

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS GERAIS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

O TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE

Afinando as ações quando não há maestro

Alice Paiva Souto

Orientadora: Prof^a Dr^a Claudia Osório da Silva

NITERÓI
2011

Alice Paiva Souto

O TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE

Afinando as ações quando não há maestro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de concentração Subjetividade, Política e Exclusão Social.

Orientadora: Prof^a. Claudia Osório da Silva

NITERÓI
2011

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

S728 Souto, Alice Paiva.

O trabalho em equipe na saúde : afinando as ações quando não há maestro / Alice Paiva Souto. – 2011.

119 f.

Orientador: Claudia Osório da Silva.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, 2011.

Bibliografia: f. 112-119.

1. Psicologia. 2. Ambiente de trabalho. 3. Profissional de saúde. 4. Equipe. 5. Saúde coletiva. I. Silva, Claudia Osório da. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

CDD 158 7

Alice Paiva Souto

O TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE

Afinando as ações quando não há maestro

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Claudia Osório da Silva - Orientadora
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Helder Pordeus Muniz
Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dra. Jussara Cruz de Brito
Fundação Oswaldo Cruz

Niterói, Agosto de 2011

Dedico esta dissertação ao meu pai e minha mãe. Que eles possam colher, com alegria,
um dos frutos do trabalho deles.

AGRADECIMENTOS

A minha família, que sempre me apoiou e investiu nos meus estudos.

A minha orientadora Cláudia Osório, pela alegria com que me acompanhou nessa empreitada. Por ajudar a tornar realidade o que nós defendemos na teoria, ou seja, que trabalho não é sofrimento e que é possível ter satisfação com a atividade!

Ao professor Helder Muniz, por aceitar fazer parte da minha banca e ajudar a compor uma equipe maravilhosa que leva o trabalho a sério sem perder jamais o bom humor.

A Roseni Pinheiro e à equipe do LAPPIS que na ocasião do meu estágio me instigaram a buscar formas de realizar um trabalho acadêmico consistente e autônomo sem a necessidade de uma estrutura hierárquica rígida e opressiva.

Aos que compõem o Programa de Pós-Graduação da UFF e não se cansam de problematizar o funcionamento da Academia.

A Cristina Rauter por colaborar com a orientação do trabalho no grupo de estudos sobre Espinosa e por suas importantes contribuições em meu exame de qualificação.

Aos colegas Vicente Carnero, Bruna Kozlowski, Julia Garrão, Monica Farias, Joseane Tavares, entre outros que dialogaram comigo e contribuíram com idéias para esta dissertação.

A Maria Luiza de Carvalho que me primeiro me apresentou a professora que veio a ser minha orientadora. Boa indicação, obrigada!

Ao meu terapeuta e colega Rudi Reali que vem sempre me incentivando nos princípios reichianos do amor, trabalho e conhecimento como fontes vitais.

A Samuel França, amigo escritor e vendedor de livros, que colocou Zorba, o Grego e Walt Whitman na minha vida.

A André Lucena por compartilhar comigo os momentos mais exaustivos deste trabalho.

RESUMO

Esta dissertação apresenta como objeto a atividade das equipes multiprofissionais, enfocada por autores da área da Saúde Coletiva, buscando produzir um diálogo entre esses e os referenciais teóricos da Clínica da Atividade e da Ergologia. Segundo aqueles, um cuidado integral pressupõe a ausência de uma disciplina ou categoria profissional que coordene a equipe. Deste modo, propõe-se um modelo de equipe como orquestra sem maestro, caracterizada pela autonomia e horizontalidade nas relações. Contudo, este modo de organização encontra empecilhos na harmonização das ações: a racionalidade médica, a escassez de recursos materiais e a existência de ritmos acelerados que dificultam o diálogo entre profissionais. Efetuou-se uma reflexão a respeito dos desafios éticos inerentes às escolhas que cada profissional deve fazer constantemente nesse contexto. Ao problematizar o trabalho fora da esfera da culpa pessoal, o conceito de competência profissional é compreendido de modo abrangente, considerando os fatores coletivos e a complexidade dos efeitos dos modos de organização para a atividade profissional. Considerando que o trabalhador nunca age sozinho, e que sua atividade é sempre dirigida, destacou-se a importância de se conhecer os valores coletivos que permeiam o trabalho a fim de que seja possível transformá-lo. Para tal, verificou-se a importância da existência de espaços públicos onde eles possam analisar e transformar coletivamente a atividade. Os trabalhadores são capazes de desenvolver a atividade criando soluções diante das constantes variações do meio, a medida que podem desenvolver seu gênero profissional: experiências e memórias coletivas, também entendidas como um saber-fazer na prática, que deve passar por constante atualização. A sabedoria prática acumulada e compartilhada pelo coletivo é incorporada por meio da atividade, de modo que o profissional passa a ser capaz de agir com a potência do corpo, colocando seus afetos e percepções sensitivas a serviço do pensamento e vice-versa. Com base na filosofia de Espinosa enfoca-se o conceito de Poder de Agir trabalhado por Yves Clot como um poder de ser afetado em meio aos conflitos inerentes à atividade, que é dialógica. Estes conflitos oferecem vitalidade ao poder de agir de modo que, ao fomentar o diálogo e o debate de valores, estimula-se também o pensamento e o engajamento no trabalho. O conceito de gênero profissional no âmbito das equipes multiprofissionais pode ser entendido como um diapasão capaz de produzir o afinamento das ações.

