

# Equipe de Saúde: a Perspectiva *Entre-Disciplinar* na Produção dos Atos Terapêuticos

RICARDO BURG CECCIM<sup>1</sup>

## 1. Introdução

A grande área da saúde é integrada por profissões cujos núcleos de competências se organizam pelas práticas do assistir e por outras, cujos núcleos de competências integram as práticas de promoção da saúde. Refiro como distintos – em seus núcleos de competências – aqueles atos de saúde prestados às pessoas e os que são dirigidos às coletividades humanas. A imprecisão de limites entre os dois grupos, ou destes com outros grupos profissionais, se relaciona com a amplitude que se queira imprimir ao conceito de práticas de saúde ou de necessidades de saúde.

Neste artigo, quando me refiro às profissões de saúde, falo dos profissionais que, por força de formação e habilitação profissional, devem estar aptos para o assistir individual, além de qualificados para a compreensão ampliada da promoção de saúde e para a prestação de práticas integradas de saúde coletiva.

O processo educacional que visa à formação desses profissionais de saúde deve ter em vista tanto o desenvolvimento de capacidades gerais (identificadas com a grande área da saúde), quanto aquelas que constituem as especificidades de cada profissão. Entretanto, todo processo educacional deveria ser capaz de desenvolver as condições para o trabalho em conjunto dos profissionais de saúde, valorizando a necessária multiprofissionalidade para a composição de uma atenção que se desloque do eixo – recortado e reduzido – corporativo-centrado, para o eixo – plural e complexo – usuário-centrado.

Vale dizer que as propostas de formação e de exercício do trabalho em equipe multiprofissional já estão colocadas como realidade em nossa sociedade para a área da saúde, não cabendo legitimidade a qualquer apelo em contrário. Prova disso é a constância da designação do trabalho em equipe em qualquer circunstância propositiva da elevação da qualidade do trabalho e da formação em saúde. A orientação de trabalho em equipe consta tanto das diretrizes para a formação dos profissionais (Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da grande área da saúde), quanto das diretrizes para o exercício profissional no Sistema Único de Saúde (Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS).

Objetivamente, não está em negociação impor ou não a condição multiprofissional. Devemos reconhecer a imposição social da multiprofissionalidade. Resta-nos partir da admissão dessa condição, já de antemão, para *negociar* em cada realidade os modos, meios, processos e dinâmicas para sua efetivação. Para as lutas corporativas, entretanto, não será estranho recuar da condição para impor uma *negociação* mais dura, sobretudo no caso das profissões hegemônicas. Para estas, a forte reação a toda e qualquer ampliação de autonomia às profissões significa prorrogar vigências hegemônicas. Mesmo diante da aquisição de amplos domínios cognitivos e práticos nas várias profissões, há para as profissões hegemônicas que tentar se impor como supervisão, alimentando a noção de delegação e a manutenção de uma subordinação suposta. A técnica de opor-se à mudança é a técnica da manutenção, de preservação do mesmo, de reposição de instituídos, de exclusão do movimento. Protagonizar (ter a autoria) ou sedentarizar (não deixar sair do lugar)! A ação é política, não técnica. Tornar a negociação mais dura: disciplinarizar, escolher a fronteira, levantar mais altas as rugas que estriam o tecido social com

racionalidades sedentárias e de exclusão da alteridade. Entretanto, não há como eliminar movimentos que já se desencadearam e já estão em processo.

Cada carreira, com sua lei de exercício profissional, seu currículo de habilitação técnica e sua participação no mercado das ocupações em saúde, segue o corte disciplinar que estrutura projetos de formação e de trabalho de maneira compartimentada e parcialista. Uma das maneiras de estriar o tecido social e impor o sedentarismo à mudança é rivalizar competências e autonomias entre as profissões regulamentadas. Segundo a perspectiva da educação formal, nos tornamos profissionais de saúde como resultado de um percurso científico-curricular e de um processo progressivo de certificação técnico-profissionalizante (ensino superior) que nos autoriza o registro, junto aos conselhos profissionais, para o exercício de uma profissão regulamentada. É a partir, principalmente, do exercício profissional, mais que das políticas do trabalho, que domínios conceituais e práticos investem rivalidades disciplinares: corporativistas.

Seria simplista supor que a formação de um profissional de saúde resulta apenas de um processo de aquisições cognitivas e comprovação de habilidades de discernimento intelectual. A formação de um profissional de saúde resulta de um processo que envolve as políticas de ensino, as políticas do exercício profissional e as do trabalho em saúde. Além do credenciamento formal, quais *intercessores* intervêm em nossa formação?

Estou chamando de intercessores o termo cunhado por Deleuze e Guattari para identificar o papel que cumprem os fatores de exposição, os operadores de realidade, os conceitos-ferramenta que nos são dados/nos mobilizam/nos agenciam para nos tornarmos profissionais. Segundo Deleuze (1992, p. 151-168), os intercessores são como interferências entre linhas melódicas estrangeiras umas às outras, fazendo-as percutir uma na outra. Intercessores não são agentes de trocas ou de iluminação das reflexões, são agentes de derivação ou de introdução da diferença. Intercessores podem ser pessoas, por exemplo, podem ser os artistas e os cientistas para um filósofo ou os filósofos e os artistas para um cientista, como também podem ser coisas, plantas e até animais, como em Castañeda<sup>2</sup>, que possibilitam a criação. Intercessores são interferências constituindo agenciamentos, convocações ou modos de sentir-pensar-querer e, aqui, nos servirão para qualificar os fatores de exposição a que somos apresentados para nos configurarmos profissionais de saúde. Que intercessores nos são dados para nos constituir terapeutas e equipe de saúde?

Como parte do esforço pela mudança na formação profissional, que enfoque a afirmação da vida de modo intrínseco aos atos de saúde, argumento aqui sobre a necessidade do trabalho em equipes multiprofissionais, mas também sobre uma prática mestiça, capaz de escapar ao limite disciplinar das profissões e de se expor à alteridade (sem hierarquizações e sem divisões técnicas ou sociais) com os usuários e com a equipe de saúde.

