

# Engravidando Palavras: o Caso da Integralidade

EMERSON ELIAS MERHY<sup>1</sup>

Pedir emprestado o olhar do outro para o seu  
olhar é o método, o resto são ferramentas.

## 1. Introdução

Este texto é devedor da minha fala no Congresso da Rede Unida, que ocorreu em Belo Horizonte, em julho de 2005, e para o qual fui convidado para dar uma conferência sobre integralidade na formação e nos serviços de saúde. Vinha já atuando nesse evento desde as oficinas pré-congresso e estava bem estimulado, pelo coletivo da oficina, a tratar do tema das nossas implicações no cuidado, que fazemos como trabalhadores de saúde, apontando para a necessidade de colocar em xeque o lugar de onde falamos e atuamos: os núcleos das profissões. O interessante disso é que, no meio dessa conferência, houve quem me interrogasse sobre essa questão, como um incômodo ou mesmo uma impossibilidade para ousarmos outros modos de agir em saúde. Sem querer dar conta de tudo que isso possa significar, neste material, procuro dialogar com essa situação.

## 2. Desenhando o Problema

Talvez uma das piores coisas que podem nos acontecer é fetichizarmos as palavras, como se elas pudessem em si ser portadoras de sentidos e significados sem os sujeitos que lhes dão recheio. Nós é que engravidamos as palavras.

Não sou tão ingênuo de imaginar que, neste ato de engravidamento, os sujeitos não tenham já posições tomadas, sejam culturais, políticas, ideológicas, entre várias. Mas o que destaco aqui é que, ao reconhecermos que nós é que engravidamos as palavras, podemos olhar para o nosso processo de inseminação. Podemos com isso desfetichizar as palavras de sentidos e significados, colocando-nos o desafio de ir atrás de novas possibilidades.

Essa é uma das questões que quero tratar neste texto, em particular considerando que, com muita facilidade, no caso da integralidade – que procura expressar uma categoria analítica para o pensamento, com a

---

<sup>1</sup> Professor livre-docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Pesquisador colaborador do LAPPIS. E-mail: emerson.merhy@gmail.com.

intenção de ser portadora de uma formulação de mudanças radicais, para as ações em saúde –, adotamos a postura de que a palavra é portadora de sentidos e significados por si e que basta adotá-la, no nosso falar, para nos sentirmos profundamente inovadores. Não é assim.

Somos testemunhas, no dia-a-dia dos nossos serviços, que são muitos os que falam em integralidade e que isso não, necessariamente, significa que sejam protagonistas de novas práticas de saúde. Ao contrário. Na maioria das vezes a integralidade está sendo capturada por modelos de praticar a produção do cuidado em saúde bem tradicionais, bem corporativo-centrados.

Os modos atuais de se produzir o cuidado em saúde, a partir dos territórios nucleares das profissões – que podemos chamar de modelos médicos hegemônicos, pela força representativa que essa categoria profissional tem como expressão dos paradigmas dominantes, nas maneiras de se construir atos de saúde –, têm tido a força de capturar várias categorias analíticas, dispositivos do anúncio de novas práticas e torná-las grávidas de outros sentidos. O conjunto das práticas centradas em procedimentos profissionais, na saúde, tem expressado esse tipo de ação hegemônica.

Não é estranho assistirmos a movimentos corporativos centrados, que reconheçam perdas de efetividade nos seus territórios de ações tecnológicas, produtores de cuidados em saúde, e que propõem soluções para esses problemas. Veja o caso da busca de construção de uma medicina integral, que vem sendo elaborada desde o pós-Segunda Guerra Mundial.

Não que não haja questões interessantes apontadas por esse movimento, mas olhem pelo lado da captura que aponte. Ao reconhecer que o campo de práticas da medicina estava devendo em resultados o que prometia – ou seja, cuidar globalmente do outro nas suas necessidades de saúde; e, identificando isso com a perda de várias dimensões tecnológicas da ação médica – esse movimento procurou adjetivar a medicina a ser feita: medicina integral. Mas, com isso, fez outra intervenção interessante: tornou a idéia de integralidade uma categoria que passou a fazer sentido no interior do modo médico de agir. E, com isso, uma prática que só faria sentido a partir de um ato centrado no agir de um profissional de saúde.