Palavras Chave: Trabalho em Equipe, Clínica da Atividade, Ergologia, Poder de Agir, Saúde Coletiva.

ABSTRACT

This work focuses on the activity of multiprofessional teams, studied by authors on Collective Health and seeks to build a dialogue between these and the theoretical benchmarks of the Clinic of Activity and the Ergology. According to the first, full care assumes the absence of a professional category able to coordinate the team. Therefore, they propose the model of an “orchestra without a conductor”, characterized by autonomy and horizontal interactions in the work relations. This organization scheme, however, faces difficulties in the harmonization of actions: the medical rationality, the lack of resources and the accelerated work rhythm that hampers the dialogue between professionals. This work has made a reflection on the ethical challenges associated with the choices that each professional has to constantly make in this context. By studying the professional work outside the context of personal guilt, the concept of professional competence is regarded in a broader sense, considering collective factors and the complexity of the effects in the organization schemes for the professional activity. Considering that the worker never acts alone and that his/her activity is always driven by external factors, this work has highlighted the importance of knowing the collective values that are present in the work environment in order to be able to change the situation. To do so, this work acknowledges the importance of public spaces where workers could analyze and collectively transform their activity. They are able to develop the activity by creating solutions in a constantly changing environment when they are able to develop their individual professional activity: experiences and collective memories – also known as know-how – that should constantly be revised. The accumulated practical knowledge shared by the collective is incorporated through the activity in a way that the worker is then able to act with his/her body power, putting his/her affections and sensitive perceptions towards his thinking and vice versa. Based on Espinosa’s philosophy, this work focuses on the concept of Power to Act studied by Yves Clot as a power of being affected in the conflicts related to the activity, namely dialogical. These conflicts offer vitality to power to act in a way that, by encouraging the dialogue and debate about values, also stimulates thinking and engagement in the work environment. The concept of individual professions in the context of multiprofessional teams can be understood as a diapason capable of tuning actions.

Key words: Team Work, Clinic of Activity, Ergology, Power to Act, Collective Health

Sumário

Introdução	11
1. O trabalho em equipe na área da saúde coletiva, uma revisão bibliográfica.....	15
1.1 O nascimento da racionalidade médica.....	16
1.2 O sistema único de saúde (SUS) e a política nacional de humanização (PNH).....	21
1.3 As categorias de oferta e demanda na relação de serviço.....	23
1.4 O cuidado pela visão da saúde coletiva.....	27
1.5 O trabalho em equipe..	30
1.6 Ética e responsabilidade coletiva.....	36
1.7 Plano global efeitos da reestruturação produtiva na atividade de trabalho..	37
1.8 Gênero e divisão sexual do trabalho.....	42
1.9 Paradoxo entre a autonomia e a responsabilidade.....	45
1.10 A atividade como gestão.....	47
2. As ferramentas para o trabalho	52
2.1 Saúde como gestão de infidelidades do meio.....	53
2.2 Trabalho: sair de si e usar de si.....	55
2.3 Corpo-si: a atividade incorporada para além da vontade consciente.....	57
2.4 Atividade dirigida: uma opção pelo conflito.....	59
2.5 Clínica da atividade como clínica da saúde.....	60
2.6 A competência e seus ingredientes.....	62
2.7 ECRP – entidades coletivas relativamente pertinentes.....	64
2.8 Ofício e gênero profissional.....	65
3. O poder de agir na atividade	68
3.1 Razão e emoção na atividade de trabalho.....	69

3.2	Enfraquecimento da vontade e sofrimento no trabalho.....	73
3.3	Sentido e eficiência: forças motrizes do poder de agir.....	75
3.4	O desenvolvimento como apropriação e transformação do meio.....	77
3.5	O poder do corpo, para além da consciência.....	79
3.6	A função social das emoções.....	83
3.7	A atividade incorporada.....	84
3.8	Homem da ética, homem da moral e auto-regulação.....	86
4.	Perspectivas e reflexões.....	91
4.1	Efeitos do plano global na atividade.....	92
4.2	Afinando as ações da orquestra.....	94
4.3	O cuidado com atividade de trabalho do profissional de saúde.....	100
4.4	A discussão dos valores do trabalho em saúde.....	101
4.5	Competência, culpa e responsabilidade.....	103
4.6	A ética da responsabilidade na clínica da atividade.....	105
	Conclusão.....	110
	Bibliografia.....	114
	

INTRODUÇÃO

Esta dissertação apresenta como objeto de análise os estudos na área da Saúde Coletiva e Políticas Públicas de Saúde que tematizam o trabalho realizado pelas equipes multiprofissionais. Busca-se produzir o diálogo entre tais estudos a partir do referencial teórico da Psicologia do Trabalho – com destaque para a perspectiva da Clínica da Atividade – e da Ergologia. Além disso, há outros autores que entram em cena como forma de enriquecer o diálogo, tais como Georges Canguilhem, Baruch Espinosa, Gilles Deleuze e Wilhelm Reich. Embora estes não tenham se voltado especificamente para a temática do trabalho humano, apresentam valiosas contribuições à discussão.

