos no entredisciplinar.

**Colher da experiência** a produção coletiva e implicada do conhecimento e o exercício dos **vários regimes de verdade**. Um desafio que anda de mão dada, na dificuldade, com aquele posicionado com desaprender o saber-fazer, pois aqui há que se construir a possibilidade de se vivenciar a construção dos vários regimes de verdade que andam no campo dos encontros nos atos de cuidar e de ensinar.

Por exemplo, quando um usuário diz “meu irmão bateu a cabeça ao cair e por isso ficou esquisito”, ou quando um médico enquadra em um CID, ou quando se constrói ideias-conceitos para si mesmo sobre seu viver, e por aí vai, estamos vivendo regimes de verdade.

Foucault dizia que todo “discurso” tem pretensão de verdade, inclusive a ciência, cuja pretensão é a mais forte, pois diz que a verdade é o que ela constrói, o que, segundo ele, traz (para a ciência) um grande problema: ter que se afirmar todo o tempo como o lugar da sua produção (da verdade verdadeira).

Entretanto, como vimos indicando nessa apresentação, os outros regimes de verdade bastam em si se estão conectados a formas de produção de viveres. No exemplo acima, uma família que construa para si a noção conceito de que a queda explica o comportamento bizarro de alguém e por isso passa a acolhê-lo melhor no interior das suas relações existenciais, está produzindo um conceito-ferramenta, que serve para ser vivido

e com isso produzir de fato modos de viver em si e no outro. Por isso, essa verdade se inscreve nos atos de produção de vida. Do mesmo modo, a partir de um CID, dado por um psiquiatra, pode-se rejeitar alguém e lhe provocar modos de vida empobrecidos, construindo também conceitos-ferramenta que conduzem a construção de existências.

Isso nos coloca diante da importância de visibilizarmos as diferentes perspectivas de inscrever a produção da vida e de qual vida nos nossos fazeres-saberes e seus regimes de verdade. Essa posição não é marcada pela maior ou menor verdade de um certo saber, mas pela posição ético-política que ocupa perante a construção da vida individual e coletiva, nas quais a diferença do outro é enriquecimento ou ameaça.

Vivenciar e experimentar esses regimes de verdade, nos atos de encontro no mundo do trabalho do ensino e do cuidado, é chave para uma formação mais ampla como se pretende nas práticas formativas que estão em cena nesse livro. A estratégia de permitir a construção e exploração das várias narrativas que cruzam o campo dessas produções, a partir dos muitos que estão ali, abre possibilidades muito ricas de elaboração nesse terreno. Inclusive para a experiência fundamental de que um caso “clínico” nunca é um caso, mesmo porque cada um é sempre uma multidão e poder tornar isso visível é poder tornar complexa, como deve ser, a construção das práticas e relações de cuidado ou de ensino.

Nesse processo se inscreve algo que vale a pena explorar mais, o tema da micropolítica do trabalho e a da produção do comum e da multidão, que estão em jogo a todo o tempo nas práticas de cuidado e da educação, aqui, abordadas nos vários capítulos.

**O agir micropolítico do trabalho vivo em ato** tem permitido visualizar como no mundo dos atos produtivos se constituem os processos em fuga do que já está estabelecido e instituído, e municia a noção de que o ato precede o saber, que o acontecimento no encontro precede a intenção e o conhecer

*a priori*, colocando-os em dúvida. Pois ali, no mundo do trabalho, tanto do ensino como do cuidado, há o encontro, sempre intercessor, como lugar de afecções “entre”, e como tal de afetos, e assim, ali no mundo do trabalho, operar atos produtivos no campo do encontro é estar na incerteza dos vários agires de quem ali se encontra e do que pode, em si e entre si.

Muitas vezes, por mais que tenhamos já registrados certos conhecimentos e certas intenções de ação, somos a prova viva de fazermos algo completamente inédito e imprevisível, no mundo do cuidado e do ensino, que não estava prescrito, porém que emerge no agir acionado por forças de muitas diferentes ordens que nos invadem, ali, no ato do acontecimento.

Em vários textos anteriores já descrevi esses processos com maior detalhamento, para dar visibilidade à noção de que outro mundo nos habita no mundo do trabalho, o qual não vemos todo o tempo: o de que o agir estruturado e previsto das coisas normatizadas está sempre sendo subvertido pelos atos, em ato.

Só a título de exemplo, vejam quantos encontros não previstos ocorrem entre os vários trabalhadores, ali no cotidiano de um serviço de saúde, no qual há uma quantidade enorme de protocolos. E, como muitos desses encontros disparam conversas, trocas e decisões sobre o modo de trabalhar que, em muitas situações, qualificam o agir em saúde e que muitas vezes salvam vários usuários, que talvez morressem se fosse seguido o protocolo. Quando somos um desses usuários, sabemos disso muito bem.

E é nessa direção que aqui vale perceber como as experiências, que vão emergindo do trabalho que foi produzido na Unifesp-Baixada Santista, foram calcadas nesse terreno da superfície de produção do agir em saúde na micropolítica do trabalho vivo em ato, e puderam colocar em cena, como elemento chave, a construção de um certo visível que abrisse algumas “caixas negras”, provocando falas sobre o que antes era

habitado pelo silêncio no trabalho entre os profissionais de saúde, os alunos e os docentes, em todas as direções. Tirando proveito dos efeitos-pororocas que tudo isso traz para os encontros efetivos, ali no cuidado e nos processos pedagógicos.

E, aí, aparece uma pauta também muito difícil de ser enfrentada que é sobre a produção do comum entre os diferentes, sem anular as diferenças, mas delas se alimentando.

**Produção do comum** pode ser mirada de muitos lugares, inclusive banalizada como o mais simples, o senso entre os diferentes, o que enfraquece inclusive a força de um conceito-ferramenta como esse, pois passa a ser visto como o lugar de algo que todos podem fazer e como tal não especifica o que seria o lugar de cada um.

Aqui, vejo no que vem adiante exatamente o contrário, que a potência do comum é exatamente o fato de ser o lugar de qualquer um e, portanto, o virtual lugar de uma multidão, em produção.

Dessa forma, o comum pode ser exatamente o oposto, o mais complexo, pois é aquilo que não pertence a ninguém por ser algo que todos podem inventar e fazer. Como exemplo no campo da produção do cuidado, podemos imaginar a prática do acolhimento, pois nos ajuda a ver isso. Diante dessa prática, a do acolhimento, temos dificuldade em definir com exatidão a quem pertence a sua produção, pois todos, em qualquer circunstância a produzem ali no encontro, em ato, à sua maneira singular, mesmo quando se tenha protocolos rígidos sobre o que fazer. É só estar ali e ver como cada ato de acolhimento é, em si, é uma invenção intercessora. E, mais que isso, podemos ver como essa produção é central para criar o campo do que seria o específico, pois não há a produção do específico de cada um sem a produção desse comum-singular, o acolhimento, que a todos pertence, como produção no encontro com o outro.

Vejam, agora, que com isso, houve uma inversão.

O comum, de fato, antecede qualquer núcleo de definição de uma profissão qualquer, e trazer isso para o campo de prá-

ticas com o máximo de expressão torna-se um desafio no campo da formação profissional, pois pressupõe o enfrentamento de uma visão muito ideologizada e corporativa de cada profissão em seu território identitário, de que o que faz o valor de uso de uma profissão é sua diferença com a outra, quando efetivamente essa diferença só pode se expressar se emergir como constituinte do processo do comum.

Nesse comum é que se podem localizar os territórios de vizinhanças, que permitem transformar a diferença em campo de produção e não de antiprodução, como em muitos casos ocorre quando o medo do diferente se impõe como questão nuclear, para operar o encontro que o mundo do cuidado e do ensino supõem, rejeitando a diferença do outro nos atos de encontros.

Explorar essa tensão foi vital e continua sendo em apostas que procuram bancar os processos de formação profissional em saúde, partindo do campo de todos para os específicos de cada um, que como em dobra faz os processos de encontros ocorrerem em cada composição dos atos de cuidar e de educar.

Produzir no campo de práticas dispositivos desses encontros é um desafio que rema contra a maré do que aparentemente é mais familiar em nós, os territórios identitários como lugares de afirmação das existências. E, nisso, traz para a cena de modo a expor as implicações dos vários processos subjetivantes que aí agem, como elemento ético-político que se institui imediatamente no ato do fazer.

Por isso, em um dos capítulos, os autores afirmam:

Nesse sentido, um dos aspectos visados nas atividades de ensino do eixo TS tem sido contribuir para formar profissionais com capacidade para a escuta, para o diálogo, para lidar com os diversos aspectos envolvidos no momento do encontro com o usuário. Enfim, formar profissionais com capacidade para realizar uma clínica que possa acolher e compreender a complexidade inerente às ne-

cessidades de atenção e pensar intervenções que superem a fragmentação dos atos profissionais.<sup>6</sup>

bem como:

[. . .] um marco central nessa construção tem sido a busca de uma clínica comum [. . .] que se realiza no encontro das diferenças das áreas profissionais. Assim, outro objetivo almejado tem sido contribuir para formar profissionais com disponibilidade para construir uma clínica que articule e integre diferentes saberes e práticas profissionais, além de abrir-se para dimensões que se situam entre os campos, ainda inexplorados pelos marcos disciplinares.

\*\*\*

Nesse momento, fica claro por que os que construíram essas experiências do eixo Trabalho em Saúde, um dos três eixos estruturantes da aposta na formação profissional da Unifesp-Baixada Santista declaram em um dos capítulos, como suas diretrizes norteadoras:

\* Estimular a capacidade de interrogar e problematizar: colocar em dúvida as certezas e as pré-concepções, favorecendo um pensamento mais complexo;

\* Possibilitar a construção de um raciocínio que consiga estabelecer relações entre: as múltiplas dimensões envolvidas no trabalho em saúde e no processo saúde-doença-cuidado; as condições sociais e a situação de saúde; a dimensão singular e a dimensão coletiva do adoecer; as práticas de atenção e os modos de gestão e organização de serviços, entre outras;

\* Possibilitar a constituição de um agir profissional que considere as dimensões técnicas, éticas e políticas envolvidas nesse agir;

<sup>6</sup> Capítulo 1, item "Os cursos da área de saúde do *campus* Baixada Santista" (páginas 50-1).

\* Desenvolver o olhar, a escuta e a sensibilidade para ampliar a percepção das necessidades de atenção;

\* Desenvolver recursos para lidar com o momento do encontro clínico e do encontro entre trabalhadores, ampliando as possibilidades de lidar com conflitos, contradições, identificações e sentimentos que emergem desses encontros;

\* Possibilitar o exercício da alteridade, de deslocamento em direção ao outro, visando ampliar as possibilidades de interação com aqueles que buscam cuidados, bem como com os demais profissionais;

\* Contribuir para desenvolver uma prática clínica que dialogue com os saberes, com os desejos, com a singularidade de quem demanda atenção;

\* Contribuir para desenvolver o senso de responsabilização pela resolução dos problemas de saúde daqueles que buscam por cuidado;

\* Contribuir para constituir um corpo de conhecimentos ético-técnico-conceituais que sirva de referência comum às diversas áreas profissionais, ampliando as possibilidades de trabalho em conjunto.<sup>7</sup>

\*\*\*

Os muitos leitores irão construir disso tudo o seu próprio livro; por isso, ler o que vem a seguir é per-seguir as muitas estratégias para a ação e tirar suas próprias ideias do que foi construído pelo coletivo de envolvidos no eixo TS, praticado a partir de 2006 no processo de formação da Unifesp-Baixada Santista, e verificar que sentido faz.

Leitor, vá atrás e se pororoque.

<sup>7</sup> Capítulo 1, item "Os cursos da área de saúde do *campus* Baixada Santista" (página 52).

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Angela Aparecida Capozzolo

## CAPÍTULO 1 MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde

### Breves palavras sobre os antecedentes das iniciativas de mudança na formação profissional em saúde

MUITO JÁ SE ESCREVEU acerca dos processos envolvidos na conformação das práticas em saúde. Aqui nos interessa resgatar como ponto de partida as reflexões que trazem as práticas de saúde como práticas sociais constitutivas da ordem capitalista no mundo ocidental e, portanto, atravessadas pela lógica biopolítica e pela lógica excludente da ciência oficial, que implicaram biologicismo, tecnicismo, fortalecimento da especialização e da fragmentação do conhecimento e das práticas (Arouca, 2003; Schraiber, 1989 e 1993; Marsiglia, 1995; Sena-Chompre & Egry, 1998; Almeida, 1999; Feuerwerker, 1998, 2002 e 2004; Merhy, 2002; Ros, 2004; Ferla, 2007; Ceccim & Capozzolo, 2004; Carvalho & Ceccim, 2006; entre muitos outros).

Com uma perspectiva bem mais limitada do que a indicada no parágrafo acima, desde o início da década de 1960 já havia no Brasil algum debate crítico sobre processo de formação de profissionais de saúde, particularmente médicos e enfermeiros, as profissões até então mais consolidadas (Feuerwerker, 1998).

A partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, a atenção primária à saúde passou a integrar a agenda de mudanças

necessárias à formação, particularmente nos chamados “países em desenvolvimento”. Nos fóruns de debate sobre formação em saúde no Brasil incorporou-se (sem muita crítica) a ideia de construir, durante a graduação, uma sólida e contextualizada formação geral que permitisse a imediata assimilação dos futuros profissionais ao trabalho, devendo estes ser capazes de responder às principais necessidades de saúde da maioria da população. Para tanto, seria fundamental diversificar os cenários de aprendizagem e prática para além dos hospitais, incluindo a inserção no primeiro nível de atenção durante a graduação (Feuerwerker, 2002 e 2006).

Nas décadas de 1960 e 1970 registraram-se algumas iniciativas inovadoras na formação médica, como as do curso experimental na USP, do curso da UnB, com práticas na área rural ao longo de todos os anos da formação, e da graduação de medicina da UFMG, com a invenção do internato rural (Cury & Melo, 2006; Edler & Fonseca, 2006; Marcondes & Gonçalves, 1998).

Nos anos 1970/1980, a partir dessas ideias, foram desenvolvidas muitas experiências de integração docente-assistencial, que inclusive se articularam em um movimento envolvendo as diferentes graduações em saúde e contando com a participação de vários personagens que cumpriram papel ativo no movimento reformista da saúde. Essas experiências, que se caracterizavam principalmente como projetos de extensão universitária, acumularam saberes importantes em relação à conexão universidade-serviços e universidade-movimentos sociais, mas tiveram limitada capacidade de influir no desenho e dinâmica das graduações em saúde (Marsiglia, 1995; Feuerwerker, 1998).

Foram experiências isoladas, sem capacidade de ativar processos mais amplos de mudança. Por isso mesmo, desde o início do movimento pela reforma sanitária no Brasil, setores dele participante identificavam a necessidade de sintonizar amplamente a formação dos profissionais com os princípios do

sistema de saúde que se pretendia construir (Marsiglia, 1995; Feuerwerker, 1998).

Pode-se dizer que, a partir desse período, entrou na agenda de modo mais incisivo a necessidade de trabalhar um conceito ampliado de saúde. Isso implicava incluir na formação outros elementos além do biológico para a compreensão do processo saúde-doença, bem como propiciar o conhecimento das diferentes realidades socioepidemiológicas do país e a capacidade de analisá-las criticamente. Também se impunha a perspectiva de trabalho em equipe multiprofissional, buscando respostas mais amplas e potentes aos problemas de saúde, que deveriam ser abordados em sua complexidade e num sentido não medicalizante.

A Constituição de 1988 foi incisiva quanto à necessidade de articulação entre a formação dos profissionais e o sistema de saúde. Trouxe a ideia de que caberia ao Sistema Único de Saúde (SUS) orientar o perfil da formação dos profissionais de saúde.

Apesar dessa definição formal explícita, durante mais de uma década de construção do SUS não foram criadas políticas para ativamente disputar a formação dos profissionais de saúde. Assim, coube sobretudo às associações de ensino — medicina, enfermagem e odontologia — e à articulação entre as chamadas iniciativas de integração ensino-serviço-comunidade (Rede IDA e depois Rede Unida) a iniciativa e o debate para produzir as mudanças identificadas como necessárias à formação (Costa et al., 2000).

Na década de 1990, além da ampliação do conceito de saúde e da diversificação dos cenários de prática e de aprendizagem num processo de aproximação ao nascente SUS, a agenda de mudanças passou a incluir também aspectos pedagógicos da formação (Rede Unida, 2000; Feuerwerker, 2002).

Argumentava-se em favor de maior atenção aos aspectos pedagógicos pela necessidade de superar a fragmentação dos currículos (básico-clínico, teoria-prática, a influência das

especialidades na graduação), a ênfase conteudista e o papel passivo dos estudantes na perspectiva tradicional dos cursos. Essa aproximação estava em consonância com movimentos internacionais como o da Unesco, que apontou o “aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a ser, aprender a conviver” como os pilares da educação no século XXI e incorporou a perspectiva da complexidade no campo da educação (Rede Unida, 2000).

Desse modo, ganharam evidência os debates acerca dos currículos integrados (organizados modularmente, e não por disciplinas) e das metodologias ativas de aprendizagem, que incorporavam a ideia da aprendizagem significativa e do desenvolvimento de capacidade analítica e crítico-reflexiva dos estudantes. Inicialmente — como em relação às outras temáticas — esse debate foi mais forte nos cursos de medicina e de enfermagem.

Entre todos os movimentos/iniciativas de mudança na formação nesse período, o que mais explicitamente trabalhou o tema da interprofissionalidade e do trabalho em equipe foi o da Rede Unida, inclusive contribuindo ativamente para mobilizar as diferentes profissões para influir na elaboração de novas orientações para o ensino superior a partir da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de 1996 (Feuerwerker, 2002). Essa mobilização, que teve o intuito de criar um marco legal que indicasse e fortalecesse a necessidade de aproximar a formação dos profissionais de saúde aos princípios do SUS, partiu dos acúmulos existentes nas iniciativas de mudança e conseguiu a incorporação dessa agenda às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), cujo processo de homologação pelo MEC iniciou-se a partir de 2001 (Almeida, 2003).

As DCN representam um marco significativo na reorientação da formação em saúde por várias razões. Primeiro porque, pela primeira vez, a necessidade de aproximação das graduações em saúde ao SUS e seus princípios ficou expressa em uma recomendação explícita do Ministério da Educação

— até então essa era uma bandeira de parcelas dos professores e dos estudantes envolvidos nos movimentos de mudança e de diferentes atores vinculados à efetivação do sistema de saúde. As diretrizes se tornaram o primeiro marco legal a amparar iniciativas, mais ou menos bem-sucedidas, de incluir nos marcos regulatórios da educação superior elementos que favorecessem maior sintonia entre as políticas de educação e de saúde.

Segundo, por haverem as diretrizes possibilitado a construção de uma base comum de orientação para as mudanças nas várias profissões da saúde — tanto por proporem competências comuns para todas as profissões da saúde, como por expressamente proporcionarem o compartilhamento, pelas profissões da saúde, de algumas orientações, tais como: a aproximação com o SUS; a concepção ampliada de saúde; a diversificação dos cenários de prática e a importância dos modos mais participativos de organizar a aprendizagem.

Terceiro, porque as diretrizes se constituíram como base para várias iniciativas políticas do Ministério da Saúde com o objetivo de estimular, de diferentes modos, a reorientação da formação de graduação na área da saúde.

A partir de 2002, então, a agenda das mudanças na formação dos profissionais de saúde passou a ser fortemente influenciada pelas políticas e programas do Ministério da Saúde para essa área.

### O que significa aproximar do SUS a formação das graduações em saúde?

Os muitos ensaios e experiências de mudança na formação produzidos no contexto brasileiro nos últimos anos revelam a complexidade do desafio imposto para disputar a orientação da formação dos profissionais de saúde.

As escolas da área da saúde são instituições complexas, fabricadas a partir de múltiplos planos, articulam uma multiplicidade de sujeitos, processos e disputas. Lógicas, interesses

e dinâmica de conformação das corporações atuam fortemente na disputa pelos processos de subjetivação de professores e estudantes. Interferem, por exemplo, no ideal de prática profissional, no lugar das diferentes profissões na produção da saúde, na relação dos médicos com as demais profissões da saúde, nos modos de produzir sucesso, na relação com o complexo médico-industrial, entre outros (Feuerwerker, 2012).

A universidade é o lugar mais legitimado de produção da ciência oficial que disputa processos de subjetivação, interferindo, com efeito, nos modos de produzir saber, na pretensão da verdade, na deslegitimação de outros saberes que não o científico, em suas relações/interesses comprometidas com o complexo médico-industrial (Feuerwerker, 2012).

As escolas são também lugar de produção de certa compreensão dos processos de adoecimento apenas como lesões no corpo que o disfuncionalizam em relação ao seu modo normal de ser e existir, uma forma de olhar o corpo adoecido somente como *locus* de existência de lesões orgânicas (tecidual, celular, nos receptores proteicos. . .) (Feuerwerker, 2012).

Apesar de todas essas operações para ativamente produzir subjetividades sujeitadas ao instituído, há disputa com as máquinas conceituais que os movimentos de mudança e as políticas de saúde conseguiram fabricar, além de outras máquinas, também operantes, tais como: religiosas, bioéticas, histórias de vida, conceitos de mundo, etc. Assim se configura um cenário complexo de intensas disputas nas universidades.

Do ponto de vista do sistema de saúde, há o SUS e tam-

duzir saúde com a participação ativa dos cidadãos. Existe um SUS produzido pelas forças das indústrias de equipamentos e medicamentos, marcado pelo modelo médico-hegemônico, pela incorporação de tecnologias a partir da lógica do mercado (Feuerwerker & Pereira, 2007).

Existe um SUS nas pequenas cidades de regiões remotas e empobrecidas e existe outro SUS nas pequenas cidades de regiões de forte circulação de capital, com capacidades diferentes de atração e contratação de profissionais, com perfis diferenciados de necessidades de saúde e possibilidades distintas de mobilização da população para satisfazer suas necessidades. Existem outros SUS ainda nas cidades médias, nas grandes e nas metrópoles, com convivências diversas entre o público e o privado, com graus desiguais de “dependência” da população ao SUS, disponibilidades distintas de inversão de recursos públicos na saúde, possibilidades distintas de inserção dos profissionais no mercado de trabalho (Feuerwerker & Pereira, 2007).

Existe um SUS produzido pelo Ministério da Saúde, existem outros produzidos pelas secretarias estaduais, muitos outros produzidos pelas secretarias municipais e outros ainda produzidos pela pactuação entre os gestores das três esferas. Existe um SUS produzido pelos agentes comunitários de saúde, outro, pelas Santas Casas, outro ainda pelos hospitais de ensino. . . Há vários SUS produzidos pelos médicos — um pelos especialistas, outro pelos médicos de família que querem construir o SUS universal e a integralidade, outro pelos médi-







impacto do ponto de vista de deslocamentos nas práticas clínicas porque dialoga pobremente com os fazeres clínicos das diferentes profissões.

Mas há outras possibilidades e convites sendo experimentados. Há iniciativas que procuram tomar a integralidade como eixo orientador das mudanças na formação. Isso implica buscar reorientar as práticas de cuidado em todos os lugares da atenção à saúde (atenção básica, especializada, hospitalar, domiciliar) levando-se em conta as necessidades de saúde dos usuários e enfatizando-se a escuta qualificada, a produção do vínculo, a continuidade da atenção, a compreensão contextualizada e ampla do processo saúde-doença, o trabalho em equipe, a construção de projetos terapêuticos compartilhados com os usuários e famílias, etc.

Iniciativas desse tipo implicam envolver professores de todas as áreas clínicas, além da saúde coletiva, e construir relações de cooperação entre as profissões da saúde. Implicam reconhecer o usuário como sujeito na produção de sua saúde, e ampliar o olhar para outros espaços de produção da vida. Ou seja, significam estabelecer uma agenda ampla e complexa, mas com maiores possibilidades de entrar em diálogo com o fazer clínico das diferentes profissões da saúde e produzir desterritorializações.

Assim, os modos de cuidar (em qualquer cenário), a composição tecnológica do trabalho em saúde (e a necessidade de superar o trabalho centrado nos procedimentos), as referências que se utilizam para compreender o que são as necessidades de saúde (em qualquer cenário de cuidado) e, sobretudo, o lugar em que se coloca o usuário nas práticas em saúde podem entrar em questão.

Também pode-se incluir na agenda o reconhecimento das tensões existentes nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários — em relação às expectativas, às disponibilidades, às prioridades e ao modo como um vê o outro no processo. É o que nominamos como disputa de projeto terapêu-

tico. Essa disputa se configura diferentemente nos diversos cenários de cuidado. Assim, torna-se fundamental ir ao encontro do usuário, reconhecendo-o como alguém portador de desejos, concepções, expectativas, história de vida — muito além do corpo biológico adoecido (Merhy, Feuerwerker & Cerqueira, 2010).

Estas são desconstruções fundamentais: a do usuário-objeto, reduzido a seu corpo biológico ou aos riscos de adoecer definidos por suas condições de vida, a doença abstraída da vida em que se insere, a medicalização profunda da sociedade e sua radical interferência nos modos de compreender o sofrimento humano. O sofrimento humano na sua existência real tem expressão muito singular e complexa. Podemos e devemos olhar para ele de outros ângulos (históricos, sociais, culturais e no plano singular de cada situação de construção de vida). A vivência nos territórios, nos domicílios pode ser aproveitada para fazer esse movimento de ampliação do olhar, da escuta, da perspectiva — para também desenvolvê-la em todos os outros lugares onde se cuida de saúde (Merhy, 2008).

Aí sim a “clínica do corpo de órgãos” entra em questão, pois não basta construir saberes científicos para abordagens mais satisfatórias dos processos de produção de existências singulares e coletivas (pois é disso que se trata a vida).

### Os cursos da área da saúde do *campus* Baixada Santista

É nesse cenário que os cursos da área da saúde na Unifesp *campus* Baixada Santista vêm para debate. Nesse *campus*, a partir de 2006, foram implantados os cursos de graduação em educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Em 2009 teve início a implantação do curso de serviço social, com uma turma no período da tarde e outra no período noturno. A discussão deste livro está centrada na experiência com os cinco cursos inicialmente implantados no *campus* Baixada Santista.

com um desenho curricular que propicia a formação integrada entre as diferentes áreas profissionais.

A estrutura curricular desses cursos está organizada em quatro eixos. O eixo “Aproximação a uma prática específica em saúde” é direcionado aos estudantes de cada área profissional. Os demais eixos (“O ser humano e sua dimensão biológica”, “O ser humano em sua inserção social” e “Trabalho em saúde”) trabalham com turmas que mesclam alunos dos vários cursos.<sup>2</sup>

A proposta de formação do eixo Trabalho em Saúde (TS) segue em construção, na medida em que a experiência de cada ano permite problematizar condições instituídas e fazer mudanças. Mas podemos dizer que um marco central nessa construção tem sido a busca de uma clínica comum às diferentes áreas profissionais. Um dos aspectos do comum diz respeito ao que seria importante na formação de qualquer profissional da saúde para possibilitar uma atuação que considere as necessidades singulares daqueles que demandam por cuidado.

Nesse eixo foram articulados os conteúdos de saúde coletiva e ser um trabalho *vivo em ato*, que se realiza no momento do encontro entre o trabalhador e quem demanda atenção (Merhy, 2000, 2002). Envolve escuta, abertura, espreita, disponibilidade, atenção, certa sensibilidade, tateamento, movimentos de proximidade e distanciamento, implicação, confiança, uma multiplicidade de elementos que não se resume à aplicação de técnicas e protocolos. Encontro entre sujeitos que se afetam e se produzem mutuamente.

O momento do encontro clínico é o que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações pelo usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico. É ainda nesse território — das relações, do encontro, do trabalho

<sup>2</sup> Para uma descrição mais detalhada dos eixos componentes do projeto político pedagógico do *campus* Baixada Santista ver o Capítulo 2: “A educação interprofissional na formação em saúde” (página 59).

vivo em ato — que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar (Merhy, Feuerwerker & Cerqueira, 2010).

Nesse sentido, um dos aspectos visados nas atividades de ensino do eixo TS tem sido contribuir para formar profissionais com capacidade para a escuta, para o diálogo, para lidar com as diversas questões envolvidas no momento do encontro com o usuário. Enfim, formar profissionais com capacidade para realizar uma clínica que possa acolher e compreender a complexidade inerente às necessidades de atenção, e pensar intervenções que superem a fragmentação dos atos profissionais.

Outra dimensão da clínica comum é a que se realiza no encontro das diferenças das áreas profissionais. Assim, outro objetivo almejado tem sido contribuir para formar profissionais com disponibilidade para construir uma clínica que articule e integre diferentes saberes e práticas profissionais, além de abrir-se para dimensões que se situam entre os campos, ainda inexplorados pelos marcos disciplinares.

Nesse eixo foram articulados os conteúdos de saúde coletiva, mas, na perspectiva construída, os saberes e práticas desse campo se compõem com outros de saberes e práticas no desafio de contribuir para a constituição de um “esquema conceitual-operacional comum” às diferentes áreas profissionais que possibilite interrogar os modos predominantes das práticas em saúde e favorecer um pensamento complexo, capaz de estabelecer relações entre as diversas dimensões envolvidas no trabalho em saúde e no processo saúde-doença-cuidado. Dessa forma, integram o eixo TS docentes da área da saúde coletiva e dos vários cursos de graduação do *campus* Baixada Santista.

Para estruturar e detalhar as atividades de ensino-aprendizagem foram feitos vários movimentos com os docentes, gestores, equipes dos serviços de saúde, lideranças de movimentos sociais em diferentes regiões do município de Santos. Esses movimentos<sup>3</sup> resultaram na definição das diretrizes, dos objetivos e das estratégias de ensino-aprendizagem a serem desenvolvidas.

As diretrizes que têm orientado as atividades do eixo TS podem ser assim sintetizadas:

\* Estimular a capacidade de interrogar e problematizar: colocar em dúvida as certezas e as concepções, favorecendo um pensamento mais complexo.

\* Possibilitar a construção de um raciocínio que consiga estabelecer relações entre: as múltiplas dimensões envolvidas no trabalho em saúde e no processo saúde-doença-cuidado; as condições sociais e a situação de saúde; a dimensão singular e a dimensão coletiva do adoecer; as práticas de atenção e os modos de gestão e organização de serviços, entre outras.

\* Possibilitar a constituição de um agir profissional que considere as dimensões técnicas, éticas e políticas envolvidas nesse agir.

\* Desenvolver o olhar, a escuta e a sensibilidade para ampliar a percepção das necessidades de atenção.

\* Desenvolver recursos para lidar com o momento do encontro clínico e do encontro entre trabalhadores, ampliando as possibilidades de lidar com conflitos, contradições, identificações e sentimentos que emergem desses encontros.

\* Possibilitar o exercício da alteridade, de deslocamento em direção ao outro, visando ampliar as possibilidades de interação com quem busca cuidados, bem como com os demais profissionais.

\* Contribuir para desenvolver uma prática clínica que dialogue com os saberes, com os desejos, com a singularidade de quem demanda atenção.

\* Contribuir para desenvolver o senso de responsabilização pela resolução dos problemas de saúde de quem busca por cuidado.

\* Contribuir para constituir um corpo de conhecimentos ético-técnico-conceituais que sirva de referência comum

<sup>3</sup> Ver o Capítulo 3: "Movimentos de constituição do eixo Trabalho em Saúde" (página 69).

às diversas áreas profissionais, ampliando as possibilidades de trabalho em conjunto.

Com base nessas diretrizes, a estratégia central de formação do eixo consiste em possibilitar aos estudantes reiteradas experiências com apoio dos docentes, nas quais as várias dimensões do trabalho — éticas, técnicas, políticas, subjetivas — em saúde possam ser exercitadas. Na experiência não há "objetos" isolados e recortados por saberes disciplinares, mas situações, acontecimentos e histórias que demandam capacidade de raciocínio e de estabelecer relações entre conhecimentos/saberes diversos.

Desde o início da graduação os estudantes são expostos a situações do cotidiano do trabalho em saúde, das práticas de atenção e de cuidado. São estimulados a realizar intervenções e prestação de cuidados dentro de suas possibilidades, bem como a assumir responsabilidades crescentes. Para possibilitar a aprendizagem a partir das experiências são oferecidos espaços de supervisão semanais ou quinzenais em pequenos grupos com docentes para analisar e processar as questões e afetos mobilizados.

O eixo TS percorre os três primeiros anos da graduação, com as atividades de ensino organizadas em módulos semestrais. Cada módulo enfoca determinados aspectos, mas todos estão articulados e trabalham questões transversais: conceito de saúde, políticas públicas, sistema de saúde; organização do processo de trabalho e da rede de serviços; trabalho em equipe; vínculo; escuta; ética; responsabilização e cuidado integral.

No percurso de formação são utilizadas diferentes estratégias e dispositivos: visitas, observação, convivência nos domicílios com famílias, construção de narrativas de vida e de saúde, ações com grupos populacionais, elaboração e implementação de projetos terapêuticos singulares, equipes de referência e matriciais, entre outras, mais detalhadas no Capítulo 3.

Optou-se também por priorizar a inserção das atividades de ensino do eixo nas áreas de maior vulnerabilidade social do

município onde está situado o *campus*. Há uma aposta na possibilidade de deslocamento e ampliação dos modos de ver, escutar, olhar e dar sentido, para problematizar as complexas situações de saúde relacionadas com os diferentes modos de "andar a vida".

Apresentamos a seguir, de forma sintética, como estão estruturados os módulos:

#### 1. SAÚDE COMO PROCESSO: CONTEXTOS, CONCEPÇÕES E PRÁTICAS I (PRIMEIRO SEMESTRE)

Os estudantes, em turmas mistas, são divididos pelas regiões da cidade de Santos (centro, morro e noroeste) que apresentam diferentes condições socioeconômicas, com o objetivo de conhecer diversos modos de vida da população e suas implicações para o processo saúde-doença-cuidado. A estratégia pedagógica busca a desconstrução de preconceitos que permeiam o senso comum dos estudantes e o início de um processo crítico da construção do saber.

São realizadas atividades de campo para observação e entrevistas com moradores e representantes de movimentos sociais. A temática central deste módulo são as discussões sobre saúde e doença, os condicionantes sociais do processo saúde-doença e suas implicações para a prática profissional.

#### 2. SAÚDE COMO PROCESSO: CONTEXTOS, CONCEPÇÕES E PRÁTICAS II (SEGUNDO SEMESTRE)

Neste módulo, os estudantes fazem visitas aos serviços de saúde e realizam atividades de campo para coleta e análise de dados de saúde das diferentes regiões do município. Este módulo tem como objetivo discutir o sistema de saúde vigente em nosso país, analisar a evolução da racionalidade clínico-epidemiológica, seus pressupostos investigativos e suas implicações para as políticas de saúde e para a prática do profissional de saúde.

#### 3. PRÁTICA CLÍNICA INTEGRADA: ANÁLISE DE DEMANDAS E NECESSIDADES EM SAÚDE (TERCEIRO SEMESTRE)

Duplas de alunos acompanham, por meio de visitas domiciliares quinzenais, famílias residentes no município de Santos. Este acompanhamento tem como diretriz a interação e a convivência com os usuários fora do espaço pré-codificado das instituições de saúde, a manutenção de contato com as "pessoas nos espaços reais" (seus espaços de produção de vida), proporcionando uma vivência que deve posteriormente ser apresentada na forma de uma narrativa da vida e das questões de saúde daquelas pessoas, visando a compreensão das necessidades de saúde das famílias e dos recursos e serviços de saúde utilizados.

O objetivo central deste módulo é possibilitar aos estudantes o desenvolvimento da escuta, do vínculo, de uma prática clínica comum aos diversos profissionais. Em cada semestre são acompanhadas cerca de noventa famílias na cidade de Santos.

#### 4. CLÍNICA INTEGRADA: ATUAÇÃO EM GRUPOS POPULACIONAIS (QUARTO SEMESTRE)

Equipes compostas por alunos dos cinco cursos de graduação realizam atividades de prevenção e promoção com diferentes grupos populacionais do município de Santos. Este módulo pretende dar continuidade à formação clínica comum, ampliando a experiência de trabalho em equipe interprofissional e abordando questões referentes à dimensão grupal e educacional presentes na prática em saúde. Neste módulo, a cada semestre, são realizados cerca de trinta grupos envolvendo diferentes equipamentos (unidades de saúde, escolas, centros comunitários, centros culturais) nas três regiões da cidade.

#### 5. CLÍNICA INTEGRADA: PRODUÇÃO DE CUIDADO (QUINTO OU SEXTO SEMESTRE)

Tem o objetivo de propiciar aos estudantes a construção e efetivação de projetos terapêuticos, que incluem intervenções

específicas (por profissão) e comuns (a todas as profissões) na produção do cuidado. Em cada região são montadas equipes de estudantes das diferentes profissões, que têm como responsabilidade atuar em uma microárea: realizar atendimento domiciliar e atividades grupais em conjunto com as equipes. A orientação e supervisão das atividades são feitas por docentes de diferentes áreas profissionais. Neste módulo trabalhamos com metade dos estudantes num semestre (o quinto da formação) e metade no outro (o sexto).

Em síntese, de nosso ponto de vista, ao menos três aspectos dessa experiência merecem destaque. O primeiro: o fato de haver um eixo comum a todas as profissões, que atravessa a formação, envolve docentes de diversas áreas e coloca em questão o tema do trabalho em saúde. O segundo: esse encontro entre as profissões, ao longo do processo de formação, tem como foco a produção do cuidado, permitindo que se explore, com maior potência, as possibilidades de interação entre as diferentes profissões em momentos do curso em que as competências específicas já estão sendo desenvolvidas. O terceiro: o fato de investir de modo significativo na produção de inovações no encontro entre estudantes/futuros profissionais de saúde e usuários. São aspectos que procuram ativar nos estudantes a sensibilidade e outros elementos importantes para que as tecnologias leves<sup>4</sup> possam ser mobilizadas na construção de relações mais horizontais com os usuários. E possibilitar o desenvolvimento de um olhar para o usuário que não se reduza ao seu corpo biológico e aos procedimentos que cada profissão da saúde pode mobilizar.

Em que medida esse projeto estaria conseguindo realizar-se? É o que se verá ao longo deste livro.

<sup>4</sup> A respeito das tecnologias de cuidado em saúde, ver Capítulo 11: "Ver a si no ato de cuidar" (página 248).

## Referências

- AKERMAN, M. & FEUERWERKER, L. C. M. Estou me formando (ou me forme) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006, pp. 171-188.
- ALMEIDA, M. J. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança*. Londrina-Rio de Janeiro: Ed. da UEL-Abem, 1999.
- . Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. In: *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. 2.<sup>a</sup> ed. Londrina: Rede Unida, 2003.
- AROUCA, S. *O dilema preventivista*. São Paulo-Rio de Janeiro: Ed. Unesp-Fiocruz, 2003.
- CARVALHO, Y. & CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006, pp. 137-170.
- CECCIM, R. B. & CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J. N. et al. (orgs.). *Educação médica em transformação*. São Paulo: Hucitec, 2004, pp. 346-90.
- COSTA, H. G. et al. O processo de construção e trabalho da Rede UNIDA. *Divulgação em Saúde para Debate*, n.º 22, Rio de Janeiro, pp. 9-17, 2000.
- CURY, G. C. & MELO, E. M. A experiência da mudança curricular de 1974 realizada pela Faculdade de Medicina da UFMG. *Cadernos da ABEM*, vol. 2, pp. 46-8, jun. 2006.
- EDLER, F. & FONSECA, M. R. F. Inovação curricular no Planalto Central. *Cadernos da ABEM*, vol. 2, pp. 23-4, jun. 2006.
- FERLA, A. *Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde*. Caxias do Sul: Educ, 2007.
- FEUERWERKER, L. C. M. *Mudança da educação médica e residência médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- . *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- . Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: MARINS, J. J. N. et al. (orgs.). *Educação médica em transformação*. São Paulo: Hucitec, 2004, pp. 17-39.
- FEUERWERKER, L. C. M. Estratégias para a mudança na graduação das profissões da saúde. *Cadernos da ABEM*, vol. 2, pp. 78-80, jun. 2006.

- FEUERWERKER, L. C. M.. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Livre-Do-cência. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP. Departamento de Prática de Saúde Pública, 2012.
- FEUERWERKER, L. C. M. & PEREIRA, L. A. O papel dos mecanismos de indução para a transformação da formação médica. In: *Seminário internacional: os desafios do ensino médico na atenção básica*. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2007, pp. 47-54. Disponível em <chasqueweb.ufrgs.br/~cristinaneumann/index\_files/seminariointernacional.pdf#page=48>.
- MARCONDES, E. & GONÇALVES, E. L. *Educação médica*. São Paulo: Savier, 1998.
- MARSIGLIA, E. *Relação ensino-serviços: dez anos de integração docente-assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- MERHY, E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Interface — Comunicação, saúde, educação*, vol. 6, pp. 109-25, fev. 2000.
- . *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec. 2002.
- . *Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde*. Campinas, 2008. Disponível em <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>>.
- MERHY, E.; FEUERWERKER, L. C. M. & CERQUEIRA, M. P. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B. & RAMOS, V. C. *Afeição e cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010, pp. 60-75.
- REDE UNIDA. Oficina de Sistematização Modelos Inovadores de Ensino-aprendizagem. *Divulgação em Saúde para Debate*, n.º 22, pp. 49-62, 2000.
- ROS, M. A ideologia nos cursos de medicina. In: MARINS, J. J. N. et al. (orgs.). *Educação médica em transformação*. São Paulo: Hucitec, 2004, pp. 222-44.
- SCHRAIBER, L.B. *Educação médica e capitalismo*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1989.
- . *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- SENA-CHOMPRES, R. R. & EGRY, E. Y. *A enfermagem nos projetos UNI*. São Paulo: Hucitec, 1998.

## CAPÍTULO 2 A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL (EIP) é considerada atualmente relevante estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde. A demanda por uma prática de trabalho em saúde que considere sua complexidade, abrangência e perspectiva interdisciplinar realça a relevância da equipe de saúde para o atendimento à população.

Apesar do reconhecimento de sua importância, tal preocupação ainda não tem sido considerada na maioria das propostas de formação profissional em saúde no Brasil. Predominam ênfases nos cursos em si, com estratégias de aprofundamento para uma visão de práticas isoladas das diferentes profissões.

Partimos dos pressupostos de que, para melhor entendermos a EIP, é necessário ressignificarmos dois conceitos essenciais — o de educação e o de saúde. A Educação deve ser entendida com uma perspectiva dialógica e crítica, comprometida com a construção de conhecimentos como instrumentos de transformação social, em que professor e aluno atuam em situações interativas de ensino e aprendizagem. Já a Saúde, entendida numa concepção sócio-histórico-cultural, enfatizando a integralidade do cuidado, com a equipe de saúde atuando em uma perspectiva interdisciplinar.

Outro aspecto importante a ser considerado no contexto da incorporação da EIP na formação profissional em saúde

é o momento que estamos em relação aos currículos dos cursos superiores em saúde. A implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais, promulgadas há dez anos, ainda é um desafio, especialmente no tocante a mecanismos efetivos de integração curricular, diversificação de cenários de aprendizagem, articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS), resgate da dimensão ética, humanista, crítico-reflexiva e cuidadora do exercício profissional, assumindo uma concepção ampliada de saúde.

Dentre estes e outros desafios, a necessidade de integração assume ponto de destaque. A integração deve ser entendida também numa perspectiva de novas interações no trabalho em equipe interprofissional, de troca de experiências e saberes e posição de respeito à diversidade, possibilitando-se, com isso, a cooperação para o exercício de práticas transformadoras, parcerias na construção de projetos e exercício permanente do diálogo.

É nesse contexto que surgem as propostas de educação interprofissional. McNair (2005) aponta, como ponto de partida que, para *fazer junto* no cotidiano do cuidado em saúde, é preciso *aprender junto* sobre o trabalho em saúde. A Educação Interprofissional pode ser compreendida como: “[. . .] proposta onde duas ou mais profissões aprendem juntas sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma, na melhoria da qualidade no cuidado ao paciente” (McNair, 2005, p. 3). E “[. . .] estilo de educação que prioriza o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade e o compromisso com a integralidade das ações que deve ser alcançado com um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão” (Barr, 2005, p.7).

Como proposta de formação, a educação interprofissional vem sendo discutida nos últimos trinta anos, especialmente nos Estados Unidos e na Europa, com o intuito de estimular o aprimoramento do cuidado em saúde por meio do trabalho em equipe. Os princípios da educação interprofissional se aplicam tanto para a graduação das diferentes profissões de saúde

como para a educação permanente dos profissionais componentes de uma equipe de trabalho (Barr, 2005).

A EIP se compromete com uma formação para o interprofissionalismo, no qual o trabalho de equipe, a discussão de papéis profissionais, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão são características marcantes. Para isso, a valorização da história de diferentes áreas profissionais, a consideração do outro como parceiro legítimo na construção de conhecimentos, com respeito pelas diferenças num movimento de busca, diálogo, desafio, comprometimento e responsabilidade são componentes essenciais.

Barr (1998) distingue três competências no âmbito do trabalho em equipe: a competência comum a todos os profissionais de saúde, a competência complementar (específica de cada profissão) e a competência colaborativa, essencial para o trabalho conjunto.

Com tal abrangência, a educação interprofissional assume diferentes enfoques como modificar atitudes e percepções na equipe, melhorar a comunicação entre os profissionais, reforçar a competência colaborativa, contribuir para a satisfação no trabalho, construir relações mais abertas e dialógicas, assim como integrar o especialista na perspectiva da integralidade do cuidado.

Essa diversidade revela itinerários de aprendizagem múltiplos na educação interprofissional, compreendendo os campos da observação, ação, troca, simulação e prática em contextos reais. Configura-se uma rede de situações e relações que envolvem os estudantes em seus processos de expressar pontos de vista, abordar problemas, explorar as diferentes possibilidades de compreender a realidade, apropriar os conteúdos e articular teoria e prática.

A construção da identidade profissional dos estudantes de uma área em saúde vai se fortalecendo à medida que são expostos a situações comuns de aprendizagem com outras áreas, demandando olhares diferentes, que ora se complementam,

ora se confrontam, mas que possibilitam um nível mais ampliado de compreensão da realidade.

Dessa forma, a concretização de propostas de educação interprofissional significa as

cações relativas ao tema, apesar de existirem experiências pontuais. Atualmente, vivências e relatos de experiências de treinamento conjunto e aprendizagens compartilhadas em políti-

como eixo norteador do projeto pedagógico, problematização do ensino a partir da prática e da pesquisa, interdisciplinaridade, posição ativa do estudante na construção do conhecimento, posição facilitadora/mediadora do docente no processo ensino/aprendizagem, integração com a comunidade, integração entre os diferentes níveis de ensino e pesquisa, dinamicidade do plano pedagógico com construção e reconstrução permanente, avaliação formativa como *feedback* do processo e programa de desenvolvimento docente.

Assumir a educação interprofissional como um dos núcleos direcionadores desse projeto implicou o desenvolvimento de uma proposta formativa interdisciplinar e interprofissional, rompendo com a estrutura tradicional centrada em disciplinas, e a formação específica de determinado perfil profissional. Assim, todos os cursos desse *campus* têm um desenho curricular direcionado por quatro eixos de formação que perpassam os anos de graduação. Em cada um dos eixos, entendidos como caminhos percorridos por

cepção que desarticula saberes entre básico e profissional, entre ciências humanas e ciências da saúde. Assume como objetivos gerais formar o aluno para compreender o surgimento das Ciências Humanas como área de conhecimento, além de comprometer-se com uma formação em saúde que incorpore, teórica e metodologicamente, as contribuições das diferentes áreas do conhecimento das Ciências Humanas.

O eixo *Trabalho em saúde* abrange, de forma integrada entre os cursos, temáticas comuns aos diferentes profissionais de Saúde: saúde como campo de saber, políticas de saúde, profissões de saúde, o trabalho em saúde, serviços de saúde, a integralidade no cuidado, saúde pública/saúde coletiva, epidemiologia, trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, a produção do conhecimento em saúde. Compromete-se com uma formação em saúde que propicie ao estudante a compreensão das múltiplas dimensões envolvidas nos processos de saúde e de adoecimento, a partir do desenvolvimento da capaci-

Estes momentos de formação compartilhada permitem a vivência de grupos interprofissionais, nos quais misturar-se implica criar uma disponibilidade para conviver com o outro, conhecendo-o melhor, respeitando-o em suas singularidades e buscando construir relações interpessoais mais inclusivas.

A medida que se altera a lógica tradicional de formar em saúde, insere-se o diálogo com as práticas docentes: os professores, com suas histórias de formação pautadas na especialização disciplinar, veem-se confrontados com seus desejos e possibilidades de aprenderem a ensinar de um modo mais participativo, interativo, criativo. E essas possibilidades podem ser ampliadas por meio do envolvimento dos docentes na construção de um projeto pedagógico inovador, tomando-os como responsáveis pelos rumos e rotas da proposta de formação em saúde.

Assim, também é novo para o professor sair da métrica disciplinar e colocar-se no diálogo com colegas oriundos de outros campos disciplinares, relativizando suas certezas e acreditando ser possível e necessário (re)conhecer as dinâmicas do saber, fazer e ser em saúde. Constituir um eixo, intrinsecamente interdisciplinar, e atuar nos módulos exige considerar ângulos ainda não descortinados e/ou valorizados, visitar o já conhecido e abrir-se para caminhos novos.

Como nos dizem Larossa & Kohan (2004, p. 1),

Também a experiência, e não a verdade, é o que dá sentido à educação. Educamos para transformar o que sabemos, não para transmitir o já sabido. Se alguma coisa nos anima a educar é a possibilidade de que esse ato de educação, essa experiência em gestos nos permite liberar-nos de certas verdades, de modo a deixarmos de ser o que somos, para ser outra coisa para além do que vimos sendo.

Nos intercruzamentos das práticas dos sujeitos, dos conteúdos, das opções didático-pedagógicas, tem-se depreendido o valor dessa experiência formativa que parece ser potencial-

mente transformadora da formação em saúde comprometida com a construção do Sistema Único de Saúde.

Este projeto tem sido avaliado por diferentes mecanismos: grupos focais envolvendo professores e alunos, prova do progresso, instrumentos qualitativos e quantitativos para avaliação do processo pelos alunos. Além disso, tem sido objeto de pesquisa apresentado e aprovado por agências de fomento, como os projetos “A interdisciplinaridade como princípio formativo na graduação em saúde: dos planos às concepções docentes” (CNPq 2006-2008) e “A educação interprofissional na graduação em saúde: preparando profissionais para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado” (CNPq 2006-2009).

Por fim, é importante registrar a cultura criada no *campus* Baixada Santista sobre a Educação Interprofissional. Esta cultura, já consolidada na graduação, direcionou a criação tanto da Pós-Graduação *lato* como *stricto sensu*. Com estes princípios, foi criada a Residência Multiprofissional, envolvendo as áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Educação Física, Farmácia e Enfermagem, e o Programa Interdisciplinar, nível Mestrado e Doutorado em Ciências da Saúde.

## Referências

- BARR, H. Competent to collaborate; towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, vol. 12, n.º 2, pp. 181-8, 1998.
- . *Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review*. (Other) Londres: Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Network, 2005.
- LARROSA, J. & KOHAN, W. Apresentação da Coleção. In: RANCIÈRE, J. *O mestre ignorante – cinco lições sobre a emancipação intelectual*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004, pp. 1-38.
- LUECHT, R. M.; MADSEN, M. K.; TAUGHER, M. P. et al. Assessing professional perceptions: design and validation of an interprofessional education perception scale. *J Allied Health*, vol. 19, pp. 181-91, 1990.

- McFADYEN, A. K.; MACLAREN, W. M. & WEBSTER, V. S. The interdisciplinary education perception scale (IEPS): an alternative remodelled sub-scale structure and its reliability. *Journal of Interprofessional Care*, vol. 21, n.º 4, pp. 433-43, 2007.
- McNAIR, R. The case for education health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. *Medical Education*, vol. 39, n.º 5, pp. 456-64, may 2005.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP) Campus Baixada Santista. *A educação interprofissional na formação em saúde: a competência para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado*. Projeto Político Pedagógico, 2006. Disponível em <<http://prograd.unifesp.br/santos/download/2006/projetopedagogico.pdf>>; acesso em 25-7-2012.