Deleuze (1992) busca François Ewald<sup>3</sup>, em relação à filosofia do direito, para mostrar que, acima das questões normativas do direito ou mesmo dos direitos, deve estar a jurisprudência. Tudo que é relativo à vida, as circunstâncias de vida, é questão de jurisprudência. “Não é de um comitê de sábios, comitê moral e pseudocompetente, que precisamos, mas de grupos de usuários”, afirma Deleuze (1992, p. 209). É da vida a criação de novas situações, a possibilidade de novos acontecimentos, por isso deve haver essa espécie de passagem do direito à política. Segundo o pensador, para as exigências éticas da vida, *a Lei é uma noção vazia e as leis noções complacentes; é a jurisprudência que é verdadeiramente criadora de direito*. Acima do Código Civil deveriam estar as coletâneas de jurisprudência.

## 2. O Projeto Multiprofissional e a Prática Terapêutica

Todo profissional de saúde, independentemente da habilitação técnica obtida como resultado de um curso de graduação na área, atua no âmbito terapêutico – isto é, exerce práticas terapêuticas, busca a terapia das circunstâncias que geram a necessidade de uso das suas ações profissionais e dos serviços de saúde. Terapia (*therapéia*) significa trato cuidadoso, auxílio que habilite para a cura, guia para a autonomia e qualidade de vida, tratamento. Todo profissional de saúde, pela condição de terapeuta, deve deter, com apropriação e acurácia<sup>4</sup>, recursos e instrumentos de intervenção clínica. A clínica, como conhecimento sistematizado de sinais e sintomas e como experiência de atendimento em situações de adoecimento, nasce, justamente, à beira do leito (*kliné*) – isto é, indica a prática do ato de assistir à beira do leito, por isso o ato dedicado de tratar/cuidar/escutar.

O que define um profissional de saúde é sua condição objetiva de *assistir*, sua habilitação técnica para a *clínica*, sua profissionalização para o *ato terapêutico*, sua dedicação ao *cuidar*. Uma profissão resultante de uma graduação universitária significa autorização para o respectivo ato profissional com a autonomia de uma habilitação técnico-científica, da aquisição de direitos e deveres, com a prerrogativa profissional, de responsabilização pela discriminação de necessidades e estabelecimento de condutas clínicas. A diferença que existe entre uma profissão técnico-científica e uma profissão técnica ou tecnológica é a mesma que faz distinção entre a educação superior e a educação profissional. À primeira compete o elevado pensamento científico e a construção intelectual de campos e núcleos específicos de saberes epistêmicos e pragmáticos (cursos de bacharelado nas áreas técnico-científicas e de licenciatura nas áreas do magistério). À segunda compete o elevado domínio prático de conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento do trabalho e a concretização de procedimentos para o melhor desempenho de saberes científicos e práticos (cursos de tecnólogos e de técnicos). Não se poderá supor, portanto, que diante da definição de um bacharelado, não se ateste/assegure o exercício autônomo de saberes e de práticas para marcar termo aos problemas da realidade (ler, interpretar e enfrentar propositivamente a realidade ou encetar o confronto criativo de perspectivas a uma dada realidade).

A terapêutica, bem sabemos, ocorre em vários planos e pode se realizar por intermédio de múltiplas categorias profissionais e múltiplos campos de conhecimento e de práticas, mesmo de outros setores da ação social (ensino, educação popular, educação física, arte, cultura, assistência social etc.). Do ponto de vista sócio-histórico ou psicoafetivo, com toda a certeza as práticas sociais menos identificadas com a assistência de saúde, *stricto sensu*, vêm obtendo maior êxito terapêutico. Igualmente, com maior probabilidade, acompanhando o pensamento de Naffah Neto (1994, p. 20), “a terapia estará acontecendo em espaços menos controlados pelos códigos instituídos”. Para Naffah Neto, um projeto terapêutico se realiza “em qualquer parte do corpo social onde alguém, por alguma razão, esteja denunciando, colocando em xeque, valores que apequenem ou empobrecem a vida”. Entretanto, limitando-nos às ações objetivas de atenção clínica, capazes de prestar assistência tal como devida a cada problema – individualmente vivido –, identificaremos as ações próprias do setor da saúde e os atos profissionais de saúde, onde o efetivo exercício da clínica precisa se orientar pela integralidade da terapêutica.

Uma clínica orientada pela integralidade recairia utópica, idealizada e abstrata se – em cada ato profissional – viéssemos supor a capacidade de corresponder a todos os aspectos que envolvem a experiência concreta de adoecimentos, sofrimentos, padecimentos, aflição ou o sentimento de vida contrariada. Resta-nos desenvolver

tecnologias de tratamento que respondam pela condição da integralidade, pela resolutividade das práticas assistenciais e pelos problemas de saúde, tal como experimentados em situações de vida.

Um projeto terapêutico da integralidade e da resolutividade, entretanto, é muito mais complexo do que pode responder o recorte e circunscrição de uma profissão isolada, mesmo em face do curso das diversas áreas de especialidade de uma profissão. Se cada profissão, para alcançar a potência da integralidade, viesse desenvolver-se em tantas especialidades quantas são as demandas por conhecimentos disciplinares, então teríamos uma única profissão em saúde, talvez com múltiplos tecnólogos corporificando cada área de especialidade.

É certo que todas as profissões de saúde existem em um campo de saberes e de práticas que justificam a organização da clínica como prática com vigor terapêutico capaz de interferir no processo de ser saudável-adoecer-curar-se. O que caracteriza uma profissão é a existência de um núcleo de saberes e de práticas com vigor de reprodução social nos sistemas de ensino e formação, nos sistemas de exercício profissional e nos sistemas de trabalho. Apesar dos esforços em se flexibilizar as fronteiras disciplinares do conhecimento e da técnica, lembram Benevides de Barros e Passos (2000, p. 75-76) que o mais que se conseguiu, no melhor dos casos, nas últimas quatro décadas, foi o estabelecimento de um diálogo, este entabulado “entre profissionais mais identificados com tal ou qual disciplina, remetidos na maior parte das vezes, a determinados especialismos”.

Se a flexibilização se realiza por meio de variados procedimentos, conforme revelam os autores, temos tanto a multidisciplinaridade, movimento de disciplinas que se somam na tarefa de dar conta de um objeto que, por sua natureza multifacetada, exigiria diferentes olhares, como a interdisciplinaridade, movimento de criação de “uma zona de interseção entre (...) [as disciplinas], para a qual um objeto específico seria designado” (Benevides de Barros e Passos, 2000, p. 75-76). O que se constata “como efeito, seja da multidisciplinaridade, seja da interdisciplinaridade”, conforme analisam os autores, “é a manutenção das fronteiras disciplinares, dos objetos e, especialmente, dos sujeitos desses saberes”.