Esta dissertação se volta para a atividade de trabalho do profissional da saúde, a quem é conferida a responsabilidade de efetuar o cuidado no âmbito de uma equipe multiprofissional. A atividade é tomada como a apropriação constante das ações passadas e presentes da história do sujeito, em uma ação criadora na qual o trabalhador sempre efetua uma elaboração pessoal do gênero profissional. Este, por sua vez, caracteriza-se por experiências e memórias coletivas, também entendidas como um saber-fazer na prática, que deve passar por constante atualização (CLOT, 2007). Busca-se discutir os desafios éticos inerentes às escolhas que cada profissional deve fazer constantemente, considerando as condições materiais de trabalho. Pretende-se focar a atividade dos profissionais levando em consideração a relação entre os gêneros profissionais e a disponibilidade de recursos para que se efetue o cuidado.

Trata-se de uma perspectiva que busca problematizar o trabalho fora da esfera da culpa pessoal, pensando os múltiplos fatores que envolvem a atividade. Nesse sentido, a competência profissional, que costuma ser pensada no âmbito individual, é vista de modo mais abrangente, considerando os efeitos dos modos de organização na atividade profissional. Nessa ótica, mesmo em situações precárias, nas quais há impedimento da atividade, o trabalhador não é entendido como um sujeito dominado. De acordo com os referenciais teóricos desta dissertação, a atividade do trabalhador jamais é abolida, uma vez que ele sempre guarda algo de sua capacidade de ação.

Tomando esta ação como a de efetuar o cuidado, discute-se o poder de agir do profissional da área da saúde. Está presente a preocupação de como aumentar este poder de ação, no sentido de fortalecer e dar visibilidade à sabedoria prática desenvolvida nos coletivos de trabalho, e que muitas vezes é negligenciada pelas organizações.

Justificativa

Em estudo acerca do processo de trabalho em hospital e serviços (OSÓRIO DA SILVA, 1998) aponta como hipótese que o desgaste da saúde do trabalhador deve-se principalmente a sua impotência diante de uma estrutura hierárquica centralizadora. Isso indica os impactos da organização nas práticas profissionais, que pode se manifestar em termos de condutas que empobrecem o sentido do trabalho com prejuízos à prática de cuidado.

Além disso, a preocupação com a saúde do trabalhador da área da saúde também é tema de políticas públicas, como a Política Nacional de Humanização (PNH), por exemplo, que considera a produção de sentido no trabalho como um dos fatores que evitam o desgaste dos trabalhadores e possibilitam sua mobilização coletiva (BRASIL, 2006). Tal visão se encontra em consonância com a perspectiva adotada neste projeto, o que justifica a relevância deste estudo.

Metodologia

A noção de campo-tema (SPINK, 2003) é utilizada como forma de substituir uma o termo “pesquisa de campo” que é normalmente empregado para descrever um tipo de pesquisa onde o pesquisador vai coletar dados em algum lugar diferente do laboratório de pesquisa. O campo-tema se entende não como um lugar fisicamente determinado, mas se refere à processualidade de temas situados. Desta forma, embora o presente trabalho não envolva uma “pesquisa de campo” no sentido tradicional, a inserção no campo-tema se faz por meio do acesso a diversas pesquisas que abarcam a temática em questão.

A aproximação do tema se dá por um estudo bibliográfico. A seleção de textos referentes à área da Saúde Coletiva se fez a partir de uma revisão bibliográfica. O recorte temporal para estes artigos foi de vinte anos. As bases scielo e bvs-saúde foram consultadas a

partir do termo “trabalho em equipe”. Com base nos artigos encontrados e em capítulos de livros, teses e dissertações, foi possível elencar temas pertinentes à análise.

A Clínica da Atividade e a Ergologia serviram de referências teóricas principais. Elementos das obras de autores como Vigotsky, Espinosa, Wallon e Deleuze que são utilizados por Yves Clot e/ou Schwartz, foram aprofundados. O estudo daquelas obras se mostrou favorável ao desenvolvimento da presente dissertação, uma vez que foi possível elucidar ligações e ressaltar diferenças entre conceitos oriundos de diversas correntes teóricas. Deste modo, espera-se que a dissertação contribua com o desenvolvimento do campo da Psicologia do Trabalho e sirva a trabalhos futuros nessa área.

A opção por outras teorias mais distantes da Ergologia e da Clínica da Atividade, como alguns conceitos de Hanna Arendt e Wilhelm Reich se justificam por uma indicação metodológica de Yves Clot. Segundo o autor, o coletivo no interior de uma profissão se alimenta do debate entre pontos de vista conflitantes. Ou seja, é preciso que em uma profissão haja “debates de escolas” e formas diferentes de ver as coisas de modo que todas as pessoas não estejam de acordo. Da mesma forma, a escolha pela inclusão de autores que não costumam ser ligados à discussão da Clínica da Atividade e da Ergologia é feita com o objetivo de fomentar o diálogo e o conhecimento. Além disso, a prática clínica da autora como terapeuta reichiana também permeia a escrita e faz voltar à análise para os aspectos corporais e afetivos ligados à atividade do trabalho.