Angela Aparecida Capozzolo  
Sidnei José Casetto  
Alexandre de Oliveira Henz  
Roberto Tykanori Kinoshita

### CAPÍTULO 3 MOVIMENTOS DE CONSTITUIÇÃO DO EIXO TRABALHO EM SAÚDE

ESTE CAPÍTULO se propõe a reconstituir os principais movimentos de estruturação do eixo Trabalho em Saúde (TS). Para isso lançamos mão de atas e registros de reuniões, depoimentos de coordenadores e de docentes que participaram dos períodos iniciais do *campus*, além da memória coletiva dos integrantes do grupo de pesquisa. Tais movimentos se entrelaçavam com os movimentos de constituição da equipe de docentes e dos referenciais ético-conceituais. Reconstituir esses movimentos implica opções do que selecionar e para este relato elegemos o que nos pareceu mais potente para explicitar tensões e desafios dessa proposta de formação.

#### Os momentos iniciais

A instalação de um novo *campus* da Universidade Federal de São Paulo na Baixada Santista estava vinculada ao processo de expansão da universidade pública no país, que ganhou relevância a partir de 2004. Respondia também a uma demanda importante que havia nessa região do estado de São Paulo por vagas públicas de ensino superior.

Os cursos inicialmente implantados nesse novo *campus* estavam relacionados com áreas profissionais que já tinham expressão significativa nas equipes dos serviços assistenciais ou nas de pesquisa do *campus* Vila Clementino da Unifesp. Dessa

forma, foram montados grupos de trabalho para elaborar propostas para os cursos de nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, educação física e psicologia. Esse novo *campus* teria como ênfase a área da saúde.

A partir da nomeação do diretor do *campus*, professor Nildo Alves Batista, iniciaram as atividades para construir o projeto político-pedagógico (PPP) do *campus*, com a proposta

[...] a minha interpretação é que, [...] na hora que foi pensada a expansão desse *campus* aqui, não foi levado em consideração o projeto político pedagógico para se definir os critérios de número de docentes por eixo, [...] tinha uma escolha que não estava fundamentada no projeto, [...] mas que tinha a ver com questões da Unifesp São Paulo, [...] foi bastante compli

A análise dos limites das práticas em que cada profissional se atém ao seu núcleo específico de atuação foi um ponto de partida para as formulações iniciais. Um aspecto central a ser problematizado seria a concepção predominante de saúde que tende a reduzir a vida e a intervenção profissional ao mínimo biológico. A perspectiva seria formar profissionais com recursos para produzir práticas que considerassem a experiência de vida do sujeito acompanhado, seus valores e suas condições sociais.

Outro aspecto importante a ser problematizado diria respeito às dimensões técnicas, subjetivas, éticas e políticas do trabalho em saúde, considerando tratar-se de um trabalho que se realiza por meio de encontros com quem demanda atenção e de encontros com outros trabalhadores.

Nesse eixo estavam alocados os conteúdos de saúde coletiva. Na perspectiva que foi sendo desenhada, os saberes e práticas do campo da saúde coletiva deveriam compor com outros campos de saberes e práticas a constituição de um modo de pensar e agir profissional. O objetivo seria contribuir para a construção de algo como um "esquema conceitual-operacional comum" às diferentes áreas profissionais que possibilitasse interrogar os modos predominantes das práticas em saúde e favorecesse um pensamento complexo com capacidade de estabelecer relações entre as diversas dimensões envolvidas no trabalho em saúde e no processo saúde-doença-cuidado. Nesse sentido, as atividades de ensino do eixo deveriam ajudar a produzir um conhecimento que fosse integrado à prática clínica dos futuros profissionais, independentemente do local de sua inserção na rede de serviços.

Para isso seria importante propiciar desde o início da formação experiências de trabalho. Expor os estudantes ao "fazer", à realização de intervenções e ações de cuidado (dentro de suas possibilidades) que integrassem diferentes áreas profissionais e envolvessem responsabilidades crescentes. Possibilitar aos estudantes reiteradas experiências com apoio dos

docentes, nas quais as várias dimensões do trabalho em saúde fossem exercitadas e facilitassem a constituição de certo modo de pensar e agir implicado com a produção de vida.

As atividades de ensino deveriam também possibilitar o exercício do convívio com a diferença, o deslocamento em direção ao "outro", e desenvolver o senso de responsabilização pela resolução dos problemas de saúde das pessoas que buscam atenção e cuidado.

Quais deveriam ser as estratégias para viabilizar uma proposta de formação com esses balizadores iniciais? Como possibilitar experiências aos cinco cursos de graduação cujas vagas oferecidas, naquele momento, totalizavam cento e noventa estudantes? Pareceu-nos que essa proposta não poderia ser realizada sem envolver outros docentes do *campus* e a rede de serviços. A articulação com os diferentes eixos, com as equipes dos serviços de saúde, bem como com lideranças de movimentos sociais do município de Santos, foi o próximo passo para o detalhamento da proposta.

### Os movimentos de articulação com os docentes

Nas primeiras reuniões de docentes foi possível perceber que havia diferentes apropriações sobre o sistema de saúde vigente no país, sobre as políticas de saúde e sobre os movimentos de mudanças que embasavam as diretrizes do projeto político-pedagógico do *campus*. Havia também variadas concepções sobre o processo saúde-doença-cuidado que informavam diferentes perspectivas em relação aos aspectos que deveriam ser valorizados na formação dos futuros profissionais de saúde.

Dos trinta docentes inicialmente contratados, como dissemos, mais de 40% vinham de áreas biomédicas e de pesquisas experimentais e biológicas. Dos docentes das áreas profissionais, a maioria possuía experiência de trabalho em serviços especializados ou hospitalares. Apenas cinco ou seis docentes

desse grupo inicial tinham aproximações com o trabalho na rede de atenção básica e com as discussões das políticas de saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso indicava que as estratégias de estruturação das atividades de ensino do eixo deveriam favorecer a apropriação dessas discussões pelo conjunto dos docentes.

Outra característica desse grupo inicial de docentes é que apenas dois eram moradores do município de Santos. Assim, era também necessário possibilitar-lhes maior conhecimento da cidade, das características de sua população, de seus principais problemas de saúde e da rede de serviços existentes.

A cidade de Santos, apesar de a maioria de seus habitantes ser de classe média, possuía territórios que concentravam populações de grande vulnerabilidade social: áreas de cortiços, palafitas e morros. Foi organizada uma visita dos docentes a esses territórios, ocasião em que foram feitos contatos com lideranças das associações locais. Essas visitas reforçaram a importância da inserção da universidade nesses locais e indicaram possibilidades de como estruturar as atividades de ensino.

Para o primeiro semestre de graduação, a decisão foi iniciar pela temática do processo saúde-doença-cuidado, com enfoque especial em como os diferentes modos de viver nos territórios se traduziam em diferentes possibilidades de adoecer e manter a saúde, e, em seguida, no segundo semestre, trabalhar a temática das políticas públicas e da organização dos serviços de saúde.

Para detalhar as atividades de ensino do primeiro semestre fez-se uma articulação com os docentes do eixo de Inserção Social, no qual estavam inicialmente alocados os conteúdos de antropologia, sociologia, filosofia e política. Realizaram-se várias reuniões conjuntas para definir o que deveria ser abordado com os estudantes. Os docentes possuíam diferentes referenciais teórico-conceituais e os encontros iniciais indicaram que a perspectiva não seria a de assumir um único referencial teó-

rico, e sim a de construir possibilidades de trabalho conjunto que permitissem o diálogo das diferenças.

Mas como fazer isso? Não havia clareza entre os docentes. Não seria mesmo possível saber *a priori*, haveria que se descobrir durante o processo. Oscilava-se entre priorizar conteúdos, temáticas, autores e textos, e estabelecer estratégias que pudessem estimular a construção de certo modo de pensar. Foram várias idas e vindas.

A formulação final foi que atividades de ensino deveriam reiteradamente provocar um deslocamento das certezas, das preconceções, e produzir nos estudantes interrogações, inquietações. Era também o que necessitava ser vivenciado pelos docentes: construir um modo de pensar comum que atravessasse as áreas profissionais e disciplinares exigia um deslocamento das certezas, dos referenciais teóricos de cada um, exigia enfim uma disponibilidade para se expor a algo desconhecido e experimentar o fazer junto.

O desenho geral do módulo do primeiro semestre foi de proporcionar aos estudantes, após um preparo inicial, vivências nos diferentes territórios da cidade que os deslocassem de suas áreas de conforto, que os mobilizassem para a discussão e para a leitura de textos. As vivências nos territórios não seriam apenas de observação, mas experiências de contato e conversa com as pessoas.

Ante o quebra-cabeça de possibilitar essas vivências para cerca de cento e noventa estudantes e, ao mesmo tempo, integrar conteúdos e constituir referenciais em comum entre os docentes, chegou-se à formulação de que os estudantes seriam divididos em turmas menores de vinte e cinco a trinta alunos cada uma e que se formariam duplas de docentes mesclados do eixo Trabalho em Saúde e do eixo Inserção Social. Também foram convidados os docentes dos eixos específicos para acompanhar e participar das aulas e das vivências do eixo TS.

### As articulações no município de Santos: rede de serviços de saúde e lideranças de movimentos sociais

Para viabilizar as atividades de campo foi agendada uma reunião dos docentes do eixo TS com o diretor do *campus* e com o secretário da Saúde de Santos. A proposta do eixo e do PPP do *campus* foi recebida com reticências pelo então secretário, devidas aos insucessos de articulações anteriores da Secretaria Municipal da Saúde com a Unifesp para a gestão do hospital municipal da região noroeste de Santos, quando causara incômodo o valor da taxa de administração que seria cobrada pela universidade ao município.

Foi difícil fazer a distinção de que a negociação tinha sido conduzida pela Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, o braço da universidade responsável pela gestão do Hospital São Paulo, e que vinha assumindo, como uma organização social, a gestão de diversos serviços públicos de saúde. Após muita conversa, seguiu-se a autorização para o contato com a equipe de gestão do nível central da secretaria.

Foram necessários diversos encontros com a equipe do nível central para apresentar e discutir a proposta de formação do eixo e também compreender a estrutura da SMS, a organização da rede de serviços, conhecer os principais problemas de saúde no município e as dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde para garantir o acesso universal e ofertar uma atenção de boa qualidade à população. As reuniões giravam em torno de quais processos poderiam ser desencadeados para possibilitar a formação dos estudantes na rede e ao mesmo tempo contribuir para a qualificação das equipes.

Foi considerada importante a participação da universidade nos processos de formação dos trabalhadores, principalmente no que se referia às políticas de saúde, gestão e organi-

zação do trabalho. Naquele momento, os docentes do eixo TS ofereceram à SMS a possibilidade de viabilizar o curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde.<sup>1</sup>

Na ocasião estava em discussão na SMS o modelo a ser implantado nos serviços de atenção básica. Por haver no município uma rede estruturada de unidades básicas de saúde, a opção da secretaria foi implantar o Pacs (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) nessas unidades e equipes de PSF (Programa de Saúde da Família) completas apenas em áreas de maior vulnerabilidade. Os agentes comunitários e enfermeiros para o Pacs estavam chegando às unidades e havia interesse da secretaria também em ampliar o conhecimento do território pelas equipes de saúde.

O envolvimento dos profissionais dos serviços de atenção básica, em especial dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde, no planejamento e no acompanhamento das atividades de campo dos estudantes nos territórios, com o apoio dos docentes, foi considerado muito importante.

A partir dessas discussões foram identificadas unidades de saúde de referência em cada um dos territórios. Os docentes que participariam das atividades do eixo TS (incluindo os docentes do eixo Inserção Social e dos eixos específicos) foram visitar essas unidades, conhecer as equipes, apresentar-lhes a proposta de formação e definir conjuntamente como poderia ser viabilizada a atividade de campo dos estudantes.

Os agentes comunitários de saúde acompanhariam as turmas de estudantes (oito a dez) nas atividades de campo, junto com um docente. Em alguns territórios percebeu-se que seria importante também acionar as lideranças das associações locais de moradores para viabilizar e acompanhar as atividades de campo, pois eram locais considerados mais violentos pelas equipes.

<sup>1</sup> Este curso, que era uma estratégia do Ministério da Saúde para capilarizar a política nacional de educação permanente, foi realizado em 2006 e envolveu oitenta profissionais da SMS de Santos.

A aproximação com as equipes da secretaria tinha de ser cautelosa. Como refere este docente da primeira turma, coordenador de um dos cursos:

[. . .] nas reuniões preparatórias nos centros de saúde nós estávamos desbravando um terreno, porque nós não tínhamos conhecimento de Santos [. . .] precisava muito cuidado no relacionamento com a Secretaria da Saúde, com as equipes [. . .] foi muito devagar, porque eles tinham uma ideia da entrada de faculdade diferente da nossa. Em geral, as faculdades iam a um local, faziam o estágio e iam embora, [. . .] nós não, nós queríamos construir algo que tivesse uma continuidade, tanto que existe até agora. Então isso foi feito de modo muito cuidadoso, [. . .] tem tudo a ver com o modo da coordenação do eixo trabalhar, então foi muito cuidadoso (coordenador de curso 5).

Com esses encontros traçou-se o desenho geral do módulo do primeiro semestre. Havia ainda a necessidade de fazer discussões conceituais entre os docentes envolvidos para um afinamento dos pontos principais a serem abordados com os estudantes e também para a definição dos textos de referência. Desse modo, iniciamos o ano de 2006 com uma agenda de reuniões e muitas incertezas, sem saber como aconteceria o módulo na primeira turma.

### O primeiro ano de graduação

O prédio alugado para as atividades de aula ainda não estava pronto quando chegou a primeira turma de estudantes. Assim, com muitos problemas de infraestrutura, começaram as aulas. Estar em sala com estudantes de diferentes áreas profissionais e com outros docentes era uma experiência nova para todos: “[. . .] foi um caminho bem difícil, que nem eu falei,

foi uma coisa de tentativa e erro, porque a gente não sabia como fazer [. . .]” (coordenador de curso 5).

Surgiam vários questionamentos dos estudantes a respeito dessa proposta de formação conjunta. Havia uma demanda importante para perceber a especificidade de cada área. Particularmente em relação ao eixo TS as dúvidas eram sobre o que haveria em comum no trabalho dessas diferentes áreas profissionais. Todas eram áreas do campo da saúde, inclusive a educação física? Essas eram também questões para o grupo de docentes. Expressavam-se ainda estranhamentos em relação às estratégias pedagógicas: a ênfase nas discussões em grupo, a elaboração de sínteses coletivas, etc.

As reuniões dos docentes envolvidos no eixo eram espaços para compartilhar as atividades e questões que surgiam em cada aula, discutir e afinar as combinações das próximas atividades, os textos e pontos a serem abordados. Nessas reuniões emergiam tensões, em especial nas escolhas dos textos, decorrentes do confronto de ideias, de diferentes modos de pensar e atuar. As definições e acordos aconteciam sempre de maneira provisória.

Além das reuniões, muitos debates eram realizados em ato, na sala de aula. Nesses debates se explicitavam diferentes entendimentos e perspectivas teórico-conceituais entre os docentes. Para alguns, esse processo era interessante e estimulante:

Eu entrava em sala de aula junto com a [. . .] e era bastante enriquecedor, [. . .] a gente tinha uma formação diferente, e era interessante as complementaridades que poderiam existir [. . .] é rica, é bastante rica essa possibilidade do aluno ter essa formação mais crua, [. . .] a gente estava sempre em um docente de TS e mais um do curso [. . .] eu achava que era bem interessante [. . .] era uma construção conjunta [. . .] uma construção junto com os alunos e com o grupo da TS (coordenador de curso 3).

Para outros, no entanto, esse processo era tenso e desgastante. As tensões aumentaram, em especial a partir da primeira atividade de campo. Por um lado, havia o desafio de colocar cento e noventa estudantes em campo pela primeira vez; por outro, ocorriam tensões decorrentes do contato com situações de vida diferentes da maioria dos estudantes e docentes.

Foram grandes as dificuldades para a operacionalização da atividade de campo, com a distribuição de pequenos grupos de estudantes em locais diversos da cidade, em territórios ainda pouco conhecidos e sem referência anterior. Problemas com o transporte, atrasos na saída dos grupos, desencontros com os profissionais das unidades e uma série de situações inesperadas ocorreram em campo. Como refere este coordenador, o primeiro ano foi como um desbravamento: "Então acho que assim, foi muito complicado o primeiro ano [...]. E era difícil porque a gente foi para os locais sem conhecer a cidade, sem conhecer os gestores, foi uma coisa meio de desbravar um lugar [...]" (coordenador de curso 4).

As dificuldades operacionais eram compreendidas pelos estudantes como desorganização e falta de planejamento, e geravam várias queixas. No entanto eram os questionamentos sobre a atividade de campo nas áreas de maior vulnerabilidade social que ganharam centralidade. A temática do perigo das ruas, da violência das áreas, emergiu com força entre os estudantes e docentes. Qual o sentido de expor os alunos ao "perigo" existente nessas áreas? Essa atividade de campo era mesmo necessária para a formação? Que tipo de aprendizagem propiciava? Deveria ser obrigatória para todos? Qual seria a responsabilidade dos docentes, caso algo acontecesse aos estudantes? Essa atividade de campo não deveria ser autorizada pelos pais dos alunos?

Foram debates intensos que se sucederam. Parte dos docentes expressava suas posições diretamente aos estudantes, que explicitavam diferentes concepções sobre o ensino e o papel da

universidade pública. A atividade de campo foi objeto de discussão na instância de decisão máxima do *campus* que acabou por definir pela sua manutenção. O desafio passou a ser como lidar com as posições divergentes entre os docentes, de maneira que isso não acirrasse uma disputa político-ideológica.

Para os docentes envolvidos no eixo as dificuldades eram várias. Como envolver os estudantes das diferentes áreas profissionais nas atividades e dar sentido a elas? Como possibilitar referenciais de análise de situações vividas nesses diferentes territórios e perceber preconceitos, concepções e diferentes posições ético-políticas nas maneiras de compreender e analisar as situações?

No segundo semestre do primeiro ano a temática escolhida, como dissemos, foi a das políticas públicas, das políticas de saúde e da organização da rede de serviços. Foi um momento importante de formação dos docentes do *campus* sobre o SUS. O curso de formação de facilitadores de educação permanente que havia sido iniciado contribuiu para a aproximação dos docentes à rede de serviços. Nesse semestre as discussões no *campus* giraram em torno do contraste entre a proposta do SUS e o que era observado nas idas aos serviços, discussões que exigiam o cuidado de que o SUS não viesse a ser desqualificado pelas críticas.

Ao final do primeiro ano de graduação foi realizada uma assembleia de avaliação das atividades do eixo com o conjunto dos estudantes. Levantaram-se questões operacionais, organizacionais e pedagógicas. Os estudantes se ressentiam do que consideravam uma falta de objetividade do eixo. Destacavam que as discussões em grupo eram excessivas e que tudo era problematizado, questionado e desconstruído com pouca oferta de conteúdos objetivos. Além disso, consideravam ponto problemático as diferenças de orientação dos docentes entre as turmas. Vários aspectos foram debatidos e algumas propostas votadas e encaminhadas. Tratou-se de experimentar também um planejar conjunto com os estudantes. O desenho geral dos

módulos do primeiro ano foi mantido, com reformulações na organização das atividades em sala de aula, na condução e sistematização das discussões e no processo de avaliação.

Para além dessas questões, a temática central dos debates era o sentido das atividades do eixo para a formação. Questionava-se se interessariam a todos os profissionais da saúde. Em especial, havia muitas queixas dos estudantes de educação física e de fisioterapia, que não conseguiam ver o sentido do que havia sido abordado para a sua prática profissional.

A avaliação do grupo de docentes que havia integrado o eixo, ao final do primeiro ano, era de ser um processo bastante exigente. Além do tempo em reuniões, havia a exigência de leituras, de disponibilidades para o debate e para experimentar situações novas. Para os docentes dos eixos específicos que acompanharam as turmas a experiência foi considerada importante:

E aí, o primeiro ano de TS era conhecer as regiões de Santos e [...] foi bom também porque nossos professores não eram de Santos, então era um conhecimento para os professores também [...]. Foi muito rico, para mim, no sentido de que foi uma experiência muito nova, algo que eu não tive na minha formação (coordenador de curso 5).

Então, eu não tive formação específica para trabalho na área da saúde, eu fiz graduação em licenciatura e fui fazer mestrado e doutorado praticamente no laboratório, cuidando de voluntários [...]. Então para mim também era novidade [...] a aproximação com a área da saúde [...] a possibilidade de capacitação e qualificação mínima para discutir o assunto; então, ainda que eu estivesse muitos momentos caminhando junto com os alunos na questão dos textos, do aprendizado, esse é um ponto bastante importante (coordenador de curso 1).

A estratégia de dividir, com os docentes do eixo Inserção Social, a responsabilidade pelas atividades de ensino de ambos os eixos foi importante para viabilizar o primeiro ano de graduação em turmas menores e para visualizar possibilidades de articulação entre esses dois eixos comuns. Para o segundo ano de graduação, no entanto, não seria possível manter essa mesma estratégia.<sup>2</sup>

Para o segundo ano de graduação foi concursado apenas mais um docente para o eixo Trabalho em Saúde mantendo-se o desafio de viabilizar atividades de ensino do eixo para turmas menores. Porém os maiores desafios eram de outra ordem: como avançar na construção do que seria comum às diferentes áreas profissionais? Quais deveriam ser as estratégias do segundo ano? Como trabalhar os questionamentos que emergiam sobre a proposta de formação do eixo?

As exigências conceituais e de operacionalização demandaram apoio externo. O professor Emerson Merhy foi convidado a coordenar uma oficina no final de 2006 com todos os docentes e representantes da Secretaria Municipal da Saúde. Nessa oficina se delinearão diretrizes para a organização das atividades do segundo ano de graduação do eixo e ficou clara a importância de manter uma assessoria externa.

### O segundo ano de graduação: o eixo como dispositivo

As atividades do primeiro ano de graduação haviam possibilitado uma percepção geral das condições de vida nos diferentes territórios, das relações dessas condições com a situação de saúde da população e dos serviços de saúde. Era preciso, no entanto, ampliar a percepção das necessidades de saúde das

<sup>2</sup> Participar das atividades de ensino de ambos os eixos dobrava o tempo necessário para o planejamento e organização das atividades. Com duas turmas de graduação era difícil reproduzir a participação conjunta em aulas e atividades de ambos os eixos. Além disso, as tensões decorrentes de diferentes concepções, percepções e referenciais teórico-conceituais entre esses docentes foram grandes.

pessoas, dos grupos populacionais e das ações de cuidado para intervir nessas demandas.

Os exercícios da escuta, da sensibilidade, da capacidade de estabelecer laços de confiança, de dialogar, de perceber relações entre fenômenos, de raciocínio clínico seriam aspectos importantes a serem trabalhados com os estudantes. Esses aspectos são dimensões do que passamos a denominar de clínica comum às várias áreas profissionais.

Assim, o foco nesse segundo ano passou a ser a clínica e as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, em especial as tecnologias leves.<sup>3</sup> Com a perspectiva de constituição de uma clínica comum às diversas áreas profissionais, ficou cada vez mais evidente que o eixo deveria ser constituído por docentes das várias áreas e também deveria funcionar como um dispositivo, de maneira que os aspectos da formação nele trabalhados não ficassem restritos a esse espaço. O eixo seria um recurso de agenciamento, de ligação, espaço em que se explicitassem práticas profissionais predominantes e se experimentassem outros modos de fazer em comum.

Dessa forma, os docentes dos eixos específicos, diferentemente do ocorrido no primeiro ano de graduação, quando apenas acompanhavam as atividades em sala de aula, passaram a assumir a condução de turmas de estudantes junto com os docentes contratados exclusivamente para o eixo. A perspectiva nesse segundo ano seria trabalhar com turmas menores de estudantes e possibilitar maior número de atividades de campo.

Várias reuniões foram necessárias para chegar ao desenho do módulo do primeiro semestre, denominado "Prática clínica integrada: análise de demandas e necessidades de saúde". A opção foi utilizar como estratégia central do módulo a construção de narrativas de vida. Considerou-se que ouvir e elaborar

3 A respeito das tecnologias de cuidado em saúde, ver Capítulo 11: "Ver a si no ato de cuidar" (página 249).

histórias de vida ofereceria condições para o estudante exercitar a escuta, apurar a sensibilidade ante o sofrimento e desenvolver habilidades para lidar com o momento do encontro clínico.<sup>4</sup>

As narrativas de pessoas ou famílias dos territórios que foram visitados no primeiro ano de graduação seriam construídas por duplas de estudantes. As famílias seriam selecionadas pelos docentes, junto com as equipes dos serviços desses territórios. Essa estratégia possibilitaria, ao mesmo tempo, um passo além na aproximação dos docentes às equipes e a esses territórios.

Após um período de preparação dos estudantes, seriam realizadas as atividades de campo, com encontros nos domicílios das pessoas selecionadas. Avaliou-se que seria importante possibilitar aos estudantes a experiência de conviver por um tempo com as pessoas nas suas residências.

Os encontros seriam seguidos de uma supervisão em grupo para trabalhar as questões que emergiriam do encontro: sentimentos mobilizados, angústias, identificações, preconceitos, alegrias, resistências, facilidades, dificuldades e aprendizagens de diversas ordens. Também seriam discutidas as interpretações que tivessem se formado acerca das histórias e orientada a construção da narrativa.

Uma dupla de docentes de diferentes formações profissionais seria responsável pelo acompanhamento de um grupo de vinte estudantes. A perspectiva seria possibilitar também a percepção do que havia de comum nas histórias de vida singulares e exercitar assim certo raciocínio clínico-epidemiológico, um ir e vir do individual e do coletivo. As atividades desse semestre subsidiariam a construção de propostas de intervenção

4 Embora de modo não predominante, narrativas já vinham sendo utilizadas em clínica médica para compreender as relações estabelecidas entre acontecimentos da vida e as questões de saúde, seus sentidos e significados. Ver: T. Greenhalgh & B. Hurwitz. Why study narrative? *BMJ*, n.º 318, pp. 48-50, 1999.

nas necessidades prevalentes de saúde a serem realizadas no segundo semestre.

A narrativa construída ao final do semestre já era um exercício inicial de trabalho em comum dos estudantes. Essa narrativa seria lida e submetida à apreciação da pessoa acompanhada e, se autorizada, seria apresentada à equipe do serviço e anexada ao seu prontuário. O ato de submeter a narrativa à apreciação da pessoa acompanhada foi polêmico entre os docentes. A questão do poder envolvido na relação entre o profissional e o sujeito atendido esteve em discussão, e concluiu-se que a leitura seria um exercício importante de valorização do saber do outro, de construção compartilhada.

Após essa definição geral do que se pretendia trabalhar com os estudantes, surgiram outras questões. O que se entendia por narrativa? Como orientar sua construção? Que aspectos deveriam ser priorizados? Como seria a atividade de supervisão? Quais seriam os instrumentos para acompanhar e avaliar as atividades do módulo? Como seriam conduzidos os problemas identificados? Como deveria ser a ponte com as questões da epidemiologia?

Das discussões realizadas optou-se pela elaboração de um texto didático, denominado "A narrativa na clínica comum" (Anexo 1), que seria oferecido aos estudantes. Também foram construídos textos de orientação para as atividades de campo e para o registro dos encontros na forma de diários de campo (Anexo 2). Esses materiais serviriam como guias para estudantes e docentes.

Para a maioria dos docentes envolvidos no módulo, todas essas questões eram novas. Havia distintas interrogações e estranhamentos específicos sobre o que estava sendo proposto, conforme a área profissional. Exercitar a escuta, analisar os sentimentos, as impressões que emergiam dos encontros em espaços de supervisão coletiva era familiar, por exemplo, aos docentes do curso de psicologia e de terapia ocupacional, mas não aos demais. Por outro lado, o tema da epidemiologia, que

era usual aos demais, causava estranhamento a docentes da psicologia.

O processo de construção da proposta desse módulo foi produto de uma composição em que uns contribuía com as estratégias, alguns com o desenho organizacional e outros com as formulações conceituais. Ninguém havia experimentado antes o que estava sendo proposto, mas havia a sensação de que algo interessante estava sendo gestado, além da disposição para experimentar.

O módulo teve início com muitas questões em aberto, com a perspectiva de serem trabalhadas ao longo do seu acontecer, numa agenda semanal de reuniões. Uma clínica (em) comum estaria sendo constituída — ao mesmo tempo — para os estudantes e para os docentes. Ao final do período do planejamento, pela importância da temática, foi decidido que, além dos docentes responsáveis, seriam convidados a acompanhar as atividades do módulo todos os novos docentes dos eixos específicos que chegassem ao longo do semestre.

### A implementação do módulo de narrativas

Os estudantes puderam escolher a região em que gostariam de realizar o segundo ano de graduação. Causou certa surpresa que um número significativo de estudantes viesse a escolher áreas mais distantes da cidade (região das palafitas e morros). A aproximação feita no primeiro ano de graduação havia gerado interesse em continuar o trabalho na região, o que se evidenciava também no movimento de alunos e docentes para iniciar projetos de extensão com a população dessas áreas.

As dificuldades operacionais para viabilizar várias atividades de campo para cento e oitenta alunos foram grandes. Além das dificuldades com o transporte, havia pouco espaço físico nas unidades de saúde e dificuldades de apoio das equipes dos serviços para acompanhar os estudantes aos domicílios

das pessoas selecionadas, em especial nas áreas consideradas mais violentas. Foi necessário experimentar diferentes arranjos para conseguir diminuir um pouco as dificuldades operacionais. Somava-se a isso a desistência de algumas pessoas acompanhadas.

As histórias de vida eram complexas, e entrar nos domicílios fazia emergir uma série de questões que não se sabia muito bem como manejá-las. O contato com as precariedades sociais, com as tensões nas relações familiares, com as dificuldades de atendimento, entre tantas outras, se revelava com intensidade. Como conduzir a supervisão? Que aspectos priorizar? O que fazer com as demandas identificadas? Que respostas poderiam ser dadas? Iríamos apenas ouvir histórias sem intervir? Estaríamos apenas usando as pessoas para a formação dos estudantes, sem nada oferecer em troca?

As reuniões docentes eram os espaços para lidar com essas questões. Não havia protocolos a seguir, as respostas tinham que ser construídas coletivamente. Em várias delas, uma proposição inicial se transformava em direção inesperada para todos. Era um processo bastante exigente — ao mesmo tempo instigante, intenso, alegre, cansativo, complexo. Diferentes modos de compreender as situações e nelas intervir, que se relacionavam, de alguma forma, com as áreas profissionais, coexistiam em tensão e, às vezes, confrontavam-se.

Os encontros com as experiências de vida mobilizavam diversos tipos de sentimentos, afetos e sofrimentos. Os estudantes faziam questionamentos e o módulo passou a ser amplamente discutido no *campus*. Qual era mesmo o objetivo do módulo? Era “só” ouvir as pessoas? Quais conteúdos estavam sendo trabalhados? Seu objetivo era provocar choro nos estudantes? Não seria precoce expor os estudantes a essas experiências? Para alguns docentes do *campus* que não participavam do eixo, os estudantes ainda não tinham maturidade para entrar em contato com essas histórias de vida.

Dar respostas a essas questões não era uma tarefa fácil para os docentes que estavam compondo o módulo. Eles tam-

bém as faziam, em algum grau, a si mesmos. Não se sabia exatamente o que se estava produzindo, mas havia a percepção de que a experiência do encontro com as pessoas e suas histórias de vida mobilizava de forma significativa estudantes e docentes, e problematizava as práticas profissionais predominantes.

As reuniões dos docentes do eixo TS prosseguiam com tensões também decorrentes de diferentes expectativas de como deveriam ser essas reuniões. Para alguns, havia a necessidade de analisar, compreender melhor as questões que emergiam no módulo e construir respostas coletivas. Para outros, as discussões eram excessivas e pouco objetivas. As diferenças também estavam relacionadas, em alguma medida, com as políticas de subjetivação implicadas com as distintas áreas profissionais:

Então era muito complicado, no meu curso temos outro perfil [...] é mais objetivo, gostamos de resolver mais rápido. Em contrapartida, tem os professores que gostam de discutir: “Como é que vamos fazer? Qual a conceitualização teórica disso? Como é que vamos contextualizar?” (coordenador de curso 2).

O perfil do profissional do meu curso [...] tem uma perspectiva de prática, de movimento bastante acentuado [...] então o professor que está participando do planejamento às vezes não tem a paciência, a tolerância de avaliar demais (coordenador de curso 1).

Todo o semestre foi bastante tenso. Era difícil equacionar as diferentes expectativas e necessidades dos docentes que compunham o módulo. A cada atividade de campo, imprevistos e novas questões surgiam. Antes do término do semestre, parte dos estudantes fez um movimento por mudança na carga horária dos eixos, reivindicando redução de horas nos eixos IS e TS e aumento nos eixos específicos; argumentava-se que

faltava tempo para mais conteúdos de cada profissão. Ao final do semestre, no entanto, ocorreu um fato que talvez tenha sido decisivo para sustentar a proposta de TS junto aos estudantes: a leitura da narrativa às pessoas acompanhadas.

Se durante as visitas para a obtenção das histórias ficava a dúvida se aquele esforço poderia servir para algo, a leitura do resultado transformou as impressões duvidosas. Naquele momento foi possível perceber que havia sido terapêutico para muitas pessoas contar — e ouvir — suas histórias de vida. Os retornos surpreenderam os estudantes, docentes e equipes.

Grande parte dos estudantes finalizou o módulo muito tocados e envolvidos com as pessoas que haviam acompanhado. Foram elaboradas cerca de noventa narrativas em três diferentes regiões da cidade. Na atividade de final de semestre, que mesclou grupos diferentes de estudantes para compartilhar as narrativas, foi possível perceber a riqueza das histórias de vida, a diversidade de modos de viver e, ao mesmo tempo, problemas comuns decorrentes de condições sociais similares. Os relatos do momento de leitura para as pessoas acompanhadas emocionavam:

[. . .] chegamos na casa da D. J. para ler sua narrativa. Era uma história de superação de dificuldades para cuidar de sua filha que tinha paralisia cerebral. Ela nos recebeu dizendo que estava indo ao pronto-socorro, pois sentia uma dor forte no peito desde que acordou. Dissemos que retornaríamos outro dia para fazer a leitura, mas ela insistiu para que lêssemos naquele momento. À medida que íamos lendo, D. J. se emocionava e chorava. Quando terminamos ela disse: “Eu não sabia que era tão forte assim [. . .] e minha dor no peito passou [. . .] acho que não preciso ir mais para o pronto-socorro” — nos marcou muito, foi muito forte mesmo (estudante de terapia ocupacional).

Foi possível perceber que muitos acontecimentos, e também maneiras utilizadas pelos acompanhados para cuidar da própria saúde, eram desconhecidos pelos profissionais dos serviços. Os questionamentos então passaram a ser de outra ordem. O que fazer com o vínculo que havia sido criado? O que fazer com as necessidades de atenção que haviam sido identificadas? As equipes conseguiriam dar continuidade ao seguimento iniciado? Como seria o quarto termo?

Finalizou-se o semestre com a avaliação dos docentes envolvidos de que a estratégia do módulo era potente para trabalhar as questões ligadas à escuta, ao vínculo, ao momento do encontro clínico. No entanto, essas questões eram valorizadas de forma diferente nas áreas profissionais, como explicita este coordenador ao se referir aos docentes do seu curso:

[. . .] eles vêm com uma ênfase muito reabilitadora, [. . .] isso vem inclusive da nossa formação [. . .] o importante é o aluno aprender o que ele tem que fazer no hospital, [. . .] muito focados nessa parte de reabilitação, de medicalização, de técnicas [. . .] isso é muito difícil trabalhar no grupo de professores. Muito difícil. Então, [. . .] a gente tinha os alunos que questionavam: “por que, qual é a importância do TS? a gente poderia ter outras coisas. Por que tanta carga horária? Por que tantas visitas?” Os professores também tinham os mesmos questionamentos: “Não estou vendo muito significado, poderia ter outros conteúdos trabalhados” (coordenador de curso 2).

As atividades do TS eram consideradas, por muitos, como um adicional, algo a mais na formação dos estudantes, mas não necessariamente constituinte importante das práticas profissionais. Ou seja, a formação profissional era identificada com aquela que acontecia nos módulos dos eixos específicos. Assim, o desafio era essa formação produzir sentido para as diferentes áreas profissionais.

No final do terceiro semestre percebeu-se que havia a necessidade de considerar e dialogar mais com as especificidades de cada área profissional. Era necessário constituir um caminho que possibilitasse, ao mesmo tempo, interrogar as práticas predominantes e construir novas possibilidades de trabalho em conjunto. O tensionamento não poderia resultar na desidentificação de qualquer das áreas profissionais com o eixo TS.

#### A construção do quarto semestre: o trabalho com grupos

O quarto semestre foi orientado para proporcionar aos estudantes experiências de intervenções em equipe. A ideia inicial era realizar intervenções que envolvessem as pessoas que tiveram suas narrativas construídas e trabalhar com problemas de saúde prevalentes nos territórios. Essa seria uma forma de retorno para as pessoas acompanhadas e para as equipes das unidades de saúde.

Mas quais seriam as possibilidades de intervenção de estudantes do segundo ano de graduação? A perspectiva foi de desenvolver ações com grupos populacionais no campo da promoção e da educação em saúde, que já eram demandas explicitadas por alguns cursos. Proporcionar subsídios para os futuros profissionais lidarem com grupos (equipe e população) foi considerado importante para todas as áreas e, assim, orientou-se a construção do módulo denominado "Clínica integrada: atuação em grupos populacionais", que dava continuidade à constituição da clínica comum aos diversos profissionais da saúde.

A estratégia central do módulo foi montar equipes com pelo menos um aluno de cada curso. Esse grupo-equipe teria a tarefa de construir uma proposta de intervenção para um grupo populacional dos territórios, que integrasse as diversas áreas profissionais. Consideramos importante marcar que as intervenções deveriam prever ações corporais e de conversa. Era uma

forma de explicitar a importância da contribuição de todas as áreas. Em especial, uma forma de envolver mais docentes e estudantes das áreas de educação física e de fisioterapia que tinham dificuldades em relacionar o que acontecia no eixo com sua prática específica.

A perspectiva era criar estratégias que misturassem as várias áreas e possibilitassem uma aprendizagem no coletivo, no processo de se constituir como equipe. O desenho geral do módulo mantinha a estrutura do semestre anterior com um preparo inicial, atividades de campo intercaladas com supervisão docente, e um momento final, com uma devolutiva e avaliação do trabalho desenvolvido com as pessoas acompanhadas e profissionais dos serviços.

Para esse módulo havia a necessidade de cada docente estar com um grupo menor de estudantes. Foi considerado viável orientar dois grupos de no máximo sete estudantes cada um. Assim haveria a necessidade de um número maior de docentes. A composição do grupo docente no quarto semestre teve que ser bastante negociada, pois alguns já explicitavam que não "tinham perfil para integrar o eixo" ou que "não haviam sido contratados para integrar o eixo". Além dos desafios conceituais, dos deslocamentos exigidos de suas práticas tradicionais de ensino e de atenção, havia uma carga grande de reuniões de planejamento e necessidade de tempo para os contatos com os serviços e a organização das atividades de campo.

E quer dizer, esse cenário que é a vida real, ele tem que ser minimamente negociado, não é assim: "vamos!" E, além disso, tem a conversa entre o grupo de docentes que está envolvido, para ter minimamente uma troca, um afinamento ou não [. . .]. Então a gente ainda tinha reuniões, [. . .] entre os docentes, mais o momento de articulação nos serviços e mais o dia de aula do aluno. Eu tinha pelo menos três períodos da semana em que a

minha dedicação era para o eixo TS (coordenador de curso 3).

Por outro lado, era inegável que o eixo deveria continuar sendo constituído por docentes dos diversos cursos. Ter uma referência de cada área profissional no TS era importante tanto para os estudantes como para a formação dos docentes. Ficou acordado no *campus* que nos editais de contratação de novos docentes dos eixos específicos todos iriam integrar um dos módulos do eixo TS.

Conseguiu-se uma composição de docentes para o quarto termo, porém com número diferente de cada curso. Para viabilizar o módulo contou-se com docentes dos eixos específicos que já desenvolviam trabalhos com grupos populacionais e que poderiam inserir os alunos do TS. Também se buscou o apoio de profissionais da rede para as atividades de campo. Assim foi possível realizar o módulo nesse ano.

Nas reuniões de docentes para planejamento do módulo explicitavam-se diferentes modos de compreender o trabalho em equipe, o trabalho com os grupos e também o campo da promoção e da educação em saúde. A partir dessas discussões definiu-se que o módulo problematizaria as práticas prescritivas que tentam induzir mudanças de hábitos individuais, tornando-se também proscritivas quando condenam atitudes consideradas de risco. Para isso, consideramos importante retomar o debate acerca do conceito de saúde e da importância de os profissionais estabelecerem diálogos entre os conhecimentos técnico-científicos e estudos epidemiológicos e a singularidade do viver e do adoecer.

A decisão foi por intercalar momentos de discussão da epidemiologia, subsidiando as práticas de promoção e educação, com momentos de discussão que problematizassem a aplicação automática da noção de risco epidemiológico em situações singulares. Contudo esta não se mostrou uma boa estratégia.

Um analisador das dificuldades enfrentadas nesse momento foi a tensão gerada pelo texto "O normal e o patológico: uma discussão atual", de Benilton Bezerra Jr., que escolhemos para retomar a discussão sobre a saúde. O questionamento de um referente quantitativo para a definição de saúde e doença, a partir da noção de "normatividade vital" de Canguilhem, foi compreendido por alguns docentes como problemático. A percepção foi que o texto desqualificava o saber epidemiológico e conseqüentemente as práticas que se baseavam em sua utilização.

A intensidade dos debates entre os docentes a partir desse texto indicou que estavam em jogo não apenas diferentes compreensões sobre o conceito de saúde, mas práticas e referenciais constitutivos de áreas profissionais. Não conseguimos manejar nesse momento as diferenças como oportunidades de ampliação do conhecimento mútuo. Multiplicaram-se as tensões entre docentes dos diferentes cursos.

Outro desafio era pensar qual o trabalho que poderia ser realizado com grupos em um semestre. Que efeitos poderiam ter? O que seria priorizado? A perspectiva foi pensar que o trabalho em grupo poderia ser um dispositivo para possibilitar encontros, compartilhar experiências de vida, saberes, estabelecer laços de convivência, visualizar novas possibilidades, novos projetos e, dessa forma, produzir saúde. Integrar um grupo poderia dar sustentação para a prática do cuidado de si e de outros. Assim havia a preocupação de possibilitar, aos participantes, o encontro com a potência das atividades grupais e, quando possível, promover sua continuidade.

A definição foi por utilizar o formato de oficinas. Este formato permitia que a atividade pudesse ocorrer com número variável de participantes. As oficinas previam um momento de aquecimento, uma atividade principal, um momento de fechamento com avaliação e levantamento de interesses para o próximo encontro. Foi elaborado um material didático que apresentava as diretrizes do trabalho em grupo denominado

“Notas sobre grupos” (Anexo 3) e também um material para orientar a organização das oficinas (Anexo 4).

Para viabilizar os grupos, a articulação com as equipes de saúde era fundamental. Havia a expectativa de que as equipes pudessem participar da definição e do planejamento dos grupos que seriam realizados. A diretriz era articular com os grupos que já existiam ou que pretendiam ser implantados nas unidades de saúde. Avaliava-se que essa atividade favoreceria a futura inserção de estagiários.

No contato com as equipes de saúde percebeu-se, porém, que as possibilidades eram restritas. Parte significativa das unidades não tinha possibilidade ou disponibilidade para grupos no dia das atividades do eixo. Foram então realizados contatos com equipamentos de outras secretarias existentes no território (da Educação, da Ação Social, do Esporte), bem como associações comunitárias e ONGs, obtendo-se uma lista de possibilidades de trabalho com grupos.

Optou-se por apresentar, aos estudantes, o módulo e as possibilidades de tipos de grupo (crianças, idosos, adolescentes), para que compusessem equipes a partir do interesse comum pelos grupos populacionais. Após a escolha dos grupos,

mentos em que os estudantes de cada curso estariam com docentes de suas áreas (denominadas de supervisões específicas). Avaliou-se que esta seria uma forma de valorizar as atividades do eixo para os estudantes de cada curso. Também abriria mais possibilidades de diálogo com as áreas específicas.

### Implementação do módulo de grupos

Tornar viável a realização simultânea de cerca de vinte e cinco grupos, abrangendo cento e oitenta estudantes no município de Santos, não foi uma tarefa fácil. As negociações institucionais envolviam agora outras secretarias além da de Saúde. A organização da rede municipal era bastante centralizada e as equipes nos territórios necessitavam de autorizações dos níveis centrais. Os contatos se multiplicavam para apresentar o projeto do eixo TS e conseguir a autorização para as atividades. Foram frequentes os problemas com o fluxo das informações e diversos incidentes aconteceram.

Também não era simples viabilizar a proposta dos grupos. Permanecia o debate sobre o que os estudantes poderiam fazer e qual seria o papel de cada um deles.

de orientação de atividades que deveriam ser realizadas sem, no entanto, dialogar com a situação da equipe interprofissional.

Afinal, o que seria uma supervisão específica quando o foco era o trabalho em equipe? Seria mesmo necessário ter momentos de supervisão específica de cada curso? Os estudantes se queixavam das diferenças entre as supervisões de cada curso e também dos espaços de supervisão geral. Apontavam que os docentes do eixo orientavam o trabalho de forma diferente (alguns pediam que cada curso fosse responsável por uma atividade, outros estimulavam propostas integradas). Outra queixa era a falta de horário comum na grade semanal para planejar conjuntamente as oficinas e realizar os trabalhos de equipe.

No final do semestre, apesar das dificuldades, a maioria das equipes tinha conseguido implementar ao menos parte da proposta de grupo. O trabalho de cada equipe foi apresentado no formato de *poster* e também em sessões de exposição oral que aglutinavam grupos por temáticas semelhantes. Para a apresentação dos trabalhos foram convidadas pessoas que integraram os grupos e também as equipes dos serviços.

No conjunto era possível perceber que muitas atividades criadas pelos estudantes resultavam de uma elaboração conjunta que misturava diversas contribuições. Assim, por exemplo, uma proposta de trabalhar a leitura de rótulos de alimentos para um grupo de adolescentes se transformou numa proposta de trabalhar rótulos sociais, corporais e outros. O retorno das equipes e das pessoas que haviam participado do grupo sobre os efeitos produzidos demonstrava a potencialidade das intervenções. O semestre foi finalizado com uma avaliação positiva pelos estudantes, apesar da constatação da necessidade de aprimorar o modelo. Muitos afirmavam que agora conseguiam entender um pouco mais a proposta do eixo TS.

Após os dois primeiros anos, a proposta era avaliada como importante e inovadora, porém havia o desafio de sustentá-la para os duzentos e quarenta estudantes que passaram a ingressar por ano e implantar o módulo do terceiro ano. Amplia-

vam-se as dificuldades para manter o número de docentes — vários que haviam participado do segundo ano de graduação não iriam seguir adiante. O motivo explicitado era o de sobrecarga de trabalho. Alguns estavam em cargos de coordenação do curso, outros passariam a ter doze horas na graduação, além das atividades de extensão e pesquisa, e o eixo TS exigia tempo e investimento na sua construção.

Particularmente ao final do quarto termo emergiram com força os questionamentos sobre o lugar dos saberes específicos no eixo e, conseqüentemente, de como deveria ser a inserção dos docentes dos eixos específicos. Havia percepção que esses saberes não eram valorizados, como expressa este coordenador:

[. . .] não é colaboração, porque [. . .] alguém que colabora [. . .] não está dentro. Então o eixo quer a entrada e a permanência de docentes do eixo específico, porque faz sentido para o Trabalho em Saúde que tenham pessoas das áreas, mas se não é para expressar a área, qual que é a necessidade disso? Isso, eu como coordenador, ouvi de alguns professores: se eu vou lá e o meu saber de [. . .] não está sendo exigido, por que que eu tenho que estar lá? Então, eu desconsidero meu saber e me considero um profissional de saúde? (coordenador de curso 3).

A demanda pela especificidade não era exclusiva dos docentes das áreas profissionais. Também parte dos docentes que integravam exclusivamente o eixo e vinham do campo da saúde coletiva demandava por maior expressão desse campo.

O debate sobre o lugar dos saberes e núcleos profissionais passou a ser central na constituição do módulo do terceiro ano de graduação do TS. Como avançar nas experiências de trabalho integradas? Como dialogar com as diferentes áreas profissionais na constituição do eixo? O que faria a conexão dos diferentes núcleos profissionais? Essas questões se associavam

a dúvidas de como seria composto o quadro de docentes do terceiro ano.

### TS no terceiro ano de graduação

Para a elaboração do terceiro ano do eixo TS foram importantes os momentos de supervisão com o professor Emerson Merhy, na medida em que nos ajudaram a analisar como estávamos constituindo as relações entre as diferentes áreas profissionais. As dificuldades de composição com algumas áreas indicavam que não estávamos conseguindo construir o pertencimento de todos os núcleos profissionais ao eixo, como explícita esta fala:

[...] já vinha um pouco quase que um núcleo, um fundamento do grupo dos docentes do próprio eixo TS; não necessariamente a gente vinha e compunha, eu penso que esse é um ponto nevrálgico [...] o olhar sobre os docentes do específico era um olhar um pouco de que a gente não vinha com um acúmulo, que nós éramos muito disciplinares (coordenador de curso 3).

De fato, como percebemos posteriormente, havia certa dificuldade em negociar com posições divergentes, decorrente da ideia de que isso seria ceder às práticas predominantes. A coordenação do eixo defendia uma direção para as ações que aglutinava uma parte dos docentes dos eixos específicos e da saúde coletiva, mas que não era consenso. Considerava-se que era importante a composição entre as diferentes áreas, mas não visando um somatório de conhecimentos, e sim à interseção dos núcleos profissionais. No entanto havia muitas dúvidas de como conseguir essa composição.

A estratégia pensada foi avançar nas experiências conjuntas de produção de cuidado. Julgava-se que, caso contrário, havia o risco de os módulos do TS se constituírem numa

formação "prévia" à formação profissional, esta identificada com a aquisição do saber técnico do núcleo profissional. Concebia-se que o cuidado estava no campo de todo profissional, mas também no campo que não era de nenhum território profissional específico. Nessa perspectiva, era importante que parte significativa dos docentes, que já vinham participando dos dois primeiros anos do TS, pudesse compor o terceiro ano, em conjunto com os novos docentes que estavam sendo concursados.

As dificuldades de composição do quadro de docentes e as diferentes concepções sobre como deveria ser o terceiro ano do TS levaram a discussão para uma instância de decisão do *campus*, acima do eixo: o Conselho de Gestão e Acompanhamento do Projeto Político-Pedagógico (CGAPP), que reunia direção do *campus* e coordenadores dos cursos e eixos. O debate nessa instância foi intenso, prevalecendo a perspectiva de que era o momento da especificidade profissional e, portanto, deveria ele ser constituído e planejado essencialmente pelas áreas profissionais. Dessa forma, decidiu-se que os novos docentes, contratados para as áreas clínicas de cada curso, seriam os responsáveis pelo módulo, que, excepcionalmente, ocorreria apenas no segundo semestre do ano, para dar tempo de os concursados ingressarem.

Todos os editais do ano de 2008, que foram para as áreas clínicas dos eixos específicos, previam a inserção também no eixo TS. No total chegaram quinze novos docentes (três por curso). Com a decisão do CGAPP, se abriu um debate no eixo: havia os que discordavam da decisão de iniciar o terceiro ano apenas com os docentes novos das áreas clínicas e os que achavam que o mais importante era implantar o módulo, caso contrário corria-se o risco de o eixo ser realizado apenas nos dois primeiros anos de graduação. Definiu-se que o módulo do terceiro ano deveria ser implantado e, apesar de haver controvérsias, optou-se pela participação da coordenação do TS na condução do planejamento do módulo, de forma que possibilitasse articulações com o que vinha sendo implementado.