Capturou seus sentidos e significados no campo nuclear das profissões. Engravidou a integralidade de um paradigma já dado: a perspectiva biologicista da medicina hegemônica. E não podemos dizer que só os médicos fizeram e fazem isso, pois, com um olhar atento, vemos que esse é o movimento realizado por todas as profissões de saúde, universitárias ou não.

Olhar para isso e poder perceber que esse é o modo mais comum de se fazer uso das apostas na integralidade pode nos posicionar em relação aos nossos próprios modos, individuais e coletivos, de encher as palavras

de sentidos e significados, posicionando-nos em relação ao nosso próprio agir, como uma pororoca<sup>1</sup>. Saindo do nosso território já dado e abrindo-se para novas possibilidades de engravidamento. Indo atrás de novos objetos e modos de produzir o cuidado que invadam o nosso agir a partir do núcleo profissional, tornando-o lugar comprometido com a construção de um cuidado em saúde que vê no outro o olhar a ser emprestado. Reconhecendo nesses atos a presença de nós mesmos e abrindo-se para novas ressignificações, como atos de inseminar palavras, vendo-se também como seu parceiro. Implicando-se com isso.

Esse processo só pode ser um ato coletivo no mundo do trabalho, mesmo que seja no plano individual que façamos ressignificações, enquanto sujeitos morais.

### **3. O Mundo do Trabalho é uma Escola<sup>2</sup>**

Olhar para o dia-a-dia, no mundo do trabalho, e poder ver os modos como se engravidam as palavras com os atos produtivos, tornando esse processo objeto da nossa própria curiosidade, vendo-nos como seus fabricantes e podendo dialogar no próprio espaço do trabalho, com todos os outros que ali estão, não é só um desafio, mas uma necessidade para tornar o espaço da gestão do trabalho, do sentido do seu fazer, um ato coletivo e implicado.

Na saúde tomo isso como um imperativo categórico. Como algo que devemos não só desejar, mas do qual não podemos fugir. Pois, diferentemente de outros processos produtivos, na saúde, o trabalhador a qualquer momento poderá ser seu próprio usuário. Imperativamente, quase que de modo obrigatório, terá que sempre se ver diante do fazer de si mesmo, porque mesmo inconscientemente tem que responder para si se seria um usuário do que está fazendo com o outro.

Já é sabido por muitos de nós que há trabalhadores que passam dezenas de anos fabricando certos produtos – como, por exemplo, uma bicicleta – e que não sabem utilizá-los, ou mesmo que não lhes são úteis para nada. Não se vêem como possíveis usuários dos produtos de seus trabalhos. Porém, na saúde isso é impossível. A qualquer momento, no interior do próprio processo produtivo, um trabalhador pode passar de um território situacional para outro, ou seja, pode sair do lugar de trabalhador para o de necessitado imediato da produção de atos de saúde. E, como tal, sabe se o que está fazendo enquanto trabalhador é ou não carregado de ofertas significativas para o outro que o busca.

Fazer do mundo do trabalho, na sua micropolítica, um lugar para tornar essas intencionalidades e implicações elementos explícitos, a fim de constituí-los em matéria-prima para a produção de redes de conversas coletivas entre os vários trabalhadores, que habitam o cotidiano dos serviços e das equipes de saúde, é explorar essa potência inscrita nos fazeres produtivos, como atos pedagógicos. Por isso, o mundo do trabalho é uma escola. É lugar de se debruçar sobre objetos das ações, de fazeres,

saberes e agenciamentos de sujeitos. O mundo do trabalho, nos encontros que provoca, abre-se para nossas vontades e desejos, condenando-nos também à liberdade e a estarmos diante de nós mesmos, nos nossos atos e nossas implicações. O que é isso, então, na saúde?

A produção de um ato de saúde, para ser concretizada, deve construir certas situações como seu objeto de ação e, como tal, opera um ato tecnológico, ou seja, um ato comprometido com a realização de um certo produto. Um ato direcionado para isso. Um ato que desde o começo já é finalístico, porque visa a produzir um produto: o ato de saúde sobre um objeto qualquer.

Dependendo do paradigma de cuidado em foco esse ato tecnológico estará considerando o usuário como um portador de necessidade / fragmento, isto é, ele será visto como um objeto, como um corpo ou parte de um corpo com problemas biológicos, como um ser sem subjetividade, sem intenções, sem vontades, sem desejos. Sob o olhar dos núcleos profissionais consagrados, hegemônicos, o usuário será mais partido ainda, pois será olhado como um objeto suporte para a produção de um ato de saúde reduzido a um procedimento profissional, o que vem consagrando a construção de modos de cuidar centrado em procedimentos.