Estrutura da Dissertação

O primeiro capítulo delimitará o campo-tema a ser estudado, por meio de uma revisão bibliográfica acerca do trabalho em equipe na área da saúde. Busca-se efetuar um panorama de estudos na área da Saúde Coletiva, enfocando a temática do cuidado efetuado por meio do trabalho em equipes multiprofissionais nos serviços de saúde. Objetiva-se dar corpo ao objeto de estudo por meio da consulta de autores que trabalham na área da saúde e/ou realizam pesquisas com base na experiência dos trabalhadores. Desta forma, discutem-se os principais temas relacionados ao cuidado efetuado por meio do trabalho em equipe em hospitais e outros serviços de saúde, levando em consideração as transformações no trabalho na contemporaneidade. O primeiro tema desta revisão se propõe a discutir a construção da medicina moderna e da racionalidade médica. Efetuou-se também um panorama das

principais modificações que se fazem presentes no trabalho em saúde contemporâneo, discutindo a forma pela qual estas afetam a atividade dos profissionais.

A partir desta revisão bibliográfica, busca-se criar um diálogo com a Ergologia, que tem Yves Schwartz (2007) como principal autor; e da Clínica da Atividade, na qual se destaca Yves Clot (2007), que se baseia na tradição da ergonomia francesa e na perspectiva histórico-cultural vygotskiana. Ambas as abordagens serão explicitadas no capítulo 2, onde se delinearão os principais conceitos utilizados nesta dissertação, configurando o Referencial Teórico da mesma.

No capítulo 3, desta dissertação efetua-se uma reflexão acerca de um importante conceito desenvolvido por Yves Clot, a saber, o Poder de Agir. Tal conceito é considerado chave para a compreensão dos fatores que potencializam ou não a atividade de trabalho. Considerando que tal conceito tem como base Espinosa, o filósofo também é estudado, de modo que, se faz possível aprofundar o debate acerca da ética no ambiente de trabalho, e das formas mais apropriadas de regulação e gestão coletiva de trabalho.

Já no capítulo 4 efetua-se uma articulação entre os conceitos discutidos no Referencial Teórico, os estudos da área da saúde pesquisados na Revisão Bibliográfica e o capítulo anterior. Tal articulação prioriza a discussão acerca dos valores relevantes às escolhas efetuadas pelos profissionais, e discute aspectos da dimensão ético-epistemológica que dizem respeito à atividade.

**1. O TRABALHO EM EQUIPE NA ÁREA DA SAÚDE COLETIVA, UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

1.1 O NASCIMENTO DA RACIONALIDADE MÉDICA

Foucault efetua uma *arqueologia do saber* ao se voltar para a medicina como uma prática discursiva, sem supor uma continuidade histórica ou uma evolução do conhecimento e sim o condicionando as relações de poder-saber em um momento histórico específico. Assim procede em “O Nascimento da Clínica” (2004) onde evidencia a medicina moderna como um discurso que fixou sua data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII. O autor destaca o fato de a medicina inaugurar a possibilidade de um discurso sobre a doença que, em consonância com os rigores de objetividade e cientificidade da época, direciona seu olhar ao patológico e desconsidera o padecimento do doente. O foco do médico seria, assim, o sintoma e não o sofrimento. Por este raciocínio, não haveria uma relação direta entre médico-paciente, o que vem evidenciar o caráter paradoxal da medicina: a neutralização do doente a fim de que a configuração ideal da doença se delineie. E mais que isso, esse distanciamento se colocaria como condição de possibilidade de cura, na medida em que “*o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre: a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses*” (idem, p.7).

Nesse contexto o hospital se destaca como instrumento terapêutico. Tal finalidade específica passa a ser-lhe atribuída a partir de 1780, conforme marca a nova prática médica de visita e observação comparada dos hospitais, com o objetivo geral de deter os possíveis efeitos patológicos que este pudesse exercer. Antes disso os hospitais eram basicamente instituições de auxílio aos pobres, que se encontravam próximos da morte, sem uma finalidade curativa. Destaca-se aqui como uma herança desta fase os ideais de sacerdócio, missão, caridade, salvação, sacrifício, vocação, entre outros, que são muitas vezes expressos nos discursos de profissionais da saúde, especialmente médicos e enfermeiros (MAIA, 2006).

A medicalização do hospital efetuou-se por meio de sua ordenação e disciplinarização¹. A ação do poder disciplinar teve início nos hospitais militares, onde foi necessário efetuar o esquadrinhamento dos doentes, uma vez era preciso vigiá-los e mantê-los

¹ O poder disciplinar pode ser entendido como uma técnica de exercício de poder elaborada em seus princípios fundamentais no século XVIII que se apresentou como uma “*nova maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los*” (FOUCAULT, 1981, p.105).

vivos e ativos para que continuassem a servir ao Estado e para que não se desperdiçasse o treinamento neles investido. A isso se seguiram uma série de transformações:

1. Na arquitetura do hospital, que uma vez compreendido como instrumento terapêutico, passa a obedecer a critérios favoráveis à cura;

2. No sistema de poder no interior do hospital, que antes se encontrava nas mãos dos religiosos e que passa a ser exercido pelo médico. A esse respeito o autor destaca o ritual da visita médica, “*desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc.*” (FOUCAULT, 2007 p. 110);

3. Passa a haver um sistema de registro permanente do que acontece no hospital, que vai se constituindo como um campo documental do saber médico. Desta forma, Foucault destaca que tanto o indivíduo como a população se constituem enquanto objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, uma vez que a tecnologia hospitalar se encarrega de coletar os registros e fazer uso deles como recurso científico (idem, 1981).