Os novos docentes foram chegando em diferentes momentos do primeiro semestre e, na medida do possível, acompanharam as atividades do módulo das narrativas. Muitos desses docentes vinham de áreas hospitalares e especializadas, e a inserção em serviços da atenção básica, a proposta de formação integrada, as atividades de campo em territórios de maior vulnerabilidade social, a utilização de narrativas de vida, a perspectiva de constituição de uma clínica comum, entre outros, não

com apoio matricial de docentes das outras áreas profissionais, complementares à dupla, nas supervisões que ocorreriam no *campus*. Três docentes de saúde coletiva dariam apoio no contato com os serviços, nas atividades iniciais e nas supervisões que seriam realizadas na universidade.

Na última reunião de planejamento, quinze dias antes do início do semestre, alguns dos novos docentes ainda não tinham confirmado a participação em algumas atividades iniciais.

ensinar o caminho, o que aumentou a insegurança dos docentes e alunos.

A atividade de supervisão que se seguiu foi bastante conturbada. Além das questões relacionadas à segurança nos territórios surgiram questionamentos: como viabilizar projetos terapêuticos para aqueles casos? O que poderia ser realizado por estudantes do terceiro ano de graduação?

Numa posterior reunião docente foram expostas algumas dificuldades: relacionadas ao trabalho nessas áreas; à compreensão de como estava organizado o sistema de saúde e os serviços de atenção básica; à compreensão da proposta de ensino do TS e do módulo. Também foi trazida uma série de questões: como alunos de terceiro ano poderiam intervir em problemas de saúde que não haviam sido previamente ensinados em sala de aula? Seria possível fazer algo além de identificar os problemas de saúde? Os estudantes ficariam restritos a conversar e realizar ações de promoção como no semestre anterior? Como um docente de determinada área poderia orientar estudantes de outras? As intervenções não demandavam uma supervisão em campo do docente da área específica? Ficou evidente que a composição do módulo apenas com os novos docentes das áreas profissionais era problemática e que o apoio dos três docentes da saúde coletiva era insuficiente.

A atividade seguinte na região noroeste coincidiu com uma ação policial. Quando todos os estudantes já estavam no domicílio (eram cerca de sessenta alunos) os docentes foram avisados de que eles deveriam ser retirados imediatamente da área, pois haveria uma busca policial nos domicílios, principalmente nas palafitas. Ao mesmo tempo que os alunos eram buscados nas casas onde estavam, chegavam viaturas com policiais armados e helicópteros sobrevoando a área, numa operação que assustava a todos. Nesse mesmo dia, em outras regiões da cidade, a ausência de acompanhamento dos alunos pelos agentes comunitários gerou insegurança. A temática do perigo das ruas retornou com grande intensidade.

Após essa atividade de campo, os estudantes realizaram reuniões e elaboraram um abaixo-assinado no qual solicitavam que não fossem obrigados a cursar o módulo. Justificavam que era inseguro andar nessas áreas e que as atividades de campo colocavam suas vidas em risco. Também argumentavam que o módulo não acrescentava nada aos realizados anteriormente, diziam que estavam repetindo as mesmas coisas, pois ficavam restritos em suas intervenções, uma vez que faltavam condições materiais para realizar diagnóstico (antropometria, medidas de PA, entre outros) e apoio e orientação dos docentes de suas áreas profissionais. Apresentavam ainda diversas queixas relacionadas à supervisão (tempo e adequação), a problemas de transporte, à organização das atividades de campo, entre outras.

O documento foi assinado por quase todos os estudantes dos cursos de fisioterapia, educação física, terapia ocupacional e nutrição. Apenas os estudantes do curso de psicologia decidiram não assinar o documento, pois não concordavam integralmente com o que se propunha. Além do documento, os estudantes organizaram um dia de paralisação. Nesse dia apenas os alunos de psicologia e docentes foram a campo.

### O manejo da crise

Todos os docentes que integravam o eixo TS foram chamados para analisar e definir como conduzir a situação. Concluiu-se que a complexidade do módulo do terceiro ano, que exigia uma composição do comum e do específico de cada área profissional, associada ao fato de o quadro de docentes desse módulo ser, predominantemente, de recém-chegados ao *campus*, contribuiu para a crise. Não estava sendo possível garantir o apoio necessário à equipe dos estudantes no acompanhamento dos casos. Além de dificuldades no manejo das muitas situações em campo e das questões conceituais envolvidas, cada docente tinha de acompanhar uma grande quantidade de estudantes.

Alguns docentes novos estavam com receio de retornar às áreas. A violência, em especial a ação policial que ocorrera na região noroeste, era o motivo alegado. Na mesma semana, por coincidência, ocorrera um assalto com tiroteio ao lado de um prédio do *campus*, localizado na orla do mar, região valorizada da cidade. Isso possibilitou discutir que a violência não estava apenas nas áreas de maior vulnerabilidade social e reafirmar a posição de que a universidade não deveria sair dessas regiões. Depois de muita discussão, decidiu-se que não deveríamos acatar a proposta dos estudantes de o módulo ser optativo.

A partir dessas decisões, como manejar a crise que estava instalada? Que ações desencadear? Assumiu-se que o compromisso de viabilizar o módulo não seria apenas dos docentes alocados no terceiro ano. Seis docentes veteranos se dispuseram a integrar mais esse módulo, acompanhando as atividades de campo e de supervisão junto com os novos docentes.

As situações que estavam sendo acompanhadas passariam a ser discutidas em conjunto (novos e antigos docentes) de modo que definisse como conduzi-las. Era uma maneira de favorecer uma formação conjunta a partir da crise. Definiu-se também que seria importante garantir espaço para a supervisão específica de cada área. Apesar de a combinação prévia de todos os cursos oferecerem essa supervisão, ela estava ocorrendo apenas no curso de psicologia.

Foram propostas ainda diversas estratégias para ampliar a segurança dos estudantes e docentes em campo, que incluíam: rever as situações que estavam em áreas consideradas de maior risco; redefinir com a Secretaria Municipal da Saúde o apoio dos agentes comunitários nas atividades domiciliares; reforçar os cuidados com o deslocamento nas áreas, acionando o apoio de lideranças comunitárias.

Todas essas decisões, no entanto, deveriam ser discutidas e referendadas pelo diretor do *campus* e coordenadores de curso, na reunião do CGAPP. O debate que ocorreu nesse fórum

foi tenso. Predominava a compreensão de que a crise estava relacionada ao fato de a proposta do módulo ser muito radical. Considerou-se que deveria haver maior flexibilidade para inserção em outras áreas da cidade (como a orla), em outros equipamentos de saúde e também que seria possível valorizar outras possibilidades de trabalho interprofissional. Nesse momento emergiram muitos questionamentos sobre a proposta do eixo e avaliou-se que ele não estava respondendo às necessidades dos cursos, particularmente pela pouca ênfase dada aos conteúdos de epidemiologia.

A decisão do CGAPP, ao final, foi por manter o módulo como obrigatório para todos. Caberia à coordenação do eixo, com apoio dos coordenadores de cada curso, negociar com os estudantes e docentes. Foram agendados encontros com as turmas de terceiro ano de cada curso para conversar sobre as reivindicações, compreender melhor a situação, comunicar as decisões tomadas e negociar a continuidade das atividades.

### O que a crise mostrou

Nos encontros com os estudantes participaram também coordenadores e docentes que não necessariamente integravam o eixo TS. Foi possível identificar que as questões eram, em parte, diferenciadas segundo o curso. O problema da insegurança em razão da violência nas áreas era importante, porém relevante apenas em dois cursos. Nos demais, a insegurança na condução das situações recebeu maior destaque. Alegavam que os docentes responsáveis, muitas vezes, não eram da sua área profissional; não conheciam os territórios e os casos; não sabiam o que havia sido trabalhado anteriormente no eixo e desconheciam as possibilidades de atuação das demais áreas profissionais. Os estudantes se queixavam também que estavam acompanhando situações de pessoas/famílias com problemas de saúde que não haviam estudado previamente e, portanto, não se sentiam preparados para intervir.



O projeto político-pedagógico previa a inserção do eixo TS até o último ano dos cursos. A perspectiva seria ter momentos comuns de discussão e, ao menos, algumas atividades integradas nos serviços. Porém os cursos tinham propostas de estágios que diferiam em relação à carga horária, aos serviços de inserção, à necessidade de supervisão presencial de docentes, entre outros. Realizar estágios integrados exigiria um processo de planejamento exaustivo. A opção do CGAPP, naquele momento, foi viabilizar estágios em separado de cada curso e, posteriormente, tentar uma integração.

O ano de 2009 chegou com vários desafios para o eixo TS. Teria início a implantação do curso de Serviço Social com uma turma no período vespertino e outra no noturno, de cinquenta alunos cada uma. Começava um processo de discussão da inserção dos estudantes de serviço social no eixo. Durante o primeiro semestre continuou difícil retomar o planejamento do módulo do terceiro ano com os eixos específicos. Mantinham-se as dúvidas se o módulo seria viabilizado. Decidiu-se por realizar um fórum com os estudantes de todos os anos para discutir o eixo, avaliar e definir perspectivas.

Nesse fórum muitos estudantes do quarto ano estiveram presentes. As avaliações foram surpreendentes. Estudantes dos diversos cursos vieram ao fórum para defender que deveria ser mantido o módulo do terceiro ano do TS. Vários argumentaram que somente no momento do estágio conseguiram compreender e valorizar o que haviam vivenciado no eixo. Particularmente significativas foram as falas de estudantes que haviam liderado o abaixo-assinado e a paralisação no ano anterior:

Vivenciamos no TS uma formação interdisciplinar que é diferente da formação mais tradicional. Hoje no estágio percebo que precisaria ter mais profissionais para trabalhar junto. O TS contribuiu para o olhar, o escutar, ensinou técnicas e metodologias de trabalho que servem muito hoje no estágio (estudante de educação física).

Agora tenho a cabeça muito diferente em muitas coisas. Fui adquirindo jogo de cintura, aprendendo a pensar opções para sair de situações que não são as adequadas. Tenho uma cabeça diferente para lidar com o paciente e também com outras pessoas. [...] Quando a gente está no hospital ou outros lugares, parece ser a mesma população e aí é importante já ter estado lá (estudante de fisioterapia).

A formação propiciada pelo eixo TS também estava sendo valorizada pelos profissionais dos serviços que recebiam os estudantes nos estágios. Esses retornos fortaleceram a possibilidade de reeditar o módulo do terceiro ano, retomando-se o seu planejamento com os eixos específicos e agregando os docentes contratados para os estágios de cada curso.

No segundo semestre de 2009 o módulo voltou a ocorrer. A opção foi por dividir a turma em duas, uma a cada semestre, e dessa maneira trabalhar com melhor proporção de estudantes por docentes. Também foram montadas turmas num hospital, num serviço de atenção psicossocial, em equipamentos de ação social e ONGs. A perspectiva foi potencializar o trabalho dos docentes, utilizando espaços onde já desenvolviam atividades de estágio.

Desde então o módulo segue acontecendo com metade da turma a cada semestre do ano, no qual são elaboradas e realizadas dezenas de projetos terapêuticos para pessoas, famílias ou grupos em múltiplas instituições e regiões da cidade. As supervisões foram sendo reorganizadas, abandonando a anterior separação entre a comum e a específica.

No próximo capítulo descrevemos o percurso da pesquisa que foi realizada com os estudantes que acompanharam a implantação do TS nos três primeiros anos. Decorrentes também das contribuições dessa pesquisa, ajustes continuam a ocorrer nos módulos de cada semestre.

Sidnei José Casetto  
Angela Aparecida Capozzolo,  
Rosilda Mendes  
Alexandre de Oliveira Henz  
Adriana Barin de Azevedo

## CAPÍTULO 4 A INVESTIGAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

### Pressupostos formulados ao final da pesquisa

COMO REUNIR DADOS para uma pesquisa sem a ilusão de que se fará uma coleta neutra e objetiva, supostamente garantida pelo distanciamento entre sujeito e objeto? Em nosso caso, havia o fato de muitos dos pesquisadores terem sido protagonistas do processo pesquisado. O desafio se colocava: evitar uma análise benevolente, distraída com os aspectos indesejáveis e enfática com os que reafirmassem nossas próprias convicções. Para tanto, tínhamos o pró de saber dessa condição, de conhecer a tendência de ver apenas aquilo que se procura, e de não nos sentirmos imunes a ela. Precisávamos encontrar um modo de não fazer da pesquisa uma repetição do já conhecido. Uma consultoria externa foi decisiva para que pudéssemos considerar tais questões.

Sabíamos, assim, que não *coletaríamos* dados, no sentido de quem recolhe informações preexistentes e independentes do processo que pretende analisá-los. Percebemos que precisávamos *produzir* dados, ou seja, intervir no campo investigado de modo que lhe provocasse respostas que poderiam ficar mudas sem esta ação (Kastrup, 2009). Assumíamos, portanto, que nossos instrumentos não eram armadilhas de captura de informações desavisadas, mas ferramentas para fazer falar processos que até poderiam ser ruidosos, mas não necessariamente verbais.

Queríamos saber se o esforço de formação feito surtia os efeitos pretendidos, mas percebíamos que as possíveis respostas não eram de completo domínio de nenhum dos envolvidos. Não havia um sujeito privilegiado, espécie de oráculo empírico, a quem pudéssemos perguntar o que queríamos saber e que nos daria uma resposta acabada, isenta, indiferente às nossas expectativas. Nem os estudantes, ainda que fundamentais em nosso estudo, poderiam ser considerados sabedores incontestáveis de sua possível transformação, pelo motivo que tal consciência de si não é espontânea, mas dependente de um processo de elaboração cujo tempo pode estender-se ao longo de anos. Portanto, precisávamos provocar situações nas quais os envolvidos falassem aquilo que já pensavam, mas também aquilo que ainda não haviam formulado a si mesmos. As entrevistas podiam ser conduzidas com esta perspectiva, mas os grupos focais foram os principais meios planejados para conseguir este efeito: eles faziam que posições se construíssem e se aclarassem no debate e, assim como em nossas estratégias de formação, daí resultasse um produto coletivo, que não buscava ser harmonioso ou homogêneo.

Não se tratava tampouco de investigar um acontecido, mas um fenômeno em curso, um acontecendo. Os estudantes que participaram da pesquisa, da primeira turma do *campus*, estavam no último ano do curso (ou penúltimo, no caso dos estudantes de psicologia). Todos podiam falar sobre sua experiência, mas já falavam dela segundo sua ótica atual. Estávamos, portanto, convocando para discussão a perspectiva daquele momento da formação sobre o processo vivido. *Mutatis mutandis*, o mesmo valeria para os docentes e profissionais dos serviços. Isso significa que essa pesquisa mereceria ser reproduzida em momentos posteriores, nos quais os dados poderiam ser diferentes, mas igualmente válidos.

Consideramos que o processo de investigação possibilitaria reavaliar a experiência e contribuiria para a produção e gestão das práticas em estudo. Reconhecíamos que a pesquisa poderia constituir-se como um dispositivo de intervenção, pois, ao colo-

caros o eixo TS e a formação profissional em análise, produzíamos uma repercussão que atingia o projeto de formação do *campus*.

Outro desafio foi realizar a investigação num grande grupo de pesquisadores, em que, mesmo havendo um coordenador, não havia prerrogativas de decisão: fazer de um modo ou de outro dependia de deliberações de consenso. Concluir isso ou aquilo, *idem*. Tal expediente tornava lento cada passo, embora não acarretasse grande dificuldade, por não ser muito diferente do cotidiano inicial do eixo TS, com que, ao menos parte do grupo, já estava habituado. A redação dos textos, porém, exigiu de todos maior negociação que de costume. Os acordos pareciam mais fáceis nas atividades de campo do que nas suas formulações escritas. Até pesquisadores referenciados no mesmo campo conceitual, quando redigiam juntos suas análises, tiveram de tolerar um resultado que não seria o que teriam escolhido se estivessem sós. Muitas tensões foram vividas nesse processo. Entretanto, para além dos descontentamentos inevitáveis, os pesquisadores parecem ter-se sentido contemplados com o conjunto dos escritos da pesquisa.

Assim como ocorria com o objeto investigado (a experiência de formação que se inventava), a clareza sobre o que se fazia na pesquisa não existia antes. Tínhamos razões para nossas escolhas, mas só depois do vivido fomos capazes de reconhecer sentidos que nos escapavam. Não que estivessem lá, ocultos; ainda não haviam sido produzidos por nós. Daí o paradoxo de formular pressupostos ao final da pesquisa. É que esta é uma característica da experiência: ela vai se revelando mais e mais no depois do acontecimento.

### Passos iniciais

O grupo de pesquisadores ganhou a configuração de quinze docentes (todos envolvidos nas atividades do eixo TS) e uma pesquisadora externa, além da participação de uma doutoranda

e de estudantes de graduação.<sup>1</sup> Foram estabelecidos encontros quinzenais a partir de janeiro de 2009 e realizadas oficinas para detalhar atividades, estratégias, métodos e instrumentos da investigação, assim como para estabelecer definições conceituais e análise das questões que emergiam no processo de investigação. Várias oficinas contaram com o apoio de consultores externos. Combinávamos também a realização de tarefas entre os encontros.

A fim de reconstruir os processos e as relações que configuraram a experiência da implantação do projeto de formação na perspectiva dos atores envolvidos, utilizamos diversas técnicas de produção de dados: pesquisa documental, reconstrução da memória dos pesquisadores por meio de depoimentos escritos, entrevistas semiestruturadas e grupos focais.

Para simultaneamente aprofundar o conhecimento sobre o objeto em questão e contribuir para aumentar a capacidade de análise dos pesquisadores e grupos envolvidos nessa experiência, foi proposto um estudo em duas fases: a primeira se caracterizava pelo levantamento de informações e produção de dados; a segunda, pela discussão das principais questões da primeira fase com os sujeitos pesquisados e com grupos que desenvolviam experiências e pesquisas na área da formação e trabalho em saúde.

Estas duas fases envolveram diversas ações:

\* A constituição do grupo de pesquisadores e o detalhamento da proposta metodológica, além da pesquisa documental e da recuperação da memória dos pesquisadores que participaram dos primeiros anos do eixo.

\* A realização das entrevistas semiestruturadas e dos grupos focais.

\* A análise dos dados produzidos na etapa anterior e elaboração de textos-síntese.

\* Seminários com profissionais e pesquisadores convidados.

<sup>1</sup> A criação deste grupo de pesquisa deu origem ao Laboratório de Estudos e Pesquisas sobre Formação e Trabalho em Saúde (Lepets), registrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq. Atualmente o Lepets agrega três linhas de pesquisa: Formação para o trabalho em saúde; Arte e saúde; Redes sociais, memória coletiva e processos de subjetivação.

\* Discussão dos textos já redigidos das análises com consultores externos.

Afirmar que essas ações aconteceram de modo sequencial, entretanto, não descreve com precisão a experiência da pesquisa. Pois, se é possível reconhecer momentos com ênfase em alguma ação, percebemos que cada atividade começava antes de sua execução, terminava depois, com sua análise e relato, e sobretudo produzia revisões e novos entendimentos do que já havia sido feito e do que ainda estava por fazer. Assim, as entrevistas e grupos focais modificavam a revisão documental, os seminários modificavam as análises dos dados, a discussão final com consultores possibilitava perceber processos que não haviam sido notados. Ou seja, o tempo fazia mais curvas do que seguia em linha reta (a tal ponto que só os prazos externos permitiram que se desse um fim oficial à pesquisa em julho de 2011).

### Instrumentos e sujeitos da pesquisa

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob n.º 1.528/09. Os eixos gerais de investigação consistiram em caracterizar as propostas e estratégias de formação desenvolvidas pelo eixo TS, identificar seus possíveis efeitos na formação dos futuros profissionais e analisar tensões e potencialidades dessa proposta a partir dos diferentes atores envolvidos (estudantes, docentes e profissionais da rede de serviços).

Começamos por realizar a reconstituição dos primeiros anos do eixo por meio da memória dos pesquisadores que participaram da elaboração da proposta. Acordamos a realização de um procedimento de relato pessoal, escrito, das próprias lembranças da experiência vivida. Essas narrativas foram, em seguida, lidas e discutidas pelo grupo, ajudando a configurar uma memória coletiva desse período inicial.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> No capítulo anterior, "Movimentos de constituição do eixo Trabalho em Saúde" (página 69), apresentamos uma reconstituição dessa história.

Também foi realizada uma pesquisa documental da experiência do eixo TS. Foram recolhidos e analisados os documentos referentes aos planos de ensino, os registros de reuniões de planejamento, as avaliações dos módulos por estudantes e docentes. Igualmente foram considerados os registros de fóruns de avaliação do projeto pedagógico ocorridos no *campus* e atas das reuniões de colegiados internos e com a Secretaria da Saúde do município de Santos. A consulta desses documentos, mesmo para quem havia participado das situações registradas, mostrou-se rica de informações. Nossa memória pessoal — como já havíamos percebido nas "autonarrativas" realizadas pelos pesquisadores — é seletiva, afetiva e singular, de modo que a leitura de materiais de domínio coletivo serve-lhe de complemento e às vezes de contraponto.

Acreditávamos que esse retrato ganharia maior nitidez quando fossem ouvidos os agentes desse processo, ou seja, os que, em diferentes posições, participaram, direta ou indiretamente, dele. Buscávamos a diferença de seus olhares, na intenção de compor um desenho com vários planos. Almejávamos um resultado "tridimensional", ou seja, que permitisse a apreciação segundo as suas diferentes perspectivas. Foram convidados para entrevistas o diretor acadêmico, coordenadores dos cursos de graduação (Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional e Psicologia), bem como coordenadores dos eixos comuns, que desempenharam essa função nos quatro anos iniciais do projeto, ou seja, de 2006 ao início de 2010. Todos foram ouvidos em entrevistas individuais, semiestruturadas,<sup>3</sup> nas quais foi abordada a história da concepção do projeto político-pedagógico (PPP) e do eixo TS, o processo para viabilizar sua implantação, além de análises dos efeitos na formação, tensões e desafios do PPP. Foram contratados entrevistadores para a maioria dessas entrevistas, visando reduzir possível constrangimento dos depoentes.

<sup>3</sup> Ver roteiros no Anexo 5 (página 299).

Para ouvir estudantes, docentes e profissionais dos serviços, foram montados grupos focais, que permitiriam a interação entre os participantes a respeito de questões levantadas, favorecendo o intercâmbio de percepções e argumentos. Nos grupos focais, as opiniões tendem a ser formadas em diálogo ou confronto. Não se espera obter, necessariamente, consensos. A técnica seria útil para aflorar diferenças existentes em perspectivas, ideias, sentimentos, representações, valores e comportamentos de grupos de pessoas (Westphal, Bogus & Faria, 1996; Gatti, 2005). A grupalidade dessa técnica tinha ainda uma oportuna sintonia com as práticas que o TS colocava em exercício na formação, assim como no grupo de pesquisa. A realização do grupo focal contava com a presença de um coordenador e de um observador que seguiram os procedimentos relacionados no Anexo 6.<sup>4</sup>

A proposta inicial da investigação era realizar grupos focais mistos com estudantes do último ano de graduação. Foi realizado um pré-teste do roteiro com dois estudantes de cada curso selecionados de forma aleatória. Esse pré-teste qualificou o roteiro e indicou que a proposta apresentava sentidos diferentes para cada curso de graduação. A partir daí, decidiu-se realizar grupos focais de estudantes por curso de graduação. O roteiro encontra-se no Anexo 7.<sup>5</sup>

Foram sorteados dez estudantes do quarto ano de cada curso. Todos os selecionados concordaram em participar da pesquisa, porém a dificuldade foi conseguir um horário comum, visto que estavam fazendo estágio em diferentes locais. Cinco grupos focais de estudantes (um de cada curso), com número de participantes entre seis e nove, foram realizados no período entre setembro e outubro de 2009.

Foi efetuado também um grupo focal de docentes, com dois docentes sorteados de cada curso, excluindo-se os integrantes do grupo de pesquisa. O grupo focal contou com a

4 Página 301.

5 Página 303.

participação de docentes que tinham experiências diferenciadas em relação às atividades de ensino do eixo: uma parte não havia participado do eixo TS; outra parte integrava o eixo no momento, ou dele havia participado anteriormente. Essa composição se mostrou interessante para explicitar diferentes percepções sobre a proposta.<sup>6</sup>

Para a investigação junto às equipes de saúde, foram selecionados serviços onde eram desenvolvidas atividades de ensino do eixo havia mais de um ano: duas equipes na região dos morros e duas equipes na região noroeste de Santos. A proposta inicial era realizar grupos focais com essas equipes. No entanto, dificuldades de operacionalização levaram à decisão de realizar entrevistas individuais semiestruturadas com as chefias e enfermeiros desses serviços (oito no total). Foram feitos dois grupos focais apenas com os agentes de saúde, sendo um de cada região.<sup>7</sup>

### Análise e síntese

O processo de análise aconteceu desde os momentos iniciais da pesquisa. Destacamos aqui como foi sistematizada a análise da entrevista e dos grupos focais, que envolveu o conjunto dos pesquisadores. Cada entrevista e grupo focal foram analisados por pelo menos três pesquisadores em separado. Foram feitas leituras visando a uma apreensão da diversidade de temas abordados e da singularidade de cada material. Para auxiliar na análise foi elaborado um quadro em que cada pesquisador apontava os temas identificados, as diferentes posições expressas pelos participantes a respeito desses temas, os trechos de discursos mais significativos que exemplificavam essas posições, bem como as impressões e as questões que o material suscitava durante a leitura.<sup>8</sup>

6 Roteiro no Anexo 7 (página 304).

7 Roteiro do grupo focal no Anexo 7 (página 305).

8 Ver quadro elaborado para análise no Anexo 8 (página 306).

Em seguida, os pesquisadores que se debruçaram sobre o

vas ao tema, de modo que isso favorecesse a interlocução a respeito de tais resultados.

compreender as tensões inerentes à proposta, notadamente ao fato de ser (des)centrada na experiência.

O grupo de pesquisa foi também um espaço para abordar os incômodos e as tensões vividas no trabalho docente do TS, permitindo que as experiências singulares ganhassem eco e sentido compartilhado pelos colegas. Também favoreceram mais clareza e tolerância nas negociações internas ao grupo de docentes do eixo, uma vez que as diferentes posições eram menos identificadas como resistências alheias. Outro efeito merecedor de destaque foi a própria constituição do grupo de pesquisadores, e sua maior apropriação do que era essa proposta de formação.

Por fim, valeria destacar o aspecto de produção coletiva da metodologia utilizada. Trabalho feito a muitas mãos, já citamos a dificuldade de produzir as sínteses e textos finais. Sempre parecia faltar a revisão e concordância de alguém. Em contrapartida, essa multiplicidade horizontalizada pode ter favorecido que ninguém tivesse o poder de dar uma direção pre-determinada à pesquisa, sendo seu resultado final algo ingovernado. Diferentemente do trabalho solitário que só dialoga pelos seus resultados, o processo de produção coletiva depende do encontro e da discussão permanente dos pesquisadores. Interessa destacar o papel do confronto de ideias para a geração de uma decisão. Em síntese, queremos dizer que essa metodologia é construída e sustentada pelo espaço virtual criado entre os pesquisadores e suas ações.

O resultado desse esforço coletivo será apresentado em cinco capítulos deste livro: "Formação descentrada na experiência" (Capítulo 5); "Trabalho entreprofissional: acerca do comum e a cerca do específico" (Capítulo 7); "O trabalho docente na formação em comum" (Capítulo 8); "Os (des)compassos entre a universidade e os serviços de saúde" (Capítulo 10); e "Como fortalecer um projeto e mantê-lo em transformação?" (Considerações Finais).

## Referências

- GATTI, B.A. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.
- KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V. & ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia. Pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009, pp. 32-51.
- WESTPHAL, M. F.; BOGUS, C. M. & FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol. Oficina Sanit. Panam.*, vol. 120, pp. 472-82, 1996.

Angela Aparecida Capozzolo  
Jaquelina Maria Imbrizi  
Flávia Liberman  
Rosilda Mendes

## CAPÍTULO 5 FORMAÇÃO DESCENTRADA NA EXPERIÊNCIA

Uma contribuição importante deste eixo foi a questão da integralidade, [...] de prestar atenção no seu paciente, ver que ele está inserido num contexto, ele não tem simplesmente uma dor localizada [...] (estudante de fisioterapia).

Ao mesmo tempo que a gente absorveu tanto essa questão de escutar a pessoa, a gente ficava inseguro: "Será que eu vou conseguir ser uma nutricionista assim?" (estudante de nutrição).

[...] os alunos amadurecem demais vendo realidades muito diferentes das que eles estão acostumados (docente de terapia ocupacional).

**E**STAS FALAS explicitam alguns efeitos das atividades de ensino do eixo Trabalho em Saúde (TS) que envolvem estudantes, docentes e equipes dos variados serviços onde atuamos. Particularmente no que se refere aos estudantes, podemos dizer que o contato com diferentes modos de vida dos grupos populacionais e com as formas como se organizam o trabalho das equipes e se desenvolvem as práticas de saúde gera impactos significativos que mobilizam sentimentos, emoções e envolvem todos na produção de conhecimento.

O objetivo deste capítulo é mostrar como compreendemos as relações entre experiência, aprendizagem e produção

de conhecimento na formação em saúde. Analisaremos, por meio dos registros da pesquisa, como docentes, estudantes, coordenadores percebem os efeitos dessa proposta de formação, em especial nos estudantes, e os apresentaremos em quatro itens: o encontro com diferentes modos de viver; a experiência de atuar em áreas de maior vulnerabilidade social; a experiência de produzir ações de cuidado; experiência e aprendizagem: o interjogo teoria-prática; a constituição de um modo de atuar em saúde. Antes disso, porém, gostaríamos de tecer algumas considerações acerca da questão da experiência e do aprendizado que dela pode resultar.

### Experiência e aprendizagem na formação em saúde — algumas aproximações

Um primeiro aspecto a ser examinado refere-se ao que se entende por experiência, uma vez que o debate sobre o tema sugere diferentes problematizações: o que configura uma experiência? Como se processam as experiências? A experiência não teria diferentes sentidos para os sujeitos? Como podemos qualificar e compreender o sentido e o alcance da experiência?

Ao realizar um detalhamento etimológico da palavra, Bondía resalta que a experiência "é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca" (Bondía, 2002, p. 21); portanto, aquilo que nos afeta. Destaca também que a palavra vem do latim *experiri*, provar, experimentar um encontro ou uma relação com algo. O radical é *periri*, que se encontra também em *periculum*, perigo. A palavra *experiencia* tem o *ex* de exterior, de estrangeiro, de exílio, de estranho e também de existência. Assim, o sujeito da experiência seria aquele que se expõe, atravessando um espaço indeterminado e "perigoso", nele pondo-se à prova e buscando sua oportunidade, sua ocasião. Valorizamos essas proposições de Bondía, uma vez que ele considera a experiência uma abertura do sujeito ao risco, ao inusitado próprio de toda e qualquer ação que se faz em um "mundo

real”, com suas contradições, não controlável e em permanente pulsação.

No senso comum, a palavra *experiência* pode ter a conotação de uma bagagem de conhecimentos, muitas vezes estática e cristalizada, adquirida no percurso de uma vida. Não nos interessa a ideia de experiência relacionada a um “acúmulo de informações”, a uma bagagem cristalizada no sujeito, mas sim o experimentar, o provar, o arriscar-se, o viajar, o atravessar a “fluidez” da experiência viva e vivida (Varela, 2003, p. 74).

É nesse experimentar que conhecemos, que produzimos, como refere Bondía, um saber “encarnado” que configura “uma forma singular de estar no mundo, que é por sua vez uma ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo)” (Bondía, 2002, p. 27). Portanto, ninguém pode aprender da experiência do outro a não ser que essa experiência seja revivida e tornada própria.

É também importante não confundir a experiência com simples exposição à prática. É possível pensar uma prática à qual não atribuímos nem significado nem sentido. Como autômatos ou tarefeiros, podemos realizar e fazer aquilo que nos pedem e isso não necessariamente seria uma experiência que cria e inova possibilidades no sujeito e no mundo.

Em outra vertente, Kastrup (2005, 2008) enfatiza que é no domínio da experiência e das interações que ocorre a aprendizagem. Para a autora,

[. . .] aprender é experimentar incessantemente, é fugir ao controle da representação. É também, nesse mesmo sentido, impedir que a aprendizagem forme hábitos cristalizados. Aprender é estar atento às variações contínuas e às rápidas ressonâncias, mas isso implica, ao mesmo tempo, certa desatenção aos esquemas práticos de reconhecimento (Kastrup, 2008, p. 107).

Kastrup (2005, 2008) problematiza as concepções que restringem a aprendizagem a um processo de solução de pro-

blemas preexistentes. Ela diferencia o que seria uma política de reconhecimento do que seria uma política cognitiva da invenção. Na primeira, o processo de aprendizagem atém-se a formas prontas e à aquisição de informações; na segunda, a aprendizagem inclui a experiência de problematização e a invenção de problemas.

Aprender é, então, fazer a cognição, diferenciar-se permanentemente de si mesmo, engendrando, a partir daí, novos mundos. A política da invenção é, assim, uma política de abertura da atenção às experiências não cognitivas e ao devir. O desafio da implementação dessa política é conceber práticas que viabilizem o desencadeamento de processos de problematização que não se esgotem ao encontrar uma solução (Kastrup, 2005, p. 8).

A concepção da aprendizagem inventiva estaria relacionada com um processo de produção de subjetividade, de invenção de si, que tem como correlato simultâneo e recíproco a invenção do próprio mundo (Kastrup, 2005, 2008).

O eixo Trabalho em Saúde, como proposta de formação, aposta na invenção, na possibilidade de deslocamento e ampliação dos modos de ver, escutar, olhar e dar sentido, para problematizar as complexas situações de saúde relacionadas com os diferentes modos de “andar a vida”. Assim, a exposição às áreas de maior vulnerabilidade social, o exercício da prática interprofissional nos encontros com as pessoas e com os serviços fazem parte de um processo que valoriza a experiência desde o início da graduação como pressuposto fundamental para a aprendizagem de um agir profissional cuidador implicado com a produção da vida.

O trabalho em saúde realiza-se no encontro entre sujeitos, que se afetam e se produzem mutuamente (Merhy, 2002; Passos & Benevides, 2000). Conceber o trabalho dessa forma significa pensar que ele envolve dimensões subjetivas, éticas e

políticas. A produção de conhecimento a partir de experiências possibilitaria um exercício crítico das diversas dimensões envolvidas no trabalho em saúde, o que significa colocar em análise o que está em jogo no agir profissional.

A formação dos profissionais de saúde, em geral, enfatiza a aquisição de um saber técnico-científico, considerado como neutro e possível de ser aplicado de forma objetiva em qualquer situação, do que resulta um saber desvinculado das situações concretas da vida. O aprendizado do conhecimento técnico tende a centrar o profissional em seu saber, em seu discurso e em sua competência. Em uma palavra, ele tende a constituir um domínio. A experiência, no entanto, é um campo de descentramento quando aponta, continuamente, para insuficiências, imprecisões e equívocos desse conhecimento, assim como desvela valores associados a ele.

Da experiência não resultaria um conhecimento sólido e arrogante, e sim um conhecimento mais plástico e consciente de seus limites; não um sistema de convicções, e sim um conjunto de referentes provisórios e mutantes, na medida em que ela — a experiência — problematiza não só o registro cognitivo de um sujeito, mas também seus sentidos e afetos.

Nesse sentido, poderíamos falar em uma aprendizagem *descentrada* na experiência, que propõe etapas e direciona ações que não pretendem estar centradas em algo, mas contribuir para o deslocamento da busca de uma verdade única para o convívio com a incerteza, a imprevisibilidade e para o reconhecimento de diferentes perspectivas na compreensão das questões da saúde. No eixo Trabalho em Saúde os estudantes e os docentes são expostos a vivências que buscam questionar teorias fechadas e refratárias ao concreto da vida, convocados a exercitar o raciocínio crítico e lidar com as dimensões clínico/ético/políticas envolvidas no trabalho em saúde.

Apresentamos, nos itens a seguir, as análises de alguns dos efeitos identificados nessa proposta de formação.

### O encontro com diferentes modos de viver: a experiência de atuar em áreas de maior vulnerabilidade social

[. . .] a gente se revolta porque isso mexe muito com a gente, [. . .] mas ao mesmo tempo é muito gratificante [. . .] não tem explicação, é uma coisa marcante [. . .] a gente vê uma realidade que a gente não tem noção (estudante de educação física).

A fala desse estudante expressa diferentes efeitos da experiência de atuar em territórios de maior vulnerabilidade social onde é realizada grande parte das atividades de ensino do eixo Trabalho em Saúde. Conhecer as características desses territórios, transitar por suas ruas, entrar em contato com as histórias de vida e de saúde das pessoas que aí vivem, bem como deparar com o desafio de intervir e produzir ações de cuidado com pessoas e grupos populacionais, parece produzir marcas significativas e afetar os envolvidos de diferentes maneiras.

Para os estudantes e docentes, provenientes, em geral, de outras condições de vida, a ausência de um referencial “familiar” a esses territórios perturba e, frequentemente, provoca sensações de insegurança e medo, que se expressaram em questionamentos da opção do eixo por trabalhar com as populações que vivem nessas áreas: “Fazem a gente passar medo, só colocam a gente nas comunidades longe, de alto risco” (estudante de fisioterapia).

Esses territórios foram considerados espaços onde se localiza a violência e, dessa forma, a opção por eles foi questionada por expor os estudantes ao perigo:

[. . .] são áreas de periferia [. . .], tem que ter esse cuidado também com a integridade física do estudante. Isso [. . .] preocupa o *campus* como um todo. [. . .] De repente,

me aparece uma pessoa com a perna quebrada, com uma bala no braço, na perna, o que eu falo para o pai? (docente).

Colocar os estudantes desde o início da graduação em contato com a população que vive nesses territórios foi considerada precoce por alguns: “[. . .] eu acho que eles quiseram jogar a gente muito cedo” (estudante de fisioterapia). Um dos

estudantes o encontro com as histórias de vida das pessoas desses locais e também possibilitar experiências de convívio com elas em seus espaços de moradia.<sup>3</sup> Estar fora dos equipamentos de saúde, no território do outro, causa incômodo, fragiliza: “[. . .] é que a gente entrava na casa da pessoa, quem era estranho era a gente” (estudante de nutrição).

O contato com situações de vida desfavoráveis com frequência provocava revolta e causava angústia:

porquê da gente ir na comunidade [. . .]. E aí vieram as outras experiências, os trabalhos em grupos, [. . .] depois os atendimentos individuais” (estudante de terapia ocupacional).

Assim, se por um lado se expressam problemas, por outro o contato com as situações de exclusão social parece produzir um efeito importante que é considerar que esse estado de coisas precisa ser evitado. “[. . .] a gente tinha que pensar [. . .] no que a gente pode mudar, o que a gente pode fazer [. . .] não só como profissional [. . .], mas como pessoa também [. . .] para não ter tantas pessoas com necessidade, com tantas doenças assim” (estudante de educação física). Não se trata apenas de reconhecer problemas, mas de pensar, de problematizar, de buscar caminhos para uma ação por fazer.

Estar nos domicílios e escutar as histórias de vida afeta de diversas formas: produz inquietações, interrogações e, justamente por isso, tem potencialidade de nos abrir para outros modos de pensar, sentir e agir. Parece ser também na experiência do “fazer” que algo se transforma, que algo acontece “[. . .] a gente fica aqui falando, falando, mas a hora que a gente vai lá e faz e põe a mão, a gente começa a se apaixonar pelo trabalho” (estudante de educação física).

Experienciar o trabalho nessas regiões e analisar as questões que daí emergiam permitiu identificar necessidades e possibilidades de atuação ali, o que se expressou em mudanças das resistências iniciais de estudantes e docentes às atividades propostas pelo eixo.

Um episódio significativo pôde ser observado na implantação do módulo do terceiro ano de graduação, em 2008, quando grande parte dos estudantes iniciou um movimento contra a obrigatoriedade de ir a esses territórios considerados violentos e perigosos, e ao final do módulo acabaram tomados pela experiência de produzir ações de cuidado.<sup>4</sup> Nesse módulo, os

<sup>4</sup> Sobre o movimento dos estudantes, a análise e o manejo dessa situação, ver no Capítulo 3 o item: “A implantação do terceiro ano” (página 103).

estudantes, em equipes de diferentes áreas profissionais, tinham de elaborar e implementar projetos terapêuticos em comum para pessoas ou grupos:

[. . .] no terceiro ano teve um movimento muito grande, que foi dos alunos quererem acabar com o TS, [. . .] e depois, no fim, [. . .] a grande maioria acabou achando que foi superválido, chegou até dar raiva, você ficou o tempo todo reclamando, todo dia com a má vontade, e aí chega no final e fala que foi válida a experiência, que foi muito legal o TS? (estudante de psicologia).

Os encontros com diferentes modos de viver, com necessidades de saúde complexas e imbricadas, associados ao desafio de “fazer” intervenções, e, em especial, de realizar ações de cuidado, parecem ser bastante potentes para mobilizar e implicar os estudantes na produção de conhecimento de um modo diverso do habitual.

### A experiência de produzir ações de cuidado

As experiências de produzir ações de cuidado junto com diferentes áreas profissionais se destacam como significativas nas falas dos estudantes. Podemos dizer que, ao realizarem ações de cuidado, os estudantes experimentam os limites de uma atuação que se resume à aplicação de um conhecimento técnico específico: “[. . .] nas palafitas, a gente percebeu bem essa diferença, [. . .] não dava para passar algumas orientações porque a pessoa não ia ter condições para seguir [. . .]” (estudante de nutrição). Percebem que é necessário considerar as condições objetivas de vida, e também o que o outro pensa e deseja para si: “[. . .] a gente estudava algumas coisas, e queria aplicar aquilo, e às vezes não só a pessoa não tinha condição, mas às vezes a pessoa [. . .] não aceitava aquela proposta, [. . .] o que era meio constrangedor [. . .]” (estudante de nutrição).

Não conseguir “aplicar” um determinado conhecimento é vivenciado como frustrante: “[. . .] é uma decepção muito grande [. . .] dá um impacto muito grande no aluno que está querendo ir lá para ajudar” (estudante de educação física).

Vivenciar as dificuldades de uma atuação que se resume a aplicar um determinado conhecimento técnico-científico e conseguir analisar os motivos dessas dificuldades são oportunidades para compreender a necessidade de dialogar com a singularidade de quem está sendo cuidado:

[. . .] a gente vai começar a dar orientação, [. . .] não pode fumar, não é saudável [. . .] mas ele tem tantos problemas [. . .] teve tantas perdas já, perdeu a mãe, perdeu os filhos e um dos poucos prazeres que ele tem é fumar, e eu vou tirar aquele cigarro dele? (estudante de terapia ocupacional).

Os estudantes, ao realizarem intervenções, percebem que nem sempre as mais significativas para melhorar a situação de saúde da pessoa acompanhada demandam um conhecimento técnico específico:

[. . .] você acha que a paciente está com depressão e você vai curar a depressão dela [. . .] eu fiz lá um inventário técnico, descobri a escala de depressão dela [. . .] mas não teve nenhum efeito assim, o que mais foi legal foi a gente ter organizado os remédios para ela, [. . .] e evitou um monte de problemas porque ela tomava os remédios errados [. . .] (estudante de psicologia).

Não se trata, portanto, de adquirir um conhecimento que deve ser “aplicado”, mas de um conhecimento que se produz em ato na experiência do encontro com o outro que demanda cuidado. Um conhecimento que emerge das interações:

[. . .] a gente aprende muitas coisas com eles. É realmente uma troca [. . .] o impacto é muito grande que você causa à pessoa e ela causa em você [. . .] “eu nunca vou me esquecer de vocês” [. . .] você não espera ouvir isso, sabe? Você foi lá dar uma orientação [. . .] e a troca acontece mesmo (estudante de nutrição).

Os estudantes vão experimentando encontros que possibilitam produzir certa sensibilidade para o que neles acontece e que nem sempre é verbalizado: “E às vezes a entrevista não está nem nas palavras, está na forma de falar, de sentar, aquele contato com o sujeito, ele é um todo, [. . .] às vezes é o tom de voz da pessoa” (estudante de terapia ocupacional).

Como refere uma docente, essas experiências já fazem parte “[. . .] do aprendizado da parte clínica deles [. . .] essa proximidade com as pessoas, e [. . .] ouvir as pessoas, [. . .] [. . .] eles aprendem como abordar [. . .] fazer uma avaliação [. . .] compor o objetivo e o seu tratamento” (docente de fisioterapia).

As experiências de realizar ações de cuidado com diferentes profissionais: “[. . .] ter o contato [. . .] se relacionar um com o outro [. . .] achar uma maneira de intercalar as duas coisas para um bem maior [. . .]” (estudante de educação física) são consideradas bastante significativas. O trabalho conjunto permite experimentar intervenções que não seriam possíveis se restritas a única área profissional:

[. . .] foi marcante uma experiência com uma senhora analfabeta, que a gente fez a linha da vida com ela, um recurso de psicologia, [. . .] a gente relatou, em figuras, a história de vida dela. Fez um livro e quando ela abria, ela chorava. [. . .] se eu tivesse talvez a formação tradicional de nutrição eu nunca pensaria em algo assim, algo tão simples que trouxe tanta felicidade para alguém [. . .]. Então acho que abre muito o nosso olhar [. . .] foi significativo e interessante (estudante de nutrição).

Perceber os resultados das intervenções conjuntas no cuidado das pessoas acompanhadas produz sentimentos de satisfação e alegria: “[. . .] o paciente não saía de casa fazia seis meses, a gente tirou ele de casa, ele voltou a jogar dominó, que era uma coisa que ele praticava antes. [. . .] fiquei muito feliz com isso” (estudante de terapia ocupacional). A experiência de trabalho conjunto traz possibilidades de aprender com o outro, de inventar, de criar: “A gente teve a possibilidade de ser bem criativo nas atividades, de explorar, de ter ideias [. . .] podia até não funcionar, mas a possibilidade de estar ali inventando, para mim foi muito bom [. . .] e funcionou [. . .]” (estudante de psicologia). Os estudantes experimentam a potência de ações que inventam em comum, a partir justamente daquilo que é heterogêneo, resultado dos encontros entre eles em processos de formação pessoal e profissional singulares e, portanto, diferentes, mas também resultado dos encontros com os sujeitos acompanhados que vivem de modo diverso e singular.

Nessas experiências vai acontecendo a aprendizagem de um modo de agir, de um modo de compreender e intervir nos problemas de saúde, de um modo de fazer clínica. Esse processo de formação, no entanto, não é simples. Na investigação realizada emergiram diversas questões relacionadas com o conhecimento produzido nessas experiências, que explicitam dúvidas em relação a essa proposta de formação.

#### **Experiência e aprendizagem: o interjogo teoria e prática**

[. . .] uma coisa importante [. . .] é uma articulação entre teoria e prática, uma ida a campo para observar, para atuar [. . .] também, pensar de uma forma ampla, comprometida socialmente (docente de psicologia).

Há uma percepção de que no eixo Trabalho em Saúde o conhecimento é construído de forma diferente da de outros

eixos: “[. . .] o eixo TS [. . .] consegue fazer uma construção do conhecimento que é um pouco invertida daquilo que a gente tem feito [. . .] no eixo [. . .], onde a gente consegue muito menos talvez ir para a realidade, depois a partir dela construir o conhecimento” (coordenador de eixo comum). De fato, no *campus* convivem diferentes propostas pedagógicas com distintas metodologias de ensino, e muitos módulos são organizados com aulas expositivas para grandes turmas de estudantes que priorizam avaliações de conteúdo e estabelecem outro tipo de relação entre teoria e prática.

A forma de construir conhecimento do eixo Trabalho em Saúde é reconhecida como um diferencial do projeto político-pedagógico, porém os depoimentos expressaram dúvidas em relação ao modelo adotado: “É utilizado mesmo? É no mundo inteiro? [. . .] é um sistema válido?” (coordenador de eixo comum).

Para alguns, há uma ênfase excessiva nas atividades práticas em detrimento da teoria: “[. . .] a prática acaba tendo um destaque maior que a teoria, [. . .] por um lado é positivo, por outro lado [. . .] em alguns momentos têm uma dificuldade nessa parte mais teórica [. . .] peca um pouco na teoria por focar demais a prática” (coordenador de curso 2). Muitas vezes, as vivências são consideradas experiências sem embasamento teórico: “[. . .] tem conteúdo teórico? Qual? Quem é o autor de referência? Não tem teoria, é só vivência? Ou é uma vivência e aí da vivência busca a teoria?” (coordenador de curso 2). Parece não ficar claro que as escolhas das estratégias pedagógicas do eixo apoiam-se em certo modo de conceber o processo saúde-doença, o cuidado, a educação, a prevenção, a promoção e o trabalho em saúde, entre outros.

Outro aspecto problematizado diz respeito ao fato de a prática antecipar-se à teoria: “[. . .] ele vai para o eixo TS e é exigido do aluno que ele faça uma atuação com um paciente, por exemplo, neurológico, com o módulo teórico que ainda ele está tendo, ele ainda não teve [. . .]” (docente de fisioterapia).

Essa antecipação é percebida como inadequada, e não como uma possibilidade de construção de conhecimento, o que revela uma concepção de ensino-aprendizagem na qual a prática deve sempre suceder e confirmar uma teoria.

A teoria apresentada previamente, no entanto, pode não subsidiar a prática, como aponta este estudante: “[. . .] a gente começou a ir para a prática, a teoria ficou para trás, e bem na hora que a gente tinha que fazer essa relação, a gente já não lembrava mais a teoria [. . .]” (estudante de psicologia). Há, também, a percepção de certo descompasso entre a teoria e a prática: “[. . .] você vê muito bonito na teoria, e a hora que está na prática você quer resolver daquele jeito e você quer ver resultado e quando não tem aqueles recursos você fica: poxa!” (estudante de nutrição). Podemos dizer que a teoria que se antecipa à prática pode, inadvertidamente, produzir uma expectativa de realidade que não se confirma, gerando uma situação paradoxal de aprendizado. Tais descompassos, no entanto, se constituem em matéria-prima para problematizar, exercitar o pensamento e buscar respostas para cada situação particular.

Por outro lado, há a percepção de que é possível aproveitar a prática nos módulos do eixo TS não apenas como aplicação de uma teoria, de uma técnica, mas como exercício de pensamento, de raciocínio clínico, e também como oportunidade para a busca de subsídios e referenciais teóricos para lidar com a situação: “Mas o que você pode fazer? [. . .] tem que buscar algum recurso [. . .], porque o caso não é ele chegar lá e fazer a pessoa fazer exercício, fazer movimentação passiva, mas fazer ele pensar” (docente de fisioterapia). Ou seja, o mais importante não é o aluno fazer algo, mas saber pensar uma situação, problematizar, buscar-lhe soluções.

Podemos dizer que o aprendizado das teorias pode funcionar dentro de uma lógica informativa ou como ferramenta de análise, produção de pensamento e ação. No primeiro caso, a teoria é entendida como aplicável a qualquer situação. Compreender as teorias como uma caixa de ferramentas, como diz

Gilles Deleuze, é considerá-las como repertório favorecedor de análise, reflexão e tomada de decisões em cada nova situação que se apresente.

Em *Os intelectuais e o poder*, uma conversa que manteve com Michel Foucault, Deleuze explicita como concebe as relações entre teoria e prática:

Às vezes se concebia a prática como uma aplicação da teoria, como uma consequência; às vezes, ao contrário, como devendo inspirar a teoria, como sendo ela própria criadora com relação a uma forma futura de teoria. De qualquer modo, se concebiam suas relações como um processo de totalização, em um sentido ou em um outro. [. . .] As relações teoria-prática são muito mais parciais e fragmentárias. Por um lado, uma teoria é sempre local, relativa a um pequeno domínio e pode se aplicar a um outro domínio, mais ou menos afastado. [. . .] A prática é um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra e a teoria um revezamento de uma prática a outra. Nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro (Foucault e Deleuze, 1982, p. 69).