Indicando os *sujeitos* de saberes como os profissionais, escolho a tese de uma multiprofissionalidade que transportaria a noção de sujeito individual para a noção de equipe *desassujeitada* por saberes e práticas disciplinares individuais. Em uma margem, cada uma das identidades profissionais. Na outra margem, cada uma das outras identidades profissionais. Aceitando ativamente o ponto de partida de um trabalho em saúde, ordenado em práticas de profissionais de diferentes recortes epistêmicos e efetuações clínicas, e validando na realidade que qualquer desses recortes é limitado, tanto para exercer uma clínica da atenção integral, quanto para compreender toda sorte de conexões que um quadro fisiopatológico ou psicossocial estabelece como modos de acolher ou reagir ao andar da vida, estou reivindicando que nenhum profissional estará efetivamente aberto à alteridade e à aprendizagem de sentidos sem experimentar uma terceira margem. A possibilidade terapêutica estaria na terceira margem ou lugar mestiço.

João Paulo, editor de cultura do jornal *Estado de Minas*, ao interpretar o roteiro de Walter Salles Jr. para o filme *Diários de Motocicleta*<sup>5</sup>, chama sua crônica de *a terceira margem*, propondo que o roteirista mostra a união entre ética e estética na defesa da compreensão e imaginação como fundamentos da política. O crítico afirma que a qualidade do roteiro cinematográfico não está na tentativa de mostrar a articulação entre vida individual e projeto político ou coletivo (uma interseção), mas de mostrar um fluxo, o fluxo de um rio incontido entre suas três margens (João Paulo, 2004. p. 1).

A terceira margem é a da travessia, a da falta de identidade das margens, aquela que se torna *intempestiva*<sup>6</sup> e não produto do *tempo das margens*. No filme, chegamos a ver o protagonista atravessando um rio, contra a correnteza e contra a crise de asma, afastando-se de uma margem onde a *clínica* pertence aos terapeutas profissionais e alcançando a margem onde a clínica é a dos usuários (doentes de hanseníase). A terceira margem é a da travessia, da transmutação de valores, da surpresa dos clínicos (aqueles) e dos usuários (aqueles). Não é, portanto, a nova clínica, renovada e desejada, não é uma clínica do passado que se opõe a uma clínica do presente. “Nem posto, nem oposto, incessantemente exposto” é a designação de Michel Serres (1993, p. 20). “Nesse meio-dia começo e termino ao mesmo tempo: passagem pelo lugar mestiço”, dirá o autor. Como propõe João Paulo, é uma utopia em movimento, é o *entre* onde “eros e logos conversam”.

Serres (1993, p. 12) afirma que “a verdadeira passagem ocorre no meio” é quando o nadador se encontra sozinho: “qualquer sentido que o nado tome, o solo jaz a dezenas de metros sob o ventre ou a quilômetros atrás e na frente”. Eis a solidão, não a interseção. Acabam os domínios. Ao atravessar se aprenderá, certamente, “um segundo mundo, aquele para o qual se dirige, onde se fala outra língua”. Entretanto, a aprendizagem se inicia, sobretudo, num terceiro mundo, no qual em que somente o aprendiz transita. Este é que faz a mudança, que altera sentidos, que convoca a aprendizagem, que irrompe em alteridade, que honestamente busca contato com o outro.

A novidade que estou tentando entabular neste texto é a de uma ética *entre-disciplinar* à estética multiprofissional do trabalho e educação da equipe de saúde. No lugar interdisciplinar podemos encontrar não o cruzamento ou interseção entre os perfis profissionais, mas a produção de si e dos cenários de trabalho em saúde, onde cada fronteira pode percutir na outra como intercessão por sua mudança, resultando em alteridade e aprendizagem. Surge, então, a terceira margem, não a interseção da interdisciplinaridade, mas a emergência do *entre*. Não o desenho da interseção que constituiria uma terceira identidade, mas um lugar de efeitos, de *defasagem de si*, de *sensibilidade*, o que, no dizer de Serres (1993, p. 16), é “a possibilidade ou capacidade em todos os sentidos”. Para o autor, “lugar-meio onde se integram todas as direções” (p. 14). “A sensibilidade habita um lugar central e periférico: em forma de estrela” (p. 16). A sensibilidade é “a possibilidade ou capacidade infinita de aprender” (p. 44). A *defasagem de si* é o que Simondon (1964) chamou de aparecimento de fases, que são as fases do ser, desaparecimento do si mesmo ou disparo de um devir na ontogênese do ser. É necessário considerar o ser não como *sujeito* (substância, matéria ou forma compondo uma unidade singular do *si mesmo*, sujeito unitário), e sim como *subjetivação* para aceitar que a defasagem de si é a supersaturação inicial do ser homogêneo e sem devir que, em seguida devém, fazendo emergir indivíduo e meio, onde os equilíbrios são sucessivos e não identitários.

Proponho a *entre-disciplinaridade*, que deveria estar compreendida sempre que afirmamos o trabalho multiprofissional de maneira interdisciplinar, um lugar de sensibilidade e equilíbrio metaestável, em que a prática terapêutica emergiria em clínica mestiça ou clínica nômade; em que todos os potenciais seguiriam se atualizando e o equilíbrio não seria outro que não a transformação permanente.

Caberia ao desempenho das profissões de saúde o trânsito, atuar segundo sua circunscrição de saberes, mas orientando-se pela circunscrição dos saberes que o excede e sob o risco da sobrevivência em uma zona de fronteira, uma *margem* virtual no *entre*<sup>7</sup>, sítio de tensão e de indiscernimento, mas de aprendizagem e de invenção (de si, das fronteiras provisórias, da equipe e de novos mundos). Cada profissão tem uma nascente e uma história de proveniência, emergência e reprodução, não conseguindo sobreviver sem a

produção de conhecimentos e a prestação de serviços que a ela configurem a profundidade e a responsabilidade com a melhoria do estado de saúde, com a construção e o fortalecimento de instrumentos de intervenção e com a ampla porosidade aos usuários das ações e serviços de saúde. Essa condição não dá a nenhuma das profissões a soberania sobre a terapêutica, impõe o trabalho e a educação em equipe – por isso, um dos problemas acumulados no campo da educação dos profissionais de saúde é que ela não tem previsto e ensinado a trabalhar, a aprender e a aprender a trabalhar em equipe matricial.