Em consonância com os estudos foucaultianos, Luz (1988) desenvolve a hipótese de que a ciência moderna pode ser entendida como fruto de uma concepção específica de natureza, da razão e da sociedade, e de suas relações. A autora tematiza as raízes sociais da racionalidade científica moderna, que seria contemporânea em sua constituição ao Renascimento. Nesse período, a Natureza passa a ser percebida como alteridade face ao humano, o que progressivamente possibilitará a ordenação não apenas do “mundo externo”, mas também do interno do homem. Esta é a condição epistemológica e ontológica que lhe permite conhecê-la e ordená-la por meio da Razão. De fato, o antropocentrismo renascentista retira o homem do domínio dos Deuses, o que era próprio da Idade Média, afirmando-o como proprietário da natureza. Esta nova relação se caracteriza pela busca sistemática de sentido que fundamenta a formação da racionalidade moderna que ainda se constrói atualmente, desdobrando-se em numerosas especialidades científicas e novas tecnologias. As diferentes disciplinas se produzem por meio de uma tecnologia interventora de investigação responsável por criar seus instrumentos de observação e por criar explicações para eventos já clarificados pela antiga ordem do saber, produzindo uma nova ordenação. Com isso a racionalidade moderna se caracteriza por um regime de produção de verdade. Ou seja, um conjunto de operações a serem seguidas de forma lógica e na prática dos gestos que constituem o seu

método. Trata-se de um regime de produção de enunciados de verdade cuja regra de produção é mais importante que sua “veracidade”, de modo que a mutabilidade garantida pelo exercício do método lhe possibilite revolucionar-se periodicamente, trazendo a impressão de um avanço constante da própria razão.

Os descobrimentos náuticos, astronômicos e os inventos mecânicos do Renascimento são exemplos de tecnologias que, uma vez criadas pelo conhecimento científico, serviram ao propósito de intervenção e controle da natureza, agindo na ruptura Natureza-homem. “A racionalidade moderna pode, assim, ser vista como tentativa de instaurar um pan-racionalismo, tanto na ordem do objeto (“Natureza”, “mundo”, “coisas”) como na ordem do sujeito (“homem”)” (LUZ, 1988, p.26). Uma diferença com relação a época renascentista, apontada pela autora, contudo, é a de que, nessa época, à representação corpórea da natureza e do indivíduo dotado de sentimentos e paixões é atribuída positividade pela filosofia, enquanto no século seguinte é confinada à arte. Por outro lado há na modernidade o avanço de uma razão des-subjetivada e depurada dos sentidos e dos sentimentos. Segundo a autora, há uma ruptura do próprio sujeito de conhecimento em compartimentos de razão, paixões, sentimentos e vontade.

A partir do século XVII e XVIII, a racionalidade mecânica clássica é consolidada por diversos filósofos e/ou cientistas como Descartes, Newton, Bacon e outros, de modo que a ciência se afirma como forma socialmente privilegiada e institucionalmente legitimada de produção de verdades. A autora defende a hipótese de que teorias e conceitos dos cientistas e filósofos naturais na modernidade clássica sobre mundo e a matéria baseiam-se em representações sobre o maquinismo próprio dos artefatos e autômatos que se desenvolveram nos séculos anteriores. “Desconhecendo essas bases materiais do pensamento, a razão moderna clássica se pensa construída à imagem e semelhança das máquinas que inventou, e concebe a natureza reproduzindo o mesmo modelo mecânico” (LUZ, 1988, p.34). Cabe destacar que a visão de mundo mecanicista se de faz presente na medicina moderna contemporânea em seu caráter generalizante, que diz respeito à produção de discursos com validade universal. A pressuposição de que “o funcionamento do todo é igual à soma das partes”, por exemplo, implica na necessidade de que as partes sejam isoladas para que melhor identificadas. Nessa ótica, o corpo humano é visto pela medicina, que o divide e agrupa em sistemas, da mesma forma que o “corpo médico” é dividido em especialidades da medicina.

Tais especialidades se entrecruzam constantemente na prática médica, porém não são articuladas no nível teórico-conceitual. Ou seja, o fato de que as várias formulações disciplinares não são congruentes não abala o corpo teórico, uma vez que a teoria em relação à prática é contingente. Soma-se a isso a idéia de uma “multicausalidade” como modelo explicativo, embora seja a causalidade linear preponderante, de modo que discursos disciplinares tidos como complementares se tornam concorrentes (CAMARGO JR, 1993). Essa breve descrição da racionalidade médica nos ajuda a perceber a presença da razão clássica no imaginário científico da medicina contemporânea.