É preciso salientar que em cada módulo do eixo TS há uma preparação inicial para as atividades de campo<sup>5</sup> por meio de discussões teórico-metodológicas com o apoio de textos, filmes e dramatizações, que funcionam como ferramentas a serem utilizadas nas experiências em campo.<sup>6</sup> Pretende-se suscitar nos estudantes o desejo e a curiosidade própria de um pesquisador

5 Para mais detalhes sobre a estruturação das atividades do ensino do eixo, ver Capítulo 3: “Movimentos de constituição do eixo Trabalho em Saúde” (página 69).

6 O trabalho de campo em TS pode ser comparado ao realizado por um cartógrafo da maneira como utilizado por Rolnik: “O que define o cartógrafo é um tipo de sensibilidade, um composto híbrido que envolve olho e simultaneamente as vibrações de seu corpo. [. . .] é muito simples o que o cartógrafo leva no bolso: um critério, um princípio, um breve roteiro de preocupações — este, cada cartógrafo vai definindo para si, constantemente” (Rolnik, 2007, p. 67).

que não visa confirmar teorias previamente estabelecidas, mas sim problematizar a teoria em contraste ou descompasso com as situações concretas.

As situações vivenciadas têm grande densidade e podem ser exploradas de diversas formas. Não se trata apenas de processar as informações, de articular e sistematizar os conhecimentos disponíveis para a resolução de uma determinada situação, mas também de dar contorno ao que foi vivenciado, de problematizar os modos de fazer e os modos de pensar.

As vivências afetam de modo diferente cada um, sendo importante possibilitar aos estudantes processar e expressar como foram afetados pelo que vivenciaram. Nesse sentido, têm grande destaque os espaços de supervisão para trabalhar com as sensações, com as perturbações e as inquietações que as experiências produziram e, ao mesmo tempo, articular conceitos e teorias, dando oportunidade de processar o que foi vivenciado. Num interjogo entre experimentações e teorizações é que o aprendizado se efetua de modo dinâmico e processual.

Nessa proposta de formação o docente tem o papel importante de apoiar, dar suporte e sentido à aprendizagem. As experiências não adequadamente trabalhadas são percebidas como algo sem propósito, como expressa a fala deste estudante: “[. . .] faltou [. . .] esclarecimento de qual é o objetivo [. . .], qual é essa proposta de verdade?” (estudante de fisioterapia).

É importante considerar que o docente que integra o eixo TS também se constitui na experiência. Em especial, a proposta de formação do eixo é bastante exigente, pois implica deslocamentos importantes do docente do seu núcleo de saber, do seu núcleo profissional específico, além de deslocamentos do espaço tradicional da universidade com exposição a situações inesperadas e imprevisíveis. Essa proposta de formação implica também que os docentes interroguem suas práticas de cuidado e de ensino.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> A discussão acerca do trabalho docente nesta proposta de formação é desenvolvida no Capítulo 8: “O trabalho docente na formação em comum” (página 187).

Os depoimentos apontam que muitos questionamentos do eixo são decorrentes de dificuldades de os docentes darem suporte a essa proposta de formação. A primeira turma de estudantes, em especial, vivenciou a chegada a cada ano de novos docentes, o que produzia, muitas vezes, uma sensação de desamparo e de insegurança.

É interessante notar, no entanto, que os estudantes reconhecem que, de alguma forma, construíram conhecimento: “[. . .] a gente foi descobrindo o que a gente tinha que fazer e como fazer [. . .]” (estudante de educação física). Perceber a possibilidade de buscar e construir conhecimento com “outros” diminui a insegurança e o receio de não saber: “Para mim, eu aprendi muito, [. . .] como a não ter medo de não saber alguma coisa e aprender a construir alguma coisa com outra pessoa [. . .] hoje em dia o medo é muito menor do não saber” (estudante de psicologia).

Podemos dizer que a aprendizagem vai acontecendo também em um campo da invisibilidade: na escrita de um diário, nos espaços de supervisão, na leitura de um texto, na elaboração de um relatório, na interlocução com outros estudantes, com outros docentes, com profissionais e com as pessoas acompanhadas. Uma fala, um comentário, uma ação são expressões, pontas emergentes desses processos de aprendizagem que continuamente ocorrem de modos diferentes para os atores envolvidos.

Os depoimentos indicam que, apesar das dificuldades enfrentadas, em especial na primeira turma do *campus*, essa proposta de formação produziu efeitos, contribuindo na constituição de um modo de atuar e agir dos futuros profissionais de saúde, como veremos a seguir.

#### A constituição de um modo de atuar em saúde

[. . .] o eixo fez isso com a gente, [. . .] só que aproximou de uma forma assim muito, não sei, carinhosa, foi bem devagar, foi desde o comecinho, porque trabalhar

com saúde, trabalhar com pessoas é uma coisa muito difícil, muito complexa [...] (estudante de nutrição).

A maioria dos estudantes relatou que, no seu percurso no eixo TS, ocorreram experiências marcantes que mobilizaram, perturbaram, produziram pensamentos, inquietações e dúvidas. Para alguns, a experiência mais marcante aconteceu no processo de conhecer os territórios; para outros, na construção de narrativas ou no trabalho com os grupos; ou ainda, na elaboração e implementação de projetos terapêuticos de cuidado.

Porém, não se trata de isolar uma única experiência: "Para mim assim, todos os momentos que eu vivi em TS, todas as experiências foram significativas" (estudante de terapia ocupacional). O sentido dessa formação vai se explicitando aos poucos, de forma processual: "[...] aos poucos as coisas foram incorporando na cabeça, não necessariamente da gente fazendo força, mais por osmose [...]. É um processo [...] não uma única experiência [...]" (estudante de fisioterapia). É no conjunto das experiências, por meio de sucessivas aproximações ao mundo do trabalho, que se realiza a aprendizagem.

Para a maioria dos estudantes a formação propiciada pelo eixo só é percebida como valiosa no momento final da formação: "[...] só hoje percebo que [...] a minha formação sem o eixo Trabalho em Saúde teria sido diferente e não tão rica quanto foi" (estudante de terapia ocupacional). É quando estão nos estágios, em contato mais próximo com profissionais dos serviços, e também com estudantes de outras universidades, que percebem ter uma prática diferenciada, e apontam que, de certa forma, já estavam "estagiando" nas atividades que desenvolviam no eixo.

Consideram como diferenciada a capacidade que apresentam de valorizar o contexto, "[...] ver o contexto em que o paciente está inserido, ver as suas dificuldades, ver as suas limitações, [...] a gente pôde fazer isso na prática pela diver-

sidade de população que a gente atendeu [...]" (estudante de educação física).

Também consideram diferenciada a capacidade de escutar os pacientes e valorizar sua história de vida:

[...] a gente consegue dar uma atenção maior aos pacientes; [...] no meu grupo de estágio todos os meus pacientes [...] falam: vocês são diferentes daqueles que me atendiam — porque a gente está sempre ouvindo [...]. Apesar da gente não ser da psico, a gente conversa com os pacientes [...] (estudante de fisioterapia).

Bastante significativa é a fala deste estudante de fisioterapia ao apontar que, apesar de não ser psicólogo, consegue conversar e ouvir os pacientes. Podemos considerar este um aspecto relevante dessa proposta de formação, pois nas práticas predominantes os profissionais oferecem pouco espaço para a escuta e as intervenções são centradas na utilização do que Merhy (2002) denomina de tecnologias duras e leve-duras.

A valorização do contexto e da escuta para compreender as necessidades de atenção e direcionar a intervenção profissional foi ressaltada nos depoimentos de docentes e coordenadores de cursos: "Eu tenho alguns relatos de alunos [...] de como foi importante ter treinado a escuta, ter percebido que é muito mais complexa a vida do indivíduo [...] que eu tenho que considerar todas as variáveis, todo contexto de vida e tal [...]" (coordenador de curso 3).

Docentes e coordenadores de eixos também reconhecem que os estudantes chegam aos estágios mais preparados:

[...] no quarto ano [...] sinto que eles estão extremamente maduros para essa proximidade, [...] para poder colher a história, para conduzir a entrevista [...] vejo que o eixo TS não contribui só para a formação profissional

[. . .] contribui também para o aspecto pessoal [. . .] (docente de terapia ocupacional).

Apontam ainda que as diversas experiências nos territórios, nos domicílios, no contato com situações difíceis e com pessoas em sofrimento resultaram num amadurecimento profissional e pessoal.

A valorização, por parte significativa dos docentes, da formação propiciada pelo eixo, também ocorreu no momento dos estágios, pelo retorno dado tanto pelos próprios estudantes quanto pelos preceptores de serviços, que consideravam que os alunos possuíam habilidades diferenciadas: maturidade, sensibilidade, flexibilidade, capacidade de observação e de escuta, responsabilização e reflexão crítica.

É interessante destacar que há uma concordância de que o eixo TS contribui para formar profissionais que considerem o sujeito, seu contexto social, cultural e político. No entanto, isso parece não ser suficiente:

[. . .] era só esse o objetivo? Com um trabalho humanizado, com um cuidado diferente, uma visão diferente, era essa a proposta? Então tudo bem, então acho que noventa por cento a gente conseguiu, agora eu não sei se era só isso. Era só isso para aprender? (estudante de fisioterapia).

Um docente utilizou uma expressão muito próxima desse estudante:

[. . .] mas será que é só isso que o eixo TS tem para oferecer? [. . .] Bem, [. . .] em relação a essa experiência que o aluno tem, [. . .] ele chega para o estágio com muito mais desenvoltura, ele consegue se aproximar de uma forma muito mais tranquila do paciente. Mas a ideia [. . .] porque esse é um ponto muito forte do eixo TS e

que todos concordam, mas eu fico me questionando se realmente o eixo TS deveria ser só isso [. . .] (docente de fisioterapia).

Podemos dizer que o questionamento explicitado nos depoimentos acima aponta que esses aspectos estariam relacionados com certa “humanização” das práticas, desejável, mas não obrigatória em uma intervenção profissional resolutive e de qualidade. Contudo possibilitar a incorporação dessas dimensões na prática dos profissionais de saúde tem sido uma das grandes questões dos movimentos de mudança na formação destes profissionais (Feuerwerker, 2003, Ceccim & Carvalho, 2005).<sup>8</sup>

Outros depoimentos indicam que foi incorporado um modo de pensar mais amplo:

[. . .] um paciente, seja de saúde mental, seja na área física, quando eu olho para ele, não olho para a doença dele, [. . .] procuro pensar, mais amplamente assim, não vamos só trabalhar a questão clínica [. . .] vamos tentar mexer com ele [. . .] vamos conversar [. . .] sobre os desejos dele [. . .] (estudante de terapia ocupacional).

Um modo de pensar que considera o que é saúde para a pessoa acompanhada: “[. . .] penso quem é aquele sujeito que está ali, o que é a saúde para ele naquele momento, o que é importante para ele [. . .]” (estudante de terapia ocupacional).

Destacam como importante contribuição das atividades do eixo a possibilidade de compreenderem os problemas de saúde de forma mais complexa:

[. . .] me lembro bastante [. . .] da discussão sobre o SUS justamente abordando esse aspecto da integralidade [. . .]

<sup>8</sup> Ver também o Capítulo 1: “Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde” (página 35).

de você não considerar [. . .] só um braço ou uma perna quebrada, e de você perceber ele como um todo, que ele faz parte de um processo, que está inserido numa sociedade e até que ponto [. . .] está interferindo na relação saúde/doença, que também foi muito discutido, o que é saúde e o que é doença? (estudante de nutrição).

O reconhecimento do valor dessa proposta de formação é expresso de forma bastante significativa por este estudante:

O interessante é que eu me percebo como militante pelo TS, antes eu simplesmente repudiava o TS. Eu comecei a perceber que eu era militante pelo que ele me mostrou, principalmente de ter conhecido uma forma diferenciada, num atendimento [. . .] para além da visão integral, eu vi uma forma de fazer [. . .] existem outras maneiras [. . .] (estudante de terapia ocupacional).

O repúdio inicial ao eixo TS se transformou a ponto de o estudante se tornar um defensor de um modo de fazer que foi aprendido: "E o que eu percebo agora no quarto ano, estando em estágio, que o meu esforço maior às vezes é tentar trazer isso, que eu aprendi com o TS, porque é o que a gente não vê aí fora [. . .]"(estudante de terapia ocupacional).

Esse modo de fazer contrasta, muitas vezes, com o modo predominante de fazer dos profissionais que estão nos serviços, com a maneira como está organizado o processo de trabalho nas unidades onde se realizam os estágios:

[. . .] no eixo TS a gente realmente aprende a se interessar pelo outro, se interessar de verdade, [. . .] colocando importância naquilo que eles estão trazendo para você, e na prática [. . .] dá um tempo assim muito pequeno, para cada paciente [. . .] você tem que focar, mas você vê também que você aprendeu, que tem coisas a perguntar,

você tem que ouvir, então é uma coisa bem interessante (estudante de nutrição).

Dessa forma, problematizam: "[. . .] como lidar com um mundo diferente? [. . .] as pessoas não conseguem identificar isso [. . .] olham torto para você" (estudante de fisioterapia).

Os depoimentos indicam que a formação do eixo TS propicia certo protagonismo dos estudantes, que se percebem com a tarefa de problematizar as práticas predominantes, reducionistas, e como responsáveis por defender uma determinada forma de produzir atenção e cuidado que tanto considere quem é o sujeito acompanhado, seus valores, seus desejos, suas possibilidades, quanto considere a necessidade de um trabalho conjunto com as diversas áreas profissionais:

Acho que a gente tem que estar preparado para tentar, a gente inova [. . .] demonstrar que existe uma outra proposta de trabalho, que busca escutar, que busca discutir entre todos os profissionais e a gente inserir isso lá fora, no mercado de trabalho, não chegar e já querer encontrar tudo pronto o que a gente aprendeu, mas a gente construir isso (estudante de nutrição).

Os estudantes se sentem, assim, responsáveis por lutar, por construir as possibilidades de um. . .

[. . .] trabalho interprofissional [. . .] e ainda vamos ter que lutar muito e quebrar muito a cabeça; [. . .] a maioria está saindo da formação tradicional e aí numa equipe [. . .] é muito difícil, eles não conseguem enxergar [. . .] a gente tem que ir plantando essa semente para ver se cresce, [. . .] hoje em dia eu vejo assim (estudante de terapia ocupacional).

Podemos dizer que os diversos depoimentos indicam que foram incorporados<sup>9</sup> um modo de pensar, de compreender as questões de saúde, e um modo de agir, de abordar e intervir nos problemas, que são retomados em outras situações de trabalho: “[. . .] isso o TS me ajudou bastante, de tentar entender para poder intervir, achar um caminho, você vai quebrando a cabeça, [. . .] aí começa a pensar: Qual caminho que eu vou tentar fazer” (estudante de educação física). Ou ainda: “Agora, na prática dos estágios [. . .] a gente sempre acaba lembrando do TS [. . .] Eu já sabia, eu já fiz essa atividade e lá deu certo, ou essa atividade no TS não deu muito certo. Faz de outro jeito” (estudante de psicologia).

Há o reconhecimento de que as estratégias de ensino do eixo TS contribuíram de forma significativa para a constituição profissional: “[. . .] praticamente tudo assim, [. . .] a forma como me constituí profissionalmente, [. . .] a forma como vou enxergar essa equipe de saúde, os profissionais e a população, a forma de atender, [. . .] de enxergar o indivíduo, a população [. . .] (estudante de terapia ocupacional). Reconhecimento também da constituição do comum às diferentes áreas profissionais: “Então para mim agora faz sentido, [. . .] independente de ser psicóloga ou de nutrição, eu sou uma profissional de saúde [. . .] e isso foi importante, [. . .] a experiência de identificar problemas, dar suporte aos pacientes [. . .] (estudante de psicologia).

### Considerações finais

No percurso realizado buscamos apontar o quanto essa experiência de formação produziu impactos, deslocamentos e

<sup>9</sup> Os depoimentos expressam de forma significativa a potencialidade de essa formação produzir um conhecimento corporificado, tal como descrito por Varela, para quem as produções de conhecimento são fundamentalmente concretas, ou seja, corporificadas, incorporadas, vividas: “Esse conhecimento concreto é único, sua historicidade e contexto não constituem um «ruído» que obstrui o padrão mais luminoso a ser captado em sua verdadeira essência, uma abstração, nem se trata de um passo rumo a algo mais: trata-se de como chegamos e onde ficamos” (Varela, 2003, p. 72).

ressonâncias em diferentes graus de intensidade nos envolvidos no processo. Observamos uma multiplicidade de vozes que explicitaram a complexidade e os vários efeitos proporcionados por essa formação. Ao longo das análises e a cada nova imersão nos dados e nos estudos de distintos campos do conhecimento, inúmeras problematizações emergiram e nos deram oportunidade de examinar mais atentamente um universo plural e rico.

A produção da diferença nos modos de pensar, sentir e agir dos envolvidos nessa proposta transpareceu nos depoimentos, e essas perturbações suscitavam em cada um e no coletivo respostas singulares atravessadas por toda a ordem de elementos: imaginários, aberturas e fechamentos, graus de porosidade, disposições, impedimentos, resistências e potências.

Não podemos deixar de considerar, finalmente, que uma proposta de formação que se produz nos encontros com diferenças, com movimentos inusitados, visíveis e invisíveis, objetivos e subjetivos, passíveis ou não de captação, possa também sofrer limitações em relação ao seu propósito de tomar a experiência como pressuposto essencial. Essas limitações, determinadas muitas vezes pela rapidez e fluidez do mundo contemporâneo, fazem-nos pensar o quanto um processo de formação que incorpora reiteradas experiências para promover a aprendizagem carrega também consigo a necessidade de incorporar *gestos de interrupção* — para parar, pensar, suspender o automatismo da ação. Fazem-nos pensar igualmente que um processo de formação crítico coloca a exigência de fazer opções e escolhas entre paradigmas, reconhecendo os riscos implicados nessa ação. A abertura ao desconhecido, ao novo, ao inesperado, ao incontrollável, leva os sujeitos da experiência a correr o risco de não acertarem, de perderem o controle, de perderem o poder de saber aonde se chegará. Essa abertura pode significar, contudo, a possibilidade de criar e recriar sentidos e significados acerca de nossas experiências, dar espaços para as incertezas e para novos começos.

## Referências

- BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*, n.º 19, pp. 20-8, jan.-fev.-mar.-abr, 2002. Disponível em <[http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE19/RBDE19\\_04\\_JORGE\\_LARROSA\\_BONDIA.pdf](http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE19/RBDE19_04_JORGE_LARROSA_BONDIA.pdf)>; acesso em 16-4-2011.
- CECCIM, R. B. & CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. & MATTOS, R. A. (orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj-Cepesq-Abrasco, 2005, pp. 69-92.
- FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de saúde hoje – Problemas, desafios, perspectivas, e as propostas do Ministério da Saúde. *Rev. ABENO*, vol. 3, n.º 1, pp. 24-7, 2003.
- FEUERWERKER, L. C. M. & SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, vol. 6, n.º 10, pp. 37-50, 2002.
- FOUCAULT, M. & DELEUZE, G. Os intelectuais e o poder: conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Org. e trad. Roberto Machado. 9.ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982, pp. 69-78.
- KASTRUP, V. Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devir-mestre. *Educação e Sociedade*, vol. 26, n.º 93, pp. 1273-88, 2005.
- . A cognição contemporânea e a aprendizagem inventiva. In: KASTRUP, V.; TEDESCO, S. & PASSOS, E. (orgs.). *Políticas da cognição*. Porto Alegre: Sulina, 2008, pp. 93-112.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- PASSOS, E. & BENEVIDES, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol. 16, n.º 1, pp. 71-9, 2000.
- PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. & MATTOS, R. A. (orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj-Cepesq-Abrasco, 2006.
- ROLNIK, S. *Cartografia sentimental – Transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2007.
- VARELA, F. J. O desencantamento do abstrato. In: PÉLBART, P. P. & COSTA, R. (orgs.). *O reencantamento do concreto. Cadernos de Subjetividade*, Núcleo de Estudos da Subjetividade, Programa de estudos de pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, vol. 1, n.º 1, São Paulo: Hucitec-Educ, pp. 72-86, 2003.

## CAPÍTULO 6 UM MERGULHO NA EXPERIÊNCIA: uma política para a formação dos profissionais de saúde<sup>1</sup>

O GRUPO DE PROFESSORES do eixo Trabalho em Saúde da Unifesp-BS vem desenvolvendo uma maneira pouco trivial e muito fecunda de formar profissionais da área da saúde, aí compreendidos psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, profissionais de educação física e nutricionistas. Além de aulas expositivas e dos estudos teóricos — que são sem dúvida necessários e mesmo indispensáveis para a formação profissional — inclui um conjunto de outras atividades que eu gostaria de reunir sob a denominação de mergulho na experiência. O mergulho na experiência é possibilitado pelos encontros com pacientes no contexto social e econômico em que vivem, com os diferentes membros de uma equipe transdisciplinar e seus olhares e saberes específicos, com os serviços de saúde em sua dinâmica cotidiana e envolve, enfim, a experiência de um encontro consigo mesmo. As atividades de formação convidam a um mergulho na experiência no sentido em que colocam o estudante em contato com pacientes reais, inseridos em seus territórios existenciais, com suas redes sociais, suas conexões afetivas, sua organização de vida, suas demandas, suas semióticas e modos de existência peculiares. Por sua vez, o trabalho com uma equipe transdisciplinar é um convite ao atravessamento e à transposição das fronteiras disciplinares, buscando a construção de um

<sup>1</sup> Texto elaborado a partir de uma jornada de trabalho com professores do eixo Trabalho em Saúde em abril de 2011.

atendimento e de uma clínica para além das especialidades estanques, em favor de um trabalho coletivo num plano transversal, a ser permanentemente construído e cultivado. O encontro com os serviços de saúde, com suas políticas, dispositivos e tecnologias, possibilita a experiência direta da realidade atual das condições do atendimento à população, além de fomentar o desejo e o desafio da invenção e reinvenção das rotinas de trabalho e das práticas cotidianas, em função das exigências concretas do terreno. Essas três ordens de experiências têm desdobramentos no que chamei de encontro consigo mesmo. Isso significa que, ao experimentar o contato direto com os pacientes, com a equipe e com os serviços de saúde, os estudantes experimentam, por meio de uma atenção a si, virtualidades em sua própria prática, bem como ressonâncias e reverberações de experiências, que os afetam e acionam transformações em cada subjetividade. Nesse cenário, a formação não é pautada na transmissão, processamento e acúmulo de informações, ou seja, na mera aquisição de conhecimentos e no acúmulo de saber, mas num processo que podemos chamar, com Deleuze e Guattari, de processo de produção de subjetividade (Deleuze, 1992; Guattari, 1993). A aposta no mergulho na experiência é que a aprendizagem dê lugar a profissionais de saúde mais habilitados e disponíveis para um trabalho de qualidade, a ser construído coletivamente pela equipe de saúde, juntamente com os usuários do sistema, comunidades e instituições, incluindo aí a própria universidade.

Nos últimos anos, a *formação baseada na experiência* tem sido pouco praticada nos cursos universitários que formam profissionais de saúde. A ênfase tem sido na *formação baseada na informação*. Grande parte do meio

Essa direção tem afastado os estudantes da experiência clínica, sobretudo da aprendizagem da observação, da escuta e da convivência com o paciente, que requer tempo, paciência e o exercício constante de uma atenção sensível e delicada. Sem me alongar nesse aspecto, é necessário pontuar que a hegemonia desse tipo de formação, em detrimento da formação clínica, deve ser entendida como uma certa política pedagógica, que vem produzindo efeitos nefastos, como a compreensão dos quadros clínicos numa base abstrata, desencarnada e predominantemente biológica, independente do contexto histórico e social dos pacientes. Nesse sentido, a introdução de outra política de formação, agora baseada na experiência, é uma proposta salutar e muito bem vinda para deslocar a direção da formação baseada na informação. O acompanhamento do processo e a análise dos resultados como, aliás, vem sendo realizada pelos pesquisadores da Unifesp, é indispensável, mas já é possível sentir que algo novo está sendo construído ali.

Uma formação pautada na experiência não é coisa simples. Ela é complexa e laboriosa, além ser de sujeita a abalos, perturbações, estranhamentos, sustos e surpresas. Essa experiência intensa, que envolve o corpo a corpo com o campo, é ousada, mobiliza e dá trabalho. Ela requer a formação de uma rede de agenciamentos entre professores e alunos que auxilia na sustentação e na continuidade de um processo, que parece muito mais incerto que a formação tradicional, baseada na informação veiculada numa bibliografia predefinida, num saber transmitido de modo vertical e hierárquico e medido num sistema de avaliação por provas e notas. Logo, não podemos nos iludir, a formação baseada na experiência enfrenta dificul-

que a formação baseada na experiência é uma prática permanentemente construída. Por outro lado, a formação atual que é predominantemente baseada na informação e na prática diagnóstica, baseada no domínio das informações veiculadas no DSM e no CID,

que uma formação baseada na experiência é uma prática permanentemente construída. Por outro lado, a formação atual que é predominantemente baseada na informação e na prática diagnóstica, baseada no domínio das informações veiculadas no DSM e no CID,

fornecer subsídios que nos ajudam a distinguir e contrapor os efeitos metodológicos, técnicos e políticos que elas produzem.

Começemos pelo ensino baseado na informação. O conceito de cognição como processamento de informação foi formulado pelo cognitivismo computacional na década de 1960. Para o estudo das atividades cognitivas — percepção, memória, linguagem, solução de problemas — o computador é tido como um sistema equivalente da mente humana. O preço de tal equivalência é a colocação entre parêntesis de tudo aquilo que não cabe na lógica binária 0-1. Ficam de fora da investigação fatores afetivos, emocionais e sociais. Ao final, o que é retirado de cena é o conhecimento em sua dimensão de experiência. Aceito por muitos cientistas, pela promessa de um estudo científico da mente, tal modelo migrou para muitos domínios do conhecimento, como a psicologia, a biologia, a educação.

No que tang

xibilidade e da chamada criatividade. Mesmo quando se trata de estimular a criatividade, o que se visa é a capacidade de buscar soluções originais para problemas predefinidos (Kastrup, 2005).

Francisco Varela (1989) é um dos principais críticos do cognitivismo comportamental. Em seu trabalho como biólogo, define o sistema vivo como um sistema cognitivo. Conhecer é agir e a ação tem uma dimensão de autoprodução. Ao agir, o sistema cognitivo se autoproduz. Do modo recíproco, e por um mecanismo de coengendramento, o domínio cognitivo também é criado. O si e o mundo são engendrados ao mesmo tempo e de modo indissociável. O meio perturba, mas não informa. O conceito de perturbação ou de *breakdown* responde pelo momento da invenção de problemas, que é uma rachadura, um abalo, uma bifurcação no fluxo cognitivo habitual. O conceito de *breakdown* é essencial na argumentação

no sentido behaviorista do termo, que define o comportamento por seu caráter mecânico, automático. A ação comporta a experiência. Tal colocação, menos clara e às vezes implícita nos primeiros trabalhos de Varela, sobretudo aqueles desenvolvidos por ocasião de sua parceria com Humberto Maturana, no contexto da teoria da autopoiese, vai ficar bem mais explícita e evidente quando Varela propõe, já de modo independente, a abordagem da enação. O vínculo estabelecido com a fenomenologia em seus dois últimos livros atesta a importância incondicional doravante conferida ao problema da experiência (Varela, Thompson & Rosch, 1993; Depraz, Varela & Vermersh, 2003, 2006). Não é demais insistir que neste novo momento o que continua tornando singular a abordagem da enação de Varela é o fato de ela conferir importância à experiência de problematização, e não apenas à experiência de reconhecimento. A experiência de reconhecimento é aquela que permite o reconhecimento, prático ou consciente, de um objeto: “isto é uma casa”, “posso atravessar a rua”. Ela se caracteriza pela assimilação da experiência presente nos quadros da experiência passada, bem como por sua utilidade na vida prática. Por sua vez, a experiência de problematização é aquela em que “nossa relação com o mundo apresenta-se problemática, quando os esquemas da reconhecimento revelam-se inadequados ou impotentes para assimilar o que se nos apresenta. Refiro-me a experiências que nos trazem uma espécie de perturbação, que nos fazem mergulhar numa perplexidade e impedem o acionamento imediato dos esquemas motores. Experiências que indicariam a impotência dos esquemas da reconhecimento e revelariam, paradoxalmente, um intuito cognitivo” (Kastrup, 2007, p. 44). A experiência de problematização produz deslocamentos em relação ao funcionamento mais trivial da cognição. Usando uma linguagem da fenomenologia, pode-se dizer que ela suspende a atitude natural. A visita a uma casa muito pobre, numa região da periferia atendida pelo serviço de saúde, pode dar lugar a uma experiência dessa natureza, uma vez que ela interro-

ga e faz pensar. Enfim, ela pode desencadear, para o estudante, um processo de aprendizagem inventiva (Kastrup, Tedesco & Passos, 2008). Além da solução de problemas, ela envolve a invenção de problemas; no lugar da adaptação ao ambiente, ela implica a invenção do próprio mundo.

Com Varela, podemos destacar a importância e a fecundidade de uma ação atenta, uma ação de corpo presente, uma ação com presença plena. A ideia de um aprender fazendo se aproxima assim da ideia de um aprender com a experiência. Trata-se aqui do cultivo de uma espécie de consciência perceptiva, ou antes, de um corpo atento, que conhece por todos os sentidos, por todos os poros. No que concerne à atenção e sob o ponto de vista da pragmática fenomenológica, Depraz, Varela & Vermersch (2003, 2006) destacam que quando há suspensão da atitude natural, que em geral perpassa nossa cognição cotidiana, a atenção, habitualmente voltada para o mundo exterior, se redireciona para o interior. Além de apontar a mudança de direção, os autores sublinham que há uma mudança na qualidade da atenção, que abandona uma atitude de busca em prol de uma atitude de abertura ao encontro de algo que não se pode antecipar. Do lado de dentro desta experiência, dita de *epoché* numa linguagem fenomenológica, a atenção entra em contato com a dimensão de virtualidade do si cognitivo (Varela, Thompson & Rosch, 2003). O si mesmo é um efeito emergente de uma rede de processos. No entanto, parece que possui uma identidade e uma base substancial. Mas este sentimento de que possuímos um si substancial resulta de uma crença, muitas vezes bastante arraigada. Por outro lado, assim como emerge desse fundo processual, o si mesmo mantém-se ligado a ele, o que assegura a continuidade de seus processos de transformação. A crença na identidade do si obtura sua natureza última, mas esta pode ser reativada e a dimensão de virtualidade acessada por meio de certas práticas, como é caso das práticas artísticas. No caso da formação, os estudantes podem perceber também, numa relação de atenção



nascer um desejo de ir mais longe. Sem ser necessariamente agradável, é algo sério e que pode ser inquietante. Pode dar prazer, mas também ser desagradável. De todo modo, o prazer que pode ser suscitado é diferente daquele que agrada simples e imediatamente. Pode mesmo haver algo de difícil apreensão na experiência estética. Mas, por um apelo no nível da percepção, somos atraídos e mesmo obrigados a retornar a uma determinada imagem diversas vezes, parando e voltando, num vaivém entre o chamado da obra e o desejo de ir além que ele suscita. A experiência estética provoca esse apelo e essa abertura em direção ao mais além e é nesse sentido que ela tem a potência de desencadear um processo de aprendizagem.

A experiência estética não é ativa, no sentido de ser intencional ou controlada pela vontade, mas também não é passiva. Em função da atenção que ela mobiliza, ela é caracterizada por uma ativa receptividade. A receptividade da experiência estética faz da percepção algo distinto do mero reconhecimento. O reconhecimento é uma percepção interrompida, no sentido em que a experiência presente é rebatida sobre a experiência passada, fazendo com que o novo perca seu estatuto de novidade. A percepção estética é receptiva, uma vez que ela consiste em se deixar impregnar, em mergulhar com atenção, evitando uma interrupção precipitada. Nesse aspecto, as posições de Varela, Dewey e Nancy são próximas da de H. Bergson, que distingue a percepção a serviço da vida prática, movida pelo interesse e colocada a serviço da ação, e a percepção estética, desinteressada e livre das limitações da vida utilitária (Bergson, 2006a, 2006b). Ainda evocando a fenomenologia, a pragmática fenomenológica (Depraz, Varela & Vermersch, 2003, 2006) tem sublinhado que, para Husserl, a experiência estética produz a suspensão de juízos e da atitude natural, mobilizando uma atenção especial, concentrada e, ao mesmo tempo, aberta. É uma atenção diferente daquela mobilizada para a realização de uma tarefa específica ou para a solução de um problema definido. É uma atitude atencional de abertura para o encon-

tro e para o acolhimento da novidade inesperada (Kastrup, 2004). Esta atitude é um diferencial e deve ganhar lugar de destaque na formação profissional.

Para concluir, gostaria de insistir que a distinção entre a formação baseada na informação e a formação baseada na experiência não é apenas um problema teórico ou metodológico, mas um problema de produção de uma política cognitiva: elas produzem diferentes configurações na cognição, diferentes atitudes cognitivas (Kastrup, Passos & Tedesco, 2008). No âmbito da formação dos profissionais de saúde, o mergulho na experiência traz consigo o desafio da criação de uma política cognitiva de abertura da atenção para os sérios e desafiantes problemas colocados pelo campo da saúde no Brasil e também de invenção de novos procedimentos, de novas práticas e de novas tecnologias de atendimento e de cuidado. O que o conceito de política cognitiva busca evidenciar é que o conhecer envolve uma posição em relação ao mundo e a si mesmo, uma atitude, um *ethos*. A política cognitiva inventiva, que emerge de uma formação baseada na experiência, constitui uma certa maneira de estar no mundo, de habitar um território existencial e de se colocar na relação de conhecimento. Com uma nova política cognitiva, que toca ao mesmo tempo o ensino e a aprendizagem, podemos apostar na formação de profissionais mais capacitados para enfrentar os desafios da saúde pública brasileira. Por meio de ações sempre locais, a aposta é que esta política se propague em forma de rede, amplificando seu alcance e estimulando novas experiências no âmbito universitário e processos mais avançados no campo social.

### Referências

- BERGSON, H. A percepção da mudança. In: *O pensamento e o movente: ensaios e conferências*. São Paulo: Martins Fontes, (1911) 2006a, pp. 149-82.
- . O pensamento e o movente (Introdução). In: *O pensamento e o movente: ensaios e conferências*. São Paulo: Martins Fontes, (1934), 2006b.

- DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- DEPRAZ, N.; VARELA F. & VERMERSCH, P. *On becoming aware: a pragmatic of experiencing*. Filadélfia-Amsterdã: Benjamin Publishing, 2003.
- . A redução à prova da experiência. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, vol. 58, n.º 1, 2006. Disponível em <www.psicologia.ufrj.br/abp>; acesso em 30-1-2011.
- DEWEY, J. A arte como experiência. In: *Dewey. Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, (1950) 1980.
- GUATTARI, F. Da produção da subjetividade. In: PARENTE, André. *Imagem máquina: a era das tecnologias do virtual*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.
- KASTRUP, V. O aprendizado da atenção na cognição inventiva. *Psicologia & Sociedade*, vol. 16, n.º 3, pp. 7-16, 2004.
- . Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devir-mestre. *Educ. Soc.*, vol. 26, n.º 93, pp. 1273-88, set.-dez. 2005.
- . *A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição*. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.
- KASTRUP, V.; TEDESCO, S. & PASSOS, E. *Políticas da cognição*. Porto Alegre: Sulina, 2008.
- NANCY, J.-L. *La beauté*. Montrouge: Brepols, 2000.

Alexandre de Oliveira Henz  
Maurício Lourenção Garcia  
Samira Lima da Costa  
Viviane Santalucia Maximino

## CAPÍTULO 7

### TRABALHO ENTREPROFISSIONAL: acerca do comum e a cerca do específico

O leitor do qual espero alguma coisa deve ser calmo e ler sem pressa. [...] que ele não se intrometa de modo algum, à maneira do homem moderno, e não traga para a leitura a sua "formação", algo como uma medida, como se com isso possuísse um critério para todas as coisas. Desejamos que ele seja suficientemente formado para pensar em sua formação de modo restrito e até desdenhoso.



dinâmica de trabalho dos docentes. A esse respeito, um estudante diz: “Eu percebi bastante nos estágios desse ano agora, a importância que foi desde o início da gente ter essa relação com os outros profissionais” (estudante de fisioterapia).

Interessa ressaltar que o eixo TS investe em uma construção de interprofissionalidade distinta das concepções tradicionais da educação interprofissional. Esta concepção tradicional apoia-se na lógica de que o trabalho entre os estudantes de diferentes profissões produz debates e ações mais eficientes, potencializadas pelos diversos saberes e identidades profissio-

acontecimentos, que possam favorecer essa *entreprofissionalidade*.

Tal produção é, portanto, resultante dos encontros que envolvem muitos saberes, inclusive os saberes profissionais específicos, mas também, e principalmente, aqueles legitimados — não exclusivamente pela especificidade profissional — mas pelas singularidades e acontecimentos.

As situações que se apresentam no cotidiano atravessam, sem constrangimentos, as fronteiras disciplinares e profissionais. No entanto, as identidades e diferenças disciplinares são inte-

[. . .] aí a gente montava um grupo que tinha um fisio, um educa, um TO, um psico e um nútri e aí tinha cinco encontros, cada um tocava um encontro, eu faço o relatório da minha parte, você faz o seu e no último dia a gente junta e entrega (estudante de fisioterapia).

Nas intervenções em equipe, a urdidura de uma colcha, o “tecer juntos” a ação, muitas vezes, é constituído por um *bricolage*, isto é, por um aproveitamento de coisas usadas (nas áreas profissionais) em novos usos. Em algumas intervenções, podemos enxertar cortar, colar e estabelecer novas conexões. “[. . .] produzir sempre o produzir, inserir o produzir no produto” (Deleuze & Guatari, [1972] 2010, p. 18).

Uma estudante do curso de nutrição achou interessante propor à senhora que estava acompanhando que fizesse um diário alimentar, instrumento bastante usado em sua área. Compartilhando sua ideia e observações com a colega, do curso de psicologia, inventam um novo instrumental: o “diário afetivoalimentar”.

Não se trata apenas de podermos desviar múltiplas coisas deste ou daquele conjunto profissional para vários outros e em novas direções, mas também de compreender que as próprias áreas profissionais são colchas de retalhos instigantes para si mesmas e para as outras, máquinas que engrenam múltiplamente.

O investimento do eixo TS é um fio zigzagante também na formação de docentes que caminham nesta zona *entreprofissional*, um vetor que faz gaguejar o já sabido e inventar estratégias de formação — e deformação, não sem dores e alegrias — desses novos profissionais. Entretanto, sabemos que os docentes têm chegado às universidades cada vez mais cedo, frutos de uma formação acadêmica determinada por orientações “definidas precocemente”: iniciação à pesquisa, orientações acordadas e vinculadas à pós-graduação e principalmente pela valorização e incentivo à pesquisa — com pu-

blições rápidas e em grande quantidade —, recentemente mais presentes nas universidades do país.

Nessa ambiência, não referimos tão somente a homogeneização produtivista na docência, as formatações rígidas de modos de sentir, pensar e fazer ou ainda as subjetividades flexíveis e empresariais (Rolnik, 2011). Importa ressaltar os jogos de forças nas sociedades de controle, e, entre docentes e estudantes outros movimentos, espécies de modulações, ondas de autodeformação contínua<sup>4</sup> — um pouco como em Nietzsche, para quem o mais assustador pode trazer embutido o mais promissor, ou como em Deleuze-Guattari que sempre se instalam nas linhas em que o “pior e o melhor” se cavalgam, que se fixam ora em modos mais impermeáveis, ora em outros mais abertos e porosos. Haveria no trabalho docente e na formação dos estudantes linhas de fuga, saídas, novos espaços de invenção-resistência em curso. A todo o momento em campo, nas aulas e supervisões, escavamos novas e difíceis saídas. Nesses movimentos, insistimos em acompanhar os casos, a vida como ela é, encontros que nos fazem tropeçar, gaguejar e que põem areia em uma máquina muitíssimo azeitada, que nos faz hiperfuncionar em prol de um produtivismo que bem conhecemos, e, de outro lado, desmonta aquelas *máquinas em nós*, também bem azeitadas, sígnicas, políticas, que dedicam seu funcionamento exclusivamente ao combate assistencial, por palavras de ordem e investimento nas oposições.

Se por um lado, não estamos totalmente rendidos aos cânones retos e lisos dos currículos para formação de futuros profissionais, por outro sabemos que, em muitas situações, professores e estudantes podem compor com a mais conservadora das culturas:

[. . .] a gente tentou, mas não deu certo, e aí deu uma sensação de perda no grupo, aí o grupo começou a se

4 Ver G. Deleuze. “Post-scriptum sobre as sociedades de controle”. In: *Conversações*. Trad. Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992, p. 225.



Alguns enunciados insistem na importância do aprendizado em equipes para além do ato de conhecer as identidades profissionais e reconhecer seus saberes específicos; eles apontam na direção de uma produção conjunta de perspectivas, de microinterferências constituídas a partir dos acontecimentos, como relata uma estudante de nutrição:

No meu caso a gente fez uma experiência; era uma senhora analfabeta, que a gente fez a linha da vida com ela [. . .]. Como ela era analfabeta, a gente relatou em figuras, assim, em recortes né, a história de vida dela e quando ela abria e via o livro ela chorava. Então assim [. . .] Nossa, nunca tinha pensado nisso. Então essa troca, assim, até de recursos de outros cursos que a gente não tem muito acesso [. . .] Nossa, foi muito emocionante assim, sabe? Porque se eu tivesse talvez a formação tradicional de nutrição eu nunca pensaria em algo assim, algo tão simples que trouxe tanta felicidade para alguém assim. Então acho que abre muito o nosso olhar (estudante de nutrição).

Um exercício de *deformação como abertura* na constituição-padrão dessa área profissional, através de uma estudante que refere ter sido marcado indelevelmente pela experiência da equipe. Uma experiência de contágio como condição para a produção de um pensamento clínico pautado na invenção coletiva com seus encaminhamentos possíveis.

O trabalho em equipe, por operar com multiplicidades, não conhece tranquilidade, produz e alimenta certos agonismos — entre saberes, éticas, práticas, cosmologias, etc. Entretanto, durante a pesquisa, foi possível encontrar enunciados que sugerem uma expectativa de que o trabalho em equipe pudesse meramente harmonizar as relações entre os profissionais. Aqui há um pressuposto de que, para facilitar o trabalho em equipe seria necessário que não houvesse muitas diferenças entre os procedimentos e as profissões, ou ainda que a homogeneização

de saberes pudesse diminuir as tensões nesse trabalho, como na fala destes professores:

[. . .] é uma ideia bem inovadora porque é uma tentativa da gente poder convergir diversas linguagens, diversos saberes, tanto para os alunos quanto para os professores. Pelo menos na minha experiência, para os professores foi um desafio também (docente).

[. . .] compreendo que é uma formação que se dá desde o início dos cursos, desde o primeiro ano, e com os cursos todos juntos, nas mesmas turmas, então as turmas mistas por curso, que eu acho que é importante para haver sempre um diálogo entre eles, um conhecimento comum, conceitos comuns, e práticas comuns (docente).

Mas a expectativa de harmonização entre as profissões, essa “convergência de linguagens e saberes”, cede lugar à compreensão de que, em ato, o que se pretende é um pluralismo descritivo e o agenciamento de múltiplos encontros, seja pela negociação de mundos, seja pela experiência do conflito, mas necessariamente pela perspectiva do “avanço” ziguezagueante para aquém e além das fronteiras profissionais. A experimentação com o comum é um movimento no qual nos sentimos levados a atravessar fronteiras que encontramos nos territórios profissionais, fazendo-os também operar para além de suas próprias referências. Um trabalho transversal e exigente que estamos praticando sem tomar as linhas de nenhuma área profissional como discurso pronto ou capaz de submeter as linhas alheias. Trata-se de sentir e pensar a diferença.

[. . .] [eu] falava algumas coisas, e vinham dos alunos algumas outras coisas da prática deles com a nutricionista, que passa longe dos meus conhecimentos, a prática deles com a TO, com a fisio, e que me forçavam a, me balançavam, me deslocavam, eu estava muito mais acostumado a

conversar com as ciências humanas, na minha interdisciplinaridade mal pensada, que eu fazia [...] a partir da prática deles, então eles, quando vão a campo, vão junto com outros alunos, que por sua vez estão sendo orientados por professores com olhares específicos de outras disciplinas, fazem uma coisa que é uma criação conjunta ali, eu acho que acaba desafiando todos os professores que se relacionam com eles, eles começam a ver outras coisas, que a gente não vê, quando não está incluído nessa prática, neste tipo de prática (docente).

A proposta de formação da equipe docente do eixo TS sustenta-se inevitavelmente na probabilidade, frágil e forte, de compor aproximações entre os diversos envolvidos, com suas determinações e interesses, com uma proliferação de perspectivas, um intelecto coletivo, como um caos que tem sido positivamente pensado e que não se reduz a mera confusão. Ou seja, com os docentes e estudantes também foi necessário o acaso, a expansão dos *campi*, as políticas de Estado, os movimentos de grupelhos, os acontecimentos e a geopolítica. Um processo feito mais de vizinhanças, ressonâncias, distâncias e encontros do que de vinculação e pertença ao eixo TS, em que algumas alianças constituídas — pontuais e logo desfeitas no semestre seguinte — tinham a possibilidade efêmera de inventar juntos outros modos de ensinar, produzir, experimentar e pensar.

Muitos enunciados, tanto entre estudantes quanto entre professores e coordenadores, sugerem que esse modelo de trabalho em equipe é árduo e envolve tempo, discussões, supervisão, conflitos e negociações.

A possibilidade de operar com complexidades e diferenças — mais do que a caução de um alfabeto comum e tranquilizador, seja biológico ou sociológico —, pa

Alguns professores afirmaram que a formação para o trabalho em equipe interprofissional não é exclusividade da proposta do eixo TS, pois mesmo nos eixos específicos ou na formação tradicional pode-se trabalhar essa questão:

[...] a gente tem internamente a ideia do que é fazer um trabalho inter [...]. Acho que o inter tem que ser uma coisa que você internalizou, é um jeito de falar, é um jeito de acessar um colega, um profissional (docente).

Este assinalamento carrega o entendimento de que a interprofissionalidade é uma forma de se conectar, um saber que deve ser incorporado como “essência” e até deslocado da construção contínua e permanente. Esse, no entanto, é o paradoxo que habitamos trabalhando juntos: *o plano comum* — entre e para além das profissões da saúde — *está e não está* plenamente dado, ele avança cada vez mais como um vetor de desterritorialização no contemporâneo e ao mesmo tempo deve ser construído, para que se viva, a cada caso, esse campo de singularidades *entreprofissional*.

Alguns docentes consideraram a proposta desafiadora e inicial:

Então, [a proposta do eixo TS] é muito corajosa ao mesmo tempo, [...] acho que está no início ainda, mas que já está começando a dar frutos interessantes (docente).

Esses enunciados forçam a pensar acerca das diversas acepções que a expressão *Educação Interprofissional* expressa no *campus*: desde a perspectiva de conhecer e respeitar as di-

[...] principalmente no eixo TS, a proposta de estarem juntos, na prática principalmente, eu acho que isso é bastante importante, até vejo que outros eixos têm tido algumas experiências também na prática comum, onde eles possam estar tendo discussões a respeito, ou de casos clínicos ou de situações que eles possam estar vivenciando a partir de diferentes olhares aí (docente).

A referência às relações de amizade como favorecedoras do trabalho em equipe nos colocam outra problemática. Se as afinidades eletivas são desejáveis nas relações de equipe, é preciso interrogar também o quanto estamos deixando de debater as *diferenças e vizinhanças* entre o coletivo de convivência e a equipe profissional, sob o risco de transformar o trabalho em equipe profissional em recurso possível na condição idealizada de poder ser constituída por amigos — condição essa que, caso

estuda e se forma junto podemos também produzir nos estudantes certa forma de perceber o “resto do mundo” como “outro”. Ao afirmarmos que “nosso modelo” de equipe é interessante, estaríamos ao mesmo tempo construindo resistência/rejeição às equipes já existentes nos serviços? É preciso pôr em análise os efeitos também homogenizadores do trabalho em equipe na Unifesp, compreendendo que, ainda que consigamos romper em certa medida as fronteiras interprofissionais, podemos estar colaborando com a constituição de outras fronteiras, agora entre as equipes da Unifesp e as equipes dos serviços.

No entanto, muitas vezes, a proposta não é apreendida

das intervenções em saúde reunindo estudantes e docentes, o que produz inúmeras problematizações acerca da interprofissionalidade, do trabalho em equipe e das identidades profissionais. Há, em alguns enunciados, a expectativa de que o eixo TS seja produtor de saberes e práticas comuns às diversas profissões, como diz este professor:

[ . . . ] compreendo que é uma formação que se dá desde o início dos cursos, desde o primeiro ano, e com os cursos todos juntos, nas mesmas turmas. [ . . . ] As turmas mistas por cursos é

Também surge como oportunidade de amadurecimento, de “desenvolvimento pessoal”, de experimentação com “a vida como ela é com suas dores e alegrias”, de saber os limites da atuação profissional, de encontro com os medos, etc. Alguns estudantes concebem as experiências do eixo TS “apenas como” uma formação para a vida, e não para a profissão. Isso nos propõe de imediato, outra questão: isso seria ruim, indesejável? E outra mais: o aprendizado pela experiência de dores, alegrias, limites e medos estariam fora do campo de saberes profissionais? A partir de alguns enunciados podemos compreender que tais experiências nem sempre são entendidas como valiosas para a atuação profissional, e a mesma ideia emerge nas entrevistas com os docentes. Parece que o valor está colocado na especificidade, na identidade profissional, no ato exclusivo:

Porque, naquele momento, a nossa insegurança era justamente tentar também aliar algo de nutrição, porque, ao mesmo tempo, a gente, acho que absorveu tanto essa questão de escutar a pessoa, tudo, a gente ficava inseguro. Será que eu vou conseguir ser uma nutricionista assim?; algo bem específico, como que vai ser? (estudante de nutrição).

O específico, aqui, aparece separado do comum. No entanto, poderíamos pensar o comum como uma espécie de “fundo de todo mundo”, um reservatório de experimentações, virtualidades, produção de saberes, poderes, técnicas e potências que são *de qualquer um* e que, de todo modo, seja qual seja (ou de quem seja), ele importa (Agamben, 1993).

Após um período de gestação no século XIX (Figueiredo, 1994), uma parte desse saber comum — na forma da área profissional de psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, etc. — foi como que “loteado e privatizado” produzindo cada uma das áreas profissionais na sua pretensa autonomia em relação a esse reservatório comum.

Assim, esse comum é mais uma placenta (Simondon, 2003), uma jazida de multiplicidades e singularidades, do que uma unidade atual separada, mais uma virtualidade já real produzida nos encontros do que uma unidade ideal perdida ou futura. Nesse sentido, o comum seria justamente a caldeira que alimenta e cria novas configurações para as áreas profissionais, de onde elas emergiram a partir do final do século XIX e também o que as sustentou e sustenta ao longo dos séculos XX e XXI. Há uma espécie de esquecimento do processo de constituição das áreas profissionais e do comum como es

individual/coletivo, humano/inumano que precede cada área profissional — uma *potência “ontológica” comum*.<sup>7</sup>

Na perspectiva deste trabalho, as possibilidades de encontros (estudantes, professores, profissões, saberes, singularidades, sensibilidades, populações e acontecimentos) dizem respeito à construção conjunta em ato, em uma ambiência de invenção e contágio na qual a incerteza não é o objeto a ser perseguido e eliminado, mas o disparador de novas possibilidades. Aqui, as profissões e seus saberes específicos aparecem como um dos corpos nessa zona de indiscernibilidade, ou seja, constituem-se em mais um elemento a compor os encontros.