Na zona de fronteira, não uma região de vizinhança ou de interseção, mas sítio de tensão pelo estranho expurgo do domínio autônomo e autogerido e do caráter privativo no uso de recursos e instrumentos terapêuticos, instaura-se a experiência de exílio das verdades que desenham as margens originais (os regimes de verdade que dão em profissões e aparatos profissionais disciplinares). Nesse lugar-meio encontra-se aquele que aprende, que entra em alteridade, que se depara com as fragilidades de cada referência profissional/disciplinar para dar respostas aos problemas concretos (do experimentar da vida), onde não é possível discernir qual atuação própria e privativa pode dispor da oferta da atenção, cuidado, tratamento, cura ou terapia necessária ao singular evento do assistir e à singular experiência de vida que se põe em cena.

### **3. Nascente da Equipe-Em-Nós: Multiprofissionalidade como Estética da Ética Entre-Disciplinar**

De uma expressão de Nietzsche, em *Além do bem e do mal: "l'effect c'est moi"*, Marton (1990, p. 33-34) nos ajuda a compreender a *inversão do platonismo* introduzida pelo autor na cultura estruturante do pensamento ocidental moderno. “Pensar o agir como decorrente do querer e postular um sujeito por trás da ação só é possível”, revela a autora, “quando se despreza o processo que leva uma vontade a tornar-se vencedora, fazer-se predominante”.

É da vontade que alcançou o sucesso que se infere uma causa: *o sujeito a quem seria facultado exercê-la*. Abandonando a suposição de um sujeito responsável pelo querer, se descobre outra *razão humana*: a *razão polifônica* ou *razão heterogenética* que se faz *entre* os homens e não *pelos* homens. É essa razão a única capaz de dar conta da organização complexa (caótica) do real e seus múltiplos campos de virtualidade, especialmente para pensar o vivo, o que não pode ser reificado.

Dessa forma, seguindo as proposições de um estado nômade na produção de conhecimentos e de práticas, conforme encetado por Deleuze e Guattari em seu *Tratado de nomadologia*, pode-se colocar em paralelo dois modelos teórico-práticos para a clínica profissionalizada: um modelo com sentido régio ou legal, estabelecido pela História, às ciências, e um modelo com sentido de devir e de heterogeneidade que se opõe ao estável, ao eterno, ao idêntico, ao constante. De um lado, o espaço *métrico* (conceitos verdadeiros); de outro, o espaço *vetorial* (campo de vetores).

Para Deleuze e Guattari (1997, p. 40-42), os dois modelos teórico-práticos caracterizam dois perfis de ciência: a *ciência régia*, aquela com poder teoremático e axiomático e que subtrai todas as condições intuitivas de suas operações para forjar conceitos verdadeiros ou categorias capazes de erigir modelos estáveis; e as *ciências ambulantes*, que *consistem em seguir um fluxo num campo de vetores*, submetendo-se às avaliações sensíveis e sensitivas que produzem um *conhecimento aproximativo*. Esse conhecimento *aproximativo* impele à incessante problematização e é relativo a todo um conjunto de atividades coletivas, não somente às questões científicas – referindo-se ao

movimento do conhecimento num espaço liso e nômade. Em oposição a esse espaço liso e nômade, está o espaço estriado e sedentário. O espaço estriado diz respeito à visibilidade ótica (*óptica*), ocupando-se do reconhecimento de fronteiras e da interposição de categorias analíticas. O espaço liso diz respeito à visibilidade *háptica* (visão tátil, ver/ouvir + sentir), ocupando-se do reconhecimento de zonas de vizinhança e de indiscernibilidade e das apreensões *páticas* (apreensão global por sensibilidade, *pathos*). As passagens entre estriado e liso são necessárias, mesmo que incertas, resolvidas por coeficientes de transformação que fazem a atualidade entre os conhecimentos prévios (regimes de verdade/ciência/razão sedentária) e as singularidades (sensibilidade/alteridade/razão nômade).

Se as relações teoria-prática são efetivamente complicadas, fragmentárias, parciais e se não há uma solução totalizadora possível, uma *tomada pragmática*<sup>8</sup> subordinaria os saberes teóricos às operações e condições da alteridade e da sensibilidade no exercício das práticas. Se a teoria é dita como a visão *distanciada e interpretativa* da complexidade da realidade, uma tomada pragmática colocaria em evidência uma visão *aproximada e intuitiva* (sensível) dessa realidade, menos dicotomizada da complexidade intangível (não menos real), ensejando o *possível* pela transferência de consistência ontológica entre intangível e concreto (Guattari, 1993, p. 77; Deleuze e Guattari, 1997, p. 203).

Podemos afirmar a multiprofissionalidade como uma tomada pragmática, uma vez que não existe e nem existirá o profissional da mais elevada capacidade de cura/cuidado/escuta, como um deus profissional da atenção integral. Somente na equipe podemos supor a produção de um ato de saúde relativo ao problema concreto das necessidades em saúde, com os recortes *profissionais* da atenção. Não ocorrerá que profissionais possam adquirir responsabilidade institucional sobre a prestação da atenção terapêutica sem exercício de poderes institucionais na organização das práticas individuais e coletivas de saúde. Equipes hierarquizadas nos poderes burocráticos e administrativos de organização das práticas hierarquizam as responsabilidades individuais com o projeto terapêutico global de direito dos usuários das ações e serviços de saúde, em prejuízo desse direito.

Temos uma tensão permanente entre a força do *trabalho vivo* (Merhy, 1997, p. 100-105), com seu *potencial de criação*, e os *modelos* que buscam, ao cristalizar os processos de trabalho, *conformar os atores a determinados papéis*. Dessa *contradição* afloram possibilidades pedagógicas de reprodução e/ou de criação de outros saberes, práticas e poderes. As *linhas de fuga* que são geradas na conformação de modelos devem ser exploradas pelo trabalho criativo em saúde, na experimentação de modos nômades de produzir saúde, em práticas terapêuticas mestiças com os usuários e *entre* a equipe, abrindo processos de subjetivação profissional, institucional e pessoal.