Dentro desse tipo de ação de cuidado, somando todos os olhares profissionais, não se consegue chegar no outro como quem também olha, que também tem desejos, vontades, intenções, modos de expressar necessidades não-fragmentárias. Como um outro que não parte de núcleo profissional nenhum, de nenhum território tecnológico de ação. Como um outro que é um mundo de necessidades, rico de complexidades lógicas, pois pode conter desde dimensões restritas às formas corporais de sofrer, até necessidades de ser escutado, vinculado, inserido em redes comunicativas com outros, com vontades cidadãs.

A soma dos profissionais centrados não dá conta do vazamento que as lógicas que habitam a produção do cuidado contém. Olhando de outro lugar – o do usuário por exemplo – essas lógicas não podem ser plenamente capturadas por ações tecnológicas profissionais centradas; elas as extrapolam. Elas colocam o cuidado em outro lugar, que não só o da intenção de um ato tecnológico de um agir profissional sobre um objeto, como o corpo que sofre. Elas colocam o cuidado como referente simbólico do campo da saúde. Produzem-no como um outro tipo de objeto. Não aquele da ação que visa à realização de um ato de saúde, como o corpo alvo do cuidado, mas aquele que é prometido simbolicamente como a alma do campo da saúde, enquanto um lugar que cuida.

Esse cuidado, referente simbólico, é muito mais amplo e largo que qualquer intenção ou possibilidade de realização produtiva, que um conjunto de trabalhadores de saúde de uma profissão possa fazer, ou mesmo, que a junção de todos os profissionais de saúde possam somar.

Tomar o mundo do trabalho como escola, como lugar de uma micropolítica que constitui encontros de sujeitos/poderes, com seus fazeres e saberes, permite abrir nossa própria ação produtiva enquanto um ato coletivo e como um lugar de novas possibilidades de fazeres, a serem extraídas do próprio encontro e do próprio fazer, ao se desterritorializar dos núcleos profissionais e se deixar contaminar pelo olhar do outro do campo da saúde: o usuário, individual e coletivo, como lugar de um complexo modo de viver o mundo. Abrindo-nos, em ato, para novos engravidamentos e partos.

A integralidade grávida de nós, nesse cotidiano, pode revelar os modos de capturas ou os espaços de possíveis liberdades que operamos, individual e coletivamente, no fazer do nosso trabalho de cuidar.

Pensar como ir para além dos encontros, mutuamente irritativos e de reafirmações de territórios bem instituídos, entre as distintas profissões, no cotidiano do trabalho em saúde, e buscar novas formas de engravidar nossos atos, com sentidos e significações diferentes dos paradigmas que temos adotado a partir dos nossos núcleos profissionais, é uma tarefa colocada para todos os trabalhadores, que não têm a coragem de ser usuários do seu próprio fazer, muito menos do colega do lado, ou de toda a sua equipe.

#### **4. A Porosidade da Dimensão Cuidadora e das Valises das Relações, Invadindo os Núcleos Profissionais, Abrindo-os para o Cuidado como Referente Simbólico do Usuário**

Já venho, junto com outros, afirmando que o ato de cuidar para o trabalhador de saúde, para dar conta de parte do que está posto no seu encontro com um usuário, individual ou coletivo, mobiliza o trabalhador enquanto portador de caixas de ferramentas tecnológicas, que denomino valises da mão, da cabeça e das relações<sup>3</sup>.

Na composição dessas valises encontramos equipamentos, saberes tecnológicos e modos de se comunicar com o outro. Para construir essas tecnologias – duras, leves-duras e leves – mobilizamos pelo menos dois núcleos de constituição tecnológicos: o núcleo cuidador e o profissional-centrado.

As 14 profissões universitárias da área da Saúde procuram se distinguir entre si pelo núcleo profissional, pelo qual definem os saberes que dominam com exclusividade ou predominância, os objetos de suas ações e suas finalidades enquanto produtores de atos de saúde específicos. Este núcleo se faz presente em cada uma das valises, tornando-se parte das composições destas, tornando-as formas da profissão se realizar.