#### O valor da incerteza na formação interprofissional

O estudante, ao ingressar na Unifesp Baixada Santista, já passou por mais de uma década no modelo disciplinar de ensino e percebe-se perdido quando chega aos módulos do eixo TS, porque se descobre sem certezas e sem saberes apriorísticos e, portanto, com medo. E, ao contrário do que está habituado, o estudante é apresentado à possibilidade de não se armar com saberes e certezas primeiro, para depois propor intervenções profissionais. Esse eixo talvez desestabilize os pilares de sustentação das concepções sobre educação e formação profissional, uma vez que não apresenta um caminho único a ser seguido, não havendo um “caminho das pedras” que ofereça certeza e segurança. É preciso, portanto, pensar e planejar à espreita dessas questões.

As estratégias mais recorrentes de formação em saúde — mesmo quando produzem uma certa experiência interprofissional — partem do princípio de que o “não-saber” é uma deficiência indesejável. Portanto, é necessário um alfabeto comum *a priori*; o mais frequente e tranquilizador tem sido o

<sup>7</sup> Guattari & Rolnik (1986).

biológico. Sendo assim, investe em produzir, nos aprendizes, medo: medo de não saber. Para superar o medo, por conseguinte, é preciso superar o não saber. Por este motivo, ensina “o caminho das pedras”, definindo objetivamente o que se deve saber, como e quando. Isso justifica a busca por conhecimentos específicos e a pretensa segurança obtida através deles — certos saberes produzem certezas, e a certeza é a forma ideal de ser um profissional competente e seguro, pois quanto mais certezas produz, mais combate o medo, a incerteza e a insegurança.

Assim, a apropriação de certos saberes profissionais constrói zonas de paz e contentamento para os próprios profissionais.

A gente ficava inseguro, então sempre que tinha oportunidade, lógico que a gente queria colocar alguma coisinha de nutrição no meio, mesmo sabendo que às vezes a pessoa precisava de algo mais. Então a gente sentia essa insegurança de necessitar mesmo do apoio do eixo específico para abraçar mesmo a causa (estudante de nutrição).

No eixo TS não há uma pretensão de pureza, mas a ênfase da aprendizagem vai se desenhando e inflectindo em tensão com essa lógica, em práticas profissionais urdidas a partir do não saber, pois parte-se do princípio de que o não saber é inerente à possibilidade de crítica e construção do conhecimento. Diógenes diz que “Quando os corpos se permitem deslizar pelos terrenos da incerteza, uma sutil inumanidade aciona e mobiliza vontades de invenção, atíça os núcleos vivos de resistência. Seremos então, nesse momento, silenciosos e intrinsecamente transindividuais, sóbrios e compactuadamente, coletivos” (Diógenes, 2002, p. 3). A incerteza e o não saber são desejáveis e qualificam a atuação profissional, uma vez que possibilitam a construção de um instrumento compartilhado no e a partir do encontro, o que é compreendido e valorizado por alguns

estudantes: “[. . .] o legal assim é que eu acho que a gente aprendeu a pensar junto” (estudante de terapia ocupacional).

A proposta do eixo TS na formação de futuros profissionais da saúde é expor os estudantes a situações e experiências que os provoquem a pensar e os impliquem na problematização permanente de determinados conceitos, compreendidos de forma ampla e complexa no campo do cuidado. Dessa forma, investimos na valorização da “incerteza apriorística”, na expectativa de que os estudantes se qualifiquem para promover e participar de bons encontros, tanto com colegas quanto com professores e usuários dos serviços. Para tal, é importante que se disponham a várias compreensões e que não ponham os saberes profissionais acima e além dos outros saberes.

#### Anotações finais e continua-se

No eixo TS as questões de ensino são selecionadas a partir de alguns vetores problematizadores no âmbito da clínica e da saúde. Os critérios dessa escolha são ético-políticos, considerando quais concepções de vida e de saúde estão implicados com determinados saberes e práticas, que nunca são neutros, eternos, naturais ou estritamente técnicos.

Assim, em vez de perguntar se tal conteúdo, modelo ou concepção de corpo, saúde, intervenção, doença “é verdadeira”, “adequada”, se “corresponde”, se “representa” a realidade (coletiva, antropológica, etc.), perguntamos que tipo de política e de vida tal modelo, conteúdo e concepção produz e reproduz, ou quais forças (ativas, reativas) forjaram tal perspectiva, tal modelo e com que interesse, ou no interesse de qual tipo de vida. Interessam, portanto, os efeitos desses conteúdos na produção de novas subjetividades, na configuração de novos modos de vida.

A aposta do eixo TS não está atrelada nem à ideia de homogeneização de conteúdos nem à ideia do “entre amigos privados” como facilitadores do trabalho em equipe. Talvez se susten-

te em outra ideia de amizade que pode implicar o que Hannah Arendt denominou uma *cálida impessoalidade*.<sup>8</sup> Uma produção conjunta que pode acontecer no encontro, na troca de saberes, afetos, perceptos e na construção de um espaço que é agenciado a cada vez. Essa ética do trabalho diz respeito tanto à equipe quanto ao ato do cuidado em saúde. Trata-se também do trabalho pedagógico e da condução e organização do eixo TS.

A articulação entre os estudantes e professores das diferentes profissões se produz em vários vetores ético-formativos e políticos do eixo TS. O trabalho em equipe e a formação interdisciplinar e transdisciplinar podem favorecer esses vetores quando entendemos as composições a partir da perspectiva que aqui chamamos de entreprofissional, desertando a pressa, o produtivismo, a concorrência, a previsibilidade e os especialismos. Para se descolar destes traços hegemônicos, interessa ao eixo TS exercitar, nas salas de aula e em campo, pequenas táticas não reificadoras, exercícios de invenção, de paciência, de lentidão, de gratuidade, de atenção, de angústia aceita, de limites permitidos, de dúvida, enfim, exercícios de resistência e acolhimento (em) comum.

#### Referências

- AGAMBEN, G. *A comunidade que vem*. Lisboa: Presença, 1993.
- DELEUZE, G. Post-Scriptum sobre as sociedades de controle. In: *Conversações*. Trad. Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992, pp. 219-26.
- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. *Qu'est-ce que la philosophie?* Paris: Minuit, 1991.
- . *O Anti-Édipo*. Trad. Luiz B. L. Orlandi. São Paulo: Ed. 34, 2010.
- DIÓGENES, G. Fórum social: cartografia efêmera da cidade invisível? *Jornal do Psicólogo*: Sindicato dos Psicólogos do Estado de São Paulo, jan.-fev. 2002.

<sup>8</sup> Richard Sennett lembra que Hannah Arendt privilegia o amor ao mundo e uma *cálida impessoalidade* em contraposição à privatização do amor e à debilidade da procura de refúgio em uma subjetividade encapsulada e voltada para si. Cf. *The conscience of the eye. The design and social life of cities*. Nova York: Alfred A. Knopf, 1990, p. 134.

- FIGUEIREDO, L. C. *A invenção do psicológico – quatro séculos de subjetivação*. São Paulo: Escuta, 1994.
- GUATTARI, F. & ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- NIETZSCHE, F. *Cinco prefácios para cinco livros não escritos*. Trad. e pref. Pedro Süsserkind. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1996.
- SIMONDON, G. A gênese do indivíduo. Trad. Ivana Bentes. In: COSTA, Rogério & PELBART, P. P. (orgs.). *Cadernos de Subjetividade*. São Paulo: Hucitec-Educ, 2003, pp. 97-117.
- ROLNIK, S. A invulnerabilidade ao outro é por si mesma muito grave. In: PARDO, A. L. (org.). *A teatralidade do humano*. São Paulo: Edições Sesc, 2011, pp. 261-2.

Sidnei José Casetto  
Fernando Sfair Kinker  
Amanda Diogo Pap  
Luane Cristina de Souza Bastos  
Fernanda Braz Tobias Aguiar

## CAPÍTULO 8 O TRABALHO DOCENTE NA FORMAÇÃO EM COMUM

PELO MODO COMO o eixo TS se constituiu, com docentes de diversas áreas profissionais em formação do *campus*, o trabalho docente tornou-se um de seus aspectos mais expressivos das dificuldades, complexidade e contradições institucionais envolvidas na formação interprofissional para o trabalho em saúde. O convívio com outros profissionais, em um campo de práticas fora do *campus* universitário e aberto aos imprevistos da vida cotidiana (acentuados pela baixa renda dos usuários dos serviços de saúde), com estudantes de áreas diversas e a exposição a situações para as quais não se está inicialmente preparado, tende a produzir sensações iniciais de desconforto e impotência. Ademais, numa instituição universitária em que o poder é verticalizado, as pesquisas e as publicações são priorizadas e as carreiras individuais estimuladas, o modelo do eixo TS, que despende tempo generoso com o ensino da graduação, que enfatiza a arte da clínica mais do que a aplicação de protocolos, que estimula as ações de equipe e grupais, tende a produzir tensões.

O principal dessas tensões, porém, parece não ocorrer no âmbito de suas instâncias acadêmicas (departamentos, cursos, comissões, eixos), do que poderia resultar impasses frontais, e sim no âmbito do docente: as demandas com as quais tem de lidar, os conflitos com que tem de se haver, as pressões que tem de suportar. É ele que tem de distribuir seu tempo, fazer

escolhas, e arcar com as consequências dela. O estudante também vive tensões semelhantes, mas em escala menor. Com isso, o custo do modelo parece recair expressivamente sobre o grupo que o sustenta, do que resulta uma adesão instável dos docentes ao eixo (vários entram e saem). Mas a adesão de muitos acontece e ela parece apoiar-se no interesse pela intervenção e pela clínica, em valores relacionados ao direito à saúde, e na capacidade de gratificar-se com a riqueza das atividades de campo e com a percepção de transformações produzidas nos pacientes, nos alunos e em si mesmo.

Essas seriam as principais conclusões do que apresentaremos a seguir com intuito de dar sustentação a elas: uma seleção das referências feitas, nos grupos focais e nas entrevistas, ao trabalho docente, neste modo singular de formar para a saúde.

### O lugar do trabalho docente

Em um projeto político-pedagógico que se propõe a romper com a perspectiva disciplinar, o trabalho docente implica revisão de papéis, abertura para o aprendizado de novos conteúdos e de formas alternativas de atuação, e para a relação interpessoal — já que exige negociar saberes com atores os mais diversos, inclusive com os que historicamente seriam somente recebedores do saber científico: os alunos e os usuários do serviço de saúde.

O processo ensino-aprendizagem, nessa perspectiva, é constituído pela circulação em áreas diversas do saber, e tem no protagonismo dos alunos o aspecto essencial de uma trajetória focada na experiência, ao mesmo tempo coletiva e singular. O papel docente se exerce pela mediação das relações do aluno com os contextos de aprendizado, promovendo-lhe o suporte para a construção de seu caminho na trajetória da formação profissional. Formar-se profissional, assim, torna-se formar-se sujeito, sendo a universidade um laboratório de novas relações sociais.

Daí considerar-se a questão ético-política como imediatamente envolvida na ação dos alunos. Cyrino & Toralles-Pereira (2004), ao abordarem a problematização como estratégia de ensino-aprendizado na área da saúde, a situam como uma metodologia de inspiração freiriana que visa conhecer a realidade para transformá-la. Para que isso seja possível, supõe-se que todos os envolvidos no processo sejam suscetíveis de se transformarem em seu decorrer, inclusive o professor, de quem é requerido uma mudança de postura

para o exercício de um trabalho reflexivo com o aluno, exigindo a disponibilidade do professor de pesquisar, de acompanhar e colaborar no aprendizado crítico do estudante, o que frequentemente coloca o professor diante de situações imprevistas, novas e desconhecidas, exigindo que professores compartilhem de fato o processo de construção do conhecimento (ibidem, p. 786).

Tais funções do docente estão sintonizadas com as novas diretrizes curriculares na área da saúde, que, mais do que requererem metodologias inéditas de ensino-aprendizagem, estimulam a responsabilidade compartilhada entre docente e estudante, assim como a integração entre a universidade e os serviços de saúde (Moimaz et al., 2010). Mas aproximar-se da realidade dos serviços requer do docente habilidades que não são igualmente convocadas em sala de aula:

[. . .] esse docente deve aprender a correr riscos, ter tolerância para com a ambiguidade, estabelecer relações amplas em sínteses provisórias, que reúnam um número muito grande de fatos da realidade, conceitos, aspectos objetivos e subjetivos, informações reais e imagens (representações simbólicas que também na saúde são essenciais) (Garcia, 2001, p. 92).

Esta seria uma proposta de modificar, nas instituições universitárias, o modelo do professor centrado no trabalho de pesquisa, quase indiferente ao ensino profissional (no máximo interessado no ensino de pesquisar), e distanciado do conhecimento de conjunto de sua área, uma vez reconhecido como especialista em um núcleo restrito de sua área de saber.

A pouca valorização dada à formação pedagógica do professor universitário pode ser atribuída ao desmerecimento das atividades de ensino nas universidades, nas quais os estímulos para a atuação e os critérios de progressão na carreira têm-se fundamentado mais na produção científica que no exercício da docência. Contribui para esse fato o próprio desenvolvimento do conhecimento científico específico de cada área, que tem se tornado cada vez mais fragmentado e incapaz de explicar a complexidade dos fenômenos educativos (Costa, 2007, p. 23).

Se a proposta é conhecer e intervir em fenômenos complexos, quebra-se, segundo Garcia (2001), a linearidade do esquema “quem-ensina-o-que-para-quem-onde”, para que o aprendizado possua múltiplas dimensões e se enriqueça. Ao se referir a um esquema de aprendizado em serviço, diz a autora que:

Aplicando este esquema ao aprendizado em serviço, no “quem” e no “para quem” se ensina entrariam não só os docentes, como também os funcionários, os demais profissionais, os alunos e as pessoas em cuidado. No “o que” se ensina se incluiriam os conhecimentos técnicos informativos, mas também e, principalmente, as habilidades técnicas, a interdisciplinaridade, o participar, o ser cidadão, o ser sujeito, ou seja, conteúdos técnicos, políticos e éticos. E no “onde”, entraria o cotidiano organizado como trabalho, respondendo às necessidades sociais de atendimento a problemas de saúde (Garcia, 2001, p. 97).

Em síntese, o conhecimento deixa de ser redutível ao previamente estabelecido e sua transmissão centrada no docente, para ser uma produção coletiva, da qual participam docentes, estudantes, equipe dos serviços e usuários/pacientes, com suas diferentes posições, experiências e possibilidades.

No caso do *campus* Baixada Santista, as escolhas pedagógicas do eixo TS implicaram configurações dessa natureza no trabalho docente. Em decorrência, o percurso de constituição do eixo foi, em grande medida, permeado pelo impacto da proposta nos professores do *campus*. Retomemos brevemente esta história.<sup>1</sup>

Em 2006, primeiro ano dos cursos no *campus*, os professores dos eixos IS e TS trabalharam juntos nos módulos dos dois eixos. A partir do ano seguinte, entretanto, a estratégia de TS quanto ao planejamento e realização dos módulos divergiu dos outros dois eixos comuns em um aspecto fundamental: enquanto estes últimos seguiram com seus próprios professores, TS planejou um segundo e depois um terceiro anos com docentes dos eixos específicos. Houve um direcionamento claro para evitar que TS se tornasse um eixo da saúde coletiva, e, como amiúde se vê nas graduações universitárias, distanciado das áreas específicas. O esforço foi para que TS constituísse um campo de encontro, diálogo e trabalho comum de ensino, a despeito — ou por força — de sua polifonia.

Em 2007, o esforço de construção coletiva das atividades do eixo foi significativo: reuniões semanais de três ou quatro horas, de quase duas dezenas de docentes com visões diversas e que não tinham experiência anterior na proposta, exigiram de todos paciência, perseverança e determinação. A dedicação ao eixo, desse modo, teve de ser grande, pois além das aulas havia as atividades de campo, as longas discussões, a bibliografia a ser estudada, a convivência inédita com outras áreas e profissionais, etc. As dificuldades, assim, vieram junto: a diversidade

<sup>1</sup> Uma história da constituição do eixo TS é apresentada no Capítulo 3: “Movimentos de constituição do eixo Trabalho em Saúde” (página 69).

de visões sobre o projeto político-pedagógico; as contradições institucionais, como o pouco estímulo às atividades docentes na graduação; e as dificuldades sentidas pelos docentes, como a falta de preparo para esse novo modelo e a insegurança daí decorrente. Afinal, ninguém podia ter experiência num projeto nunca anteriormente realizado.

Assim, o trabalho docente pareceu constituir-se num dos componentes centrais e nevrálgicos do eixo TS: essencial para sua existência e sobrevivência, e no qual diferenças e contradições mais claramente se manifestam. É este quadro que procuraremos apresentar a seguir.

#### A diversidade de visões sobre o projeto político-pedagógico do *campus*

O fato de existir um projeto político-pedagógico não impede que se produzam diferentes entendimentos de como deva se realizar, ou mesmo discordâncias sobre ele. De fato, observa-se a respeito uma diversidade de discursos e de perspectivas entre os docentes que compõem os diversos eixos, consoante com diferentes modelos de formação profissional. Assim, por exemplo, um docente de outro eixo comum questiona a crítica feita ao Relatório Flexner de 1910, com base no qual mudanças significativas foram introduzidas nos cursos médicos (e depois nas demais profissões da saúde), favorecendo uma divisão entre os conteúdos básico e profissional, o predomínio do modelo hospitalocêntrico e descontextualizado de terapêutica, e o estímulo à hiperespecialização. Ora, foi com base também na crítica a esse relatório que surgiram movimentos por

uma discussão sobre o Relatório Flexner [. . .] Vamos ver o que tem de interessante lá [. . .].”

Ele mesmo destaca diferenças de concepção existentes entre os componentes dos dois eixos:

E não vou negar que exista tensão do eixo com o de TS, não é? Até por, até pelas diferenças de formação, uma diferença de pensamento, uma diferença de conduta, não se sabe quem está certo quem está errado. . . mas há uma diferença. Então, eu não vou negar que quando eu falo em integração com TS no meu eixo, tem gente que torce o nariz, obviamente.

A escolha das regiões da cidade onde realizar as atividades de campo também foi questionada por parte de estudantes e docentes. Deve-se considerar que o projeto político-pedagógico do *campus* nada diz a esse respeito, tendo sido uma escolha do eixo as áreas periféricas ou de baixa renda. Essa opção foi criticada pelo suposto aumento do risco à segurança, ou mesmo pelo desconhecimento do território. Assim, por exemplo:

[. . .] é, a questão da segurança, algumas pessoas interpretaram em alguns momentos como sendo inseguros, estando na casa das pessoas, por sempre estarem só alunos, e às vezes por serem mais meninas, sempre, já até surgiu esse tipo de discussão né, de às vezes ter alguma pessoa já alcoolizada na casa [. . .] (estudante).

condição básica para que isso acontecesse, por exemplo, segurança. Eu acho que tem que ter segurança; o aluno vai trabalhar numa região onde tem tráfico de drogas, é um ambiente perigoso. Que a gente lá vai ter um policiamento rondando e os alunos vão ficar um pouco mais garantidos em termos de segurança, isso não existia (docente).

Sabemos que a decisão política de “levar a universidade” a essas regiões não é feita sem uma série de desconfortos para estudantes e docentes, mas o que vale indicar aqui é que tal escolha não seria defendida por parte dos membros da comunidade acadêmica.

Mesmo a proposta de enfatizar o aprendizado na experiência é objeto de questionamento quanto à sua legitimidade e eficácia: “Até te pergunto isso: é utilizado mesmo? É no mundo inteiro? O esquema de ir até a comunidade ouvir, ele é utilizado, ele é um sistema válido?” (docente).

Outro aspecto importante da proposta pedagógica de TS é a crítica ao procedimento prescritivo do profissional de saúde, dada sua ineficácia: o paciente tende a não seguir as orientações/imposições que desconsideram seus hábitos pessoais e culturais, sua situação de vida, suas possibilidades econômicas. Noutro sentido, pensa o professor que

no momento que ele vai para a casa do indivíduo, não custa ele entregar um folheto de hábitos alimentares, entregar um folheto de hábitos de higiene, de onde jogar o lixo. . . [ . . . ] “Eu vou dizer aonde a senhora tem que colocar o lixo, o que a senhora tem que fazer com o sal na comida. . . como combater a dengue. . .” (docente).

A política de desenvolver projetos terapêuticos singulares, em que a equipe de profissionais transforma sua diversidade de pontos de vista e técnicas em *uma* proposta de inter-

venção para o paciente, foi criticada em favor do modelo no qual o paciente se submete a múltiplas visões e ações profissionais:

[ . . . ] sempre pensei que a Unifesp iria lá em algum dia da semana, de quarta-feira à tarde, e iria complementar esses programas que existem na UBS ou na clínica ou no bairro. De que forma? Os profissionais em conjunto, se possível os cinco cursos, ou seis cursos agora com assistente social, discutir os casos que existem nessa clínica, ou nesse bairro e propor ações em grupos, ou seja interdisciplinares [ . . . ] então, talvez no mesmo dia, ela passa pela educação física, depois vai para a nutrição e depois para fisioterapia (docente).

Nesse raciocínio, a interprofissionalidade se realizaria por meio de ações individualizadas e paralelas, em que cada profissional trabalharia sobre uma problemática específica. Outro professor corrobora a ideia:

Eu sempre falo para os meus alunos “gente, vocês pensam que quando vocês forem trabalhar em algum lugar, vocês vão ter os quatro ou cinco profissionais do ladinho de vocês, e vão tudo em bloquinho para o paciente? [ . . . ]”, isso não existe, você fala pelo telefone, manda um *e-mail*, uma reunião de vez em quando, é assim (docente).

TS também se ocupa em abordar a compreensão do cuidado em saúde como acontecendo no contexto de uma rede de equipamentos que constituem o SUS. Trata-se de desenvolver um raciocínio de conjunto que poderia reduzir a fragmentação do atendimento e os custos, de forma que aumente a sinergia do todo. Em contrapartida, um docente afirmou que “[ . . . ] talvez a médio e longo prazo, quando a gente tiver um serviço de clínica-escola interdisciplinar, acho que aí a

gente pode derivar para poder atender aqui, é só a gente desfazer um pouco essa ótica de que tudo tem que ser em rede” (docente).

No que se refere ao aprendizado da interdisciplinaridade, este projeto interprofissional não parece necessário aos olhos de todos. Há quem acredite que a formação tradicional dê conta desta tarefa:

Acho que uma coisa é TS, a outra é interdisciplinaridade, acho que TS não pode ser sinônimo de interdisciplinaridade, TS é uma forma de se trabalhar a interdisciplinaridade, é uma das formas, acho que a formação, mesmo a formação nos seus campos mais tradicionais, ela pode contemplar isso de outras formas (docente).

Tais diferenças não parecem representar posições de maioria. Mostram, porém, que a proposta de TS habita um *campus* com pensamentos e valores diversos quanto a questões pedagógicas, sociais e políticas. É inevitável que sofra resistência e críticas.

### Contradições institucionais

Dentre as questões mais concordantes entre os docentes durante o grupo focal está a percepção de que o trabalho no eixo TS, por parte dos docentes que pertencem aos eixos específicos, ocorreria às vezes de forma compulsória, ou seja, involuntária e forçada. Haveria uma pressão nos eixos específicos para que seus docentes assumissem temporariamente as atividades do eixo TS:

[. . .] quando eu entrei, as cinco [docentes do eixo específico] tinham que estar, era obrigatório, era condição. Não tinha como a TS se articular se as cinco docentes do curso não estivessem. E aí, à medida que as pessoas fo-

ram chegando, as pessoas que não tinham essa identificação foram se afastando [. . .] (docente).

Essa percepção dos docentes reforça aquela já expressa em alguns dos grupos focais dos alunos, para quem os docentes novos seriam encaminhados ao eixo TS como uma forma de trote, ou seja, como uma obrigação desagradável, mas necessária, que caberia às equipes dos eixos específicos. Estar em TS, para parte dos alunos, seria uma função para os inadvertidos docentes recém-chegados:

[. . .] cada ano que passa entra um tonto, novo que passou no concurso, aí vai ser o ano dele em TS, passou esse ano aí não, aí a bomba é de quem está entrando, aí entra um novo concurso e o tonto que entrar vai passar um ano em TS, depois ele vai sair e pronto, ele ficou um ano em TS, cumpriu e acabou (estudante).

Ou seja, segundo os alunos, o “envio” dos novos docentes para o eixo TS estaria sendo feito sem articulação com o eixo específico, não se construindo assim uma implicação do docente como ocorreria com seu núcleo profissional.

Dois docentes apontaram para o que seria um conflito entre as demandas do eixo específico e as de TS. Um deles questiona:

Aí a pergunta é: e o eixo específico? O eixo específico, ele demanda, ele [o docente] é demandado para outras coisas que é o seu eixo específico, [. . .] Na prática há um problema de organização de tempo, de privilegiar, não é desconsiderar de forma alguma a validade e a necessidade do que o eixo vem construindo, e como ele é diferencial na formação, mas isso requer investimento de tempo, que tem que ser bancado e a instituição também tem que bancar (docente).

No mesmo sentido, outro docente afirmou que, quando é preciso dispor de muitos professores para o eixo TS, o curso é prejudicado, porque vários docentes ficam com sobrecarga de carga horária. Ela avaliou que o problema está em não ter existido até então nenhuma postura da direção que privilegiasse o projeto político-pedagógico:

[. . .] tem uma implicação para o curso, então você, um docente que está lá, ele contribui menos em termos de carga horária assim em sala de aula, ele contribui menos no curso. Então isso pesa para os cursos também. . . agora que a gente vai ter um novo estatuto, e a partir do novo estatuto, a gente vai ter aí todos os cargos de direção, de direção acadêmica, vão ser por voto, vai ser eleição. Então acho que dependendo de quem assuma a direção daqui, pode ser que tenha uma postura diferente, porque até o momento a gente não teve uma postura da direção privilegiando a formação e o projeto político-pedagógico (docente).

Note-se que o “curso” aparece nesta fala como sinônimo de eixo específico, o que provavelmente detecta a ideia de que os eixos comuns corresponderiam à formação básica em oposição à formação profissional, uma polaridade que a proposta de TS tenta problematizar.

Os alunos de um dos cursos declararam perceber a existência de tensões entre a proposta de formação de TS e a do eixo específico, sobretudo no que se refere à expectativa de atuação do aluno, antecipada em TS, e sua correspondente necessidade de supervisão:

[. . .] dá impressão que teve um conflito entre o que o curso achava que podia ser feito, e o que TS queria que fosse feita, [. . .] o curso falou: “não podem atender, eles não têm supervisão para atender”; por mais que tivesse

um professor do curso em cada área, não dava conta de supervisionar esse atendimento de todos os alunos do curso, não podia liberar, “olha, faz atendimento assim, assim, assado porque não dá, não dou suporte” [. . .] (estudante).

No mesmo sentido, em outro grupo focal de estudantes foi relatada a justificativa dada por um professor para sua indisponibilidade em orientar as atividades que estavam elaborando em TS:

[. . .] por exemplo, de uma supervisão do último termo para a gente ter uma orientação a gente não recebia, entendeu, porque assim, “ah já estou comprometido com a minha pesquisa, eu tenho não sei quantos alunos de iniciação científica e tenho que dar aula toda segunda e quarta”, sabe assim, então não dava, acabava sobrecarregando os outros professores e que não davam conta mesmo, não dava [. . .] (estudante).

Uma das principais queixas dos docentes quanto a participar do cotidiano do eixo TS diz respeito ao envolvimento exigido, que dificultaria o investimento e a participação nas demais atividades acadêmicas:

[. . .] quem pegou TS na época acabou se sacrificando com pesquisas e extensão. Era só dando aula, só graduação, não sobrava mais tempo para nada. [. . .] Porque se você não faz pesquisa você não tem recurso, se você não faz extensão você não faz pesquisa. E se você fica em TS você só faz graduação. E como é que fica o docente? Vai estagnar a carreira? (docente).

Ou seja, a sobrecarga implicada na participação no eixo TS seria um dos fatores cruciais no pouco interesse apresentado pelos docentes:

Aí sobrecarrega demais, o docente envolvidos em TS um ano, no ano seguinte ele não queria. Porque não progredia em outras áreas e ele não queria só fazer o trabalho em saúde, ele queria fazer outras coisas também e aí vai passando a bola para o outro (docente).

Para outro professor, pesaria o tempo extraclasses que o docente tem que dedicar na relação com os serviços:

[. . .] esse professor, que ele é o professor doutor lá, concursou e tal, e está lá vinculado à graduação, mas ele tem que estar nos seus trabalhos de pesquisa, de extensão, ele é cobrado por isso, institucionalmente cobrado, e esse processo de articulação com os serviços, ele é longo e toma tempo. Então, o que eu percebi é que na verdade isso gerou e acho que ainda gera um pouco de estigma, ou de problema para o eixo TS, entrar no eixo significa dedicar um tempo importante do seu trabalho fora de sala de aula, fora de espaço de aula [. . .] (docente).

A constatação de que apenas as publicações são valorizadas enquanto produção docente apareceu em falas dos docentes, para quem “[. . .] a Unifesp só valoriza produtividade, não é nem extensão, você tem que ter artigo publicado para você ascender na carreira [. . .]” (docente). Faltaria, do ponto de vista dos docentes, incentivos institucionais para a participação no eixo: “[. . .] para o docente que quer de fato se envolver, falta também estímulo acadêmico, estímulo institucional, que isso possa ser valorizado [. . .]” (docente).

A dificuldade para conseguir a participação voluntária dos docentes seria tão grande que a estratégia de se lançar editais de concurso específicos para o trabalho no eixo TS passou a ser comum. Para um dos docentes, inclusive, isso seria legítimo e adequado, uma vez que se permitiria o ingresso de professores identificados e dispostos a construir essa proposta:

[. . .] se você olhar os editais, a dificuldade de envolver os docentes em TS é tão grande, que isso está sendo imposto no edital. E eu acho que isso é um ponto que faz a gente parar para pensar: por que será que a gente tem que colocar no edital que o docente que está vindo vai para o TS? Isso é um sinal de que as pessoas não estão querendo se envolver? [. . .] acho que a ideia de um concurso para TS [. . .] a pessoa que vem, ela já vem sabendo como é que funciona. Ela já tem um perfil para isso; dificilmente vai se inscrever num concurso para TS alguém que ficou a vida inteira dentro de um laboratório só fazendo trabalho teórico; geralmente alguém que já está envolvido na saúde pública, de alguma forma (docente).

Outro aspecto de destaque no grupo focal dos docentes foi a indicação de alguns deles de que a proposta de TS seria identificada com o trabalho interdisciplinar e com o projeto do *campus* de tal forma que opor-se à primeira seria visto como opor-se ao segundo; algo como ir contra um discurso hegemônico:

[. . .] de certa forma a gente se vê meio “obrigado” a fazer esse trabalho em atenção básica, é como se a gente não tivesse abertura de tentar ir para outro lugar, tem que ter as três regiões, tem que fazer o trabalho domiciliar, e a gente não consegue abrir, por resistência de algumas pessoas de dentro do eixo TS, e também até por uma, não sei, uma cultura que se formou aqui, de que parece que criticar isso, você criticar isso você é tachado, você é contra o fluxo. Então a gente se sente coagido. Que parece que a gente está indo contra o fluxo, contra o *campus*, contra o projeto [. . .] aqui no *campus*, a gente muitas vezes fica com receio de fazer o que não é esse trabalho em saúde, principalmente em nosso curso que tem, claro, mas tem outras vertentes também, que não é o foco de TS, mas de

vez em quando, quando a gente pensa em fazer esse tipo de coisa a gente mesmo se inibe, em pensar que pode estar indo contra o trabalho do *campus*, contra essa questão do trabalho interdisciplinar, e no trabalho em saúde em si (docente).

É interessante notar que a hegemonia aparece como sendo de quem é percebido como “mais forte”, o que depende da posição em que o observador está. Isto se constata quando, em contraste, outro docente aponta que o domínio do *campus* seria não de TS, mas do eixo biológico, expresso na política de distribuição de vagas de docentes:

[. . .] a minha interpretação é que a gente tem um projeto político-pedagógico centrado na questão da saúde, mas que, na hora que foi pensado a expansão desse *campus* aqui, não foi levado em consideração o projeto político-pedagógico para se definir os critérios de número de docentes por cada eixo [. . .] Então a gente tinha no início [. . .] foram quatro docentes, acho que de TS, no primeiro concurso que teve, não tenho certeza, mas acho que sim, em detrimento de acho que tinham sei lá, por volta de dez do eixo da Bio para mais, então você vê que tinha uma escolha que não estava fundamentada no projeto, mas que tinha um caráter provavelmente, na minha opinião, político, que tinha a ver com questões da Unifesp São Paulo [. . .] (docente).

#### Dificuldades sentidas pelos docentes

Uma das questões de destaque surgida na pesquisa quanto ao trabalho no eixo foi relativa às dificuldades sentidas pelos docentes, também expressas nas falas dos estudantes e coordenadores. Tais dificuldades já seriam sentidas desde o ingresso nas atividades do eixo, sendo amiúde atribuídas à “falta de preparo”.

Para diversos docentes tratar-se-ia de uma experiência nova sair do ambiente conhecido em sua formação acadêmica. Esse deslocamento foi visto até mesmo como algo doloroso e agressivo, em que o docente sentia-se jogado em um campo desconhecido:

Então, a ideia de estar nas palafitas não era algo que me era agressivo, nunca foi, e eu percebia que para alguns colegas era algo muito difícil porque tinha um, acho que por questões de personalidade, de estrutura, de forma de trabalho, tinha colegas [para] que[m] isso era muito sofrido. O cara está acostumado a ficar lá no laboratório e de repente você joga o cara no meio de um campo e ele tem que passar segurança para um aluno (docente).

A solução pensada por um dos docentes seria haver algum tipo de preparo específico para atuar no eixo.

[. . .] não tinha experiência interdisciplinar e nem em saúde coletiva, nem saúde básica, e eu senti muita falta de uma formação específica do pessoal de TS para quem estava entrando no trabalho em saúde. A gente ia para campo sem saber nada. E até teve um caso, que eu lembro até hoje, que para alguns seria traumatizante [. . .] (docente).

Tal preparo, aparentemente proposto na forma de um treinamento, justificar-se-ia como uma oportunidade de conhecer melhor a proposta do eixo, para então saber como atuar. Mas parece contida neste raciocínio a ideia de que as ações a serem realizadas poderiam ser previstas e predefinidas. Assim, o treinamento seria uma forma de aumentar o domínio da situação que se instaura quando o docente é lançado em circunstâncias inéditas. No entanto, a experiência no eixo é constituída de tal forma que se procure conhecer e intervir na situação

encontrada, e não naquela estabelecida em um programa ou diagnóstico anterior. Isso faz que — no limite — o atual seja sempre novo. É provável que a demanda por uma formação específica diga respeito à insegurança produzida pela experiência de realizar um projeto pedagógico que, mesmo com todas as suas contradições, escapa dos modelos universitários tradicionais.

Essa insegurança estaria, portanto, relacionada ao deslocamento do lugar de saber do docente. Além de deparar-se, pela incontrollabilidade das situações, com a insuficiência de seu conhecimento, o docente ingressante podia sentir a desconfortável experiência de conhecer a prática menos que seus alunos. De fato, estudantes disseram sentir-se mais apropriados da vivência do eixo do que os próprios docentes, principalmente os recém-chegados:

“[. . .] parece que a gente era mais experiente que os professores, porque a gente ficou o primeiro e o segundo ano e o professor tinha acabado de entrar” (estudante);  
“[. . .] avalio assim, eles [os professores] não sabem o que é Trabalho em Saúde e não sabem o que é uma equipe interdisciplinar, interprofissional [. . .]” (estudante).

Em consonância com essas falas, um estudante afirmou que muitos docentes sentiam dificuldade de serem supervisores de uma equipe com estudantes de cursos diferentes: “[. . .] muitos professores falaram: gente, eu não sei o que a TO faz, eu não sei o que a nutri pode fazer, como que eu vou ajudar essas pessoas, como que eu vou falar para vocês, para vocês pegarem e integrarem o conhecimento, se eu não sei?” (estudante).

Um estudante referiu o desconforto que percebia no docente em mostrar-se na posição de aprendiz:

Muitas vezes eu sentia que o professor estava nesta situação de não saber lidar, que nem ele sabe direito, sabe,

a gente estava construindo tudo junto, e aí só que invés de compartilhar isso com a gente [. . .], ele meio que ficava na defensiva, sabe, meio, tipo defendendo a todo custo assim, não entendia o que a gente estava querendo dizer (estudante).

Da mesma forma que o saber do especialista tende a colocar o usuário num lugar de subalternidade, já que aquele é quem detém de forma privilegiada o conhecimento sobre o paciente, o processo de ensino-aprendizagem pode estabelecer tais relações de poder e colocar também o estudante neste lugar. Entende-se, daí, a facilidade com que se venha a formar um profissional que reproduzirá esse tipo de relação hierarquizada com os usuários dos serviços de saúde.

Outra dificuldade apontada diria respeito ao fato de que a implantação da proposta de TS reside em que os professores precisam se sentir construtores da proposta, precisam perceber a importância da presença deles no eixo e de que modo o seu curso está contribuindo:

[. . .] a participação mais efetiva mesmo do docente, eu acho que do eixo específico, ele realmente se sentir construtor, autônomo, que as suas ideias, [. . .] suas experiências, possam ser valorizadas, ainda que ele também tem que ter à disposição, disponibilidade de negociar, mas que ele seja de fato, mais ouvido aí dentro das suas particularidades [. . .] (docente).

Ora, o problema, o ponto nevrálgico das tensões, segundo o mesmo docente, teria sido a imposição de um grupo de docentes de TS com relação ao formato que a proposta iria ganhar:

[. . .] já vinha um pouco quase que um núcleo, um fundamento do grupo dos docentes do próprio eixo TS, não

necessariamente a gente vinha e compunha, eu penso que esse é um ponto nevrálgico, que esse processo de, não é chamar para uma reunião e dizer: é isso aqui que nós vamos fazer! É talvez tentar compartilhar um pouco [...] alguma estrutura mais básica, ela já estava proposta, então assim: escolhemos trabalhar com narrativas, histórias de vida. Bom, algo a gente pode comentar, mas por que essa escolha? Ou por que aquele autor? Isso muito pouco foi aberto, talvez porque se partiu da premissa que é o que eu te digo, o olhar sobre os docentes do específico era um olhar um pouco de que de fato a gente não vinha com um acúmulo, que nós éramos muito disciplinares [...] (docente).

Em sentido oposto, um docente indicou a dificuldade do professor de seu eixo específico em participar de longas reuniões de planejamento, o que poderia ser resolvido com a elaboração de uma pré-proposta por um pequeno grupo, a ser apenas negociada com os demais docentes:

[...] precisa ter um núcleo central formado por professores da área da saúde coletiva, ou do eixo do Trabalho em Saúde, que estabeleça as diretrizes organizacionais gerais e que negocie e estruture isso sim com um grupo ampliado, mas que seja um grupo que estabeleça os caminhos que o eixo deve percorrer. Porque uma das grandes dificuldades que os docentes dos eixos específicos, e aí acredito eu, que não só do meu curso relatam, é que depende-se tempo para a organização das atividades (docente).

É possível que as reivindicações por maior ou menor participação na criação da proposta procurem proteção contra as sensações de desconforto e impotência produzida pela imprevisibilidade das situações de campo, pelo convívio com outros

profissionais e a consequente necessidade de justificar e negociar visões e ações, além do contato com a complexidade da situação de vida dos pacientes.

### O que promove a adesão do docente ao eixo TS

Não obstante as contradições institucionais e dificuldades, há docentes dos eixos específicos que se integram de modo orgânico ao eixo TS, e nele permanecem. O que poderia explicar essa adesão? Um professor atribuiu certo peso ao tipo de formação profissional, mas considerou que o fator decisivo seria a personalidade do docente:

Não, eu acho que não é só, eu acho que a formação poderia ser um facilitador, porque se ele entende, ele fala: não, realmente é importante! Mas se não tem essa predisposição, sei lá, se é da personalidade, do que seria, aliada a não formação, acho que acaba sendo bem difícil (docente).

Outro docente, falando da interdisciplinaridade, apontou para a experiência, mas também para o desejo do professor como um dos fatores que contariam para o grau de implicação em atividades dessa natureza: "A gente tem a questão da interdisciplinaridade, que eu vejo que ela é vivida, mais ou menos intensamente, dependendo do eixo, do módulo e um pouco da experiência e desejo pessoal do professor" (docente). Assim como a anterior, essa afirmação tributa a aspectos individuais, particulares e, portanto, imprevisíveis, o interesse na prática do eixo TS. Mas quais seriam esses aspectos?

Um dos professores participantes do grupo focal falou em "identificação" com o trabalho de TS e gostar, ter prazer em fazê-lo:

[...] quando eu cheguei, eu não sabia nem o que era TS, para o edital não tinha esse negócio, até então eu não

sabia o que era, depois quando a gente foi convidado a participar, e tudo, foi uma coisa que eu me identifiquei, eu participei da interdisciplinaridade desde a minha formação, depois que eu me formei. Não na formação, na graduação que eu fui trabalhar no Centro de Reabilitação, o que era interdisciplinar. Então, eu gostei muito de atuar nas UBS, e atuo hoje no Programa de Saúde da Família, nas visitas domiciliares, é uma coisa que eu gosto de fazer realmente, me identifico, e para mim não é uma coisa penosa, eu tenho prazer, gosto de fazer isso, e mesmo com os agentes, a relação com os outros docentes têm ajudado bastante no nosso aprendizado também (docente).

Essa fala sugere uma hipótese: que a atração por TS tenha a ver com o interesse pela prática clínica. Nem todos os docentes têm formação ou envolvimento com a área clínica; alguns são mais propriamente pesquisadores, ou profissionais com formação direcionada para algum aspecto específico da área. Talvez não se trate de qualquer modelo de clínica, mas daquele extensivo aos equipamentos públicos de saúde. A atração pelo aprendizado, pelo conhecimento novo, e a resistência à experiência de sentir-se operando num campo de incertezas também poderia contar. Ou então a adoção de determinados valores, como os da equidade, universalidade de acesso aos serviços, igualdade de direitos.

### Considerações finais

Tomemos a assertiva de que o eixo TS acontece no contexto de uma instituição que opera com uma lógica na qual o maior valor está na produção de pesquisas, produção de conhecimento científico e publicação, as carreiras individuais são as que importam, e o poder se organiza de modo verticalizado. Nesse caso, teríamos de considerar a inevitabilidade de tensões em uma proposta que enfatiza o ensino de graduação, apos-

tando no preparo apurado do profissional de saúde; que subordina as evidências do conhecimento científico à arte da clínica que não pertence a ninguém e é da ordem de todos; que opera de modo a estimular trabalhos de equipe e ações grupais; e finalmente, que defende um exercício mais horizontal do poder.

Algumas contradições já apontadas haveriam de ser enfrentadas, na implantação de um projeto com essas características:

\* As expectativas do trabalho docente focadas na produção científica, em detrimento do ensino. Já foram citadas as linhas de força que levaram à especialização e à fragmentação do conhecimento e que determinaram muitas das características atuais do cuidado em saúde. O projeto político-pedagógico do *campus* Baixada Santista contradiz em parte essas tendências, sendo diferente dos demais projetos da mesma universidade, em que pesem as diversas iniciativas de mudança dos cursos mais tradicionais, como a relatada por De Marco et al. (2009). Tal contradição entre projetos se expressa e se torna tensa na medida em que os aparatos burocráticos — plano de carreira, estrutura dos órgãos de decisão, etc, também atendem a esses diversos fluxos de poder e pressão: basta ver que, no caso da recente elaboração do estatuto da universidade, os conselhos deliberativos ficaram a meio caminho entre uma desproporção gigantesca que antes vigorava (com a totalidade dos titulares com assento vitalício) e uma composição paritária entre as várias categorias que compõem a comunidade universitária. Tal tensão, em parte, é expressa pelos docentes quando dizem que é a pesquisa — e não a graduação — que lhes garante mais possibilidades de ascensão na carreira universitária.

\* A diversidade de discursos e de perspectivas entre os docentes que compõem os diversos eixos, comuns ou específicos. Tal diversidade de discursos está em sintonia com percursos profissionais os mais diversos, que variam do modelo

biomédico, da hiperespecialização e da fragmentação do conhecimento, às correntes de pensamento cuja origem se dá no questionamento do paradigma positivista. Passam por entre esses polos profissionais cujas experiências compõem diferentes olhares, que incluem trabalho em serviços privados ou públicos, aproximação ou distanciamento das discussões que envolvem os desafios do SUS, etc. A possibilidade de composição dessas diferenças, no tocante a trocas e conflitos produtivos que gerem movimento no projeto pedagógico só tende a ocorrer se são estabelecidos mecanismos de diálogo e de participação. A percepção dos docentes quanto à obrigatoriedade de sua inserção no eixo TS é um sinal de que tais mediações e negociações necessitam ser exercitadas de forma mais eficaz. É comum reagir a situações de opressão, e a resistência, mesmo que pouco explícita ou passiva, é sempre uma forma de agir, dificultando a eficiência e a concretização de projetos.

\* A diversa percepção dos docentes sobre qual seja o discurso hegemônico no *campus* Baixada Santista. No grupo focal, docentes expressaram que, além da participação obrigatória e contra a vontade, estariam impedidos de criticar as formulações do eixo TS, por se tratar de uma visão hegemônica que ocuparia um lugar de poder importante no *campus*. É interessante notar que, se do ponto de vista de alguns professores dos eixos específicos, o eixo TS ocupa um lugar de hegemonia no *campus*, para docentes que compõem o eixo TS o eixo é desvalorizado em função de outros eixos. Tais percepções distintas, mais uma vez, levam a pensar na necessidade de favorecer as discussões coletivas, de forma que as diferenças possam ser consideradas. Não por se imaginar possível ou desejável uma condição de harmonia — seria ingênuo desconhecer a existência de disputas de poder — mas pela crença de que, por meio do debate, os conflitos podem ser transformados.

Cabe, por fim, localizar bem as tensões geradas pelo eixo TS. Malgrado as diferenças apontadas entre o projeto do eixo

e o modelo universitário vigente, com as contradições decorrentes, seria apressado supor que a instituição é ameaçada pela proposta de TS. Talvez fosse mais certo considerar o contrário: que o eixo TS não cria problemas para a lógica universitária, que mesmo pode convir-lhe. Um primeiro ponto a considerar diz respeito ao fato de que TS dirige o principal de sua ação para a cidade, produzindo ações extensionistas como forma de aprendizado; sua força seria, assim, mais centrífuga que centrípeta. Segundo ponto: que um grupo se ocupe de ensinar clínica de forma artesanal, amortizando a corrida pelo currículo Lattes, não ameaça a instituição; antes a reforça, ao mostrar que é também capaz desse tipo de produção. Nesse sentido, TS poderia até ter a hegemonia da proposta de formação, sem que nada se alterasse no modelo universitário vigente.

Em contrapartida, o ponto de cruzamento dessas diferentes lógicas e conseqüente tensionamento parece ser o docente. É nele, bem mais do que nos estudantes, que a diversidade das cobranças, os conflitos relativos a quais demandas priorizar, o impacto do não reconhecimento acadêmico, parecem encarnar-se. Produzir-se-ia, então, uma experiência individual de insuficiência e seu inevitável sofrimento, ao lado da gratificação resultante da riqueza das atividades de campo e do seu impacto nos pacientes, alunos e em si mesmo. *Locus* das contradições, o docente pode lidar de diversas formas com elas, inclusive afastando-se do eixo ou das demais exigências acadêmicas, mas é ele que está colocado na posição de quem deverá arcar com seus custos e usufruir de seus benefícios.

## Referências

- COSTA, N. M. S. C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 31, n.º 1, jan.-abr. 2007, pp. 21-30. doi: 10.1590/S0100-55022007000100004
- CYRINO, E. G. & TORALLES-PEREIRA, M. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área de

- saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública*, vol. 20, n.º 3, pp. 780-8, mai.-jun. 2004.
- DE MARCO, M. A. et al. Semiologia integrada: uma experiência curricular de aproximação antecipada e integrada à prática médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 33, n.º 2, pp. 282-90, 2009.
- GARCIA, M. A. A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, vol. 5, n.º 8, pp. 89-100, 2001.
- MOIMAZ, S. A. S. et al. Práticas de ensino-aprendizagem com base em cenários reais. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, vol. 14, pp. 69-79, jan.-mar. 2010.

## CAPÍTULO 9 A CONSTRUÇÃO DA CLÍNICA COMUM E AS ÁREAS PROFISSIONAIS

**C**OLOQUEMOS, DE SAÍDA, o problema: pensar a formação dos trabalhadores de saúde tomando a clínica como experiência transdisciplinar. Consideramos o plano da experiência clínica não como um domínio identitário fechado nos limites de uma disciplina, mas como um plano que se realiza por entre os domínios do conhecimento. O plano da clínica se constitui pela relação entre a clínica e o não clínico: entre a clínica e a política, entre a clínica e a filosofia, entre a clínica e a arte, entre a clínica e os diferentes domínios da ciência (Passos & Barros, 2000).

Afirmar o caráter transdisciplinar da experiência clínica e, conseqüentemente, da formação em clínica, nos leva à aposta na invenção de outras formas de cuidado e de outras formas de relação com a realidade. No entanto, estamos em outro tempo, diferente daquele em que nos uníamos para enfrentar o autoritarismo de direita. Vivemos tempos confusos em que muitos já acreditam que não há mais diferenças entre a esquerda e a direita, em que parece que a política perdeu seu sentido público, significando apenas corrupção e interesses pessoais, significando apenas o espetáculo das mídias de massa. Experimentamos grandes decepções e se gera entre nós uma descrença, uma apatia próxima da indiferença política. Criam-se as condições oportunas para o conservadorismo que se aproveita da confusão e da tristeza instaladas para ganhar espaço. Ouvimos o discurso

retrógrado dos que querem fazer crer, por exemplo, que sempre estiveram equivocados o movimento pela saúde pública como direito de todos e dever do Estado ou aquele que defende a desinstitucionalização da loucura (Oliveira & Passos, 2009). O projeto que anima tais críticas é claro: aproveitar-se do momento em que as alianças políticas se recompõem sob a luz fria do espetáculo para ressuscitar práticas conservadoras.

Há o perigo de darmos vários passos para trás, desqualificando as experimentações que realizamos quando dissemos que era preciso fazer diferente, que era preciso pensar a clínica ligada à política. Clínica e política são dois domínios que se distinguem, mas que não se separam. A clínica não pode ser definida como o domínio do privado, da nossa saúde pessoal, das experiências interiores de um sujeito e que seja diferente e separada da política, entendida como domínio do público (*polis*), isto é, domínio onde encontramos os jogos de poder, o embate entre as forças dominantes e as forças dominadas, a organização dos territórios, o estriamento do *socius*, a cristalização das instituições.

E por que o destaque da interface clínico-política? Porque no cotidiano das práticas clínicas não podemos supor a distinção e separação entre os processos de produção de saúde e de produção de subjetividade (Barros & Passos, 2005a; 2005b). Veja o caso dos serviços substitutivos ao manicômio onde são fomentados modos de produção: não só modos de produção de bens de consumo como nas oficinas de geração de renda, mas também, e sobretudo, modos de produção da experiência coletiva (nas assembleias, nas associações, nos grupos terapêuticos), modos de produção de outras relações da loucura com a cidade (no acompanhamento terapêutico, nos dispositivos residenciais, na luta pelo passe livre), modos de produção de outras formas de expressão da loucura (nas oficinas expressivas, nas rádios e tvs comunitárias), modos de criação de si e do mundo que não podem se realizar sem o risco constante da experiência de crise (Passos, 2008).

Mas se clínica e política se ligam, essa conexão nos leva a essa outra entre clínica e arte. Há um paradigma estético na clínica que está comprometida com a criação de si e do mundo. Tal criação se faz por um experimentalismo ou uma ousadia de invenção de formas de cuidado, de formas de estar no mundo, de formas de cidadania. A clínica é um experimentalismo, mas nem por isso é menos rigorosa. Há um rigor metodológico dessa experimentação.