Em uma tomada pragmática da clínica, para que esta seja prática terapêutica, precisamos da oferta e da prestação direta dos saberes e práticas conformados em profissões de saúde (recortes profissionais), assim como mobilizar a intensa permeabilidade das fronteiras dessas conformações: não teremos o profissional único; não teremos elevada responsabilidade em profissionais subordinados e subalternizados (em prejuízo do poder técnico, do poder administrativo ou do poder político). Uma tomada pragmática implica aceitar ativamente a regulação *em/na equipe* de saúde, com amplos poderes às equipes locais (as equipes em projetos terapêuticos) para reconfigurar os recortes profissionais e produzir os atos de saúde, conforme requeridos em cada caso e em cada cena – isto é, em situação, com responsabilidade.

Campos (1997, p. 230) assegura-nos que o trabalho em saúde, para ser eficaz e

resolutivo, “dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis”, seja pelas ações clínicas seja pelas ações de saúde coletiva. Benevides de Barros e Passos (2000, p. 76) afirmam que a clínica só pode ser concebida como transdisciplinar e, por isso, deve subverter o eixo de sustentação dos campos epistemológicos e sua estabilização em unidades disciplinares e em especialismos. Para os autores, a interseção é uma relação “de conjugação de dois domínios na constituição de um terceiro”; já a intercessão é uma relação de interferência entre domínios que se intercedem, desestabilizando um ao outro. Na primeira, a tendência a uma nova identidade e uma nova estabilidade; na segunda, um processo de diferenciação que não tende à estabilidade: metaestabilidade.

Em um movimento *entre-disciplinar*, a equipe multiprofissional de saúde teria, nos recursos e instrumentos terapêuticos de cada corpo de conhecimentos e atos de uma profissão, a oportunidade de compor e inventar a intervenção coletiva, constituindo-se cada desempenho ampliado ou modificado em um desempenho protegido pela condição da equipe. A equipe comporia o tempo todo um sistema de práticas em aberto, relacionado mais a cada situação concreta e relativa a cada equipe ou local selecionado que a um sistema burocrático de divisão técnica do trabalho em situação abstrata de competências e habilidades por título profissional. A atenção gerenciada em cada equipe – a regulação em/na equipe – permitiria a invenção e a autorização de *desempenhos protegidos*, tendo como meta projetos terapêuticos responsáveis pela resolutividade das ações e dos serviços de saúde.

A competência institucional da terapêutica profissionalizada, agora podemos afirmar, não depende apenas dos conhecimentos científicos das profissões, mas também dos conhecimentos aproximativos. Neste caso, depende da coragem das práticas criativas e inventivas, capazes de se deparar com o espaço liso da perda de domínios e das referências fortemente instituídas, para nomadizar com sensibilidade e responsabilidade pela prestação de curas, cuidados e escutas.

Uma abordagem mais integral ajudaria, de acordo com Campos (1994, p. 50-51), a superar o mecanicismo biologicista e reducionista que vem sustentando a degradação da clínica, onde, por exemplo, o tratamento de uma hipertensão não consegue conjugar a prescrição de medicamentos com o desenvolvimento da capacidade de as pessoas escutarem e lidarem com o próprio corpo, ao que acrescento: ou detectarem sua produção de sentidos e de mundos e as possibilidades intercessoras no ser saudável-adoecer-curar-se.

#### **4. Entre-Disciplinaridade e Trabalho Protegido**

Cada profissão possui uma disciplina prática de interpretação do processo saúde-doença e uma qualidade de comunicação diferente com as histórias afetivas que configuram padecimentos, aflições ou demandas nos usuários individuais ou coletivos das ações e serviços de saúde. Cada plano profissional de ação terapêutica opera num *horizonte fabulatório* particular, projetando uma inscrição especificada de referências.

A imagem de um *horizonte fabulatório* correspondente à análise de Deleuze (1992, p. 157) sobre a fabulação bergsoniana<sup>9</sup> e serve-nos para propor o reconhecimento de que a verdade não é algo preexistente, mas algo com que operamos a montagem de acordos diante de idéias preestabelecidas. A fabulação é a proposição de uma maneira de compreender, é a configuração de um povo (sensitivo, discursivo, afetivo). Lembra Deleuze que, como na pesquisa científica, não existe verdade que não *falseie* idéias preestabelecidas. A fabulação constitui planos de consistência para a operação de efeitos de



verdade (atual). Não mais a subordinação a uma verdade dada, mas a constituição de um plano de sentidos entre os conhecimentos prévios e a singularidade de cada atendimento.

Como afirmei em publicação anterior (Ceccim, 1997, p. 30-31), seja na prestação de atendimento ou nas atividades de ensino, pesquisa e produção intelectual, seja nas atividades diretas empreendidas no setor da saúde, ao tomarmos a “saúde como uma questão à prática social e assistencial dos profissionais de saúde”, destacamos seu compromisso ético de *afirmação da vida*, implicando “tematizar a construção da própria vida para pensar as ações que visam à qualidade de saúde (...)”.

Nossos atos técnicos atuam em conjugação com nossos atos discursivos, com as nossas práticas de acolhimento da diversidade e com nossas práticas de afirmação da vida. Nossos atos não concernem apenas a uma intervenção técnico-profissional quando se referem a pessoas ou fatos humanos, porque a vida subjetiva não cessa de engendrar-se, seja por *autopoiese* (Maturana e Varela, 1980 e 1995), seja por *heterogênese* mútua (Guattari, 1972 e 1993).

Se, ao nos perguntarmos sobre os processos de ensino e de exercício das profissões, nos perguntarmos sobre as práticas sociais de formação e de trabalho, não fará sentido, nas realidades em experimentação, voltar aos supostos objetos fundantes e sujeitos pré-dados, mas problematizarmos os movimentos instituintes dos processos de formação e de trabalho. Se todo profissional de saúde requer habilitação técnica para a clínica e para a operação de recursos e instrumentos terapêuticos, então ele deve poder ser responsabilizado por assistir em conjunto com sua equipe de organização da atenção à saúde. Reconhecer, validar e legitimar o assistir em conjunto desloca, definitivamente, o eixo corporativo-centrado das práticas profissionais de saúde, para o eixo usuário-centrado.

Em um eixo corporativo-centrado, a responsabilidade pelos atos de saúde pertence a cada profissional individualmente identificado com cada ação prestada ao usuário. Em um eixo usuário-centrado, a responsabilização gerada é para com o projeto terapêutico, tornando cada ato mais implicado com o direito à saúde de cada usuário, segundo uma jurisprudência usuário-centrada.