Segundo Clavreul (1983), a data de nascimento da medicina é arbitrária e sempre remete à ideologia dominante. Ele destaca, por exemplo, a medicina pré-colombiana, que, embora mais avançada que a dos navegadores europeus, não figura no saber médico ocidental. Embora o autor atribua o progresso da medicina no século XIX ao reagrupamento de um grande número de pacientes nos hospitais na França – em consonância com Foucault –, é na antiguidade grega, mais especificamente nos enunciados atribuídos a Hipócrates, que ele localiza as origens de um discurso médico que persiste até os dias de hoje. Segundo o autor, ao considerar o médico, a doença e o homem como partes de uma trilogia que compõem a medicina, o filósofo grego possibilitou o isolamento de seu objeto, a doença. Esse isolamento permitiu o desenvolvimento da medicina ocidental, uma vez que lhe possibilitou sua constituição como um discurso sempre ligado ao discurso dominante que engendra “a ordem das coisas” - uma referencia diante da qual cada um deve se situar. Nas palavras do autor:

O discurso médico não é um discurso sobre o homem, mas sobre a doença. Nem por isso deixa de implicar uma certa idéia implícita sobre o homem, sobre sua liberdade, sobre seu Ser. Nós podemos, portanto, remontar a Hipócrates as origens desse discurso, não somente em razão da enorme coerência interna de sua obra, mas sobretudo pelo fato de que ela está em completa harmonia com os ideais da época em que nasceu, ideais sem os quais o discurso médico não poderia se desenvolver. O resto, isto é, as teorias pelas quais a medicina afirma sua cientificidade, estão elas mesmas em concordância com as idéias que a ciência sucessivamente fez de si própria. Essas teorias são contingentes porque estão ligadas à contingência de uma época. A permanência não é dos fatos, mas do discurso médico que os constitui como tais (CLAVREUL, 1983, p.75).

Para Clavreul não é fortuitamente que a medicina ignora o sujeito. Esta característica lhe é estrutural, uma vez que, diante dos resultados terapêuticos e da extensão e certezas de

seu saber, se produz um silenciamento do indivíduo, já que nenhuma razão outra é objetável à razão médica. Com isso o sujeito se encontra inserido neste discurso desde o nascimento, sendo exigido que dele participe, mesmo que não possua seu saber e sua prática (idem).

A despeito do momento histórico ao qual são atribuídas as raízes da medicina, tanto Clavreul como Foucault a compreendem como um discurso sobre a doença que age no sentido de excluir tanto a subjetividade do médico como a do doente, submetendo-os aos princípios da racionalidade científica. Esta compreensão possibilita a problematização da mesma e serve como importante pressuposto teórico para a presente dissertação.

Voltando à arqueologia foucaultiana (1981), a medicina moderna se destaca como uma medicina social que tem como pano de fundo uma certa tecnologia de corpo social. A criação do Estado Moderno se articula ao processo de socialização do corpo enquanto força de produção e, portanto, fonte de riqueza. Desta forma, justificou-se a criação de estratégias de controle da população, que são apontadas pelo autor como condições de possibilidade para a emergência da medicina social, ou *saúde pública e polícia médica*, como se refere Rosen (1980). Nesse sentido a política econômica e social teria preponderância no desenvolvimento da medicina, justificando os esforços do Estado no controle de epidemias e na mortalidade infantil, por exemplo. A doença deste modo é entendida como um fenômeno social que deve ser estudado em um contexto bio-social, uma vez que, muitas vezes reflete a estratificação da população (idem). Diferentes países foram foco de análise da relação entre o Estado e a medicina, porém na Inglaterra se faz presente uma forma específica de medicina social que prevaleceu na atualidade. Trata-se do controle por meio da medicina das classes pobres, vistas como perigosas e transmissoras em potencial de doenças (FOUCAULT, 1981).

No Brasil a Saúde Pública foi responsável por diversas transformações na estrutura urbana e pela produção de estratégias epidemiológicas preventivas. A medicina teve, nestas estratégias de prevenção e combate às epidemias, um campo privilegiado para o fortalecimento de seu poder, que foi amplamente exercido sobre a população – sobretudo os mais pobres – gerando, em alguns casos, conflitos políticos, como na Revolta da Vacina².

² Revolta popular ocasionada pela implementação da Lei da Vacina Obrigatória, promulgada em 31 de Outubro de 1904 no governo de Rodrigues Alves. Esta lei permitia às brigadas sanitárias acompanhadas de policiais que entrassem nas casas e aplicassem a vacina contra a epidemia de varíola.

A partir de uma crítica ao projeto médico-naturalista, Birman (1991) realiza uma diferenciação entre Saúde Pública e Saúde Coletiva. Enquanto a primeira se impõem como razão triunfante, tendo como solo fundador a biologia, a segunda constitui um discurso teórico que introduz as ciências humanas no campo da saúde, destacando as dimensões simbólica, ética e política como forma de relativizar o discurso biológico. Esta reestruturação no campo tem conseqüências para a gestão das políticas e práticas sanitárias, uma vez que, ao substituir o termo “público” por “coletivo”, efetua-se o deslocamento da problemática da saúde do Estado, visto como espaço hegemônico para a sociedade. Além disso, há uma problematização das categorias de normal, anormal e patológico por parte das ciências humanas, salientando que nelas há uma dimensão de valores – problemática que através da medicina produziu efeitos nos planos político e social.