### O rigor do método

Na etimologia da palavra *método* voltamos à Grécia antiga e a estes dois radicais que se conjugam com certa direção: *μετά*, com o sentido de movimento para além, mudança e *ὁδός*, significando caminho. Na raiz etimológica da palavra há, portanto, este sentido de percurso com movimento para além. A estes sentidos vão se acrescentando outros ao longo da história das ideias no Ocidente. Seguindo a tradição, o método torna-se um encaminhamento para a verdade ou um percurso que garante a adequação do caminho a um fim a ser alcançado. A verdade comparece como *τέλος* ou o “mais além” que todo caminho deve finalmente alcançar. Com este sentido, método (*μετά-ὁδός*) é um caminho submetido a uma meta, definição que, na experiência concreta das práticas clínicas, se subverte. A subversão que constatamos no caminho percorrido é a que nos obriga a pensar o avesso deste sentido tradicional de método, de tal forma que considere doravante uma meta que se constrói no próprio caminhar. Assim, sem um *a priori* que confere ao “mais além” o valor de fim a ser alcançado, o caminho torna-se, então, um ato de produção de si na ação gerúndica do caminhando.

Essa foi a intuição estético-clínica de Lygia Clark que queremos evocar em nosso auxílio. No ano de 1964, quando a sombra cor de chumbo obscurecia a realidade, a artista plástica, integrante do movimento Neoconcreto brasileiro, propõe a obra *Caminhando* que atribui “importância absoluta ao ato

imamente realizado pelo participante”. Nessa obra, Lygia Clark subverte radicalmente o sistema das artes ao construir uma máquina expressiva na qual o suporte material já não é quem garante ou confere o valor estético à obra. Desloca-se a obra do objeto ao ato do coletivo, de tal maneira que se cria uma “ligação com o mundo coletivo. Tratava-se de criar um espaço-tempo novo, concreto — não apenas para mim, mas para os outros” (Clark, 1980, p. 26).

Sigamos o método proposto por Lygia Clark.

Faça você mesmo um Caminhando: Pegue uma dessas tiras de papel que envolve um livro, corte-a em sua largura, torça e cole-a de maneira que obtenha uma fita de Moebius. Em seguida tome uma tesoura, crave uma ponta na superfície e corte continuamente no sentido do comprimento. Preste atenção para não cair no corte já feito, o que separaria a faixa em dois pedaços. Quando você tiver dado a volta na fita de Moebius escolha, entre cortar à direita e cortar à esquerda do corte já feito. Esta noção de escolha é decisiva. O único sentido desta experiência reside no ato de fazê-lo. A obra é seu ato. À medida que se corta na faixa ela se afina e se desdobra em entrelaçamentos. No fim, o caminho é tão estreito que não se pode mais abri-lo. É o fim do atalho (Clark, 1980, pp. 25-6).

Não há dúvida de que estamos diante de um método rigoroso, mas que comporta uma subversão múltipla:

1. a meta não é prévia ao caminhar. Ao contrário, é no caminhar que a meta vai se construindo até o ponto em que o fim comparece menos como causa final ou *τέλος* e mais como “fim do atalho”, esgotamento do percurso por sua completa realização;

2. em sendo um método de orientação do ato de realização e não de um modo de representação, cópia ou adequação a uma verdade, a um ideal ou modelo, o que resulta é uma expe-

riência expressiva que só tem como suporte a experimentação ela mesma. Nesse sentido, a expressão da obra que segue tal método não se concentra em nenhum objeto, mas só se faz por uma forma de contágio entre os corpos que experimentam esse método. Portanto, a obra *Caminhando*, que não está presente em nenhum suporte definitivo, só se faz num transbordamento pelo coletivo, de tal maneira que Lygia Clark pode dizer, no ano seguinte, na sua obra *Do Ato* (1965):

[. . .] pela primeira vez descobri uma nova realidade não em mim, mas no mundo. Reencontrei um caminhar, um itinerário interior fora de mim. . . eu percebo a totalidade do mundo como um ritmo único, global, que se estende de Mozart aos gestos de futebol da praia. . . agora não estou mais só. Sou aspirada pelos outros (Clark, 1980, p. 23).

3. subverte-se também por este método a separação entre eu e outro, entre sujeito e objeto. Quando Lygia Clark propõe o *Caminhando*, se sente aspirada pelos outros, já que a permanência de sua obra como ato e não como objeto só se dá na medida em que o método é diferenciadamente repetido pelos outros. Daí, o sentido da consigna: “Faça você mesmo um Caminhando”. Por este mesmo gesto que inaugura a obra, sujeito e objeto, artista e fita de papel se “aspiram” um no outro;

4. por fim, no ato de fazer a obra, se subverte a separação entre espaço e tempo, já que a espacialidade da obra se confunde a cada instante com o momento do processo de um “caminhando”. A obra é uma realidade espaçotemporal ou de um espaço temporalizado.

#### Caminhando para o comum da clínica

Se aceitarmos que a clínica se faz por um “caminhando” é porque sabemos que a clínica não pode cumprir sua tarefa

sem colocar-se, ela mesma, em questão, analisando-se enquanto lugar determinado e fora do tempo, enquanto especialismo disciplinar. Nesse sentido, a aventura da clínica é sempre transdisciplinar, estando nos trânsitos por entre as disciplinas, nas interfaces com a filosofia, com a arte, com a política, com as ciências. Mas esse movimento da clínica para fora não é jogá-la no mato ou no lixo, mas no mundo. E ali permitir que ela esteja no limite de si mesma, podendo arguir-se enquanto lugar onde algo se passa. Onde se passa a clínica? É no gabinete? Passa-se na rua? Falsas questões que só nos iludem com esta preocupação tópica. Melhor perguntar: o que se passa na clínica?

Mas se a clínica não se sustenta em um especialismo, isso não quer dizer que não haja algo de específico nela. É próprio dessa experiência um modo de fazer, um saber-fazer que extrapola os limites de qualquer *setting*. A clínica é mais um saber-fazer (*know how*) do que um saber-o-que-deve-ser-feito (*know what*). Um saber-fazer é um saber que se faz na experiência, sem distância, saber imediato ao que acontece, isto é, um saber *da* experiência. Estranha afirmação que coloca para nós o problema do agente desse saber, o problema do suposto sujeito desse saber. O saber-fazer da experiência clínica é um saber para o qual o “quem sabe” é sempre problemático. Um saber *da* experiência, entendendo-se por essa expressão menos um saber sobre a experiência, do que um saber realizado a partir da experiência. Daí uma questão metodológica muito importante: quem é o sujeito da ação clínica?

Nas experiências da clínica acompanhamos processos, movimentos. Algo que se passa entre esses que se envolvem em uma situação clínica; pois quando falamos que acompanhamos clinicamente alguém não se pode supor que somente um deles seja definido pelo ato de acompanhar. Quando estamos acompanhados é porque algo se passa entre nós: eu acompanho você só e somente se você me acompanha, pois do contrário seríamos obrigados a supor essa situação insólita de

um acompanhante sem acompanhamento. É neste entre-dois, neste interstício da relação, nesse ponto ilocalizável ou nesse não lugar (um *u-topos*) que a experiência clínica se situa.

Acompanhar clinicamente um movimento pressupõe ter um *know how* sobre o movimento, um saber-fazer na experiência, que se atualiza lá, mas do qual falamos aqui.

Como, então, falar dessa experiência aqui? Como passar agora do saber-fazer para um fazer-saber, isto é, como fazer dessa experiência um discurso, uma teoria, um texto? Essa questão não pode ser enfrentada sem que possamos construir juntos uma “comunidade da experiência”, uma forma de comunidade em que possamos nos comunicar, compartilhando o que sabemos fazer (Tardit, 1998).

Qual é, então, a nossa comunidade? Qual é o nosso comum? É a comunidade da clínica. Mas responder assim à questão não é localizar o que não tem lugar?

Há um equívoco que nos ronda quando estamos nessas aventuras transdisciplinares: o perigo de, em nos desviando dos lugares disciplinares, tornar esse desvio como sendo contra a clínica, um desvio para o exterior dela porque na direção de outra coisa, quando, diferentemente, podemos entender que esse desviar da clínica é a clínica ela mesma se fazendo.

A clínica ela mesma se fazendo: eis aí a dimensão de movimento da clínica, um movimento contínuo, um caminhando da clínica. E se falamos de caminho falamos de método. Esse caminhar da clínica, perambulante, peripatética (Lancetti, 2006) não pode ser menos rigoroso. Há um método que nos guia.

Mas se a meta não é prévia ao caminhar, o que nos guia? Qual é o método da clínica? O método da clínica nos conduz por desvios: clinicar como *κλινικός* e como *clinamen* (Passos & Barros, 2001). A aposta é na anterioridade do transformar por relação ao conhecer: eis o desafio metodológico posto desde Freud ao afirmar que a formação do clínico se fazia pela experimentação clínica (não conheço para fazer, mas faço para

conhecer). Daí esta reversão paradoxal que, metodologicamente, faz o caminhar anteceder qualquer meta a ser alcançada. Por isso uma *ὁδός-μετά*.

O que nos guia quando o fazer não é antecedido pelo conhecer? Qual é o guia? Falamos de guia e não de direção, como se diz de um guia de cego que não define para onde ele vai, que não dá o sentido que é sempre o do cego, mas faz realizar a direção já em curso às cegas, tateante como é sempre nossa ação antes de podermos juntos, em comunidade, conhecê-la.

Aqui vemos se refazer aquela imagem da *Parábola dos Cegos* que o pintor flamengo Pieter Bruegel realizou em 1568, quatrocentos anos antes da aventura contracultural na qual a relação entre clínica e política no contemporâneo ganha sua máxima força. A cena tocante é a de cegos guiados por outros cegos. A visão é substituída pela linha de união, pelo fio de ligação que forma um agenciamento coletivo — o cajado deixa a direção da verticalidade que isola o cego em seu caminhar sem outro, para deslocar-se na horizontal, tornando-se um fio condutor, uma linha de conexão que tece uma rede de cegos que é ela que guia. A função do guia, nesse sentido, não é tributária de nenhuma clarividência, de nenhuma posição acima ou superior, de nenhuma localização ou individualização da função do cuidador ou do formador. Diferentemente, estão todos incluídos no percurso: há um só acompanhamento. Bruegel é reconhecido como um pintor atípico de seu tempo, pois resistia ao formalismo renascentista ou às conquistas estéticas dos italianos. Na verdade, o que o encantava eram as experiências concretas vividas pelo seu povo. No lugar das personagens híbridas, dos monstros, das figuras mitológicas retratadas por Hieronymus Bosch, Bruegel depurou da cena flamenga a multidão como força cega que não aceita exterioridade ou comando legítimo.

Vamos às cegas, mas com rigor metodológico, pois estamos forçados a pensar as condições de possibilidade para o exercício crítico-clínico quando lançados no movimento, quando

não estamos mais exatamente onde supúnhamos dever estar, quando nos deslocamos e, assim, deslocalizamos a clínica, evidenciando sua dimensão pública. Sim, a clínica é sempre pública já que só podemos nos engajar radicalmente nela se abrimos mão de nossas propriedades, nossos bens privados: minha casa, meu lugar, minha identidade, minha saúde, minha doença, meu lugar de trabalho, meu especialismo. Eis, então, o desafio de uma experiência que é crítica das propriedades de si e, por isso mesmo, coletiva ou pública. É preciso fazer da clínica um dispositivo que opere no, por, com, entre, para, através do público. É preciso entender essa relação não substantiva, mas prepositiva entre clínica e público. Relação prepositiva porque supõe todas as relações possíveis entre os termos que se distinguem, mas não se separam. Afirmar essa comunidade clínica é poder estar na comunidade da clínica com o não clínico, é poder pensar a clínica do comum.

#### Formação e o método da tríplice inclusão

No exercício de abertura comunicacional, lá onde clínico e não clínico se atravessam e compõem um plano comum (ou de comunicação), vivemos com rigor essa experiência que F. Guattari (1981) designou de transversalidade.

Como fazer a formação do trabalhador da saúde apoiados nessa aposta na transversalidade? Como realizar um processo de formação apostando no que há de comum entre as disciplinas envolvidas no processo de produção de saúde?

O tema da formação, de modo geral, está, no Brasil, desde a Constituição de 1988, assentado na indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, embora muitas vezes, no cotidiano das instituições de ensino superior, essas três dimensões do processo de formação se deem de maneira pouco articulada ou mesmo dissociadas. É frequente a hierarquização que separa e dá relevo exclusivo à pesquisa, não considerando seus efeitos sobre a realidade (Barros, 2005). No campo das

ciências da saúde é dominante a ideia de que os processos de formação e de pesquisa são determinados pelo princípio de que conhecemos para transformar a realidade, isto é, produzimos conhecimentos a serem aplicados a uma suposta realidade já dada. É o ideal de inteligibilidade positivista para quem o conhecimento se define pelo enunciado de leis que descrevem a regularidade dos fenômenos estudados. Nesta tradição, o momento lógico da ciência (observação controlada, descrição das regularidades do fenômeno e enunciado legal) antecede, necessariamente, seu momento técnico. O conhecer antecede o fazer, garantindo-se assim a suposta neutralidade e imparcialidade do conhecimento. Tal separação entre teoria e prática, associada à baixa articulação entre ensino, pesquisa e extensão, comprometem o sentido da universidade como organização autônoma. A articulação entre os sujeitos que participam da rede de conversações característica da vida universitária (pesquisador, professor, aluno, cidadão) permite a geração de uma rede que singulariza modos de produzir conhecimento, modos de produzir formação e modos de produzir integração do extrauniversitário com a universidade (Andrade, Longo & Passos, 2001). Se entendermos a autonomia como capacidade de construção de suas próprias regras, a universidade não pode abrir mão da articulação dos três modos de produção que entrelaçam os diferentes sujeitos implicados nos processos de pesquisar, formar e intervir. Nesse sentido, defendemos que formar é intervir sobre a realidade (Heckert & Passos, 2009).

Pensar a formação como estratégia de intervenção coletiva para a produção de mudanças no trabalho em saúde impõe que se utilizem estratégias pedagógicas que superem a mera transmissão de conhecimentos. Não há um protocolo de formação assim como não há uma única forma de cuidar da saúde. Há modos de formar e trabalhar em saúde que devem estar orientados por premissas éticas, políticas e clínicas (Passos & Pasche, 2010). Tal orientação nos força a recolocar o tema do

método para a formação em saúde, definindo-o como método da tríplice inclusão (Pasche & Passos, 2010).

O método indica inicialmente a inclusão da heterogeneidade dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: trabalhadores, gestores, usuários, formadores e acadêmicos em saúde. Há uma heterogeneidade própria do campo que exige uma primeira atitude inclusiva. São sujeitos de diferentes posições teóricas e de diferentes posições no *socius* — uma coisa é ser professor dessa ou daquela disciplina, com tal formação teórica, outra coisa é a posição do aluno, e ainda outra é ser usuário, trabalhador do serviço, gestor.

Para essa prática de inclusão, o modo de operar é a lateralização ou colocação lado a lado dos diferentes sujeitos em sua diferença. Ser capaz de colocar-se ao lado. A roda, então, é a operatória dessa forma de lateralização (Campos, 2000).

Colocar os diferentes sujeitos lado a lado produz efeitos. Um efeito inevitável da lateralização é fazer aparecer o que, no plano dessa heterogeneidade, é vivido como enfrentamento, como uma agonística, uma tensão própria da heterogeneidade. Há um inevitável tensionamento entre as diferentes categorias profissionais no campo da saúde, assim como há entre professor e aluno na academia, entre trabalhador e gestor na rede de saúde. Como fazer com que essa agonística não vire um antagonismo? A segunda inclusão é a das experiências analisadoras produzidas pela lateralização. Ao colocar lado a lado os diferentes sujeitos, a tensão gerada, no lugar de ser demonizada, de ser tomada como indicadora de guerra, pode ser incluída como analisadora institucional. A crise experimentada na roda nos ajuda a analisar nossas instituições. A segunda inclusão é a dos pontos críticos, entendidos não só como expressão da crise institucional, da desestabilização do instituído, mas também como força de argumentação crítica e potencial de mudança. Usemos estes pontos críticos para os nossos processos de mudança, de transformação. Segunda inclusão, então: inclusão dos analisadores institucionais.

Qual é o modo de operar essa segunda inclusão? Se a primeira forma de incluir é pela lateralização, a segunda é pela análise e gestão dos conflitos. Em meio a um conflito, há sempre o perigo de transformar o agonismo em antagonismo ou em indiferença. Devemos, então, incluir os pontos críticos em sua acepção positiva.

Chegamos, então, à terceira inclusão, que talvez seja a mais importante: a inclusão dos coletivos. Incluídos os sujeitos em sua diferença, analisamos e gerimos as crises, para fazer aparecer o coletivo como domínio do comum que se compõe na heterogeneidade.

### Transversalidade e a produção do comum

Realizar essa aposta metodológica, que implica reversão do sentido tradicional de método e tríplice inclusão, leva-nos à alteração do padrão comunicacional nas instituições de saúde e formação em saúde.

As instituições se definem pela sua cultura organizacional que é, geralmente, mantida e reproduzida graças à estabilidade do seu padrão de comunicação. Como se faz a comunicação nas organizações? Ela se faz a partir de dois eixos principais de comunicação: 1) a comunicação entre os diferentes (pesquisador/pesquisado, professor/aluno, trabalhador/usuário, trabalhador/gestor) é realizada de forma vertical, hierárquica; e 2) a comunicação entre os iguais se dá no eixo horizontal (professor/professor, aluno/aluno, médico/médico, enfermeiro/enfermeiro, gestor/gestor) gerando uma comunicação corporativa. Qual o desafio metodológico? De que maneira o método inclusivo desestabiliza essa comunicação institucional?

Pensemos, então, em um terceiro eixo diagonal, transversal. O eixo da transversalidade realiza o embaralhamento dos códigos que mantêm a estabilidade das culturas organizacionais. Misturam-se os códigos da verticalidade e da horizontalidade, alterando o padrão comunicacional e colocando lado a lado os

diferentes. A transversalidade é o aumento do grau de abertura da comunicação intragrupo e intergrupos. No traçado deste eixo transversal, no exercício de um método inclusivo, participativo, constitui-se uma experiência do comum.

Voltemos, então, ao desafio inicial para modulá-lo: pensar a produção de um plano comum da formação de trabalhadores no campo da saúde. Certamente não há forma predeterminada para essa meta. É no caminho, no percurso, que se formam as metas.

A ideia de produção de um comum na formação de trabalhadores em saúde nos obriga colocar em questão certo sentido da formação disciplinar, definida dentro dos limites do território e identidade disciplinar e sofrendo o perigo do isolamento. Em que medida a clínica comum e as diferentes áreas profissionais se conjugam? Como pensar o comum nesta heterogeneidade?

O pensamento contemporâneo tem nos apontado modulações da experiência disciplinar que se fazem numa certa direção: da multidisciplinaridade à interdisciplinaridade e à transdisciplinaridade. A multidisciplinaridade é um primeiro passo na superação do isolamento tradicional dos territórios disciplinares. A formação de uma equipe multidisciplinar já é uma primeira aposta. Mas o que produz essa aposta? Trata-se de certo arranjo entre trabalhadores, pesquisadores, sujeitos do conhecimento que são convocados a trazer sua contribuição diante da complexidade de determinado objeto. Digamos que o objeto complexo seja a repetência escolar de um aluno que pela terceira vez repete a quinta série. Chama-se um pedagogo, um psicólogo, um fonoaudiólogo, um neurologista, para compor uma equipe profissional para a avaliação e cuidado desse aluno. O "objeto" é tratado como um geometral, essa figura de projeção de um sólido no plano. A complexidade do objeto é entendida como seu multifaciamento, ou seja, o objeto possui várias faces, cada uma da competência de um profissional. A estratégia multidisciplinar desdobra as diferentes faces do objeto,

designando cada uma delas a uma abordagem disciplinar. No entanto, a relação entre os profissionais não modifica o saber disciplinar de cada um. Por outro lado, a relação entre os profissionais na equipe multidisciplinar não altera o sentido do objeto: o aluno que repete pela terceira vez a quinta série se mantém como o mesmo objeto visado pelas diferentes disciplinas. Não há alteração do binômio sujeito do conhecimento/objeto do conhecimento.

Já na interdisciplinaridade, vemos uma modulação da estratégia multidisciplinar. É uma maneira de fazer que as disciplinas se aproximem, gerando entre elas uma zona de intersecção. A estratégia interdisciplinar realiza a multiplicação dos territórios disciplinares, tal como, por exemplo, ao conjugar a perspectiva da psicologia e a da pedagogia é gerada essa zona de intersecção da psicopedagogia, que será o novo território disciplinar para o qual se define um sujeito e um objeto que lhes são próprios. A interdisciplinaridade é uma matriz multiplicadora dos territórios identitários disciplinares.

Por fim, a transdisciplinaridade se define como uma relação entre as disciplinas a partir da diferença que as une. Há uma aproximação pela distância ao se criar um efeito de perturbação entre as diferentes disciplinas. Produz-se entre as disciplinas não uma intersecção, mas uma intercessão (Deleuze, 1992). Cria-se uma zona de perturbação entre uma disciplina e outra, havendo uma experiência de modificação, de alteração do território disciplinar. Não se acaba com uma disciplina nem se cria outra: é a psicologia transformada, a medicina transformada, a terapia ocupacional transformada. A função intercessora faz modular o território disciplinar, possibilita sua transformação.

Na aposta transdisciplinar, lança-se no movimento, mergulha-se na experiência e ali se transforma. Transformo-me enquanto sujeito do conhecimento, e essa transformação não é uma metamorfose, pois não há substituição de formas (o psicólogo virando terapeuta ocupacional, por exemplo). A experiên-

cia transdisciplinar se realiza em uma zona de perturbação, onde se constitui um plano comum.

O comum deve ser pensado não mais numa acepção cotidiana da palavra: o comum significando o “como um”, o que é como uma unidade. Não queremos pensar a clínica comum como a reunião do diverso na unidade de um domínio, para criar o homogêneo. Como pensar um comum que não seja mais o “como um”, no sentido de homogeneidade? Pensemos então o comum com o sentido do “como qualquer um”. É a ideia de comum como prática de, para, com, através de qualquer um.

### Referências

- ANDRADE, L.; LONGO, W. & PASSOS, E. Desafios e oportunidades do sistema federal de ensino superior em face da autonomia. In: SILVA, W. C. (org.). *Universidade e sociedade no Brasil: oposição propositiva ao neoliberalismo na educação superior*. Niterói: Intertexto, 2001, pp. 123-60.
- BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R. (org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj-Cepesc-Abrasco, 2005.
- BARROS, R. B. & PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.10, pp. 561-71, 2005a.
- . Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, vol. 9, pp. 389-94, 2005b.
- CAMPOS, G. W. *Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CLARK, L. *Lygia Clark. Textos de Lygia Clark, Ferreira Gullar e Mário Pedrosa*. Rio de Janeiro: Funarte, 1980.
- DELEUZE, G. Os Intercessores. In: DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- GUATTARI, F. Transversalidade. In: GUATTARI, F. *Revolução molecular: as pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- HECKERT, A. & PASSOS, E. Pesquisa-intervenção como método, a formação como intervenção. In: CARVALHO, S. (org.). *Conexões*.

- Saúde coletiva e políticas de subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2009, pp. 376-93.
- LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- OLIVEIRA, J. A. M. & PASSOS, E. Novos perigos pós-desospitalização: controle a céu aberto nas práticas de atenção em saúde mental. In: Carvalho, S. (org.). *Conexões. Saúde coletiva e políticas de subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2009, pp. 322-41.
- PASCHE, D. & PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para produção de mudanças na saúde – Aposta da política de humanização da saúde. *Saúde em Debate*, vol. 34, pp. 423-32, 2010.
- PASSOS, E. 10 anos depois e ainda somos muitos: a clínica no CAPS e o coletivo. *Revista da Escola de Saúde Mental*, ano 1, n.º 1, pp. 50-4, dez. 2008.
- PASSOS, E. & BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia. Teoria e Pesquisa*, vol. 16, pp. 71-9, 2000.
- . Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicologia Clínica. Pós-Graduação e Pesquisa*, vol. 13, n.º 1, pp. 89-99, 2001.
- PASSOS, E. & PASCHE, D. Apresentação. In: PASSOS, E. (org.). *Cadernos Humaniza SUS*, vol. 1: Formação e Intervenção. Brasil, MS/SAS/PNH, 2010, pp. 5-10.
- TARDITS, A. *Communauté d'expérience, communauté de savoir*. *Essaim*, n.º 1. Ramonville Saint-Agne: Érès, 1998.

Virginia Junqueira  
Maria Fernanda Frutuoso  
Carlos Roberto de Castro e Silva

## CAPÍTULO 10 OS (DES)COMPASSOS ENTRE A UNIVERSIDADE E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

NESTE CAPÍTULO pretende-se discutir a experiência de formação do eixo Trabalho em Saúde (TS) da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista (Unifesp/BS), à luz da relação entre universidade e serviços de saúde e a partir de relatos de estudantes das primeiras turmas do *campus*, e de profissionais dos equipamentos de saúde. Esses relatos abordam a estruturação inicial dos módulos do eixo, em um momento em que a inserção dos alunos acontecia, predominantemente, em espaços de atenção básica em saúde do município de Santos.<sup>1</sup> Não há a intenção de esgotar a análise, mas sim de destacar os achados dessa experiência no que diz respeito a concepções, estratégias, articulações e movimentos inerentes à formação dos profissionais de saúde na rede de serviços.

Na formação do aluno da Unifesp/BS busca-se promover, desde o primeiro ano, a interação ativa do aluno com a população e com os profissionais de saúde, proporcionando ao estudante o trabalho com problemas reais, e não com práticas de simulação.<sup>2</sup> O trabalho em equipe é valorizado, o que pressupõe,

1 Para mais detalhes sobre a estruturação das atividades de ensino na rede de serviços do município de Santos ver o Capítulo 3: "Movimentos de constituição do eixo Trabalho em Saúde" (página 69).

2 O projeto político-pedagógico do eixo TS está apresentado em linhas gerais no item "Os cursos da área da saúde do *campus* Baixada Santista" do Capítulo 1 (página 49), e discutido em detalhe no Capítulo 3: "Movimentos de constituição do eixo Trabalho em Saúde" (página 69).

a consolidação do SUS, de espaços de compartilhamento de saberes e de modos de ver o cotidiano do cuidado entre docentes, estudantes, usuários e profissionais dos serviços. É nesses espaços — de exercício de construção de uma nova lógica sanitária em curso — que aparecem conflitos, tensões, instabilidades e incertezas entre políticas e organizações fortemente instituídas, a partir de encontros e embates de interesses.

Nas instituições encarregadas de promover saúde e produzir cuidado há um constante exercício de afirmação da potência de vida e das diferenças, e é neste cotidiano de trabalho vivo que se operam as oscilações do poder, as mudanças de postura e a construção de possibilidades de fazeres. A atenção integral à saúde pressupõe ampliar as referências de cada profissão/profissional, tanto na compreensão quanto na ação, mudando as relações de poder profissional-profissional e profissional-usuário. Na prática, é lidar com a onipotência e impotência do profissional de saúde diante do sofrimento de indivíduos, famílias e comunidades.

A noção ampla de gestão em saúde engloba componentes vinculados à distribuição dos diferentes tipos de poder em saúde e também a construção e desenho de intervenções viáveis e eficazes. A natureza ético-política da gestão em saúde deve examinar a ação e a comunicação entre sujeitos/organizações/instituições para identificar interações, racionalidades e subjetividades, em seus conflitos e entendimentos. O trabalho em saúde pressupõe a interação entre sujeitos e é dependente das potencialidades instituintes dos encontros realizados nos serviços de saúde (Paim & Teixeira, 2006). Assim, a parceria universidade-serviço pode ser frutífera na reflexão conjunta acerca de objetos-meio (recursos) e sua articulação com objetos-fim (cuidado).

O entendimento do serviço como corresponsável pela formação, do docente como parte do serviço, e do usuário como centro do cuidado em saúde, requer negociação/arranjo permanente e construção de compromissos envolvendo espaços,

horários e tecnologias — em face aos diferentes tempos institucionais e vozes do ensino e da assistência.

É consenso que o trabalho coletivo, pactuado e integrado entre estudantes, docentes, equipe e gestores de saúde, permite a integração ensino-serviço-comunidade, oferecendo qualidade à formação, tanto dos estudantes quanto dos trabalhadores de serviço. Entretanto, esta não é uma tarefa fácil.

De acordo com González & Almeida (2010), o descompasso entre os processos de entendimento e mudanças no serviço e na academia podem ser explicados por fatores relacionados à formação como: a atenção básica como aprendizagem marginal, o despreparo dos professores ante o novo enfoque de aprendizagem, a difícil relação entre as diferentes profissões e a resistência dos estudantes em relação ao contato com a comunidade. Fatores ligados aos serviços de saúde também contribuem para este descompasso e dizem respeito à resistência dos profissionais às mudanças em processo, à responsabilização pela formação de profissionais, vivida como sobrecarga na agenda de trabalho, à estrutura física inadequada para acolher os estudantes, à resistência da população à presença do estudante no serviço e a possível identificação de fragilidades do serviço prestado.

A análise da reflexão dos alunos e das equipes dos serviços de saúde sobre o eixo Trabalho em Saúde propicia perceber e discutir uma experiência de produção de conhecimento envolvendo instituições e seus “representantes” em encontros permeados por expectativas e inseguranças, dentro de uma lógica de estranhamento que se repete historicamente — e é comum — nas relações entre universidades e serviços de saúde.

### **O encontro com os trabalhadores do SUS: falam os estudantes**

Os relatos trouxeram à tona pontos de vista diferentes que algumas vezes são isolados e distantes e outras vezes são complementares e se reforçam. Os alunos consideraram muitas das

experiências de formação significativas, porém levantaram uma série de questionamentos e problematizações sobre o processo de aprendizado. Esses estão relacionados, especialmente, ao contato com a população, às expectativas ante as demandas apontadas, ao impacto da intervenção nas pessoas/famílias acompanhadas — e nesse sentido, questionam a ação pontual e a falta de continuidade das ações — e colocam em questão, por fim, a impotência e falta de autonomia para cuidar e acompanhar.

Em relação ao cuidado, a não continuidade do atendimento aparece como preocupação nas falas referentes à relação direta com o munícipe/usuário do serviço e, no caso tanto dos alunos como dos profissionais de saúde (agentes comunitários, enfermeiras e chefes de unidades), permeia as falas que descrevem o desenvolvimento do trabalho de campo. Nesta categoria da não continuidade, destacam-se as afirmações de supostas deficiências da infraestrutura e funcionamento dos serviços e um planejamento e execução de atividades acadêmicas que dialogam pouco com as demandas dos serviços.

A crítica à falta de continuidade parece estar relacionada também à maneira como o eixo vinha desenvolvendo os módulos (posteriormente aprimorada), e a expectativa de que os alunos do ano seguinte pudessem dar prosseguimento às ações desencadeadas por eles:

[. . .] e uma coisa assim que às vezes a gente comentava também, que às vezes mudava o caso, às vezes você passava para outro ano e você pegava outro caso e eram outras pessoas e a gente esperava que os alunos do ano que estava vindo às vezes pegasse aquele caso, então, desse continuidade, [. . .] isso era uma coisa que a gente discutia em TS. . . (estudante de nutrição).

Um ponto recorrente na fala dos alunos diz respeito a sentimentos de abandono e desamparo em relação aos munícipes:

[. . .] eu via que as pessoas ficavam angustiadas porque elas se apegavam a nós, gostavam do que a gente fazia [. . .] mas a gente via que outros projetos passavam por ali [. . .] e que a gente seria só mais um grupo que estava passando por ali, agora na faculdade a gente vai lá e é importante, mas e para essa família? O que a gente deixa além da lembrança? Não tem continuação, sabe, não é um atendimento mesmo (estudante de educação física).

Vários tipos de expectativas dos alunos, agentes comunitários de saúde e população, em relação à qualidade do cuidado, podem estar embutidos ao expressarem a não continuidade das ações do eixo, dando a ideia de interrupção de um processo de vínculo entre estudante e munícipe que repercutiria negativamente no acompanhamento deste último. Cabe interrogar se a noção de integralidade criaria uma expectativa que não se cumpre em um horizonte ético-político romântico e ideal, especialmente explicitada pela frequente insatisfação dos estudantes diante do serviço.

Ao serem estendidas para os domicílios, as atividades de aprendizado ensejam o enfrentamento de expectativa das pessoas visitadas, o que é vivido com ansiedade pelos alunos. Tais expectativas envolvem a possibilidade de intervenção dos estudantes no sentido de procedimentos que possam trazer-lhes cura aos males sofridos. Referindo-se ao módulo das narrativas (segundo ano), declarou um estudante: “[. . .] só que não foi passado para a pessoa que a gente só ia conversar, então muitos criaram expectativas do atendimento” (estudante de fisioterapia). Agir de modo insuficiente perante a demanda, e não resolver o conjunto de necessidades do paciente com o qual se tinha contato, era algo angustiante: “[. . .] nesse caso eu fiquei muito revoltada, eu chorava, porque eu via que ela tinha que operar, [. . .] ela tinha que tomar remédio, ela tinha que fazer tanta coisa [. . .] eu ficava numa angústia, eu chorava, chorava de raiva [. . .]” (estudante de educação física).

Ter se aproximado da condição do paciente, e assim conhecido suas necessidades (“eu via”), mas não ter tido meios de nela intervir, produziu sofrimento. Trata-se de um sofrimento cotidiano ao profissional de saúde, diante do qual se costuma erigir defesas, como afastar-se do conhecimento de tais necessidades. Mas, para o aluno, o impacto é forte, sobretudo pela sensação de impotência, na contramão da promessa de que sua profissão lhe tornaria capaz de intervir e produzir mudanças.

Foi unânime a avaliação, pelos estudantes, de que teria havido pouco contato com as equipes de saúde: “Mas com os profissionais de saúde das Unidades de Saúde que eu fui visitar, que foi a do Centro, tudo, não tive contato nenhum com eles” (estudante de terapia ocupacional).

Dentre todos os profissionais da equipe de saúde, os agentes comunitários de saúde foram os com que os alunos tiveram maior contato, em uma relação que se limitou, na maioria das vezes, ao acompanhamento em domicílios, em momentos iniciais e finais das atividades, sem a oportunidade de trabalho conjunto e discussões sobre os casos:

Ele só se limitava a levar na casa da pessoa, “ah vem comigo que é a casa de fulano, a casa de fulano é ali eu vou te levar, você fica aqui que eu vou lá na outra vez e já volto para te buscar”, a gente nunca mais via eles, assim, não tinha nenhum contato com eles (estudante de fisioterapia).

O contato que a gente teve com os profissionais de saúde foi realmente só o agente de saúde e muito pouco (estudante de terapia ocupacional).

Aparecem, ainda, relatos de que os momentos finais das atividades, partilhados e discutidos com as equipes de saúde ocorrem em uma via de mão única no sentido estudantes-equipe, justificados, em parte, pelo fato de que a avaliação com a equipe se restringia, em geral, à participação dos docentes, sem

a presença dos estudantes: “[. . .] a gente não teve um *feedback* deles. Não foi uma via de mão dupla” (estudante de fisioterapia).

Houve referência dos alunos à frustração sentida pelo fato de a equipe dos serviços não conseguir responder às suas demandas (considerando a posição intermediária dos alunos entre o paciente/família e a equipe de saúde): “A gente tinha entendido que a gente ia ter um meio de contato entre as pessoas que estão necessitando de alguma coisa e o programa de saúde né, então vai para a UBS e facilita para aquele paciente, ele precisa de um remédio tal” (estudante de fisioterapia). Entretanto:

Eles ficavam achando que a gente ia voltar com a solução deles, por exemplo, uma senhora, ela se queixava que não tinha ninguém para medir como é que estava o diabetes dela, e aí a gente anotava e trazia para cá, e ninguém ia lá medir o diabetes dela, então ela contava as coisas para gente achando que a gente ia resolver o problema dela. . . (estudante de fisioterapia).

Outro fator apontado pelos alunos diz respeito ao insuficiente — ou divergente — registro nos prontuários:

[. . .] o começo já foi, em alguns casos, conturbado, porque eles não tinham muita informação, ah, é isso, isso e isso, mas não era a mesma coisa que estava escrito no prontuário, elas contam uma parte, no prontuário não tem, o que tem no prontuário não fala (estudante de fisioterapia).

Adicionalmente, os estudantes questionaram se as informações e necessidades dos pacientes, identificadas por eles e transmitidas à equipe de saúde, produziam continuidade e resolutividade das ações:

[. . .] nessa devolutiva com o pessoal e com os agentes de saúde, eu lembro que eu e minha dupla, a gente passou o caso, tudo o que a gente fez, deixou de fazer [. . .] Então no meu caso era uma senhora hipertensa, diabética, e a gente passou o que a gente achava que a UBS pudesse ajudar e estava precisando de uma consulta com o oftalmo, mas assim, no último ano da TS, depois disso eu não fui mais para lá, eu não sei se isso foi repassado, não sei como isso foi feito. Como é que está essa senhora agora, então esse pedido foi passado no último dia para o agente de saúde, se isso foi repassado para a UBS ou não a gente nunca soube, acabou a TS (estudante de fisioterapia).

Um possível determinante da dificuldade de relação com a equipe, especialmente com os agentes, poderia ser a falta de entendimento da proposta do eixo por parte das equipes das unidades de saúde. Mesmo havendo um esclarecimento constante quanto às profissões e objetivos e metodologia do eixo Trabalho em Saúde, isso pode não ter sido suficiente.

Referindo-se aos estágios, estudantes indicaram o contraste entre a habilidade de trabalhar em equipe dos alunos que cursaram TS, e a dificuldade de trabalhar com as equipes reais, dos serviços:

É, foram formados longe da gente, não têm essa visão que a gente teve a partir da TS, a partir da faculdade aqui, então eu acho que a gente aprendeu a dificuldade de lidar, de ensinar, que tinha a equipe, é um diferencial que nós temos, mas que agora está tendo essa dificuldade porque ninguém mais tem (estudante de fisioterapia).

Noutro sentido, ainda quanto à experiência em TS, afetos positivos pareceram emergir quando houve possibilidade de elaboração da situação, relacionando o contexto e limites da ação, e também da percepção de que as intervenções desenca-

deadas abriam novos caminhos. Esses afetos foram produzidos quando se interpretaram situações à luz da interação produzida, ou seja, a interação mostrou formas de se afetar e ser afetado por ações transformadoras. Assim, uma ação salvadora não ocorreu, mas afetações aconteceram, pois foi possível perceber o impacto de realizações, havendo uma gratificação pelo valor que o paciente conferiu ao cuidado oferecido e o aluno sentiu-se valorizado:

[. . .] a gente se revolta porque isso mexe muito com a gente, não dá para explicar, é uma coisa meio, é meio revoltante, mas ao mesmo tempo é muito gratificante a gente perceber que o mínimo, um grão de arroz para nós que a gente oferece para essas pessoas, não tem explicação para elas né, é uma coisa marcante, eu acho que é isso que vale (estudante de educação física).

#### **O encontro com a universidade: falam os trabalhadores do SUS municipal**

Os relatos da equipe de saúde variaram de acordo com a unidade de saúde, indicando que não é uniforme a relação entre a universidade e as diferentes equipes, o que pode ser explicado pela diferente trajetória/história de planejamento e execução de atividades de inserção dos alunos nos distintos locais, bem como pela organização dos serviços (Saúde da Família e modelo tradicional). Cabe ressaltar que dificuldades, facilidades e potencialidades das relações, percebidas de maneira diferente segundo cada categoria profissional, nas equipes estudadas, podem ser permeadas por outras atividades de pesquisa, extensão e ensino diferentes das do eixo TS.

Os relatos dos agentes comunitários de saúde (ACS) que, dentre todos os profissionais, são os atores mais envolvidos com o acompanhamento das atividades do eixo, revelaram a falta ou insuficiente articulação da parceria universidade-serviço,

expressando sua participação como algo estranho ao próprio cotidiano: “No começo, na primeira vez, a gente até ia, mas o que acontece? A gente tem que trabalhar” (ACS de unidade saúde da família).

Para os agentes, a ausência de continuidade do atendimento dos estudantes criam outras demandas:

E esse que eu fiz dos diabéticos tem uma senhorinha que, se eu passo lá três vezes, ela pergunta: “elas não vão vir mais aqui, como elas estão?” Que elas acham que tudo é médica. “As médicas não vão vir mais aqui” [...] Eles confundem também, porque a maioria é carente e quando chega um para conversar, mistura, porque eles querem visita, eles já querem conversa. E depois fica cobrando porque não vem mais. “Eles não vêm mais pra cá”. Às vezes a gente até mente, agora elas estão numa outra área, porque a maioria até é de idade (ACS de unidade saúde da família).

O tema do abandono, presente na fala dos estudantes, foi reforçado pelos profissionais:

É como eu falei, eu acho que é importante, acho que é importante entendeu, fazer na continuidade. O chato é um pouco assim que eles sentem a mudança de alunos; quando eles começam a pegar uma certa confiança muda a turma, às vezes o modo de agir é um pouco diferente, isso deve atrapalhar o convívio quando eles estão juntos, porque de uma pessoa para outra muda o jeito de agir, de falar. Eu acho importante, assim. [...] Eles faziam umas terapias com eles, ele era um senhor, ele até faleceu: depressivo, bem depressivo mesmo, não é? Só levantava da cama quando o médico ia, não é? E fora isso acha que ele comia no quarto e tudo, entendeu? E o que aconteceu? Começaram a fazer umas terapias com ele, planta-

vam com vasos, essas coisas, ele se saturou. Tanto é que quando essa turma saiu, ele não quis receber a segunda (ACS de unidade saúde da família).

Apareceu ainda a ideia de que as atividades têm pouca ressonância entre os munícipes porque eles não são ouvidos em suas necessidades:

Conversar com e ele e tentar resolver aquilo que ele espera. Por exemplo, se é uma fisioterapia. Assim, a gente não sabe se vai ter solução ou não. Eu mesma fiz fisioterapia para a coluna e não resolveu nada, mas pelo menos o munícipe vê que a pessoa está tentando fazer alguma coisa por ele (ACS de unidade saúde da família).

Sobre os benefícios, embora a maioria dos relatos sobre a não continuidade das ações do eixo se refira aos munícipes, vale ressaltar a presença de falas que afirmam ser o maior benefício não para a população e sim para o aluno, reforçando a ideia de que é um serviço para o aluno e não com o aluno para a população: “É para eles mesmos, por causa do curso, do curso mesmo” (ACS de unidade saúde da família).

A questão de que o contato com as atividades do eixo significa um “trabalho” a mais e não como soma de cuidado/esforços não é abordada somente pelos agentes comunitários, mas também pelos chefes de unidade que não deixam de reconhecer a potencialidade dos benefícios da universidade, com um olhar diferente para o paciente e como parceira de ações:

Eu acho que por um lado tem a questão da formação, acho que hoje mais do que nunca é importante esse contato do estudante com a atenção básica, de estar aproximando, de estar entendendo qual é o nosso trabalho e questão da equipe. Acho que é essencial esse trabalho com a equipe

multiprofissional, é um grande exercício. Eu acho que, em relação à Secretaria de Saúde, a gente está numa fase em que a gente está tentando acertar isso, ter um controle maior e acho que está se acertando [ . . . ] não só ajudar na formação do aluno, mas também estar vindo com algum benefício para própria população, para a equipe que venha somar, acho que a ideia é essa, não é? Acho que é para ambos (chefe de unidade saúde da família).

É a questão dos próprios agentes e dos profissionais verem a universidade não como uma coisa que vem para dar trabalho e sim para estar contribuindo. Por quê? É uma pessoa a mais para trocar experiência para estar desenvolvendo este trabalho, então, elas (as agentes de saúde) não estão sozinhas. E nessa integração, neste trabalho conjunto, elas estão percebendo que a Unifesp, a universidade que a gente está trabalhando este ano, ela veio para somar, não para dar trabalho (chefe de unidade saúde da família).

Nessa perspectiva, os descompassos podem ser interpretados como diferença entre o tempo da universidade e dos serviços. Tal diferença pode soar como exigência de maior disponibilidade da equipe ante as demais atividades da unidade:

Eu acho que a universidade exige uma disponibilidade que às vezes a equipe não consegue dar por conta do nosso dia a dia. Quando a gente está num processo de formação, a gente tem que parar, conversar, se estruturar. O que às vezes a gente não consegue dar isso por conta do nosso dia a dia (chefe de unidade saúde da família).

Nesse sentido, profissionais dos serviços consideraram que as solicitações dos alunos chegavam de forma inadequada e como cobranças, resultando em resistência desses profissionais:

Outra coisa que precisa ser cuidada é a forma como eles fazem a colocação ou como eles vão para a discussão de caso. Porque dependendo do jeito que eles chegam e dependendo com quem, agente comunitário ou outro profissional, esse profissional acaba vendo o questionamento como uma cobrança ou como ele não dando conta do trabalho. Não que a gente não tenha um olhar que a gente não saiba das nossas dificuldades, mas a forma como eu passo essa questão, ela pode vir de um jeito que leve a reflexão. E aí dependendo de como isso é questionado isso acaba trazendo certa resistência da equipe em relação ao trabalho (chefe de unidade saúde da família).

O descompasso, embora aqui considerado benéfico, foi indicado na distinção de papéis na parceria, ou seja, na percepção de que o serviço estaria voltado à prática, ao passo que a universidade traria a atualização teórica, revelando um distanciamento entre teoria e prática:

O trabalho da universidade é sempre muito bem-vindo, porque nós estamos na prática e a gente, às vezes, não é que esqueça, mas, enfim, deixa um pouquinho a parte teórica de lado, a gente se envolve mais no dia a dia (chefe de unidade saúde da família).

#### **Procurando entender o descompasso**

A aposta no exercício de encontro entre pessoas (população, equipes de trabalho, estudantes e docentes) e a experimentação de situações do cotidiano do trabalho em saúde possibilita um aprendizado que não se restringe à aquisição de um conhecimento racional e/ou planejamento de ações, mas envolve as dimensões política, afetiva e cultural. Um olhar mais atento para os relatos de estudantes e profissionais remete a aspectos

complexos relacionados aos processos e experiências de formação em saúde encontrados e discutidos amplamente na literatura, bem como nos permite analisar e enfrentar as dificuldades peculiares da proposta deste eixo, em seu contexto.

A descontinuidade relatada também aponta para o papel dos docentes no acompanhamento/supervisão de atividades/estudantes e na apropriação da proposta dos módulos, do eixo, do projeto político pedagógico do *campus*, da universidade e, em última instância, da organização dos serviços do município e do sistema de saúde vigente no país. Pois, docentes com diferentes formações e experiências profissionais, que chegaram aos poucos, ao longo dos anos iniciais de implantação dos cursos da universidade (e ainda chegam), trazem a possibilidade de compartilhar diferentes visões, mas também dificuldades na consolidação das ações do eixo, inicialmente concentradas nos espaços de atenção básica, que tem peculiaridades na busca de um “jeito de fazer” que não é dado.

O aumento do número de docentes participantes do eixo, de diferentes áreas específicas e não somente da saúde coletiva, o aumento do número de alunos ingressantes no *campus* (e também o início do curso de Serviço Social) e a constante negociação da universidade com a Prefeitura de Santos propiciaram a inclusão de diferentes cenários de inserção dos estudantes, como equipamentos de educação, assistência social, esporte, atenção especializada e terciária à saúde. Este movimento aponta para avanços do eixo, na concepção de que o trabalho em saúde não se realiza apenas nos lugares habitualmente identificados como estabelecimentos de saúde (centros de saúde, ambulatórios, hospitais), mas se realiza em diferentes espaços — escolas, associações comunitárias, sindicatos, creches, centros de juventude, de ação social e de esportes.

Além das particularidades do eixo em sua relação com a dinâmica de uma universidade em transformação, faz-se necessário, também, problematizar tanto a organização dos serviços no município quanto as articulações e movimentos em relação

às políticas institucionais de integração entre a universidade e as políticas públicas e sociais do município de Santos.

Os serviços de atenção primária em saúde de Santos estão organizados predominantemente em unidades básicas de saúde — modelo tradicional. As unidades de saúde da família estão presentes somente em algumas regiões de elevada vulnerabilidade social em locais periféricos ou de difícil acesso, como a área continental do município. Não há a presença de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e o apoio matricial ao universo de unidades — tradicionais e de saúde da família — das áreas de Educação Física, Farmácia, Fonoaudiologia, Nutrição, é oferecido pela Seção de Atenção à Saúde da Comunidade (Seatesc). As áreas de Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional estão localizadas, exclusivamente, nos equipamentos de atenção especializada.

A organização tradicional da atenção em Santos resulta em profissionais das diferentes áreas de formação dos cursos da Unifesp ausentes ou distantes dos serviços e reforça o cuidado em saúde centrado em médicos e enfermeiros. Assim, a busca por um modo de atuar em equipe, visando a integralidade do cuidado, pode ser dificultada.

Parece clara a necessidade de construção de uma política de integração entre Unifesp e município e, conseqüentemente, a implantação de dispositivos facilitadores da relação em questão, conforme apontam outras experiências, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço.

Entende-se que a discussão sobre a produção do cuidado inclui os objetivos de atenção integral e de qualidade, resolutividade e fortalecimento da autonomia individual no cuidado à saúde, em articulação orgânica com a rede de serviços, incorporando a noção de Atenção Integral à Saúde (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Considerando ser um modelo de formação produzido na relação permanente com os serviços, identifica-se

uma aproximação dos alunos aos princípios da integralidade, verbalizados na preocupação com relação à continuidade da atenção à pessoa acompanhada por eles. Por outro lado, é possível também verificar a angústia do aluno nesse processo de formação, que se percebe impotente na relação de cuidado, inseguro na relevância de suas contribuições e sem recursos no acompanhamento do caso.

A proposta do eixo Trabalho em Saúde e a inclusão de atividades no Sistema Único de Saúde na formação dos alunos de graduação é inovadora e permeada pela construção de relações serviço-ensino, mas apresenta desafios a serem enfrentados. A integração com a rede é algo que ainda precisa ser aprofundado nessa proposta e ressalta-se a questão de como trabalhar com as dificuldades sem desmotivar o estudante em relação ao seu futuro profissional na rede de saúde. Entender o contexto e a conjuntura é um exercício para sentir-se um profissional comprometido com o SUS e um fator que pode ajudar a reverter esse quadro.

Nessa linha, pode-se pensar que muitas das expectativas estão associadas com perspectivas de fortalecimento do SUS, mas que exigem muito mais para se efetivarem. Por exemplo, a noção de integralidade catalisaria tais expectativas, principalmente as decepções. Aqui é possível introduzir uma hipótese: os descompassos entre o que deveria ser a relação universidade/serviços de saúde e a própria forma como os serviços estão estruturados atualmente, isto é, muito longe de uma abordagem mais integral, de um trabalho em equipe articulado, de uma prática de intersetorialidade, pode desencadear certo descrédito ante o SUS e a própria proposta inovadora de formação de profissionais para atuar na área da saúde. Em outras palavras, o estudante percebe os limites do Sistema Único de Saúde e, muitas vezes, a sua própria formação para a integralidade fica no campo do ideal: daí o descompasso entre o que ele vê na realidade do atendimento do posto de saúde e a proposta de formação.

Ressalte-se que se incomodar, se deixar afetar pelas situações e questionar os lugares cristalizados pelas relações, faz parte do que se espera de um profissional de saúde sensível e observador. A relação profissional-paciente é permeada pela dor do paciente e também pelo sofrimento dos profissionais de saúde. Entretanto, tais incômodos e questionamentos devem, com o tempo, produzir diálogos e reflexões em busca de novos caminhos. Para Ceccim & Feuerwerker (2004), a sustentação de estratégias para mudanças nos serviços e formação em saúde parte de diálogo das universidades com a rede de gestão da política e da atenção de saúde e com os órgãos de controle social em saúde. Daí a necessidade de fortalecer e aprofundar essa experiência.