Quando Merhy (2002) recupera a noção de atos de saúde como atos comprometidos com as necessidades do usuário, analisa experiências propositivas tanto do desencadeamento de “processos mais conjuntos e partilhados na equipe quanto do melhoramento da eficácia e adequabilidade da ação específica” com as práticas usuário-centradas. Destaca que se deve assumir e reconhecer “que certas abordagens profissionais, em certas circunstâncias são, de fato, mais eficazes que outras”. Para o autor, “sem fazer disso uma lógica de poder na qual uma profissão se imponha sobre as outras” (Merhy, 2002, p. 131). Experiências de formação que não coloquem a equipe, não a prevejam, nem a afirmem, não podem produzir o corpo da equipe, apenas as corporações, constituindo os campos de conhecimento e de trabalho em disciplinas práticas ou práticas disciplinares.

Confrontando os processos de formação e de trabalho em seus aspectos régio-científicos (tecnicistas e disciplinares), coloca-se em cena a atuação clínica como construção coletiva e cotidiana realizada no dia-a-dia ambulante das atuações em saúde (mestiças e nômades), produzindo tanto estratégias de práticas terapêuticas em situação quanto inventando práticas que afirmem a criação coletiva de alternativas. São alternativas criativas aos processos organizativos que instituem a atenção, com foco nas organizações de saúde, nas corporações, nas rotinas de cuidado, nos protocolos assistenciais ou nas técnicas *armadas* de diagnóstico e tratamento e não nos usuários, nas práticas cuidadoras, nos atos curativos, na qualidade da escuta.

A equipe multiprofissional, vertida em território de experimentação, deveria ser objeto de fundação do trabalho em saúde, lugar de experiência profissional e ferramenta de apropriação de saberes e práticas e de transformações. Como lugar de experimentação, experiência, apropriação e de transformações e, sendo o território de responsabilização pela terapêutica, a equipe deve ser cenário de proteção e não de ameaças, invenção do trabalho protegido e não reposição de rivalidades corporativas. Em lugar do caráter restritivo do trabalho entre múltiplos profissionais, o desafio do trabalho protegido pela equipe multiprofissional.

Mediante a intercessão entre-disciplinar, o trabalho protegido gera matriciamentos e interdisciplinaridade, com alargamento das resolutividades individualizadas em profissões, constituindo o tramado matricial necessário para a realização das finalidades de cada projeto terapêutico. Fora da equipe não há matriciamento e não há trabalho protegido, restando à responsabilidade profissional individual o percurso por seus regulamentos corporativos.

A disciplinaridade individualiza, a ética entre-disciplinar desindividualiza, investindo na estética da equipe multiprofissional. Uma relação do tipo agenciamento profissional-equipe ou do tipo intercessão entre-disciplinar processa trabalhos protegidos, uma clínica nômade e a possibilidade de novos Universos de referência.

Uma vez posta em ato, a equipe multiprofissional no trabalho e na educação na saúde inventará novos espaços-tempos e possibilitará fabulações a partir das práticas e discursos minoritários (não-hegemônicos ou contra-hegemônicos) que, então, poderão constituir planos de consistência e experimentações. O trabalho e a educação em equipe multiprofissional de saúde, se já estão colocados e não mais podem ser revertidos em nome da melhor clínica/da melhor prática terapêutica/do melhor cuidado à saúde/da melhor escuta, tampouco serão contidos pelos maiores esforços de tecnocratização, de estipulação de regimes e regulamentos corporativos.

Campos (1997, p. 230) demonstra-nos que a tendência corporativa dos profissionais de saúde, a degradação da clínica pela medicina de mercado e a burocratização das organizações de saúde têm-nos legado limitada capacidade de resolver problemas por parte dos serviços de saúde, alienação e descompromisso com a cura ou com a promoção de saúde. Essa degradação, conforme o autor, não mais se expressa como exceção à regra, mas quase constitui uma marca da medicina moderna e dos serviços de saúde em sentido mais geral.

Capozolo (2003, p. 64-65) apresenta-nos, como característica da clínica hegemônica o desenvolvimento tecnológico e a capacidade de *normatizar* um número cada vez maior de aspectos da vida do homem, não de *nomadizar* por uma clínica nômade, como desejaria Ferla (2002). Por ser uma atenção centrada em procedimentos, nos termos de Capozolo (2003, p. 71), essa clínica pouco considera as diversas dimensões presentes nos processos de adoecimento, mostrando-se de baixa qualidade e resolubilidade. Para a autora, essa clínica às vezes chega a ser iatrogênica, bem como reitera a dependência aos serviços de saúde. Para Capozolo, faz-se necessário construir novas formas de relação com os usuários, com os demais profissionais e com o trabalho. Ferla (2002, p. 345) diz que é preciso, ainda, desterritorializar essa clínica, tornando-a nômade, “não mais ancorada na racionalidade cognitivo-instrumental própria da medicina científica, mas em compromisso político com a afirmação da vida”.

Merhy (2002, p. 133) nos exemplifica em bases empíricas que “gerencialmente é possível matricular toda a organização de saúde”, sendo possível construir a figura do *gestor do cuidado*. Este, para o autor, “poderá ou não ser médico, mas será um cuidador” (um

terapeuta). Ferla (2002) se refere a uma *pedagogia médica mestiça* ao também defender uma clínica nômade por seu encontro (intercessão) com a gestão de ações, serviços e sistema de saúde e com o usuário de maneira ordenadora das práticas de atenção integral à saúde. O gestor do cuidado/gestor da terapêutica/terapeuta responsável responde pela organização da prática terapêutica usuário-centrada perante o estabelecimento de saúde, operando o encontro de várias práticas terapêuticas profissionais no projeto terapêutico individual, seja atuando em atos compartilhados, seja prestando práticas profissionais bem definidas, segundo variadas condições de práticas protegidas (sob orientação, sob negociação, sob condução à distância, sob acordos coletivos, sob acordos de linhas melódicas distintas), sem prejuízo à independência das decisões.