1.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

O SUS pode ser entendido como uma expressão institucional da Reforma Sanitária³ que foi formulado, na esteira da luta pela redemocratização do Brasil, por intelectuais, entidades de profissionais de saúde, estudantis e outras entidades da sociedade civil. A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2004, age de modo transversal ao SUS, com um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema. Considerando que o usuário da saúde é freqüentemente tomado como um objeto de intervenção do saber profissional, esta política preconiza sua dimensão subjetiva (ou humana), que deve ser considerada. De fato, esta política faz a crítica da racionalidade médica, defendendo o protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS, bem como a responsabilidade conjunta desses sujeitos nas práticas de atenção e de gestão. A PNH entende a humanização como valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, com destaque para o trabalho em equipe.

³ A Reforma Sanitária Brasileira propunha um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral. Trata-se de um movimento em um momento histórico de intensas mudanças, na década de oitenta, que buscava a consolidação da democracia no país.

Entre os princípios norteadores da humanização se encontra o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional bem como o estímulo à transdisciplinaridade (BRASIL, 2004). Esta, entendida como um intercâmbio, aproximação e mistura de distintos campos de saber, se justifica pela impossibilidade de uma só disciplina ser capaz de dar conta da saúde como um todo. Quando se trabalha com a perspectiva transdisciplinar, não se pode defender territórios disciplinares, sendo necessária a abertura para o encontro de saberes (PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2007).

Nesse sentido, a “gestão participativa” é entendida como critério fundamental para a promoção da saúde, de modo que o trabalhador é também gestor e produtor de práticas e saberes a cada nova situação no campo, onde ele é convocado a elaborar estratégias de ação.

O trabalho ocupa um lugar privilegiado na vida dos seres humanos. Não é neutro em relação ao que provoca no sujeito: nos serviços de saúde, o trabalho é potencialmente produtor de sentido, quando é inventivo e participativo; e pode ser também produtor de sofrimento e desgaste, quando é burocratizado, fragmentado e centralizado. Promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos (BRASIL, 2006, p.7-8).

A PNH propõe a busca de novas relações entre trabalhadores de saúde – considerados os atores principais dos processos de trabalho nos diferentes estabelecimentos – e também entre aqueles trabalhadores que portam conhecimentos específicos que possam permear e mediar diálogos cada vez mais efetivos entre todos os atores do cenário da saúde: trabalhadores, gestores/gerentes, usuários, apoiadores institucionais, e pesquisadores/estudiosos do campo da Saúde (BRASIL, 2006).

Com o objetivo de fomentar o diálogo crítico entre o pólo dos saberes e o pólo de práticas desenvolvidos no cotidiano de trabalho em Saúde, existe a Comunidade Ampliada de

Pesquisa (CAP)⁴ – que faz parte do Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), e compreende um grupo de multiplicadores, constituído por consultores/apoiadores/pesquisadores e trabalhadores locais. Além disso, outra estratégia da PNH é o apoio institucional aos serviços de saúde, caracterizado como uma oferta-intervenção que se propõe

⁴ A Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) é uma expressão criada a partir da proposta do médico Ivar Oddone e sua equipe na Itália no período de construção do modelo operário italiano de luta pela saúde nos ambientes de trabalho. Trata-se de uma rede que pretende a mobilização de saberes não apenas científicos, valorizando a importância dos “saberes informais” (BRITO; ATHAYDE, 2003).

a discutir os processos de trabalho junto ao atores do serviço a fim de potencializar sua ação. Desta forma, o apoio institucional contribui no sentido da efetuação da “gestão participativa”, por meio da construção de espaços de interlocução entre os diferentes atores da saúde – trabalhadores, usuários e gestores – a fim de que este tipo de gestão não se resuma a uma prescrição verticalizada e vazia de consistência prática (SANTOS FILHO *et. al.*, 2009).

1.3 AS CATEGORIAS DE OFERTA E DEMANDA NA RELAÇÃO DE SERVIÇO

Antes de prosseguir na discussão dos principais temas da saúde coletiva, é preciso compreender a complexidade de fatores envolvidos na gestão dos serviços e nas relações de cuidado. Estas se constroem no cotidiano de trabalho, de modo qualquer definição que parta do princípio de uma demanda imutável e pré-existente ao serviço, corre o risco de não ter utilidade prática.

Pinheiro (2006), em uma pesquisa que enfocou o cotidiano dos serviços de saúde de Volta Redonda, utiliza a oferta e a demanda, e sua relação com o serviço de saúde, como categorias de análise capazes de apreender as relações mantidas entre gestão, profissionais e usuários. Por meio dessa pesquisa identificou-se, na fala dos usuários, por um lado a esperança do vínculo, do cuidado e da atenção e, por outro, a expectativa do tratamento efetuado por um médico responsável por resolver a doença. A pesquisa aponta para a existência de um universo simbólico compartilhado tanto por usuários como por profissionais da instituição de saúde, que remete à visão da medicina convencional ocidental. De fato, no que concerne aos aspectos constitutivos da demanda, as percepções e representações dos atores da saúde exploradas na pesquisa - sobre a saúde, a cura e a doença - se mostraram impregnadas pela doutrina médica. Soma-se a isso a “preferência” dos usuários pelos profissionais médicos que, segundo a autora, se justifica devido a uma *cultura popular* que designou socialmente o médico como aquele habilitado a resolver queixas, problemas físicos ou emocionais, ainda que sua origem não esteja relacionada a uma doença específica.