Por exemplo, um médico, como uma das 14 categorias profissionais, diz que sua identidade profissional se dá pelo seu domínio da clínica e da terapêutica que tomam o outro enquanto um corpo doente, em

sofrimento. Que cabe a ele, profissional, dominar esse território, a ponto de dizer para os outros qual o diagnóstico do problema de saúde apresentado por um indivíduo, que toma como seu objeto, enquanto um corpo doente, e que tipos de intervenções poderão ser realizados.

No processo de construção do seu núcleo profissional, o médico constitui parte das suas valises. Até a das relações ele procura formatar, com suas teorias sobre a relação médico-paciente. Ao considerar que seu núcleo é o que possui para poder falar sobre o próprio campo da saúde como um todo, acaba por ponderar que todas as outras profissões são braços da sua. E mais, toma aquilo que produz como seu objeto de ação, o referente simbólico do campo, reprimindo todo movimento que expressa um vazamento de sua pretensão impossível. Entretanto, o objeto simbólico do campo, o cuidado como referente, sobra e pede muito mais do que uma profissão pode lhe fornecer.

É interessante também olhar para o fato de que as outras 13 profissões fazem movimentos semelhantes, como uma forma instituída de ordenar organizações profissionais, impondo lógicas de regras de constituição iguais. E, desta forma, em qualquer outra profissão da área vemos movimentos iguais, procurando impor seu território de domínio pela conformação de objetos da prática, práticas e saberes, que tomam o referente simbólico do campo da saúde como soma de seus objetos. Mas, de novo, vejo que o referente sobra, ele impõe pedidos para o agir tecnológico das profissões mais do que cada núcleo só, ou somado ao outro, pode lhe fornecer.

Além disso, vemos que uma outra parte das valises é recheada de outros territórios de saberes e práticas, que não pertencem a nenhuma das 14 profissões, porém a todas faz referência. Cria uma porosidade entre o mundo das profissões entre si e entre o mundo dos trabalhadores de saúde e o dos usuários. Porosidades localizadas de modo mais explícito nas valises das relações, que opera tecnologias leves para dar conta dos encontros e relações de alteridades, com o outro: o usuário. Mas essas porosidades também estão localizadas em um núcleo tecnológico não-profissional de conformação, para dar conta do cuidado, que denomino de dimensão cuidadora das práticas de saúde, que visa ou é visado pelo mundo do referente simbólico do campo.

Por serem porosidades, é por aí que as profissões podem se encontrar desterritorializadas e, é por aí, que, o outro de nós, o usuário, penetra com seu complexo mundo de necessidades que vaza as nossas capturas nucleares. Vejamos um pouco mais de perto esses dois "lugares" micropolíticos.

São encontros de sujeitos em ação, com seus poderes, produzindo relações, se interditando e mutuamente produzindo. Com isso, disparando nos mapas desses encontros possibilidades de novos desenhos, como um aberto para novas conformações cartográficas. Micropolíticos, pois é aí que o trabalho vivo em ato se efetiva na construção do cuidado e como tal

opera como parteiro de palavras, significados e sentidos. Aí é possível construirmos dispositivos de gestão coletivas do trabalho em saúde, que abram encontros públicos para os fazeres privados dos atos profissionais centrados.

Provocar tudo isso, ao mesmo tempo, na lógica do trabalho como ato pedagógico, expresso pelo olhar da educação permanente, cria novas formas de se construir os cotidianos nos serviços de saúde.

A dimensão cuidadora opera situações com que todos os profissionais de saúde se defrontam, mesmo que procurem, sem muito sucesso, torná-la seu objeto restrito de ação, como aponte no caso da relação médico-paciente. É no espaço desta dimensão, do agir tecnológico em saúde, que o profissional – ou os profissionais – está diante de práticas tecnológicas, que devem responder pela produção de vários pedidos possíveis de serem inscritos no campo do referente simbólico – inclusive, aquele que promete que o campo da saúde é lugar da produção de um cuidado que cuida, comprometendo-se de fato com a vida do outro.