## 5. Conclusão

Não existirá um modelo à ética entre-disciplinar para o exercício entre as profissões de saúde, exceto a estética multiprofissional, esta como um *território de exposição*. Cada disciplina prática possui tanto uma qualidade de interação quanto uma produção de efeito diferente diante do cuidado/escuta/tratamento. Interessa à ética entre-disciplinar desenvolver um horizonte fabulatório singular às equipes multiprofissionais, viabilizando a composição e a associação interdisciplinar, mas sem subordinação, nem a um equivalente geral hegemônico e nem a um gestor hierárquico dos projetos terapêuticos. Uma interdisciplinaridade *sem unidade possível*. Unificar o diverso sob um equivalente geral ou subordiná-lo a um só princípio organizador aniquilaria a potência dos modos díspares em compor a atenção integral à saúde e em compor-se à pluralidade; uma unidade seria um novo fechamento. É a estética da equipe multiprofissional que alivia esse paradoxo e viabiliza a terapêutica como clínica nômade.

A equipe multiprofissional, como território de exposição, não requer a supressão da pluralidade, requer não um opor-se, mas um expor-se. Contato com a alteridade, sensibilidade e desenvolvimento de conhecimentos aproximativos e intuitivos atuais são o mote para a estética multiprofissional. A equipe multiprofissional requer o entrelaçamento da autopoiese e da heterogênesse mútua. Movendo argumentos de responsabilidade e integralidade da atenção, em lugar de rotinas normativas e parcelização técnico-burocrática do trabalho, propus a entre-disciplina, zona de fronteira e de intercessões das práticas disciplinares, umas às outras, diferenciando-se cada uma de forma viva.

Segundo Foucault (1988, p. 125-200), a partir do século XVIII, um mecanismo de tecnologia política, o poder disciplinar ou disciplina, teria na instauração da intervenção médica sobre os indivíduos e as doenças e na assistência hospitalar a construção histórica da hegemonia médica. Observamos também, ao longo da modernidade, a construção de fronteiras rígidas no interior dos campos de conhecimento, originando diversas disciplinas práticas ou grupos corporativos. A contemporaneidade reintroduziu a complexidade e a necessidade de devolver ao usuário o lugar de centro ordenador da produção de práticas terapêuticas.

Seguindo as ponderações de Guattari (1992, p. 13-23), podemos afirmar que os atos técnicos, tanto quanto os atos fabulatórios (de inscrição), são determinantes dos agenciamentos coletivos de enunciação e da produção das qualidades do ser, “o melhor é a criação, a invenção de novos Universos de referência”. Agenciamentos coletivos de enunciação informam elaborações cognitivas inseparáveis do engajamento humano e da escolha de valores implicados em mudanças, mas – ainda acompanhando as ponderações do autor – pode-se apontar que a história recente dos movimentos autonomistas e de reivindicação às singularidades têm-se revelado movimento de reterritorialização

conservadora.

A mistura de apegos (arcaizantes) às racionalidades tradicionais com aspirações à modernidade tecnológica e científica registra uma ambigüidade total. Guattari revela-nos, então, com força, que a ética e a política não concernem apenas à dimensão humana ou de um certo subjetivismo das relações, mas à relação com o mundo. Que mundo ajudamos a inventar e a fazer existir com nossos atos técnicos, com nossas ações de gestão, com nossas práticas de colaboração e de comunicação, com nossas atitudes de participação e de contribuição aos coletivos?

Nossa *equipe* tem o objetivo de desenvolver um ambiente de comunicação ou tenta, também, criar instâncias locais de subjetivação coletiva? A que perspectiva da clínica correspondem nossas práticas? Escolhemos processos de autonomização capazes de tornar possíveis os esforços de qualidade no cuidado/escuta/tratamento ou trabalhamos para endurecer rivalidades, disciplinas práticas e subordinações?

Em um trabalho e uma educação da equipe de saúde, a necessidade da multiprofissionalidade e a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos desafiam os modos disruptores das práticas de pensamento e de operação profissional científicas – portanto, desafiam os modos coincidentes, com a integralidade da atenção. A escolha de uma *perspectiva*, e não de um *paradigma substitutivo*, serve para interrogar nossas práticas, colocar-nos ativos na composição de planos de consistência ao ordenamento das equipes de saúde (cada equipe usuário-centrada) e à organização do ensino orientado pelo desenvolvimento das capacidades sensíveis e de problematização.

Para as diretrizes curriculares nacionais, como para a norma operacional básica de recursos humanos do SUS, três são os princípios ordenadores do trabalho e da educação dos profissionais de saúde: orientar-se pelo sistema de saúde vigente (conhecer e valorizar seus princípios, dominar e pautar-se por seus valores pactuados pela sociedade na legislação correspondente), pelo trabalho em equipe (preservar e respeitar a atuação em equipe multiprofissional, trabalhando pela regulação, *in acto*, dos atos profissionais e não pela vigência arcaica de modelos fragmentários e parcelizados) e pelo atendimento integral à saúde (o respeito aos usuários como atores em histórias de vida, histórias familiares e histórias culturais e a organização de práticas sem dicotomia ou barreira entre ações de prevenção e promoção e ações de cura e reabilitação em saúde).

A ética entre-disciplinar, na estética multiprofissional, se relaciona com os atos terapêuticos como uma política da integralidade em saúde. Voltando para a questão inicial, da perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos justificando a equipe de saúde como multiprofissional, recolocamos, para finalizar, a interrogação sobre quais intercessores intervêm por nossa formação.

Se os atos terapêuticos são, como apresentamos, atos de cuidado, escuta e tratamento, três são os intercessores, os fatores de exposição obrigatórios, as interfaces que precisam prover a formação em saúde: a alteridade com os usuários, a experimentação em equipe e a prática de saúde como afirmação da vida (cuidado, tratamento e escuta como potências de invenção, como critério dos valores da atenção à saúde, como constituição de sentidos expansivos da vida e das aprendizagens para a autoprodução de si e do mundo, produção de sensações e sentimentos relativos ao assistir como um ato de *zelo com o outro* e de *olhar pelo outro* ao exercer a atenção de saúde).

Enfim, propor a ética entre-disciplinar à estética multiprofissional, propor o trabalho e a educação na saúde com características multiprofissionais, sob a condição de ruptura com a disciplinarização, não é uma utopia ou abstração. É o desafio de pautar o

modo como se organiza e *professa* cada ato profissional e o processo de trabalho em cada equipe real, sob a perspectiva *usuário-centrada* e *equipe local-centrada*<sup>10</sup>. É, ainda, o desafio de pautar as propostas de condução institucional, a perspectiva de administração dos sistemas e dos serviços de saúde e sua lógica ou racionalidade na configuração da atenção e da gestão em saúde.