## Referências

- CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Publ.*, vol. 20, n.º 5, pp. 1400-10, 2004.
- FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface Comunic. Saúde Educ.*, vol. 11, n.º 23, pp. 427-38, 2007.
- GONZÁLEZ, A. D. & ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde — norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Cienc. Saúde Col.*, vol. 15, n.º 3, pp. 757-62, 2010.
- PAIM, J. S. & TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Publ.*, vol. 40 (número especial), pp. 73-8, 2006.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Publ.*, vol. 35, n.º 1, pp. 103-9, 2001.

## CAPÍTULO 11 VER A SI NO ATO DE CUIDAR<sup>1</sup>

### PROBLEMATIZAR A IMPLICAÇÃO COM O EFEITO POROROCA DO AGIR EM SAÚDE

#### Construindo uma situação no mundo do cuidado

Começamos esse texto com um convite para o leitor. Vamos nos imaginar em diferentes situações e verificar como, em cada uma delas, as nossas percepções e inteligências variam, e que podemos tirar proveito disso para compreender nossos modos de agir e suas lógicas. Óbvio que não vamos poder construir todos os mapas situacionais possíveis que cada um de nós pode ter, mas podemos sugerir alguns e indicar como trabalhar com esses mapas e aí abrir a possibilidade de dialogar com nossos próprios modos de atuar no campo da saúde, algo fundamental para um território de práticas que tem como seu eixo de ação agir no campo de produção dos modos de viver, individual e coletivo.

Vou exemplificar iniciando com um dos meus mapas situacionais, aquele vinculado ao meu agir-médico, que chamei de agir-trabalhador de saúde, e cruzá-lo com um outro em mim, o meu agir-usuário.

<sup>1</sup> Esse texto originalmente foi escrito para o VERSUS que o Ministério da Saúde vem produzindo desde 2012 e cedido para fazer parte deste livro a pedido do autor.

Leitor, viaje comigo nessas imagens: eu, médico, sofro um acidente com lesões. De uma maneira muito rápida dois agires me ocupam. Procuo me ler e fazer diagnósticos e formular terapêuticas, mas algo me impede de viver isso de uma maneira muito distanciada, pois meu agir-usuário me ocupa de um modo intenso. Vivo a situação a partir de outra lógica, a da necessidade de defender a qualidade da minha vida, imaginando o que pode me ajudar nessa aposta.

Lógico que tenho muitos outros agires em mim, mas vou explorar a tensão desses dois e imagino que isso possa ajudar o leitor a fazer o mesmo consigo.

#### Meu agir-usuário

Quando me torno usuário sou imediatamente invadido por um tipo de inteligência que produz várias verdades para mim, que me orientam a pensar se os outros que irão cuidar de mim estarão ou não implicados com a noção básica de que minha vida vale a pena ser vivida e, portanto, defendida.

Fico imaginando, como usuário, se a capacidade dos trabalhadores e dos serviços de saúde que me conectarei é suficiente em termos tecnológicos para dar conta do tipo de problema que tenho, se vão se preocupar com meu sofrimento, com minhas histórias de vida, com o que é fundamental para mim de maneira muito especial. Ou, se vão me tratar de um modo muito anônimo, sem ver que eu possuo muitas coisas em comum com os outros que também têm o mesmo tipo de problema, mas que também tenho certos detalhes no meu modo de viver e apostar na minha vida que só faz sentido para mim.

Fico imaginando como vão apreender isso ou captar isso, sem me dar voz ou sem procurar recuperar parte das minhas histórias de vida por meio da conversa com quem já me conhece.

Como usuário sou invadido por uma postura ética de defesa da vida e por uma postura tecnológica da adequação dos modos de cuidar. Esses elementos passam a ser meus crité-

rios para avaliar o que pode estar acontecendo com o cuidado que vai sendo produzido em mim.

Óbvio que tudo isso é uma simulação e passa pela ideia de que estou lúcido e posso elaborar todos esses componentes. Mas, mesmo que não tivesse consciência, devido ao tipo de acidente, podemos abstrair que esses elementos também seriam chaves para qualquer abordagem que fosse feita para uma intervenção de saúde.

O usuário não precisa estar aí de carne e osso fazendo a coisa funcionar desse jeito, mas suas lógicas, sim. A equipe de saúde que cuida não pode nunca abandonar o agir-usuário que há nela, quando está no mundo do trabalho em saúde. Esse agir é imperativo para que o cuidado gerado seja direcionado para a defesa radical da vida do outro, como indivíduo e coletivo.

Outra característica chave do agir-usuário, que sempre é importante de ser elaborada nesse encontro do mundo do cuidado e que está ali presente o todo tempo, é os saberes que cada usuário tem de si, do mundo, dos outros. Ou seja, são os elementos teóricos úteis que o usuário possui para estar no mundo e agir no mundo. Esses elementos, se não forem apreendidos pelos trabalhadores de saúde, levam a fracassos terapêuticos.

Por exemplo, um usuário que tenha uma hipertensão arterial importante e que tem suas teorias sobre sua enfermidade e seu sofrimento, vai disputar as formas de se cuidar com o que o trabalhador de saúde lhe indicar. Não assimila sem resistir o que lhe é prescrito. Há que se saber disso, para escutar isso e conversar com esses saberes do usuário, sem negá-los. Pois, muitas vezes, as verdades desses saberes já foram muito úteis para o viver do usuário e não podem ser desconhecidos ou rejeitados.

No mundo do nosso agir-usuário adquirimos uma perspectiva sobre a vida e os outros que são constitutivos do nosso viver e do nosso cuidar de nós mesmos. E tudo isso conta no mundo do cuidado em saúde.

Mantenho o convite ao leitor para que pense sobre si mesmo e seus detalhes no modo de andar sua vida que considera fundamental para qualquer trabalho em saúde, que o tome como usuário do trabalho de saúde realizado por outros e converse com outros sobre o que são os detalhes que esses outros destacaram, para poder perceber como somos muito parecidos, mas como também somos muito diferentes.

### Meu agir-trabalhador de saúde

Agora, meu exercício é o de explorar o outro lugar situacional que está em mim, o de trabalhador de saúde. Mesmo, no meu caso, sendo médico, posso dizer que esse agir está presente em todo tipo de trabalhador de saúde, independente da profissão ou ocupação. Inclusive os não universitários.

O que é mais marcante nele é que, quase de modo imediato, nos posiciona como alguém que possui certas capacidades para entender o problema de saúde do outro e elaborar teorias sobre isso, centrado de modo nuclear em alguns tipos de conhecimentos considerados mais sistematizados e verdadeiros, sobre as enfermidades e o sofrimento.

Diz-se que esses conhecimentos são científicos e, portanto, retratam os problemas de saúde como eles são. O que, na sociedade atual, tem muito peso e muita legitimidade. É o trabalhador de saúde é valorizado como o seu portador e aquele que pode manejá-lo, quase de modo "divino". Isso é tão forte que o outro deposita a vida em suas mãos.

Diria que nós, enquanto trabalhadores de saúde, somos possuídos por isso e nos apoiamos nisso como um exercício de poder sobre o outro, agindo a partir desse lugar situacional com certas capacidades de escuta, mas com muitas dificuldades de nos aproximarmos do outro e deixá-lo nos contaminar positivamente pelas suas singularidades e detalhes. Como regra, o transformamos em nosso objeto e o tratamos a partir dos nossos *a priori*, éticos, técnicos e políticos.

Os nossos saberes, que consideramos superiores, nos governam, inclusive para permitir ou não um encontro com o usuário mais em aberto, pois como regra desse lugar, o mais comum é considerarmos que podemos falar sobre ele com tanta propriedade, que achamos que sabemos mais da vida dele que ele mesmo, apesar de não sabermos nada das suas histórias de vida.

Porém, quando nos aproximamos do nosso agir-trabalhador de saúde podemos “sentir” que há outros componentes nesse processo de encontro que o mundo do cuidado produz, e que esses componentes podem ser importantes para percebermos como é paradoxal esse nosso agir.

Ali, na minha pequena história, pontuei que não consigo me afastar de mim usuário a ponto de só ser pura razão-conhecimento sobre o problema de saúde de mim mesmo. Mas, agora, gostaria de pontuar que mesmo não sendo o meu próprio usuário, não consigo me afastar do outro-usuário, com quem me encontro no mundo do trabalho em saúde, pois ele me afeta e o encontro aí produzido é bem mais complexo que só um lugar de exercício do saber verdadeiro de uns sobre os objetos-problema a serem cuidados, do outro.

Com isso, estou dizendo que um exercício que devemos nos colocar é o de perceber como o outro me afeta no encontro e o que faço com isso; que exercícios sobre o outro e com o outro realizo. De que modo deixo o outro falar comigo mas só escuto o que quero, da mesma maneira que agem os torturadores.

Posso ir além e tentar descobrir como, além das falas, também dizem em mim os afetos e o que faço com isso. Como certos encontros são imediatamente vitalizantes e outros não tanto, de que modo atuo nessas circunstâncias. Como, enquanto agir-trabalhador de saúde, deixo isso me afetar e busco o exercício do meu saber para ampliar isso ou para inibir os seus efeitos.

Posso imaginar como, com esses modos de agir, permito a presença do outro em sua singularidade, ali no encontro, ou não, e como saber disso é chave para poder continuar a produ-

ção conjunta de uma aposta de cuidado que a ele deve fazer sentido, antes de tudo.

### O encontro no mundo do cuidado é intercessor

Uso do conceito-ferramenta “intercessor” para caracterizar como é um encontro entre um trabalhador e um usuário no mundo do cuidado. Com intercessor quero apontar que nesse encontro há a produção de um lugar situacional em ato, que quando cessa, cessa a relação intercessora.

Além disso, quero indicar que os que participam desse encontro são todos imediatamente produtores dessa produção do espaço intercessor e não há dominação *a priori* de um sobre o outro. Todos atuam e exercem forças nesse encontro, um sobre o outro, com os efeitos mais variados e dos tipos mais variados.

Essas forças que atuam nesse encontro são de muitos tipos de intensidades. Há forças que vêm de que os que aí estão já pensam coisas *a priori* sobre o encontro, já possuem desejos do que querem dele, possuem interesses e fazem apostas do que vão levar desse momento. Há forças que não são tão visíveis, que estão operando nos corpos como afetos. Há forças não conhecidas, mas que estão ali. Há simpatias e antipatias.

Porém, as lógicas dos que se encontram têm lugares situacionais distintos. Uns estão ali como trabalhadores do cuidado e outros porque se imaginam com certas necessidades de saúde que devem ser foco de atenção e cuidado desses trabalhadores, que se dispõem a usar tudo o que for possível para se defender, para defender a sua própria vida.

Fica muito difícil um trabalhador de saúde, ou uma equipe de trabalhadores, ir fazendo certas elaborações sobre o outro só com algumas informações, já que tudo isso acontece ao mesmo tempo, de modo muito intenso. Por isso, uso a noção de micropolítica para falar desses encontros nos quais circulam forças de muitos diferentes tipos e em todas as direções que afetam intensamente quem os estão produzindo.

Como será que os produtores do encontro atuam nessa micropolítica? Quais são as relações de poder que estabelecem entre si? Que forças possuem? Como constroem essas forças e como as compõem como se tivessem uma caixa de ferramentas para agir em ato? Como, no campo do cuidado, isso adquire formas bem próprias e traz questões centrais para quem atua como trabalhador de saúde? Como desenhar suas apostas de cuidado no agir em ato no encontro?

De muitas dessas questões já cheguei perto nos relatos até agora, mas vou alargar certos conceitos mais próprios para poder aprofundar o entendimento desses processos intercessores no mundo do cuidado em saúde, no qual se encontram agires, fazeres e apostas éticas e tecnológicas sobre a produção da vida, individual e coletiva.

#### **A produção do cuidado tem dimensões tecnológicas próprias**

No processo de produção do cuidado em saúde todos os agires se encontram em ato e no campo micropolítico do encontro entre trabalhadores e usuários. Apesar de o ato em si de produção ser indivisível, podemos, de modo didático, identificar pelo menos três dimensões tecnológicas do ato produtivo do trabalhador de saúde.

Chamo de tecnológico os modos de ação produtivos que são comandados por finalidades que se colocam antes deles acontecerem, mas que eles procuram realizar. Por exemplo, é um ato tecnológico aquele que visa produzir certo produto, por exemplo, uma mesa, utilizando de matérias-primas, ferramentas, madeira, insumos, entre outros. É tecnológico porque ele vai realizar o produto que já é visado antes dos atos acontecerem e os atos que vão concretizá-lo; por isso, são governados para serem produtores da mesa. Desse modo, um ato tecnológico é um ato produtivo governado por uma finalidade que o dirige, dentro do mundo do trabalho.

No mundo do trabalho em saúde a principal finalidade que governa a construção dos atos produtivos é a produção do cuidado. Tenho dito em vários momentos que a alma do mundo da saúde é cuidar, mas que esse cuidar adquire configurações e significados muito variados e em disputa entre os indivíduos, mas também entre os coletivos sociais.

Para uns, cuidar é consumir procedimentos médicos; para outros não, é muito mais que isso. Cuidar para eles pode ser simplesmente ser respeitado, mas também ser reconhecido como portador de necessidades, ser escutado e ter sua vida defendida em qualquer circunstância. E mais, ser abordado por visões bem amplas do que é o viver, que a olhada por uma ótica profissional específica nunca dá conta, nunca é suficiente.

Mas, devemos tomar como finalidade central do mundo tecnológico do trabalho em saúde a produção do cuidado, sob a forma que for, que adquirir. Isso faz, também de um procedimento profissional-centrado, um ato de cuidar, mesmo que possamos colocar em dúvida sua capacidade de gerar bons resultados terapêuticos.

Essas conceituações nos permitem elaborar um pouco mais sobre o mundo do trabalho em saúde e suas tecnologias, inclusive tirar consequências disso para pensar sobre a utilidade efetiva para a produção de mais vida no outro ou não, e sobre as apostas nos modos de cuidar.

Um elemento tecnológico é formado no ato do cuidado de modo central pelos saberes dos trabalhadores de saúde, como o saber clínico, o epidemiológico, o pedagógico, entre vários. Outro elemento formado no ato é os equipamentos que são utilizados como máquinas de exames, procedimentos muito estruturados, estruturas físicas onde o ato se realiza. E, finalmente, um terceiro elemento que só existe no ato como acontecimento, que é o que se realiza no encontro com o outro, ou seja, é um elemento que se evidencia pela ação na presença do outro no mundo do cuidado, no encontro, como a prática de acolhimento.

Designo esses três componentes tecnológicos do ato de produção do cuidado como: dimensão tecnológica leve-dura, tecnológica dura e tecnológica leve/relacional do cuidado. Mesmo afirmando que não há um sem o outro, pois todo ato de cuidar só se realiza pela presença das três dimensões no processo produtivo, é possível dizer que as formas de combinações entre elas e os modos como se posicionam uma em relação à outra é variado, conforme os modos de cuidar.

No modo mais comum como se cuida hoje, a centralidade do trabalhador de saúde sobre o usuário é predominante, a ponto de o usuário desaparecer em importância na possível construção conjunta do ato cuidador. Por exemplo, é assim no cuidado médico-centrado ou profissional-centrado em geral. Nesses casos, as dimensões leve-dura e dura são mais centrais que as leve-relacionais, pois estas estão completamente a serviço do domínio que o saber do profissional e seus procedimentos em si ocupam na condução do cuidado.

Diferente seria se o modelo de cuidar desse centralidade para o usuário, pois aí a dimensão leve-relacional teria que não estar a serviço do trabalhador *a priori*, mas do usuário. É o que deveria ocorrer em processos de cuidado em que as histórias de vida do usuário são fundamentais e suas formas de compor os processos de cuidado também. E, a seu serviço, as outras dimensões se colocariam. O que exige outro tipo de agir por parte do trabalhador de saúde, que teria que colocar sempre em foco e discussão os seus agires como trabalhador e como usuário, em si, conforme iniciamos esse texto.

Uma das formas de cuidar tem tudo a ver com isso e é a produção do acolhimento do outro no encontro. Acolhimento, aqui, não é visto como um ato de compaixão ou de dó, muito menos uma simples recepção do outro. Acolhimento é a possibilidade de, no encontro com o outro, deixar aparecer sua presença por meio de falas e afetos dele, portanto no ato dos processos relacionais, que sempre funciona em mão dupla, do trabalhador para o usuário e vice-versa.

São muitos os casos no mundo do cuidado em que a produção do acolhimento, expressão de um agir centrado nas tecnologias leve-relacionais, tem um efeito fundamental na construção dos processos terapêuticos. Há situações em que o desenvolvimento da capacidade tecnológica de encontrar o outro, conviver com a presença desse outro em suas muitas formas de expressão e desejo, construir processos comunicativos abertos, reconhecer o outro como legítimo desejante e sabido, é marcante para que a produção do cuidado seja não só mais competente, mas efetivamente baseada nos modos de produção das distintas formas de viver, o que é nuclear para a sua constituição do campo da saúde, na qual o organizador de sentido dos seus agires é sempre as lógicas da vida do usuário, o mundo das suas necessidades, que se fazem aí presentes no ato do encontro.

Por outro lado, esses processos de acolhimento, que sempre estão presentes em qualquer tipo de encontro, vivem momentos bem paradoxais e tensos. A maneira de conseguir trabalhar com essas tensões pode levar o projeto terapêutico a ser centrado nos procedimentos dos trabalhadores ou no mundo das necessidades dos usuários. E isso nos interessa e muito, pois aí se pode abrir, de modo explícito, o encontro das disputas de projetos que os que se encontram carregam, fazendo visíveis essas tensões e tomando-as como elementos constitutivos do trabalho em saúde. Ou, ao contrário, impedindo a sua visibilidade e produzindo um trabalho em saúde tecnologicamente comandado pela anulação do outro, o usuário e suas formas de viver sua vida.

Pensar sobre o que pode ser terapêutico também é um componente-chave nessa conversa que o texto está procurando fazer com o seu leitor.

Consideramos como centralmente terapêutico os processos de produção do cuidado medidos pela capacidade de manter ou enriquecer as redes de conexões existenciais de alguém, e não simplesmente fazer os processos de remissões de sintomas ou sinais, por ideias de curas como simples recuperações de funções orgânicas.

Entendemos que simplesmente produzir essas remissões pode ser um elemento favorável à construção de redes de conexões existenciais, mas estas não estão diretamente vinculadas de modo imediato a isso, pois exigem mais do que só agir sobre o corpo biológico orgânico. Exigem compreender que no mundo do cuidado há que se operar na complexidade do encontro micropolítico entre trabalhador e usuário, além da noção que a produção da vida é sempre um processo em aberto de enriquecimento ou empobrecimento, medido pelas conexões vitais com os outros.

Por isso, muitas vezes conseguimos controlar a pressão arterial de alguém, mas a vida dele fica tão pobre que temos dificuldade em dizer que aí houve um processo terapêutico bem-sucedido. Se o controle da hipertensão arterial não estiver sendo abordado como parte das muitas vidas que podem ser vividas pelo usuário, e que essas muitas vidas podem ser muito mais cheias de sentidos do que a que vive, as intervenções em saúde ficam pelo meio do caminho. Ao serem reduzidas a um olhar muito médico-centrado, que não dá conta do que é o viver como processo complexo, temos uma amostra bem real do que se está apontando, aqui.

Voltando. Esses processos todos estão aí em tensão no interior do mundo do trabalho em saúde, em particular considerando que esse mundo é realização de trabalho vivo em ato, no acontecimento do encontro entre trabalhador e usuário. Trabalho vivo em ato que circula de todos os lados como agires muitas vezes não visíveis, mas que definem muito do que ocorre nos processos de cuidar.

### **Produzir em saúde é trabalho vivo em ato, em disputa**

Vamos aproveitar da imagem em torno do acolhimento para apontar como é isso e de que modo pensar por aí é importante para entender as disputas que ocorrem no mundo do

cuidado, base fundamental para fazer certa aposta de como produzir saúde, explorando os muitos modos de agir que estão aí presentes, como vimos apontando várias vezes.

Quem está presente no encontro no mundo do trabalho em saúde, nesse momento em que se produz acolhimento? Muitos. Isto é, os muitos que somos e os muitos que o outro também é. Multidões se fazem presentes no ato do acolher. As multidões que somos cada um. As muitas vidas que possuímos e que estamos fabricando e com elas todos os agires que elas contêm, como exaustivamente apontamos ao falarmos de pelo menos dois deles: o agir-trabalhador e o agir-usuário.

É como se reconheçêssemos que, no ato produtivo do acolher, o trabalhador está aí com todas suas vidas dadas e em produção, e que, quando destacamos esses agires que apontamos, estamos só trazendo para a tona pelo menos duas delas. A(s) vida(s) como trabalhador de saúde, na qual conta a profissão, os projetos éticos, as apostas políticas, além de si mesmo como usuário, dentre várias vidas que possam existir ainda em virtualidade, inclusive.

Nesse caso, podemos pensar que as muitas vidas do usuário propriamente dito devem variar muito conforme o usuário que está ali no encontro. Se é um trabalhador metalúrgico, se é um trabalhador bancário, se é uma dona de casa, se é uma professora. Se é casado(a), se tem filhos. Se gosta de cinema. Se é tudo isso ao mesmo tempo. Que coisas aconteceram no seu viver que considera importante positiva e negativamente. E, como digo, por aí vai.

Ali, no ato de produção do acolher, tudo está ali ao mesmo tempo, mas vão estar ali em ato porque a produção do acolhimento só se realiza porque tem que haver um encontro intercessor e muitas ações para realizá-lo, muitos atos para produzi-lo. Por exemplo, há disparo de processos comunicativos por meio de atos de fala, de todos os lados e direções. Há silêncios. Há ditos e não ditos. Há jogos de força e de interesses. Há modos de envolver o outro, de atraí-lo ou afastá-lo. Há

maneiras de conseguir fazer o outro escutar o que se quer dizer. Tem empatias. Antipatias. Toques, olhares, afetos em geral. Jogos de desejos, expectativas.

Tudo isso está ali no ato da produção. Para além disso, no mundo do cuidado há sempre uma tensão básica nesse operar a construção do acolhimento como ato de saúde: um entra com a sua necessidade de saúde e os modos como age em torno disso, o outro com seu modo de agir para “dialogar” com essa necessidade oferecendo seus modos de cuidar.

Essa circulação do trabalhador para o usuário se faz por meio do seu trabalho vivo em ato e isso é imperativo no trabalho em saúde. Por isso, nesse tipo de trabalho, o ponto nevrálgico para se saber o tipo de cuidado que se realiza é aquele que permite revelar o que o trabalhador está fazendo com o seu trabalho vivo em ato, ou seja: com o que ele está implicado? Com a defesa radical da vida do outro ou não e que armas tecnológicas usa para isso e com quem, com que parceiros sabidos.

É a maneira como esse trabalho vivo em ato, que é intercessor, pois só ocorre ali no ato do encontro com o outro, maneja com seu agir tecnologia leve as dimensões tecnológicas leve-duras e duras, colocando-as em certas direções e não outras, dando-lhes um sentido ético e político, que define os modos

### O usuário atua no mundo do cuidado e disputa o sentido do trabalho vivo em ato do trabalhador de saúde

Como dizíamos, o usuário disputa o sentido e a direção para onde aponta o trabalho vivo em ato no campo da produção das práticas de saúde. E faz isso, pois é altamente interessado no manejo que o mesmo pode permitir da complexa rede de construção existencial de si, de modo individual e coletivo. O usuário sabe, pelo seu agir-usuário nele, que as muitas formas de configurar as ações tecnológicas podem lhe favorecer em termos da defesa da sua vida como singularidade ou não, transformando-o ou não em simples objeto de uma ação sobre ele, como o modelo centrado em procedimentos faz hoje em dia.

Ele sabe se as relações que são construídas para a produção de procedimentos trabalhadores de saúde centrados lhe favorecem ou não. De alguma maneira dá ou não escuta para o que o trabalhador lhe sugere e se isso não o satisfaz corre atrás de outras portas, para ter a chance de ser cuidado e considerado em suas necessidades singulares.

Na

lizadoras. Mas sabemos que isso não é simples de ser construído nos nossos modos de viver e muitas vezes não conseguimos usufruir disso por si.

Entretanto, criamos como usuário essa expectativa quando nos localizamos no mundo do trabalho em saúde e apostamos tudo para que nesse mundo as ações que aí são construídas e ofertadas sejam biopotencializadoras. Mesmo sem teoria nenhuma temos certa noção de que o modo como o outro me acolhe, conversa comigo, fica preocupado e interessado no meu modo de viver, e por aí vai, faz a diferença na construção do agir em saúde.

**Sabemos de alguma maneira, como usuário, se o trabalho**

vivo em ato do outro, o trabalhador, está ou não a nosso favor. Por isso, como usuário, sempre estamos desconfiados, na espreita. Testando e agindo. Pois essas são nossas formas de disputar esse trabalho que define todo o conjunto dos outros, na saúde. Mesmo não sendo tão sabidos nos saberes das profissões da saúde, nos usuários sabemos para onde, nos seus agires, eles apontam. Isso é, em essência, se eles apontam para defender a nossa vida ou não.

Estamos afirmando, aqui, que as implicações de cada um nos seus agires, explodem de um modo muito interessante quando visto sob o mundo do usuário e suas apostas. O mundo desejante de cada um está aí na implicação em carne e osso e não pode ser escondido.

Não são poucas as experiências no cotidiano dos serviços de saúde em que podemos ver essa luta agüerrida, que muitas vezes leva certos usuários nem para o confronto explícito com os trabalhadores por acharem que eles não estão se interessando pelos seus problemas e muito menos ajudando ou entendendo-os.

Em uma de nossas pesquisas vimos uma mãe dizer para uma equipe de saúde que eles não entendiam nada do seu filho. Pois ele, antes de ser um doente, era uma criança, e ela, antes de ser uma técnica-cuidadora, era a mãe. É, a partir dessa

perspectiva, disputava com a equipe o modo de cuidar do seu filho ali no dia a dia da sua casa.

### **Repensar a formação em saúde, desaprendendo no agir da educação permanente**

Para começar a conversa sobre essa questão vou retomar vários conceitos que venho apresentando nesse material, pois creio que facilitam a continuação da mesma na direção de uma reflexão sobre a formação do trabalho em saúde.

**posiciono algumas sínteses:**

\* Para uma ação coletiva, o que conta é a construção comum das implicações e não dos discursos e dos saberes; por exemplo, é no meu agir que me coloco no mesmo campo de ação do outro. Assim, em uma equipe de saúde o que conta é o quanto, na ação, cada um reconhece e faz do outro, na diferença, um legítimo pretendente a uma vida mais digna, além de um enriquecedor de mim no encontro.

\* O campo da saúde, lugar de encontro permanente na promessa da produção de uma vida mais qualificada, tem como uma das suas expressões de disputa central que apostar na produção de mais vida na diferença implica o entendimento da saúde como construção cada vez mais múltipla de redes de conexões existenciais, sempre tensas entre o individual e o coletivo em si.

\* Assim, a construção de vidas clone, so prisioneira de grandes grupos identitários, é a própria morte do viver.

\* No campo da saúde, os trabalhadores contam com três tipos de agires tecnológicos que estão sempre presentes em qualquer ação de saúde: os agires direcionados pelas tecnologias duras, das máquinas; as tecnologias leve-duras; dos saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia; e as tecnologias leves, que são as relacionais produzidas nos encontros, no entre.

\* Nesse campo do agir produtivo das tecnologias leves, podemos nos ver diante das implicações dos nossos próprios

investimentos desejantes e o quanto somos paradoxais em relação a isso. Muitas vezes dizemos que o outro não tem valor, mas colocamos toda nossa energia para cuidá-lo, junto com os outros trabalhadores com quem trabalhamos. Outras vezes, falamos que o outro é tudo para nós, mas no nosso agir nos desimplicamos de defender sua vida;

\*Disso, podemos tirar boas conclusões de como o mundo do trabalho é chave para refletirmos sobre a nossa formação como trabalhador. O mundo do trabalho é uma escola por excelência e aí se funda o princípio da Educação Permanente;

\*Por último, não há estratégia de poder que consiga controlar as decisões que se toma no campo das tecnologias leves e essas são os lugares centrais para fazer da vida do outro algo rico em mim ou algo a ser negado. Nesse lugar, cada um é plenamente poderoso e responde por sua implicação.

Por isso, temos a noção de que cada coletivo ou mesmo trabalhador tem um grau de liberdade para exercer o seu trabalho vivo em ato, apesar de parte do seu trabalho ser capturada pelos saberes já dados e pela organização material de certos processos produtivos.

Dentro disso, conceituamos que o encontro entre trabalhador e usuário é um acontecimento aberto para caminhos não completamente previsíveis, já que tanto trabalhador como usuário são portadores de forças e poderes que se colocam em jogo no ato do encontro. Esse lugar, onde de modo imanente o

Com isso, podemos criar mecanismos do próprio trabalho coletivo e cooperativo, para proporcionar processos de conversas coletivas sobre as vivências dos agires e o que aprender com elas, ou seja, como tomar minha própria ação, junto com outros e sobre os outros, como elemento pedagógico de transformação da minha própria prática.

Nessa sequência, o tema da Educação Permanente é um componente-chave na composição das próprias apostas para a gestão do cuidado, em certos coletivos e organizações de saúde, como elemento que possibilita criar situações que permitem mudar os processos de trabalho, na medida em que os problematizamos com nosso próprio fazer, no seu acontecer coletivo. Para mim, inclusive, é um dos componentes fundamentais nas nossas caixas de ferramentas, nos trabalhos que fazemos com as equipes de saúde, ali no dia a dia do trabalho em saúde.

Como a questão da micropolítica, a educação permanente é um campo de ações que não tem lugar para acontecer, ocorre em todo lugar onde há processos produtivos e, portanto, também no campo das intervenções comunitárias, bem como no interior dos serviços de saúde, com a vantagem que, no terreno comunitário, há um deslocamento das relações de poder, ao descentrar dos serviços que são nuclearmente mais território organizacional dos trabalhadores do que dos usuários.

Com a possibilidade de dobrarmos os nossos agires sobre

Abrir-se para o movimento de se ver afetado pelo o que nós próprios fazemos deve emergir de forma clara nesses momentos e pode ser definitivamente vivido pela resposta que temos diante da pergunta se seríamos usuários dos nossos próprios modos de cuidar.

\*\*\*

Para ajudar nas questões complexas que esse texto abre, sugerimos ler outros materiais.

Do próprio autor pode-se encontrar uma quantidade importante de textos disponibilizados no site <www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy> e Dentre eles recomendamos o texto: “Engravidando as palavras”, de 2005.

Outras sugestões:

BARROS, M. E. Trabalhar: usar de si – sair de si. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 11, n.º 22, pp. 355-7, mai.-ago. 2007.

CECÍLIO, L. C. O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 11, n.º 22, pp. 345-51, mai.-ago. 2007.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj-Abrasco, 2001, pp. 113-26.

CECCIM, R. B. & FERLA, A. A. Notas cartográficas sobre escuta e escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro-São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2005, pp. 253-66.

CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*,

vol. 14, n.º 1, pp. 41-65, 2004.

CECCIM, R. B. & MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 13, supl. 1, pp. 531-42, 2009.

FRANCO, T. B. & MERHY, E. E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, vol. 7, n.º 1, pp. 9-20, 2011.

FEUERWERKER, L. C. M. Gestão dos processos de mudança na graduação em Medicina. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMBERT, J. B. & ARAÚJO, J. G. C. (orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004, pp. 17-39.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. M. & CERQUEIRA, P. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B. (org.). *Afeções e semióticas do cuidado*. São Paulo: Hucitec, 2010.

ROCHA, S. A pedagogia da roda. *Boletim Espaço para la Infância*. Haia (Holanda), n.º 13, pp. 24-9, 2000.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj-Abrasco, 2005, pp. 89-111.

*Sidnei José Casetto*

*Angela Aparecida Capozzolo*

*Alexandre de Oliveira Henz*

*Virginia Junqueira*

CONSIDERAÇÕES FINAIS  
COMO FORTALECER UM PROJETO  
E MANTÊ-LO EM TRANSFORMAÇÃO?

das ideias naturalizadas da saúde e da doença pareciam maiores.

Nessas atividades, em que reunimos diversos campos disciplinares em saúde, encontramos não somente previsíveis áreas de sobreposição das profissões, mas também regiões não colonizadas e tecnologias-leve de uso difundido, não exclusivas de nenhum mister. Pareceu-nos o encontro de um continente “entreprofissional” inexplorado, a que demos o nome de clínica comum. O exercício dessa clínica, nestes anos, nos permitiu

o pensamento e a ação, que tentam desobstruir o caminho inventando saídas singulares. Neste contexto, certezas tendem a ser obstáculos, e, as soluções, a serem produzidas como resultado, não tomadas como premissas. Invertendo, pois, a sequência tradicional do ensino — a prática como aplicação de um saber ensinado — o aprendizado da clínica resultaria do esforço de pensar e agir acerca da experiência vivida de cuidado. O trabalho continua após o encontro.

Isso para cuidar de quem? Quem é o nosso sujeito do cuidado? Quando, por exemplo, escolhemos fazer uma narrativa da história de vida buscamos reafirmar uma identidade psicológica? Pois é diferente tratar de um indivíduo liberal autodeterminado ou de alguém identificado pelo número de prontuário, que deve submeter-se a procedimentos padronizados. Nosso sujeito não tem sido, nos parece, nem o primeiro, psicológico e autônomo, nem o segundo, passivo subjugado e reduzido a cifras. Considerar sua história de vida significa supor que está implicado em seu percurso, embora este não seja tomado como a resultante de escolhas livres; a trajetória de vida é multideterminada. Por outro lado, não cabe alienar o sujeito pela constatação da existência de forças (biológicas, familiares, culturais) que ele não domina. É possível a ele apropriar-se de sua história, remontando seus nexos, fazendo-a falar. O interesse é que o produto disso não seja a afirmação de um eu profundo, finalmente revelado e solidamente estabelecido, mas um certo descolamento desta história, e a conseqüente descoberta de outras possibilidades de ser.

E quem é o sujeito que cuida? A resposta que seria o profissional mereceria ser colocada em suspenso. Pois, vejamos de início, o cuidado é ação exercida por *um* profissional? Na clínica comum, quem age, se operamos num espaço entreprofissional? Neste campo, sem procedimentos predeterminados, é difícil localizar o agente da ação em um dos membros da equipe. Pois mesmo a retirada de cena de alguém, deixando o espaço para um colega agir, com quem o laço terapêutico esta-

ria melhor, não deveria ser considerada uma ação clínica? E, além disso, se o projeto terapêutico é negociado, o cuidado é produto de uma das partes ou deste campo instaurado pelos envolvidos? Neste modelo não haveria, portanto, alguém que cuida e alguém que é seu beneficiário passivo. Sua potência não pode ser bem localizada, seus benefícios não são unidirecionais, sua propriedade não é exclusiva de ninguém.

Há que se considerar que somos universidade, e buscamos ensinar em parceria com os serviços. Encontramos aqui uma série de dificuldades. Precisamos formar trabalhadores da saúde em equipamentos que procuram dar conta de uma demanda para a qual, comumente, assim como nós, não estão adequadamente aparelhados. A parceria com a universidade é uma tarefa a mais, ainda que esta possa promover atividades que beneficiem os municípios. A presença de estudantes e docentes é fonte de tensão, na medida em que problematiza as ações, produz demandas e que o planejamento das atividades de ensino, regularizado pelo calendário, tende a ser feito com insuficiente participação dos serviços. Mas as atividades universitárias de graduação, extensão e de pós-graduação (especialização, residência, mestrado profissional) também podem contribuir para os profissionais da rede e para a gestão e organização dos serviços. Onde a conclusão de que as fontes de problemas para ambas as instituições, suas diferenças, são as mesmas fontes de potencial benefício mútuo. Como manejar essas diferenças de modo que mais ajudem que atrapalhem?

Os resultados, de fato, não são unilaterais: todos os envolvidos — docentes, profissionais dos serviços, estudantes e sujeitos acompanhados — saem modificados do processo. Mas estando inserida em movimentos mais amplos de mudança na formação em saúde, e situada em certo desenho social e político que a engolfa, poderíamos perguntar em que medida essa proposta seria instrumento involuntário de forças que não endossa. Por exemplo: a entrada de agentes da área de saúde em casas da periferia (geográfica ou social) não configura um modo de

controle abusivo do Estado? Não representa uma tentativa de captura, para a malha burocrática de informações, do que se passa nesta borda da cidade? Não seria mais uma forma de penetração do discurso biomédico, com suas prescrições restritivas, lá onde ainda florescem resistências a ele? Enfim, que contradições encarnamos e não percebemos? Eis questões que temos dificuldade de nos fazer, mas para as quais precisaríamos estar atentos.

Alguns efeitos extraeixo TS também foram percebidos. Certo jeito de fazer as coisas, que fomos experimentando, parece ter se espreado para outras atividades universitárias. Na extensão, na pesquisa, na pós-graduação, tendemos a fazer projetos em comum. A burocracia universitária tem pouca aderência a estas práticas, tudo sendo pensado em formatos individuais. Mas o gosto pela mistura de visões, parceria de áreas e integração de projetos, parece ter sido adquirido por muitos de nós, estudantes e docentes.

Chegamos a um momento de acomodação da proposta. Os semestres têm-se sucedido sem crises significativas, e os problemas são os do cotidiano. Esta relativa tranquilidade têm permitido o aprimoramento das ideias e dos recursos pedagógicos, além do aumento de segurança nesse plano de formação. Por outro lado, o modelo implantado sustenta-se em acordos institucionais instáveis. O fato de que os recursos para a sua manutenção, inclusive a participação de docentes, tenham de ser negociados semestre a semestre, mostra que sua rede de sustentação está nas mãos de seus atores. E, estes, deslocam-se continuamente, sentindo, em sua pele, a maior valorização institucional à produção quantitativa de publicações do que ao trabalho de formação. Existe ainda o risco de que o eixo TS seja tomado como um ônus a ser pago na vida universitária, e deixe de ser um *locus* de investigação da clínica e produção de conhecimento.

Há, porém, um risco maior: o de que, orgulhosos de nossa cria, lutemos por mantê-la inalterada. Ainda que exista a

aposta em um certo modelo de formação e a defesa de sua ética, imortalizá-lo seria o equivalente à sua negação. Daí concluir que a pergunta que dá título a estas considerações finais parece conter nela mesma sua resposta: se se quer fortalecer um projeto, é preciso mantê-lo em transformação.



ANEXO 1  
A NARRATIVA NA CLÍNICA COMUM<sup>1</sup>

SIDNEI JOSÉ CASETTO<sup>2</sup>

O vínculo terapêutico

O trabalho clínico em saúde se dá como uma relação entre sujeitos. Isto supõe: a demanda de um sujeito, família ou outros; um (ou mais) sujeito(s) com conhecimento teórico/técnico/prático para responder (de certo modo) a esta demanda; uma disponibilidade de ambas as partes para encontrarem-se e constituírem uma relação terapêutica.

Mesmo no caso de um serviço profissional, para existir uma relação terapêutica não bastam a necessidade de um sujeito e o saber de quem se dispõe a tratar. Outros aspectos precisam também estar presentes, como o reconhecimento do profissional, pelo sujeito que demanda, como alguém capaz de ajudá-lo. Para isso contará a confiança que puder sentir em relação a ele, a atenção que dele recebe, as informações que teve a seu respeito, sua história passada com terapeutas diversos,

1 Clínica comum tem aqui um significado provisório de certos aspectos de uma clínica em saúde que possam referir-se a diversas áreas profissionais. O termo se inspira na noção de comum, proposta por Antonio Negri e Michael Hardt. Diferente de "comunidade", que designaria uma espécie de unidade moral, na qual o indivíduo se dissolveria, o "comum" seria "baseado na comunicação de singularidades" e se manifestaria "por meio de processos sociais de cooperação e produção" (A. Lancetti. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 94). As singularidades seriam preservadas no comum, assim como imaginamos que possa ocorrer também no trabalho de uma equipe de saúde.

2 Material didático redigido a partir de discussões coletivas dos docentes que integravam o eixo Trabalho em Saúde em 2007.

o grau de urgência de seu estado, etc. De todo modo, o profissional de saúde, para realizar seu trabalho, depende de ser investido como tal pelo sujeito a quem pretende oferecer seus serviços.

Outro aspecto importante para o estabelecimento de um vínculo terapêutico é a adoção de uma ética, pelo profissional, que considere o trabalho em saúde não a mera aplicação de uma tecnologia (qualquer que seja ela) no combate de uma patologia, mas a disposição a projetar e realizar um trabalho clínico com um sujeito de necessidades complexas, cujo sofrimento faz procurar por ajuda profissional. Isto pressupõe uma aproximação maior àquele que demanda, o que indica a importância de conhecer, em algum grau, sua história de vida, suas condições familiares e de trabalho, suas tentativas anteriores de tratamento, sua relação com os equipamentos e profissionais de saúde, além dos significados que atribui a seu estado e condição atual.

Fazer esta aproximação é uma tarefa exigente para ambas as partes, pois pode implicar o contato com áreas dolorosas e angustiantes. O profissional também pode sentir-se mobilizado em suas próprias angústias, e reagir a isso de várias maneiras, entre as quais forçando o sujeito a aceitar um projeto terapêutico (*furor curandis*), afastando-se do caso, etc. Mas se as identificações não forem tão maciças, ou se puderem ser percebidas e trabalhadas, a relação terapêutica constituirá a base necessária para o trabalho clínico desenvolver-se, buscando criar — tarefa de todos os envolvidos — condições mais favoráveis que aquelas das quais emergiram os problemas anteriores.

Daí a importância de o profissional desenvolver recursos para estabelecer contato e vínculo com sujeitos que buscam por sua ajuda, bem como a capacidade de escuta, observação e presença com tais sujeitos. Foi baseado nestes princípios que se projetou a prática de TS neste semestre como visitas domiciliares a sujeitos que estão em seguimento em unidades de saúde e em outras instituições, em diversas regiões da cidade de Santos.

## A narrativa

Durante o semestre deveremos construir uma narrativa sobre estas visitas, ou, mais especificamente, sobre o sujeito/família que está sendo acompanhada. A narrativa é uma exposição sobre a história e sobre acontecimentos ocorridos com um ou vários personagens. Nossos personagens são os sujeitos visitados e seus próximos. Falamos em personagens, pois, embora sejam de carne-e-osso, estão sendo apresentados na perspectiva do narrador. O narrador nunca é neutro, embora pareça somente apresentar os fatos, sem tomar partido sobre eles. Isso porque, mesmo que procure privilegiar a perspectiva do sujeito tornado personagem, evitando impor-lhe seus próprios julgamentos, não pode deixar de fazer uma série de escolhas sobre o que seria relevante relatar, além de interpretações sobre os acontecimentos. Para ficar mais claro, basta pensar que, se o interesse fosse por experiências religiosas, e não por questões de saúde, o recorte narrativo seria completamente outro.

O narrador é uma figura formada pela dupla que fez o acompanhamento, o que implicará negociações na decisão sobre o que dizer, em que sequência e com qual destaque. Isso porque se espera que a narrativa não seja uma simples justaposição das informações obtidas, mas um texto que apresente o sujeito-personagem para um leitor, que seria outro profissional de saúde, com a finalidade de informar-lhe o que haveria de relevante para saber sobre este sujeito, no benefício de seu melhor atendimento. Daí a ideia de entregar esta narrativa para ser anexada ao prontuário do sujeito na UBS.

Mas como dizer o necessário sem expor demasiadamente o sujeito? Eis uma questão delicada, difícil de responder de forma genérica. Em cada caso devem ser incluídas as informações que ajudam a singularizar o sujeito e sua história, mas de forma que exclua aquilo que poderia prejudicá-lo de algum modo. Assim, por exemplo, eventuais dados revelados sob confiança

de não divulgação ficam fora da narrativa, a não ser que possam modificar um diagnóstico e redirecionar o tratamento. Neste caso, deve-se negociar com o sujeito a revelação da informação para outros profissionais envolvidos. *Na última das visitas a dupla fará uma leitura da narrativa ao acompanhado, momento no qual ele poderá sugerir correções e decidirá se permite ou não a entrega do documento para o Serviço.*

A narrativa focalizará o sujeito acompanhado, mas isso não impede que alguns trechos se destinem a referir a experiência da dupla neste acompanhamento: expectativas e dificuldades iniciais, como se procurou contorná-las e superá-las, como o processo foi percebido e que repercussões teve. Relacionado a isso seria interessante comentar sobre o vínculo estabelecido, como ele evoluiu, flutuou, e como foi trabalhado o encerramento das visitas. Isso deverá ser feito num item à parte, de modo que possamos decidir pela sua permanência ou não na versão a ser deixada no prontuário.

Espera-se que a narrativa possa mostrar, com a maior clareza possível, a complexidade de seus personagens. Isso é, seria importante que ficasse perceptível que os caminhos e as escolhas de vida estão atravessados por múltiplos determinantes, o que desaconselha explicações simplificadas de porque, por exemplo, engravidou, ou não tratou de alguma doença, ou separou-se de filhos, etc. Portanto, uma descrição muito assertiva, com conclusões fechadas, certezas enfáticas, etc., sugere que o narrador não percebeu a densidade da história que tinha nas mãos.

Ao invés disso recomenda-se trabalhar sempre com hipóteses e até com a formulação de questões sobre o descrito, mesmo que para elas ainda não existam respostas. Assim como em pesquisa, no trabalho clínico é muito importante conseguir elaborar boas questões a partir dos dados, na medida em que operam como organizadores das informações, orientando o raciocínio do profissional.

Vale lembrar que, se a um mesmo acontecimento forem

atribuídos significados diversos, por sujeitos diferentes ou pelo mesmo sujeito em momentos distintos, seria interessante que a narrativa reproduzisse esta polissemia, em vez de somente escolher por um dos sentidos. Eis algo que se pode aprender com a literatura: sentidos contraditórios não se excluem necessariamente na vida; ainda que isso cause estranhamento, eles podem muito bem coexistir.

O conteúdo da narrativa deve incluir os aspectos descritivos arrolados no diário de campo, e também: a história de vida e de saúde que se conseguiu obter; a constelação familiar; os recursos atuais com que o sujeito/família conta para viver/sobreviver; a representação que tem das razões de sua doença ou situação; as estratégias utilizadas para lidar com a doença/manter a saúde; os atendimentos e tratamentos que vêm sendo realizados; o que parecem ser as necessidades de saúde deste acompanhado; e o que não consta desta lista, mas parece ser importante naquele caso.

Por fim, espera-se que a narrativa inclua o estabelecimento de relações entre os dados: entre as condições de vida e de saúde, entre a história do sujeito e a dos seus adoecimentos, entre suas experiências e os significados que atribui à sua situação, ou outras que forem possíveis. Tais relações podem ser “positivas” ou “negativas”, isto é, podem mostrar a sintonia de dois aspectos ou o seu contraste. Por exemplo, podem estabelecer nexos entre a ocorrência de uma pneumonia e a umidade da moradia, mas podem também chamar a atenção para uma extrema resistência a condições de vida muito adversas. Este provavelmente é o aspecto mais difícil de ser cumprido numa narrativa, mas também o mais interessante e o que pode torná-la um importante instrumento de compreensão de um sujeito acompanhado.

## ANEXO 2 ORIENTAÇÕES PARA O TRABALHO DE CAMPO

ALEXANDRE DE OLIVEIRA HENZ  
SIDNEI JOSÉ CASETTO<sup>1</sup>

### 1. Objetivos

Objetivo geral da atividade de campo:

Desenvolver uma abordagem clínica no atendimento de um sujeito ou família que apresenta uma demanda de saúde.

Objetivos específicos:

\* conhecer demandas e identificar necessidades de saúde de um sujeito ou família, bem como estratégias utilizadas para conquistá-la e eventuais dificuldades encontradas;

\* desenvolver recursos para estabelecer contato e vínculo com um sujeito ou família que apresenta uma demanda de saúde;

\* desenvolver a capacidade de escuta, observação e presença com os sujeitos acompanhados;

\* saber obter/aguardar informações sobre o sujeito ou família acompanhado;

\* saber elaborar hipóteses sobre o caso;

\* compreender como o sujeito ou família acompanhada percebe sua situação de saúde, de adoecimento e de cuidados;

\* buscar e transmitir informações de interesse dos acompanhados;

<sup>1</sup> Material didático produzido a partir de discussões coletivas dos docentes que integravam o eixo Trabalho em Saúde em 2007.

\* identificar o potencial terapêutico da relação de acompanhamento;

\* saber construir uma narrativa clínica.

### 2. Contrato de acompanhamento

O acompanhamento ocorrerá durante o semestre, em encontros quinzenais, conforme cronograma.

Cada dupla assumirá o acompanhamento de um caso selecionado pela equipe da instituição e pelos docentes da Unifesp.

Não será realizado um atendimento clínico específico, mas será possível conversar sobre o(s) atendimento(s) clínico(s) que estão sendo realizados, eventuais dificuldades e alternativas, além de outras questões de interesse dos acompanhados.

O tratamento das informações é crucial no âmbito de uma relação que se sustenta na confiança. O sigilo é um de seus princípios básicos, sendo preciso avaliar o que transmitir a outros profissionais quando isso for necessário.

Cada componente da dupla deverá manter um diário de campo, conforme instruções no item 4.

A cada encontro poderá ser feita uma devolutiva parcial, que permitirá à dupla ir conferindo seu entendimento do caso e construir, junto com os sujeitos acompanhados, uma narrativa clínica.

Uma vez feito o primeiro contato e estabelecido o compromisso de acompanhamento, o sujeito ou a família acompanhado(a) ficará esperando pelas visitas combinadas, motivo pelo qual as faltas deverão ser evitadas. Do ponto de vista formal, a frequência mínima nas atividades de campo também será de 75%, o que corresponde à possibilidade de um dia de ausência.

Será necessário o uso de crachá nas atividades de campo.

### 3. Cuidados nos encontros com o sujeito/família

Chegar na casa de outra pessoa suscita preocupação de incomodar e certo constrangimento. Estranhamos o espaço, os objetos, as pessoas. Não sabemos bem o que dizer e o que fazer. No caso deste acompanhamento que estamos propondo imprevistos também podem surgir, como chegar e o morador estar dormindo; vizinhos e outros familiares aparecerem durante a conversa; sermos solicitados a opinar ou aconselhar sobre algo, etc. Seria impossível prever todas as possibilidades e, de qualquer modo, não se trata de saber antes o que fazer, mas de conseguir decidir na hora que atitude tomar, levando em conta o conjunto complexo da situação e a compreensão que vai sendo construída do que está sendo vivido ali.

Mas se não é o caso de predeterminar condutas, discutir algumas situações e problemas frequentes em atendimentos clínicos pode ajudar-nos a tratar de modo menos ingênuo os acontecimentos que surgem ininterruptamente neste trabalho. A seguir, alguns pontos para esta discussão.

\* **CONVERSAR E ESTAR PRESENTE.** Faremos visitas para conhecer um sujeito/família e suas estratégias de obtenção de saúde, e utilizaremos da conversa como uma forma de aproximação e contato. É provável que, de início, o encontro seja formal, mas posteriormente torne-se mais confiante e aberto. Será preciso dar este tempo para que o vínculo se estabeleça e que ambas as partes sintam-se menos tensas. De todo modo, vale lembrar que a conversa é um meio, não um fim, ou seja, que nem todos os momentos precisarão ser ocupados com a palavra. Suponha que o sujeito comece a chorar ao contar uma situação de vida; é provável que a atitude mais acolhedora seja a de ficar em silêncio, permitindo o choro livre e não tentando consolá-lo para que pare de extravasar a sua emoção. Estar presente com alguém — sustentar esta condição sem

utilizar muitas defesas contra ela, das quais uma pode ser falar — é um recurso valioso no trabalho clínico.

\* **A VONTADE DE AJUDAR.** Entrar em contato direto com pessoas que podem estar passando por grandes necessidades pode fazer com que fiquemos tentados a tentar resolver diretamente os problemas que percebemos, como dar dinheiro ou alimentos, pagar algum tratamento, dizer o que a pessoa deve fazer, etc. O impulso é legítimo, mas pode ser precipitado. Já temos noção do problema que está sendo vivido ali ou apenas de sua manifestação mais imediata? Deveríamos intervir de modo individual (e pontual) ou tentar localizar recursos que possam produzir efeitos mais duradouros?