Só como exemplo, para estimular idéias em todos nós, cito alguns dos pedidos possíveis, inscritos nessa dimensão cuidadora:

- relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário e seu modo de representar e construir necessidades de saúde;
- relação acolhedora que inclua o usuário como sujeito de saberes e práticas no campo das ações de saúde;
- relação acolhedora com o usuário que permita produzir vínculos e responsabilizações entre todos que estão implicados nos atos de saúde;
- relação que permita articulação de saberes para compor as valises tecnológicas e os projetos de intervenções em saúde do modo mais amplo possível;
- relação que possibilita o encontro dos núcleos profissionais a partir do mundo do usuário como lógica **capturante** das outras lógicas, e não o contrário;
- relação que se compromete com a finalidade dos atos de saúde como efetivos para a qualificação do viver individual e coletivo;
- relação que se orienta pela aposta no agenciamento de sujeitos morais implicados com a defesa da vida individual e coletiva;
- relação de inclusão cidadã, que opera na construção de autonomies e não de clones no campo da produção dos sujeitos sociais; entre outras.

Vejam que não é por acaso que este exercício de engravidamentos apontou para a produção em relações. Entendo que o lugar mais aberto para um agir em produção, não plenamente capturado, que denuncia a todo o tempo o limite dos modos instituídos de se produzir atos de saúde, é onde atua a valise das relações, cheia de tecnologias leves e em ato<sup>4</sup>. Plenamente preenchida de porosidades, como apontado antes. E, como

tal, abre-se em ato para todas as possibilidades instituintes no campo da saúde. O trabalho vivo em ato é sua substância produtiva nuclear, além de não pertencer a nenhum núcleo profissional na sua plenitude. É nesse território tecnológico que, por exemplo, a relação médico-paciente é denunciada como limitada, insuficiente, ou mesmo como lugar de dominação e de controle.

Mas é território de ruídos dos vazamentos, e por isso é um ótimo dispositivo para as equipes de saúde, nos seus cotidianos, construírem seus encontros em aberto. Disparando novas formas comunicativas entre si, compondo valises em conjunto.

A maior parte a preencher as valises das relações, diferentemente das outras duas, é a dimensão cuidadora. Por isso, ela se torna lugar privilegiado, a ser visto como lugar de ações que interrogam os limites dos modelos hegemônicos, centrados nos próprios profissionais de saúde.

Não são poucos os exemplos que podemos vivenciar no cotidiano dos serviços que mostram essa porosidade, revelando novos territórios de encontros e ações, na busca de um agir coletivo em saúde que se interroga pela integralidade que engravida.

## **5. Um Agir em Saúde no qual a Integralidade Seja Desafio a uma Desterritorialização**

O relato de um caso pode abrir nossas imagens em relação a isso. O que descrevo está inserido em uma experiência que vivenciei com uma equipe de trabalhadores de saúde, de uma unidade básica, na rede de serviços de saúde de Campinas (SP), no final dos anos 90, e que inclusive me estimulou a construir o texto sobre valises tecnológicas.

Conversando com os trabalhadores dessa unidade, propus que eles trouxessem situações do cotidiano sobre as quais que gostariam de conversar, além do mapeamento que estávamos<sup>5</sup> fazendo sobre quem eram e como se movimentavam na unidade os usuários, em um dia inteiro de trabalho. Esse mapeamento foi feito a partir da construção de certas técnicas, no coletivo dos trabalhadores da unidade, para a produção de informações de saúde, no domínio da própria equipe, e que nos daria a imagem de quem tinha ido ao serviço, com que problema e/ou queixa, a que hora, que tipos de ações tinham sido feitas, quem fez, a que hora, quanto tempo demorou na unidade e que problemas foram enfrentados, por quem e como.

Na mistura de conversas sobre a cartografia produzida do dia de trabalho, fizemos uma reflexão sobre que tecnologias portávamos para fazermos nossas ações, naquele cotidiano. A partir dessa conversa e com a necessidade de aprender o que estava sendo falado, propus algumas idéias conceitos para fazermos um outro tipo de mapeamento: o das valises tecnológicas, sugerindo que cada um visse o que tinha nas mãos, na cabeça e nos atos relacionais, nos vários momentos de seus trabalhos



e os cartografássemos.

Uma auxiliar de enfermagem, numa certa altura, virou para o grupo e falou como ela estava alegre de se ver uma produtora e portadora de tecnologias em saúde, afirmando que pela primeira vez tinha a noção do quanto era uma trabalhadora de saúde e atuava com uma valise, como a das relações. Além de dizer isso, fez a seguinte observação: que ela, agora, passou a entender por que o modo como os médicos tratavam as senhoras mais idosas, com remédios para acalmar, a irritava e o que colocaria no lugar.