Em *Atendimento integral como escuta da gestão do SUS*, Ferla, Ceccim e Pelegrini (2003) interpretam a diretriz constitucional *integralidade* como eixo, não só da atenção, como da gestão em saúde, permitindo a transformação do projeto setorial e o surgimento de novas práticas pedagógicas e inovadoras estratégias institucionais.

Finalmente, a clínica nômade não dissocia atenção e gestão, participação dos usuários e educação permanente, trabalho e formação na intercessão da alteridade com os usuários, da exposição à equipe e da afirmação da vida. Uma clínica nômade interroga a atenção e a gestão sobre o acolhimento dos interesses dos usuários e as estratégias de garantia desse acolhimento, bem como sobre o desenvolvimento da autonomia dos usuários diante de seu processo de ser saudável-adoecer-curar-se e as políticas de viabilização desse direito. Como afirma Merhy (1997, p. 149), sempre os interesses privados dos usuários, nunca os interesses privados das corporações profissionais, dos dirigentes ou outros. Cabe ressaltar: dos interesses dos usuários *em situação* e não supostos e nem os difusos nas instâncias de controle social do sistema de saúde.

Essa é uma pauta ética, mais que legal, que resulta da mestiçagem e do aprendizado com os problemas de saúde, como experimentados em situações de vida e terapêuticas, nas quais usuários e profissionais estão diante de *confiar que são/desejarem ser* guias para a autonomia e qualidade de vida e de *sentir-se recebendo/saber-se ofertando* auxílio que habilite para a cura.

Coloco, então, a produção dos cenários profissionais, lançada sobre a produção dos cenários de trabalho, institucionais e pessoais, processando trabalhos protegidos, uma clínica nômade e a possibilidade de novos Universos de referência, intercessores da ética entre-disciplinar na equipe multiprofissional de saúde.

## Referências

ALMEIDA, M. (Org.). *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. Londrina: Rede Unida, 2003.

BENEVIDES DE BARROS, R. D.; PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e pesquisa*. Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-80, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS*. 2 ed. rev. e atual., 2ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução e reforma. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-86. (*Saúde em Debate*, 73).

\_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Praxis en salud: un desafío para lo público*. Textos en español e portugués. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266. (*Saúde em Debate*, 108).

CAPOZOLO, A. A. *No olho do furacão: trabalho médico e o programa de saúde da*

família. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Campinas, 2003.

CECCIM, R. B. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. A. (Org.). *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: EDUFRGS, 1997. p. 27-41.

DELEUZE, G. *Conversações: 1972-1990*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992. (Trans).

\_\_\_\_\_.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1997. v. 5. (Trans).

FERLA, A. A. *Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas*. 2002. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Educação, Porto Alegre, 2002.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; PELEGRINI, M. L. M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2003. p. 61-88.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1988.

GUATTARI, F. *Psychanalyse et transversalité*. Paris: Maspero, 1972.

\_\_\_\_\_. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993. (Trans).

JOÃO PAULO. A terceira margem: em Diários de Motocicleta, Walter Salles mostra união entre ética e estética, na defesa da compreensão como fundamento da política. *Estado de Minas*, Belo Horizonte, 29 mai. 2004. Pensar, p. 1.

MARTON, S. *Nietzsche: das forças cósmicas aos valores humanos*. São Paulo: Brasiliense, 1990.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Praxis en salud: un desafío para lo público*. Textos en español e português. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112. (*Saúde em Debate*, 73).

\_\_\_\_\_. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002. (*Saúde em debate*, 145).

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Praxis en salud: un desafío para lo público*. Textos en español e português. Buenos Aires: Lugar Editorial: São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-160. (*Saúde em Debate*, 73).

MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. Campinas: Workshopsy, 1995.

\_\_\_\_\_. *Autopoiesis and cognition: the realization of the living*. Dordrecht: D. Reidel, 1980.

NAFFAH NETO, A. *A psicoterapia em busca de Dioniso: Nietzsche visita Freud*. São Paulo: EDUC, 1994. (*Linhas de Fuga*).

PELBART, P. P. *O tempo não reconciliado*. São Paulo: Perspectiva, 1998. (*Estudos*, 160).

SALDANHA, O. M. F. L. *Psicologia e saúde: problematizando o trabalho do psicólogo nas equipes municipais de saúde*. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional. Porto Alegre, 2003.

SERRES, M. *Filosofia mestiça = Le tiers-instruit*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

SIMONDON, G. *L'individu et sa genèse physico-biologique*. Paris: Presses Universitaires de France, 1964.

---

<sup>1</sup> Sanitarista; mestre e doutor em Educação e Saúde; professor de Educação em Saúde no Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Ministério da Saúde.

<sup>2</sup> Carlos Castañeda: *A erva do diabo; Uma estranha realidade e Viagem a Ixtlan*, entre outros.

<sup>3</sup> François Ewald: *Foucault: a norma e direito*.

<sup>4</sup> Acurácia significa exatidão; acurar é verbo que indica tratar de pessoa com cuidado, com desvelo ou interesse, cuidar de. Ver Aurélio, *Dicionário Básico da Língua Portuguesa*, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. Proponho a expressão *acurácia* como significação lingüística para a condição de *elevada capacidade de acurar*.

<sup>5</sup> Narrativa da viagem de moto empreendida por Ernesto Che Guevara e Alberto Granado, da Argentina à Venezuela, no início dos anos 1950, anos antes de o jovem estudante de medicina tornar-se liderança revolucionária em nosso continente.

<sup>6</sup> O *intempestivo* é uma formulação de Nietzsche: tempo do pensamento; tempo do devir, não o tempo da verdade, mas o tempo do sentido e do valor (Pelbart, 1998, p. 107-108).

<sup>7</sup> *Entre-deux, intermezzo, entreacto*, entrecena. Trata-se não de uma mescla ou interseção, mas de uma relação necessária entre dois termos que surge como exterior aos mesmos.

<sup>8</sup> Expressão de Guattari (1993, p. 75).

<sup>9</sup> Henri Bergson: *Matéria e memória*.

<sup>10</sup> Olinda Maria de Fátima Lechman Saldanha propôs a designação *equipes municipais de saúde* para se referir às equipes multiprofissionais referidas a um sistema de saúde desde o qual são responsáveis pela escuta, cuidado e tratamento.