\* **O DESEJO DE SABER.** Obter informações sobre o sujeito/família que estaremos acompanhando será condição *sine qua non* para ir construindo um entendimento a respeito. Indo à casa das pessoas poderemos perceber muitos aspectos relevantes de sua vida, sobretudo aqueles que talvez não fossem expressos diretamente no discurso. Mas será preciso também fazer perguntas que nos ajudem a formar uma compreensão, a mais completa possível, dos fatores em jogo no caso: deveremos perguntar sobre a história de vida, sobre escolhas feitas e seus motivos, etc., mas tudo o que perguntarmos deverá estar a serviço deste objetivo. Fora disso, podemos sentir curiosidade de saber sobre algo, mas talvez por motivos bem pouco profissionais, como nossas angústias e preconceitos. Vale, portanto, estar atento a isso.

\* **O ORGULHO DE CONHECER.** Como representantes de um conhecimento socialmente valorizado, podemos ser solicitados a aconselhar a respeito da tomada de decisões, do que seria melhor fazer em tal ou qual situação. Quando se trata de dúvidas que dizem respeito a aspectos técnicos de nossas profissões, como sobre procedimentos de cuidados

físicos, nutricionais, psicológicos, etc., podemos averiguar como surgiu a dúvida, se já houve a consulta a alguém sobre ela, o que foi recomendado (o sujeito pode perguntar para confirmar um parecer, ou para tentar obter outro ponto de vista), e mesmo buscar a informação solicitada. Mas também pode ocorrer da solicitação versar sobre algum tema ético-moral, e nos sentirmos orgulhosos de nossa opinião poder contar para alguém, perdendo de vista as razões e a função desta demanda.

\* **ANECESSIDADE DE CONTAR.** O acompanhamento de casos costuma ser uma experiência forte e marcante na formação profissional. Ao sair de encontros desta natureza, sentimos necessidade de falar sobre ele. Para isso disporemos do outro da dupla, dos supervisores e do diário de campo, mas é provável que queiramos falar para outras pessoas sobre o que vivemos. Isto poderá ser feito, mas lembrando do princípio de sigilo que deve vigorar nestas relações: a identidade e informações confidenciais devem ser preservadas, o que é de responsabilidade nossa. Mesmo quando se trata de discutir o caso com outro profissional que está envolvido, deve-se pensar o que é necessário contar e o que deve manter-se reservado. Caso isto não aconteça satisfatoriamente, a confiança do sujeito/família pode ficar abalada a ponto de comprometer a continuidade da relação terapêutica.

\* **DISPONIBILIDADE PARA O ENCONTRO.** O que mais nos assusta é o desconhecido, de modo que tendemos a dar um significado rápido a qualquer novo contato. Assim, julgamos, classificamos e transformamos o incômodo da desorientação inicial num "já sei; é isso". Um encontro clínico, entretanto, depende de suportarmos um pouco mais esta sensação inicial de não saber, evitando o pronto enquadramento de nosso interlocutor ou da situação numa categoria qualquer de análise. Depois, quando ideias deste tipo forem se configura-

do, poderemos tratá-las como hipóteses, e, portanto, passíveis de crítica e transformação.

\* **PEQUENOS GESTOS.** A visita é uma situação diferente da que aconteceria numa sala de atendimento em uma unidade de saúde, e a ideia não é tentar reproduzir na casa a "situação de consultório". Haverá a possibilidade de estar presente no ambiente cotidiano do sujeito/família e mesmo participar um pouco dele durante o tempo do encontro. Assim, um da dupla brincar um pouco com uma criança que estiver chorando, por exemplo, se isso couber, pode proporcionar uma aproximação maior do que uma entrevista detalhada. Gestos como estes, solidários, se não forem excessivos, permitem o acesso a um registro da experiência vivida que não se teria na posição sedentária do técnico que apenas observa e investiga.

#### 4. Diário de campo

O *diário de campo* deverá ser feito após cada visita pela dupla que estiver fazendo o acompanhamento, sendo a principal forma de registro dos encontros. A partir dele será possível construir a narrativa sobre o sujeito ou a família que estiver sendo acompanhado(a), bem como o relatório individual que deverá ser entregue no final do módulo.

Para isso, é importante que o diário de campo informe as condições do encontro (contexto), seja detalhado e preciso, desenvolvendo-se em dois tipos de relatos: notas descritivas e notas intensivas. As notas descritivas serão uma para a dupla, mas as intensivas deverão ser individuais. Vale lembrar que os estudantes não simplesmente registram a vida do local que visitam, mas tanto interferem nessa vida como são afetados por ela.

## Notas descritivas

Descrição das condições de cada encontro: quais as características do local em que ocorreu o encontro? (Lembrar que é importante caracterizar o local onde está situada a casa do sujeito/família acompanhada: região, bairro, rua, etc.)

O que foi observado no local? (descrever o espaço, móveis, objetos).

Quais pessoas estavam presentes no local? Quem são (idade, sexo)? Quais suas relações de parentesco?

Características marcantes das pessoas: gestos, estilo de falar e agir.

Trechos dos diálogos e das conversas: entre os acompanhados, deles com a dupla de estudantes, gestos, entonação, termos utilizados (marcar com aspas o que é reconstituição literal).

Relato de acontecimentos singulares: descrição de situações marcantes, significativas.

Hipóteses.

## Notas intensivas

É importante estar atento para as sensações, sentimentos e pensamentos provocados pelo encontro, pois, para melhor perceber o outro, é preciso perceber-se a si mesmo na situação.

Sentimentos: tristeza, alegria, raiva, intensidades sem nome, indiferença. . .

Sensações: de disponibilidade para o encontro, de acertos, de erros, de preconceitos. . .

Dificuldades encontradas: éticas, metodológicas, técnicas, de relação.

Especulações, palpites, hipóteses.

## Tarefa a cada atividade de campo

É importante que o registro seja feito imediatamente após cada visita, destacando-se os aspectos mais marcantes na atividade de campo. O registro deverá ser lido e entregue na supervisão seguinte para o docente responsável. O conjunto de entregas dos diários de campo valerá dois pontos na nota individual. Com base nestes registros, a dupla também poderá ir elaborando uma narrativa parcial após cada encontro, de modo a ir completando as lacunas da história ou esclarecendo dúvidas nos encontros posteriores.

## Relatório final

Este relatório, baseado no diário de campo, deverá ser elaborado individualmente, de forma a apresentar o percurso vivenciado durante o semestre, estabelecendo relações com os conceitos teóricos dos textos estudados e com as discussões realizadas.

No relatório final é importante que cada estudante também inclua:

- \* contribuições dos textos indicados para a leitura, destacando os principais conceitos aprendidos;
- \* contribuições das supervisões com os docentes;
- \* notas a respeito do trabalho em dupla: nas visitas e na construção da narrativa.

### ANEXO 3 NOTAS SOBRE GRUPOS

SIDNEI JOSÉ CASETTO<sup>2</sup>

Por que trabalhar com grupos? Temos visto que a saúde é também determinada por fatores bem mais amplos que o dos organismos isolados. Do mesmo modo, os problemas de saúde não seriam ocorrências puramente individuais; pode-se observar como costumam envolver muitas pessoas, afetando-as direta ou indiretamente. Por exemplo, alguém que adoecer vive mudanças no seu modo de vida, mas o mesmo ocorre com outras pessoas a ele associadas. Assim, a saúde poderia ser pensada como sendo relativa a mais do que um, pois mesmo que os organismos pareçam adoecer "individualmente", ao menos seu cuidado envolverá sempre mais sujeitos: uma rede de contatos poderá ser acionada para tomar e manter providências; profissionais poderão ser solicitados a intervir; alguém poderá ser uma peça importante no esforço do tratamento, etc.

Além disso, é pelos laços entre pessoas que se constituem as alegrias, os divertimentos, as realizações de projetos e produções que estimulam, dão sentido e tornam melhor a vida que se vive, favorecendo a saúde. Daí a opção de, neste semestre, trabalharmos em equipe e com grupos. Estamos num momento da formação em que já podemos pensar em ações que considerem as diversas áreas profissionais para intervir em necessidades que começamos a identificar no ano passado, e

<sup>1</sup> Material didático redigido a partir de discussões coletivas dos docentes que integravam o eixo Trabalho em Saúde em 2007.

particularmente no semestre anterior, no qual procuramos ouvir uma história em profundidade. Para auxiliar neste trabalho, seguem algumas notas iniciais sobre grupos, que poderão ser acrescidas de muitas outras que pudermos ir identificando no caminho.

#### Série versus Grupo

Pessoas podem se reunir de muitas formas. Podem fazer uma fila, por exemplo, e não se sentirem associadas umas às outras, a não ser naquela ordenação prática; este seria o exemplo mais típico da série. Mas se a fila para de andar e as pessoas começam a conversar entre si sobre a situação e a discutir um meio de resolvê-la, então teriam constituído um grupo (Langetti, 1993).

Identificamos também a série quando, num agrupamento, vemos os sujeitos ocuparem-se somente de questões individuais, procurando meios de se fazer notar e tentando obter a resolução dos seus problemas.<sup>2</sup> Passar da série para o grupo pode exigir um trabalho a ser feito, procurando-se criar condições para que se teçam, ou se fortaleçam, os laços entre os sujeitos. Afinal, estes laços, como afirmamos antes, teriam uma importante participação nos processos de saúde-doença-cuidado.

Deveríamos então estimular a unidade do grupo, procurando evitar e eliminar as dissonâncias internas? Trata-se de uma ideia que já seduziu muita gente: se somos um grupo, devemos pensar e agir de forma uníssona; claro que, assim, quem insistir em ser diferente será visto como inimigo e grande

<sup>2</sup> Podemos vir a ser solicitados a atender casos individuais em função de problemas específicos que se apresentem. Em instituições, em geral, costuma haver grande expectativa de que apareça alguém que venha a ocupar-se deles. Se isso ocorrer, cabe explicar que, neste momento, não se pretende intervir desta forma, mas pode-se verificar o que já foi feito a respeito e se haveria possibilidade de contribuir de outro modo (obter informações, fazer contatos, etc). Entretanto, deve-se tomar cuidado para não confundir uma descrição sumária com um diagnóstico ("ele é hiperativo"; "ela nunca tratou do diabetes", "ele tem dores psicológicas").

ameaça à coesão conquistada. Um grupo que se forma segundo este ideal da unidade tende a representar-se como sendo melhor do que outros, a estes como inferiores, e valorizar a “pureza” dos seus elementos. Isto poderá induzir, inclusive, forte coesão grupal.

Um dos problemas desta dinâmica é o que fazer com as diferenças que vão insistir em aparecer. A elas só restará serem expurgadas, e a sobrevivência do grupo ficará condicionada a operações constantes de controle, repressão e eliminação da diversidade, o que produzirá sofrimento e consumirá muito esforço e energia, sendo o melhor resultado possível a manutenção do mesmo: mudanças aqui não serão bem-vindas.

### Simpatia, competição e cooperação

Porém, além da série e do grupo sem dissonâncias há outras possibilidades. Uma delas é resultado da “simpatia”. Não se trata de fazer com que todos sejam agradáveis a todos, o que, além de impossível, seria um bom estímulo à hipocrisia. Mas se tomarmos a palavra no sentido mais próximo daquele de sua origem, o de “sentir com”, poderemos pensar no exercício deste afeto que pode nos ligar sem exigir que sejamos iguais no pensar e agir, ou que estejamos sempre juntos em tudo, ou que nos amemos, ou que sejamos “como se fôssemos uma família”, etc. Ele implica numa capacidade de perceber-se implicado, de algum modo, no sofrimento ou na alegria dos demais.

Mas é difícil ser simpático a alguém que parece nos ameaçar. Se a situação for de competição entre pessoas, por exemplo, o outro é alguém cujo sucesso implica no nosso fracasso. Não faz muito sentido desejar o seu bem, pelo menos não tanto quanto para nós. Mas a “sociedade” não é inevitavelmente competitiva? Não se trata de um “instinto natural”? Este é, de fato, o senso comum sobre o tema. Porém, muitos trabalhos questionam estes pressupostos, mostrando possibilidades di-

versas de organização grupal (Brotto, 2000). Com isso não se pretende negar a existência da competição, mas problematizar a ideia de que ela seja a forma inevitável (e mais produtiva) de associação humana.

Diferentemente, pois, de desejar a competição, pode-se dizer que os sujeitos sentem-se estimulados por desafios. Não seria difícil, então, pensar em desafios que implicassem em cooperação, ao invés de competição. Nos grupos que iremos acompanhar, poderemos ficar atentos a isso. Haverá provavelmente uma tendência nossa e dos componentes em propor atividades competitivas. Mas há um grande acervo de jogos cooperativos que podem ser explorados para o exercício deste outro modo de vencer desafios em que o sucesso de um ajuda no de outro.

Alguém, no entanto, poderia lançar a seguinte questão: mas isso não estimula a dependência entre as pessoas? Não deveríamos, ao contrário, trabalhar pela autonomia delas? A preocupação é procedente, pois sabemos que podem existir relações cronificadas de dependência, que não conseguem ajudar na superação de dificuldades. Por outro lado, se olharmos para as relações pessoais e institucionais que temos, podemos ver que elas nunca caracterizam uma completa independência, mostrando-nos, ao contrário, sempre vinculados a (e, de certo modo, apoiados em) outros. Ou seja, o que podemos vir a conquistar é a interdependência, uma condição em que se depende de um conjunto significativo de relações. O problemático parece ser a dependência de poucas relações ou coisas, o que nos impede de ampliar as possibilidades de vida (Kinoshita, 2001).

### A equipe e seus objetivos

Tudo que estamos falando sobre grupos vale para a equipe que vai preparar as oficinas. Esta equipe não tem, provavelmente, uma história anterior de trabalho conjunto, de modo

que esta será sua primeira experiência. Porém, não partirá do zero. Cada membro traz a memória do acompanhamento do semestre anterior, e também seu percurso de vida, que resultou na aquisição de habilidades diversas. Alguém pode saber sobre música, outro tem jeito para conduzir jogos, outro tem boa capacidade de observação ou de escuta. A equipe, portanto, parte de uma riqueza própria, que poderia ser interessante explorar. Sabemos quais são os talentos dos colegas? Em adição, temos os conhecimentos das áreas profissionais que já foram aprendidos até aqui.

Os recursos e conhecimentos dos membros da equipe, entretanto, não são mais do que a caixa de ferramentas disponível, não devendo eles determinar o que será feito com os grupos. Não devemos decidir o que fazer na área da saúde por aquilo que sabemos fazer, mas por aquilo que promete atingir um objetivo desejável. Este objetivo deverá ser ajustado às possibilidades da equipe, claro, mas é ele que deverá ser o guia do trabalho.

Então, devemos definir o objetivo do trabalho. O que pretendemos com as ações de saúde que vamos realizar? O que almejamos alcançar? Esta é uma parte trabalhosa do processo, e tendemos a negligenciá-la. Mas vale a pena gastar um tempo para que a equipe chegue a uma formulação negociada com todos, mesmo que provisória e sujeita a transformações no decorrer do processo. Quando, depois, houver decisões a tomar, este parâmetro será muito útil.

O objetivo depende de quem é o grupo com quem vamos trabalhar e suas necessidades de saúde. Depende também da proposta inicial que modela esta atividade: o campo da promoção, educação em saúde e prevenção de doenças, num certo limite de tempo. Depende, ainda, das experiências acumuladas com grupos semelhantes a este, que podem dar uma ideia do sucesso ou fracasso de iniciativas já tentadas. E, por fim, depende das possibilidades da equipe.

Sobre quem é o grupo, devemos reunir informações. Temos algumas da região, que vem sendo conhecida desde o pri-

meiro ano de curso; podemos ter reunido mais elementos com as pessoas acompanhadas no semestre passado; na primeira atividade de campo procuramos perguntar e obter dados a respeito. Estas informações ajudam a compor um quadro inicial dos sujeitos do grupo, que ajudará a escolher o objetivo. Mas este será apenas o ponto de partida, pois deveremos complementá-las (ver o “Roteiro do plano de trabalho com grupos”),<sup>3</sup> e no decorrer das oficinas iremos aprofundar este conhecimento, de modo a que o retrato do grupo continue a ser feito durante o processo, como se fosse uma pintura em andamento.

Ainda sobre o objetivo, podemos nos beneficiar da lembrança das críticas feitas por Meyer et al. (2006) ao modelo majoritário utilizado na área de saúde para intervir em populações: normalmente consideradas ignorantes, deveriam alterar sua conduta a partir de um conhecimento especializado que o técnico lhes transmitisse, como se não tivessem elas próprias um saber-viver desenvolvido em condições difíceis, nas quais, paradoxalmente, certos comportamentos considerados patológicos pudessem ter um papel importante na dinâmica local de sobrevivência. Em contraste, poderíamos pensar em propostas de trabalho *com* o grupo e não *sobre* o grupo, em que tentássemos parcerias, ao invés de intervenções verticais e hierárquicas. Conseguimos nos pensar como sujeitos interdependentes em relação ao grupo com quem vamos trabalhar?

Por outro lado, os membros da equipe não são equivalentes aos participantes do grupo. Há alguma assimetria, que é dada pela posição de profissional (ou aprendiz de profissional) que se ocupa; dissolver esta diferença não seria desejável, pois enfraqueceria a força da ação. Trata-se então de encontrar-lhe um bom uso, e uma maneira é pensar a intervenção como um “dispositivo”, conceito da Análise Institucional que procura caracterizar aquilo que é capaz de abrir uma brecha no que já está estabelecido para dar oportunidade de surgir

3 Anexo 4 (página 297).

novas possibilidades de vida, de desejo, de produção (Baremblytt, 1994). Dito de outro modo, poderíamos perguntar: o que irá ser proposto mantém e reforça padrões já estabelecidos ou tem algum potencial de arejar sentidos, de permitir a experiência de novos recursos, de projetar outros destinos?

### Referências

- BAREMBLYTT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 2.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.
- BROTTO, F. O. *Jogos cooperativos. Se o importante é competir, o fundamental é cooperar*. 4.<sup>a</sup> ed. Santos: Ed. Re-novada, 1997.
- KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In PITTA, A. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001, pp. 55-9. Coleção SaúdeLoucura.
- LANCETTI, Antonio. Clínica grupal com psicóticos. A grupalidade que os especialistas não entendem. *SaúdeLoucura*, n.º 4, pp. 155-71, 1993.
- MEYER, D. E. E.; VALADÃO, M. M. & AYRES, J. R. C. M. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 22, n.º 6, pp. 1335-42, jun. 2006.

## ANEXO 4 ROTEIRO DO PLANO DE TRABALHO COM GRUPOS

### 1. Objetivos

Qual seria(m) o(s) objetivo(s) do trabalho a ser desenvolvido?

### 2. População-alvo

A quem se dirigem as ações? Definição do grupo: faixa etária? portadores de alguma patologia ou condição do organismo? moradores de alguma região? quantidade aproximada?

### 3. Equipe de trabalho

Os integrantes da equipe de alunos, o professor supervisor, os eventuais parceiros na rede ou instituições, etc.

### 4. Metodologia

4.1. Divulgação e estratégia de formação do grupo (quando for o caso);

4.2. Formato e exemplo das atividades a serem realizadas;

4.3. Local(is) de realização das atividades;

4.4. Datas e horários das atividades;

4.5. Materiais a serem utilizados nas atividades (previsão inicial);

4.6. Organização da equipe de trabalho durante as atividades (como serão distribuídas as funções entre os membros da equipe).

4.7. Articulação das cinco áreas na proposta (como as atividades procuram contemplar as perspectivas das cinco profissões).

#### 5. Avaliação

Como será feita a avaliação do trabalho desenvolvido?  
(A avaliação deverá verificar se os objetivos foram atingidos.)

### ANEXO 5 ROTEIROS DE ENTREVISTAS

#### Roteiro de entrevista com coordenadores de curso

\* Considerando o projeto político-pedagógico do *campus*, o que você destacaria como sendo importante para a formação do profissional da sua área?

\* E qual era o papel que você imaginava que o eixo TS teria nessa formação?

\* Durante o período em que você esteve na coordenação do curso, o que você destacaria do processo de construção do eixo? Como foi a participação do eixo específico em TS? Quais os conflitos, quais os desafios?

\* Você participou como docente do eixo TS? Como foi sua experiência?

\* Como você avalia hoje a proposta de formação do eixo TS para os estudantes? E para os docentes? Que questões você destacaria como mais significativas?

\* O que deve ser mantido e o que deve ser modificado no eixo TS?

#### Roteiro de entrevista com coordenadores de eixos comuns

\* Considerando o projeto político-pedagógico do *campus*, o que você destacaria como sendo importante para a formação dos profissionais de saúde?

\* E qual era o papel que você imaginava que o eixo TS teria nessa formação?

\*Durante o período que você esteve na coordenação do eixo, o que você destacaria do processo de construção do eixo TS? Como foi a participação do seu eixo (Inserção Social ou Biológico)?

\*Existe alguma articulação com o eixo que você coordena? Que tipo de articulação? Como você analisa essa articulação? Seria necessário ampliar essa articulação? O que sugere?

\* Como você avalia hoje a proposta de formação do eixo TS para os estudantes? E para os docentes? Que questões você destacaria como mais significativas?

\* O que deve ser mantido e o que deve ser modificado no eixo TS?

#### Roteiro de entrevista com o coordenador de *campus*

\* Por favor, fale sobre a história da elaboração do PPP do *Campus* Baixada Santista e, particularmente da proposta do eixo TS, que era denominado "Aproximação ao trabalho em saúde".

\* Como foi a proposta/concepção do PPP do *campus* e, em especial do eixo TS, frente à Unifesp?

\* Como se deu a organização e a operacionalização deste PPP e, em especial do eixo TS, quanto às questões administrativas e pedagógicas?

\* Quais eram as suas expectativas em relação ao Projeto e em especial ao eixo TS?

\* Passados cinco anos, o que considera que foi construído do PPP, em especial no eixo TS?

\* Qual a sua avaliação sobre o que foi construído? Na sua percepção, quais os aspectos interessantes? Quais os aspectos problemáticos ou dificuldades? Como avalia a sustentabilidade desse projeto, em especial, do eixo TS?

\* Como o sr. vê o impacto do eixo TS na formação do aluno?

\* Quais são os dispositivos existentes para a consolidação/melhoria deste eixo?

## ANEXO 6 ORIENTAÇÕES PARA OS GRUPOS FOCAIS

### Papel do moderador/facilitador

\* Acolher os participantes do grupo, cuidando para que a temática não seja abordada antes do início do GF.

\* Solicitar a leitura e assinatura do Termo de Consentimento.

\* Iniciar o encontro com uma breve explanação agradecendo as presenças e propondo uma rápida autoapresentação.

\* Explicar os objetivos do encontro, como foram selecionados os participantes e por que não foram dadas muitas informações sobre a reunião até aquele momento.

\* Explicar sobre o uso de gravadores e o sigilo das informações obtidas.

\* Motivar a participação de todos no GF, ressaltando que são eles quem melhor conhecem a realidade que vivem.

\* Deixar claro que todas as opiniões interessam e, portanto, não existem boas ou más opiniões. Não há necessidade de o grupo chegar a um consenso. Assim, cada membro deve falar na sua vez, permitindo uma boa gravação das falas.

\* Informar aos participantes sobre a duração do encontro e como este será desenvolvido.

\* Promover uma rodada inicial de falas, possibilitando a todos um comentário geral sobre o tema.

\* Manter a discussão focalizada, a partir de um roteiro prévio, estabelecido a partir dos objetivos do grupo, retomando os assuntos quando se desvia dele.

\* Estar atento para quando a questão já foi respondida e explorada, evitando repetições, propondo-se, então, uma nova questão.

\* Proporcionar uma atmosfera favorável à discussão, controlar o tempo e estimular que todos falem.

\* Evitar a monopolização da discussão por um dos participantes e encorajar os mais reticentes.

\* Ser sensível, capaz de ouvir, ter clareza de expressão, ser flexível, vivo e simpático, além de ter senso de humor.

#### **Papel do observador**

\* Preparar a gravação: gravador, pilhas, fitas e etiquetas.

\* Identificar os participantes com uma etiqueta.

\* Preparar o ambiente, oferecendo condições para um bom andamento do GF: disposição das cadeiras, mesa, água, lanche.

\* Cuidar do tempo do grupo (1h30min)

\* Captar as informações não verbais (perceber as reações dos participantes) e ajudar o moderador a analisar possíveis vieses ocasionados por problemas na sua forma de coordenar o grupo.

\* Anotar suas observações com palavras-chave.

\* Preparar relatório ao final de todos os GF, juntamente com o facilitador.

## **ANEXO 7 ROTEIROS DOS GRUPOS FOCAIS**

### **Roteiro para grupo focal com os estudantes**

Observação inicial: durante as respostas pedir aos alunos que localizem o ano da experiência a que estão se referindo.

1. A experiência dos estudantes na atuação interprofissional com as equipes de saúde e com a população:

a) Destaquem as experiências significativas propiciadas pelo eixo na sua formação.

b) Como foram suas experiências de acompanhamento das pessoas/famílias e grupos.

c) Destaquem aspectos de suas experiências com os profissionais das equipes de saúde.

d) Comentem como foi a experiência de trabalho com alunos das outras áreas profissionais.

2. Compreensão das atividades de ensino/aprendizagem propostas pelo eixo TS:

a) Como vocês compreendem a proposta de formação do eixo TS?

b) Destaquem aspectos teóricos que foram desenvolvidos pelo eixo TS.

c) Como vocês percebem a relação do que vem sendo desenvolvido no eixo TS com a formação profissional?

d) Como a experiência no eixo TS afeta a atuação nos estágios da sua área profissional?

3. Possíveis efeitos e impactos das atividades de ensino/aprendizagem do eixo na formação do estudante. Identifiquem os possíveis impactos/efeitos:

- a) em sua formação.
- b) nas equipes dos serviços de saúde.
- c) na população atendida.

4. Análise das propostas do eixo TS:

- a) O que deve ser mantido?
- b) O que precisa ser modificado?

Observação: pedir imagens ou exemplos nas respostas.

#### Roteiro para grupo focal com os docentes

1. O que vocês pensam ser importante para a formação do profissional da sua área?

2. Ao entrar em contato com o projeto político-pedagógico do *campus* Baixada Santista, quais condições vocês imaginavam necessárias para a sua implementação?

3. Como vocês compreendem a proposta de formação do eixo TS? Como ela se relaciona com a formação do profissional de sua área?

4. Como foi para vocês do eixo específico participar desse eixo comum? E para quem não participou: o que sabe desta experiência?

5. O que percebem ser efeito/impacto da formação proposta pelo eixo? Considerem:

- a) os estudantes de diferentes cursos
- b) os professores
- c) as equipes de saúde
- d) a população
- e) a dinâmica do *campus*

6. O que deve ser mantido e o que deve ser modificado?

#### Roteiro para grupo focal com profissionais dos serviços

1. Caracterização do trabalhador dos serviços: local de trabalho, sexo, faixa etária, formação profissional, tempo de serviço.

2. Compreensão das atividades de articulação ensino-serviço.

- a) Como vocês compreendem a proposta de trabalho conjunto entre a Universidade e a Unidade Básica de Saúde?
- b) O que dificulta ou facilita essa integração?

3. Caracterização das atividades desenvolvidas pela Unifesp:

- a) Como compreende a proposta da Unifesp? (solicitar o relato de experiências com estudantes/docentes)
- b) Descrever como acontece o trabalho da Unifesp na unidade. Quais as atividades de ensino? Quais os profissionais da unidade envolvidos?
- c) Como são feitas as combinações/planejamento das atividades no serviço?

4. Análise das atividades desenvolvidas:

- a) Como é a devolutiva para os trabalhadores dos serviços do trabalho realizado pelos estudantes? Como ocorre a integração?
- b) Como vocês acham que as atividades desenvolvidas têm repercutido nas pessoas e famílias visitadas? Exemplifique com casos/situações.
- c) O que deve ser mantido e o que precisa ser modificado?

ANEXO 8  
**QUADRO DE ANÁLISE**

Identificação do material em análise:

Grupo Focal ( ) Entrevista ( )

Presença de observador: sim ( ) não ( )

Interrupções por atrasos ou saídas antes do término: sim ( ) não ( )

Orientação: a tabela deve ser preenchida depois de se fazer ao menos algumas leituras da transcrição.

TEMAS (destacar os temas iniciais de análise)	POSIÇÕES (destacar as posições muito e pouco valorizadas)	DISCURSOS (destacar trechos de discursos mais significativos, falas marcantes)	COMENTÁRIOS (destacar trechos de discursos mais significativos, falas marcantes)

**OS AUTORES**

**Alexandre de Oliveira Henz.** Professor adjunto da Unifesp Baixada Santista. Graduado em Psicologia e em Filosofia; doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Adriana Barin de Azevedo.** Graduada em Psicologia; doutoranda em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Angela Aparecida Capozzolo.** Professora adjunta da Unifesp Baixada Santista. Graduada em medicina; doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Coordenou o eixo Trabalho em Saúde no período de 2006 a 2009.

**Amanda Diogo Pap.** Graduada em psicologia pela Unifesp Baixada Santista em 2011. Apimorada em Psicologia Hospitalar pela Universidade de São Paulo, Hospital das Clínicas.

**Carlos Roberto de Castro e Silva.** Professor adjunto da Unifesp Baixada Santista. Graduado em Psicologia e em Filosofia; doutor em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo.

**Eduardo Passos.** Professor associado da Universidade Federal Fluminense. Graduado em Psicologia; doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

**Emerson Elias Merhy.** Professor titular da Universidade Federal do Rio de Janeiro, *campus* Macaé. Graduado em medicina; livre-docente em Planejamento e Gestão em Saúde pela Universidade Estadual de Campinas.

**Jaquelina Maria Imbrizi.** Professora adjunta da Unifesp Baixada Santista. Graduada em Psicologia; doutora em Educação: História, Política, Sociedade pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Flávia Liberman.** Professora adjunta da Unifesp Baixada Santista. Graduada em Terapia Ocupacional; doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Fernanda Braz Tobias de Aguiar.** Graduada em Psicologia pela Unifesp Baixada Santista em 2010. Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo.

**Fernando Sfair Kinker.** Professor adjunto da Unifesp Baixada Santista. Graduado em Terapia Ocupacional; doutor em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Laura Camargo Macruz Feuerwerker.** Professora associada da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Graduada em Medicina; livre-docente em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.

**Luane Cristina de Souza Bastos.** Graduada em psicologia pela Unifesp Baixada Santista em 2011.

**Maria Fernanda Frutuoso.** Professora adjunta da Unifesp Baixada Santista. Graduada em Nutrição; doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

**Maurício Lourenção Garcia.** Professor adjunto da Unifesp Baixada Santista. Graduado em Psicologia; doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Nildo Alves Batista.** Professor titular da Unifesp Baixada Santista. Graduado em medicina; livre-docente em Educação Médica pela Universidade de São Paulo. Foi diretor do *campus* Baixada Santista desde sua implantação até abril de 2011.

**Roberto Tykanori Kinoshita.** Professor adjunto da Unifesp Baixada Santista. Graduado em Medicina; doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas.

**Rosilda Mendes.** Professora adjunta da Unifesp Baixada Santista. Graduada em Ciências Biológicas; doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.

**Samira Lima da Costa.** Professora adjunta da Unifesp Baixada Santista. Graduada em Terapia Ocupacional, doutora em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

**Sidnei José Casetto.** Professor adjunto da Unifesp Baixada Santista. Graduado em Psicologia; doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Virginia Junqueira.** Professora adjunta da Unifesp Baixada Santista. Graduada em Medicina; doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Desde 2010 coordena o Eixo Trabalho em Saúde.

**Virgínia Kastrup.** Professora associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Graduada em Psicologia; doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Viviane Santalucia Maximino.** Professora adjunta da Unifesp Baixada Santista. Graduada em Terapia Ocupacional; doutora em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas.

*Saúde e Assistência Médica no Brasil*, Carlos Gentile de Mello  
*Ensaio Médico-Societal*, Samuel Pessoa  
*Medicina e Política*, Giovanni Berlinguer  
*O Sistema de Saúde em Crise*, Carlos Gentile de Mello  
*Saúde e Previdência: Estudos de Política Social*, José Carlos de Souza Braga & Sérgio Góes de Paula  
*Saúde nas Fábricas*, Giovanni Berlinguer  
*Ecologia: Capital, Trabalho e Ambiente*, Laura Conti  
*Ambiente de Trabalho: a Luta dos Trabalhadores Pela Saúde*, Ivar Oddone et al  
*Saúde Para Todos: um Desafio ao Município — a Resposta de Bauris*, David Capistrano Filho (org.)  
*Os Médicos e a Política de Saúde*, Gastão Wagner de Sousa Campos  
*Epidemiologia da Desigualdade*, César G. Victora, Fernando C. de Barros & Patrick Vaughan  
*Saúde e Nutrição das Crianças de São Paulo*, Carlos Augusto Monteiro  
*Saúde do Trabalhador*, Aparecida Linhares Pimenta & David Capistrano Filho  
*A Doença*, Giovanni Berlinguer  
*Reforma Sanitária: Itália e Brasil*, Giovanni Berlinguer, Sônia M. Fleury Teixeira & Gastão Wagner de Sousa Campos  
*Educação Popular nos Serviços de Saúde*, Eymard Mourão Vasconcelos  
*Processo de Produção e Saúde*, Ana Cristina Laurell & Mariano Noriega  
*Trabalho em Turnos e Noturno*, Joseph Rutenfranz, Peter Knauth & Frida Marina Fischer  
*Programa de Saúde dos Trabalhadores (a Experiência da Zona Norte: Uma Alternativa em Saúde Pública)*, Danilo Fernandes Costa, José Carlos do Carmo, Maria Maeno Settini & Ubiratan de Paula Santos  
*A Saúde das Cidades*, Rita Esmanhoto & Nizan Pereira Almeida  
*Saúde e Trabalho. A Crise da Previdência Social*, Cristina Possas  
*Saúde Não se Dá, Conquista-se*, Demócrito Moura  
*Planejamento sem Normas*, Gastão Wagner de Souza Campos, Emerson Elias Merhy & Everardo Duarte Nunes  
*Epidemiologia e Sociedade. Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Brasil*, Cristina Possas  
*Tópicos de Saúde do Trabalhador*, Frida Marina Fischer, Jorge da Rocha Gomes & Sérgio Colacioppo  
*Epidemiologia do Medicamento. Princípios Gerais*, Joan-Ramon Laporte et al.  
*Educação Médica e Capitalismo*, Lília Blima Schraiber  
*Saúde Loucura 1*, Antonio Lancetti et al  
*Destitucionalização*, Franco Rotelli et alii  
*Programação em Saúde Hoje*, Lília Blima Schraiber (org.)  
*Saúde Loucura 2*, Félix Guatarri, Gilles Deleuze et al.  
*Epidemiologia: Teoria e Objeto*, Dina Czeresnia Costa (org.)  
*Sobre a Maneira de Transmissão do Cólera*, John Snow  
*Hospital, Dor e Morte Como Ofício*, Ana Pitta  
*A Multiplicação Dramática*, Hernán Kesselman & Eduardo Pavlovsky  
*Cinco Lições Sobre a Transferência*, Gregorio Barembliit  
*A Saúde Pública e a Defesa da Vida*, Gastão Wagner de Sousa Campos  
*Epidemiologia da Saúde Infantil*, Fernando C. Barros & Cesar G. Victora  
*Juqueri, o Espinho Adormecido*, Evelin Naked de Castro Sá & Cid Roberto Bertozzo Pimentel  
*O Marketing da Fertilidade*, Yvan Wolffers et alii  
*Lacantóias*, Gregorio Barembliit  
*Terapia Ocupacional: Lógica do Trabalho ou do Capital?* Lea Beatriz Teixeira Soares  
*Minhas Pulgas*, Giovanni Berlinguer  
*Mulheres: Sanitaristas de Pés Descalços*, Nelsina Mello de Oliveira Dias  
*Epidemiologia — Economia, Política e Saúde*, Jaime Breilh  
*O Desafio do Conhecimento*, Maria Cecília de Souza Minayo  
*Saúde Loucura 3*, Herbert Daniel et al.  
*Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*, Maria do Carmo Leal et al.  
*Promovendo a Equidade: um Novo Enfoque com Base no Setor da Saúde*, Emanuel de Kadt & Renato Tascia  
*A Saúde Pública Como Política*, Emerson Elias Merhy  
*Sistema Único de Saúde*, Guido Ivan de Carvalho & Lenir Santos  
*Reforma da Reforma*, Gastão Wagner S. Campos  
*O Município e a Saúde*, Luiza S. Heimann et al  
*Epidemiologia Para Municípios*, J. P. Vaughan  
*Distrito Sanitário*, Eugênio Vilaça Mendes  
*Psicologia e Saúde*, Florianita Braga Campos (org.)  
*Questões de Vida: Ética, Ciência, Saúde*, Giovanni Berlinguer  
*Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde*, Maria E. X. Kalil (org.)  
*Mário Tommasini: Vida e Feitos de um Democrata Radical*, Franca Ongaro Basaglia  
*Saúde Mental no Hospital Geral: Espaço Para o Psíquico*, Neury J. Botega & Paulo Dalgalarondo  
*O Médico e seu Trabalho: Limites da Liberdade*, Lília Blima Schraiber

*O Limite da Exclusão Social. Meninos e Meninas de Rua no Brasil*, Maria Cecília de Souza Minayo  
*Saúde e Trabalho no Sistema Único do Sul*, Neiry Primo Alessi et al  
*Ruído: Riscos e Prevenção*, Ubiratan de Paula Santos (org.)  
*Informações em Saúde: da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania*, Ilara Hammerty Sozzi de Moraes  
*Saúde Loucura 4*, Gregorio Barembliit et al  
*Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*, Paulo Capel Narvai  
*Manual de Saúde Mental*, Benedetto Saraceno et al  
*Assistência Pré-Natal: Prática de Saúde a Serviço da Vida*, Maria Inês Nogueira  
*Saber Preparar Uma Pesquisa*, André-Pierre Contandriopoulos et al  
*Pensamento Estratégico e Lógica da Programação*, Mario Testa  
*Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde*, Sueli G. Dallari  
*Inventando a Mudança na Saúde*, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio et al  
*Uma História da Saúde Pública*, George Rosen  
*Drogas e Aids*, Fábio Mesquita & Francisco Inácio Bastos  
*Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves  
*Epidemiologia e Emancipação*, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres  
*Razão e Planejamento*, Edmundo Gallo, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves & Emerson Elias Merhy  
*Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80*, Maria Cecília de Souza Minayo (org.)  
*Da Saúde e das Cidades*, David Capistrano Filho  
*Sistemas de Saúde: Continuidades e Mudanças*, Paulo Marchiori Buss & Maria Eliana Labra  
*Aids: Ética, Medicina e Tecnologia*, Dina Czeresnia et al  
*Aids: Pesquisa Social e Educação*, Dina Czeresnia et al  
*Maternidade: Dilema entre Nascimento e Morte*, Ana Cristina d'Andretta Tanaka  
*Construindo Distritos Sanitários. A Experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo*, Carmen Fontes Teixeira & Cristina Melo (orgs.)  
*Memórias da Saúde Pública: a Fotografia como Testemunha*, Maria da Penha C. Vasconcelos (coord.)  
*Medicamentos, Drogas e Saúde*, E. A. Carlini  
*Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade*, Jorge Antonio Zepeda Bermudez  
*Propaganda de Medicamentos: Atentado à Saúde?* José Augusto Cabral de Barros  
*Relação Ensino/Serviço: Dez Anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil*, Regina Giffoni Matsiglia  
*Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil*, Carlos Augusto Monteiro (org.)  
*Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*, Ana Maria Canesqui  
*O "Mito" da Atividade Física e Saúde*, Yara Maria de Carvalho  
*Saúde & Comunicação: Visibilidades e Silêncios*, Aurea M. da Rocha Pitta  
*Profissionalização e Conhecimento: a Nutrição em Questão*, Maria Lúcia Magalhães Bosi  
*Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica*, Lília Blima Schraiber, Maria Ines Baptista  
*Nemes & Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (orgs.)*  
*Nutrição, Trabalho e Sociedade*, Solange Veloso Viana  
*Uma Agenda para a Saúde*, Eugênio Vilaça Mendes  
*A Construção da Política Nacional de Medicamentos*, José Ruben de Alcântara Bonfim & Vera Lúcia Mercucci (orgs.)  
*Ética da Saúde*, Giovanni Berlinguer  
*A Construção do SUS a Partir do Município: Etapas para a Municipalização Plena da Saúde*, Sílvia Fernandes da Silva  
*Reabilitação Psicossocial no Brasil*, Ana Pitta (org.)  
*Saúde Loucura 5*, Gregorio Barembliit (org.)  
*Saúde Loucura 6*, Eduardo Passos Guimarães (org.)  
*Assistência Social e Cidadania*, Antonio Lancetti (org.)  
*Sobre o Risco: Para Compreender a Epidemiologia*, José Ricardo de Mesquita Aires  
*Ciências Sociais e Saúde*, Ana Maria Canesqui (org.)  
*Ação em Saúde*, Emerson Elias Merhy & Rosana Onocko (orgs.)  
*Contra a Maré à Beira-Mar*, Florianita Braga Campos & Cláudio Maiorovitch  
*Princípios Para Uma Clínica Antimanicomial*, Ana Marta Lobosque  
*Modelos Tecnocráticos em Saúde: o Debate no Campo da Saúde Coletiva*, Aluísio G. da Silva Junior  
*Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social*, Nilson do Rosário Costa  
*A Era do Saneamento: as Bases da Política de Saúde Pública no Brasil*, Gilberto Hochman  
*O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade: Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis*, Ines Lessa (org.)  
*Maldita e Seu Controle*, Rita Barradas Barata  
*O Dengue no Espaço Habitado*, Maria Rita de Camargo Donalizio  
*A Organização da Saúde no Nível Local*, Eugênio Vilaça Mendes (org.)  
*Trabalho e Saúde na Aviação: a Experiência entre o Invisível e o Risco*, Alice Itani  
*Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil*, Laura Feuerwerker  
*A Evolução da Doença de Chagas no Estado de São Paulo*, Luis Jacintho da Silva

*Malária em São Paulo: Epidemiologia e História*, Marina Ruiz de Matos  
*Civilização e Doença*, Henry Sigerist  
*Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde*, Jorge Antonio Zepeda Bermudez & José Ruben de Alcântara Bonfim (orgs.)  
*A Mulher, a Sexualidade e o Trabalho*, Eleonora Menicucci de Oliveira  
*Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*, Loren Galvão & Juan Díaz (orgs.)  
*Educação dos Profissionais de Saúde da América Latina (Teoria e Prática de um Movimento de Mudança)*  
— Tomo 1 "Um Olhar Analítico" — Tomo 2 "As Vozes dos Protagonistas", Marcio Almeida, Laura Feuerwerker & Manuel Llanos C. (orgs.)  
*Vigilância Sanitária: Proteção e Defesa da Saúde*, Ediná Alves Costa  
*Sobre a Sociologia da Saúde. Origem e Desenvolvimento*, Everardo Duarte Nunes  
*Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico*, Ana Maria Canesqui (org.)  
*Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família*, Eymard Mourão Vasconcelos  
*Um Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos*, Gastão Wagner de Sousa Campos  
*A Ciência da Saúde*, Naomar de Almeida Filho  
*A Voz do Dono e o Dono da Voz: Saúde e Cidadania no Cotidiano Fabril*, José Carlos "Cacau" Lopes  
*Da Arte Dentária*, Carlos Botazzo  
*Saúde e Humanização: a Experiência de Chapecó*, Aparecida Linhares Pimenta (org.)  
*Consumo de Drogas: Desafios e Perspectivas*, Fábio Mesquita & Sérgio Seibel  
*Saúde Loucura 7*, Antonio Lancetti (org.)  
*Ampliar o Posível: a Política de Saúde do Brasil*, José Serra  
*SUS Passo a Passo: Normas, Gestão e Financiamento*, Luiz Odorico Monteiro de Andrade  
*A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*, Eymard Mourão Vasconcelos (org.)  
*Municipalização da Saúde e Poder Local: Sujeitos, Atores e Políticas*, Sílvio Fernandes da Silva  
*A Cor-Agem do PSF*, Maria Fátima de Souza  
*Agentes Comunitários de Saúde: Choque de Povo*, Maria Fátima de Souza  
*A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano*, Angelina Harari & Williams Valentini (orgs.)  
*Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo*, Emerson Elias Merhy  
*Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: Processos e Resultados*, Laura Feuerwerker  
*Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: Tipologia das Escolas*, Jadete Barbosa Lampert  
*Os Sinais Vermelhos do PSF*, Maria Fátima de Sousa (org.)  
*O Planejamento no Labirinto: Uma Viagem Hermenêutica*, Rosana Onocko Campos  
*Saúde Paidéia*, Gastão Wagner de Sousa Campos  
*Biomedicina, Saber e Ciência: Uma Abordagem Crítica*, Kenneth R. de Camargo Jr.  
*Epidemiologia nos Municípios: Muito Além das Normas*, Marcos Drumond Júnior  
*A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes*, Arthur Hyppólito de Moura  
*Epidemiologia Social: Compreensão e Crítica*, Djalma Agripino de Melo Filho  
*O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano*, Emerson Elias Merhy et al  
*Natural, Racional Social: Razão Médica e Racionalidade Científica*, Madel T. Lutz  
*Ao Lado de Chapecó: Uma Experiência de Mudança do Modelo Assistencial, com Base no Processo de Trabalho*, Túlio Batista Franco et al.  
*Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades*, João José Neves Marins  
*Proteção Social: Dilemas e Desafios*, Ana Luíza d'Ávila Viana, Paulo Eduardo M. Elias & Nelson Ibañez (orgs.)  
*O Público e o Privado na Saúde*, Luíza Sterman Heimann, Lauro Cesar Ibanhes & Renato Barbosa (orgs.)  
*O Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do Sonho à Realidade*, Maria Solange Gomes Dellarozza & Marli Terezinha Oliveira Vanucchi (orgs.)  
*A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*, Gustavo Tenório Cunha  
*Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança*, Sérgio Resende Carvalho  
*Saúde e Desenvolvimento Local*, Marco Akerman  
*Saúde do Trabalhador no SUS: Aprender com o Passado, Trabalhar o Presente e Construir o Futuro*, Maria Maeno & José Carlos do Carmo  
*A Espiritualidade do Trabalho em Saúde*, Eymard Mourão Vasconcelos (org.)  
*Saúde Todo Dia: Uma Construção Coletiva*, Rogério Carvalho Santos  
*As Duas Faces da Montanha: Estudos sobre Medicina Chinesa e Acupuntura*, Marilene Cabral do Nascimento  
*Perplexidade na Universidade: Vivências nos Cursos de Saúde*, Eymard Mourão Vasconcelos, Lia Haikal Frota & Eduardo Simon  
*Tratado de Saúde Coletiva*, Gastão Wagner de Sousa Campos, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman, Marcos Drumond Jr. & Yara Maria de Carvalho (orgs.)  
*Entre Arte e Ciência: Fundamentos Hermenêuticos da Medicina Homeopática*, Paulo Rosenbaum  
*A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade*, Luiz Odorico Monteiro de Andrade  
*Olhares Socioantropológicos Sobre os Doentes Crônicos*, Ana Maria Canesqui (org.)  
*Na Boca do Rêdo: o Radialista e as Políticas Públicas*, Ana Luísa Zaniboni Gomes  
*SUS: Resignificando a Promoção da Saúde*, Adriana Castro & Miguel Malo (orgs.)  
*SUS: Pacto Federativo e Gestão Pública*, Vânia Barbosa do Nascimento

*Memórias de um Médico Sanitarista que Virou Professor Enquanto Escrevia Sobre...*, Gastão Wagner de Sousa Campos  
*Saúde da Família, Saúde da Criança: a Resposta de Sobral*, Anamaria Cavalcante Silva  
*A Construção da Medicina Integrativa: um Desafio para o Campo da Saúde*, Nelson Filice de Barros  
*O Projeto Terapêutico e a Mudança nos Modos de Produzir Saúde*, Gustavo Nunes de Oliveira  
*As Dimensões da Saúde: Inquérito Populacional em Campinas, SP*, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Chester Luiz Galvão César, Luana Carandina & Moisés Goldbaum (orgs.)  
*Atualizar para Compreender: Uma Experiência na Gestão de Programa Social com Jovens em Osasco, SP*, Juan Carlos Aneiros Fernandez, Marisa Campos & Dulce Helena Cazzuni (orgs.)  
*O Médico e Suas Interações: Confiança em Crise*, Lília Blima Schraiber  
*Ética nas Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde*, Iara Coelho Zito Guerriero, Maria Luísa Sandoval Schmidt & Fabio Zicker (orgs.)  
*Homeopatia, Universidade e SUS: Resistências e Aproximações*, Sandra Abrahão Chaim Salles  
*Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*, Gastão Wagner de Sousa Campos & André Vinicius Pires Guerrero (orgs.)  
*Saúde Comunitária: Pensar e Fazer*, Cezar Wagner de Lima Góis

SÉRIE "LINHA DE FRENTE"

*Ciências Sociais e Saúde no Brasil*, Ana Maria Canesqui  
*Avaliação Econômica em Saúde*, Leila Sancho  
*Promoção da Saúde e Gestão Local*, Juan Carlos Aneiros Fernandez & Rosilda Mendes (orgs.)  
*Ciências Sociais e Saúde: Crônicas do Conhecimento*, Everardo Duarte Nunes & Nelson Filice de Barros

## Organizadores

**Angela Aparecida Capozzolo**  
Professora do *campus* Baixada  
Santista da Unifesp  
Doutora em Saúde Coletiva  
pela Unicamp.

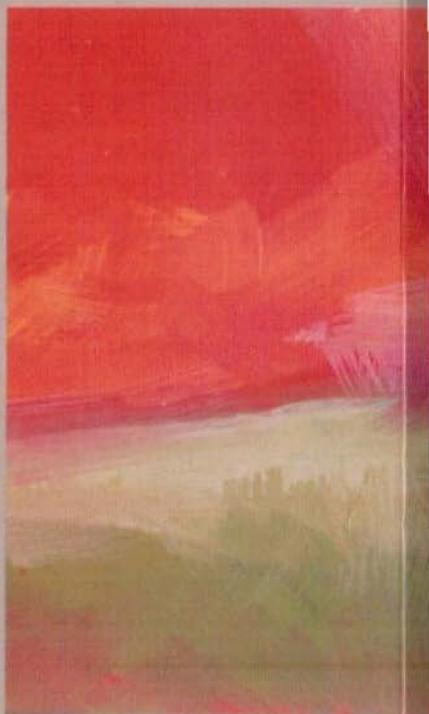
**Sidnei José Casetto**  
Professor do *campus* Baixada  
Santista da Unifesp  
Doutor em Psicologia Clínica  
pela PUC/SP.

**Alexandre de Oliveira Henz**  
Professor do *campus* Baixada  
Santista da Unifesp  
Doutor em Psicologia Clínica  
pela PUC/SP.

Para realizar um projeto de formação comum a várias profissões de saúde adotamos o caminho da experiência. Lançar-se nessa proposta implicou extrair aprendizado do que não se conhecia e do que não se controlava, inventando recursos a cada situação. Nesse percurso encontramos um continente inexplorado a que demos o nome de "clínica comum", e que buscamos apresentar neste livro.

#### Autores

Adriana Barin de Azevedo  
Alexandre de Oliveira Henz  
Amanda Diogo Pap  
Angela Aparecida Capozzolo  
Carlos Roberto de Castro e Silva  
Eduardo Passos  
Emerson Elias Merhy  
Jaquelina Maria Imbrizi  
Fernanda Braz Tobias Aguiar  
Fernando Sfair Kinker  
Flávia Liberman  
Laura C Macruz Feuerwerker  
Luane de Souza Bastos  
Maria Fernanda Frutuoso  
Maurício Lourenção Garcia  
Nildo Alves Batista  
Roberto Tykanori Kinoshita  
Rosilda Mendes  
Samira Lima da Costa  
Sidnei José Casetto  
Virgínia Junqueira  
Virgínia Kastrup  
Viviane Santalucia Maximino



HUCITEC EDITORA  
PARA VOCE LER E RELER



ISBN: 978-85-64806-55-9