Minha cabeça pirou ao ouvir isso. Estimulei-a a continuar falando, dando-lhe respaldo – o tipo de tutela que você pode emprestar para alavancar o outro, que nos atos pode se autonomizar; maneiras bem usadas em cuidados como as que se fazem nas redes de atenção em saúde mental – para que continuasse a explorar sua descoberta.

Ela dizia que as pessoas velhas, como aquelas senhoras, tinham uma vida muito rica a oferecerem e o modo como os médicos se relacionavam com elas era muito pobre. Não viam nelas isso tudo. Que agora ela entendia que podia ir para o interior da equipe e abrir essa conversa, propondo modos diferentes de se relacionar com aquelas senhoras. Imaginava a possibilidade de elas mesmas, em rodas de conversas, colocarem coisas novas, uma para a outra, ou mesmo perceberem naquele lugar espaço para poderem ser escutadas. Que iria propor isso para o grupo de trabalho dela e para os médicos e ver se eles topavam fazer algo diferente, que não fosse só dar receita de Diazepan.

Não precisa dizer que algo ocorreu ali naquele coletivo. Hoje, não sei como isso se mantém, apesar da minha curiosidade; mas, muito deve ter mudado, pois a própria equipe dessa unidade não é mais a mesma. Porém, essa trabalhadora com certeza não deixará mais de se sentir sujeito da ação e com poderes. Disso eu tenho certeza.

Entretanto, quero chamar a atenção, neste momento, sobre como o modo de engravidar as palavras e, é óbvio, nossos atos de saúde com certas visões ou projetos de integralidade das nossas ações, podem estar abrindo novidades, utilizando-se das porosidades da dimensão cuidadora e das valises das relações.

Tomar de modo explícito, pelo coletivo de trabalhadores, a capacidade interrogativa que a integralidade, como dispositivo de transformação das práticas de saúde, contém, parece-me não só possível, mas necessário, como já disse, para todos aqueles que se inquietam com o fazer cotidiano dos serviços de saúde, mas em particular para aqueles que sabem que não seriam usuários de si mesmos.

A possibilidade de se olhar desses lugares utilizando o potencial desterritorializante que a aposta na integralidade contém, permite que interroguemos como seus preenchedores de sentidos, nos nossos fazeres, apontando para este campo de porosidades. Abre a gestão do trabalho para o coletivo e para um mundo novo no campo da saúde, operando

outras lógicas capturantes, pelas quais o mundo dos usuários pode e deve invadir nossos núcleos tecnológicos de ação e impor novas lógicas, que olham para o lugar da promessa do referente simbólico da saúde: o ato de cuidar como um fazer coletivo voltado para a defesa da vida, individual e coletiva.

### **Bibliografia estimuladora**

ABRAHÃO, A. L. *Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência, defendida como doutorado junto ao Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, UNICAMP, Campinas, SP, 18/02/2004.*

CAMPOS, G. W. S. *Reforma da Reforma*. São Paulo: Hucitec, 1992.

FLORES, F. *La empresa del siglo XXI*. Santiago: Hachette, 1994.

FRANCO, T. *et al. Acolher Chapecó*. São Paulo: Hucitec, 2004.

HABERMAS, J. *Teoria da Ação Comunicativa*. Madri: Taurus, 1997.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

<sup>1</sup> A idéia de pororoca é retirada de Ana Lucia Abrahão, que, em sua tese de doutorado, usa dessa figura para mostrar a dobra da ação sobre o próprio agente do ato. (REFERÊNCIA?)

<sup>2</sup> Esta imagem é emprestada de Erminia Silva, que, no seu estudo sobre os circenses e sua arte, nos mostra que o circo é uma escola, por ser o lugar de produção do fazer artístico, de seus próprios artistas e dos saberes.

<sup>3</sup> Ver essa discussão no livro *Saúde: a Cartografia do Trabalho Vivo* (MERHY, 2002).

<sup>4</sup> Os primeiros textos que produzi neste eixo estão no livro *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*. (MERHY e ONOCKO, 1997).

<sup>5</sup> “Estávamos” faz referência a meus parceiros neste trabalho, Marta Tornavoi e Mauricio Chakkour.