Desta forma, é possível observar que a racionalidade médica – explorada no item anterior – se faz presente por meio de gestos e falas dos usuários tendo efeitos na construção da oferta e da demanda em saúde, de modo que algumas vezes esta contradiz alguns princípios básicos da Saúde Coletiva, como a transdisciplinaridade nas equipes. Isso aponta para a necessidade de problematizar o que é uma demanda, como se constitui, e qual sua

relação com a oferta. Desta forma, a autora advoga em favor da inclusão de outros conhecimentos, como a Antropologia e a Sociologia, nos elementos constitutivos da demanda (PINHEIRO, 2006).

Tomando outro autor como referência, pode-se articular a discussão sobre a produção da demanda à compreensão do trabalho em saúde como uma *relação de serviço* onde este é entendido como uma transformação nas condições de atividade do destinatário (ZARIFIAN, 2001). De fato, a utilidade do serviço está relacionada com os usos que a partir dele se faz. O uso de si pode ser entendido, como a apropriação feita pelo usuário do serviço. A transformação no uso de si efetuada pelo serviço é primordial para sua qualidade, o que implica em considerar as necessidades específicas da atividade do usuário. Desta forma, é possível compreender que o valor do serviço não deve ser se avaliado com o foco no “custo” – como o fazem as abordagens tradicionais – e sim sobre a validade social dos resultados produzidos pelo serviço e sobre a eficácia dos recursos utilizados para produzir tal resultado. Segundo esta perspectiva a avaliação do serviço se faz a partir do entrecruzamento entre o que se espera dele, o que se obtém e do modo pelo qual tal serviço foi o obtido.

Zarifian (2001) ao falar do uso de si o contrapõe ao uso do produto. No exemplo do serviço de venda de uma lavadora de roupa, o uso do produto se entende pela capacidade da máquina lavar a roupa, enquanto o uso de si seria o dono da máquina saber como utilizá-la da melhor maneira possível. De forma analógica, é possível compreender o serviço da saúde como a transformação na atividade do usuário que ficou prejudicada pela afecção da qual pretende tratar, de modo que o produto esperado seria, nesse sentido, a atividade recobrada.

No entanto, é preciso considerar os limites da comparação: embora a ciência, em muitos aspectos, pretenda criar uma manual de instruções completo do ser humano no que concerne a todos com cuidados com a saúde, esse tipo de prescrição, embora indispensável, sempre é insuficiente, por não dar conta das especificidades dos sujeitos e de suas condições de vida. Com base nesse exemplo destaca-se a importância da comunicação entre o prestador de serviço e o usuário, que é entendida com Zarifian (2001) como um importante componente de sua eficiência. A competência humana, profissional, nesse sentido, implica em conhecer a atividade do usuário a fim de agir com pertinência sobre suas condições de execução. Também o autor elucida que existem condições para a compreensão da atividade do usuário que não se restringem a uma relação momentânea, uma vez que pode mobilizar toda a experiência dos empregados e a também os conhecimentos da organização.

De fato, é importante compreender a relação de serviço em saúde como algo mais amplo do que uma interação apenas entre dois indivíduos em um consultório médico, uma vez que tal visão poderia levar ao equívoco de compreender os problemas da eficácia exclusivamente como “culpa” do profissional que não escutou o que o usuário tinha a dizer. Ou mesmo como uma questão do serviço de saúde que falhou em “dar voz” à comunidade. Faz-se mister, ao se falar da importância de se reconhecer as demandas da saúde da população, esclarecer de que modo se criariam estas demandas, sem considerá-las como algo natural ou pré-existente. Ayres (2001) critica uma atitude bastante difundida dos profissionais da área da saúde voltada para a busca de estabelecer um diálogo com indivíduos e populações. Isso porque, muitas vezes, ignora-se o diálogo no qual já se está imerso no trabalho em saúde.

Não se trata apenas de uma questão formal de linguagem, mas de uma experiência concreta que reiteramos com pouca densidade de crítica: o fato de que desconsideramos o universo de resistências que, ao mesmo tempo, nos opõe e se aproxima desse outro a que chamamos, de modo tão revelador, de nossas populações-alvo. É como se houvesse entre sujeito-profissional de saúde e sujeito-população um vazio (AYRES, p.68, 2001).

Também Foucault (2007) serve como referência no que concerne à crítica à forma pela qual muitas vezes os intelectuais corroboram as relações de dominação, que agem no sentido de desqualificar o discurso das massas, quando elaboram um discurso que visa falar de suas necessidades. Caso se vá para além de se compreender o usuário do serviço de saúde como um objeto da intervenção técnica a ser efetuado por um profissional igualmente objetificado pela racionalidade médica, é possível vislumbrar outras possibilidades para a relação entre oferta e demanda. Como afirma Peduzzi: “É no âmbito da intersubjetividade que se dá o reconhecimento das necessidades de saúde entre usuário e agente, assim como as intervenções possíveis” (PEDUZZI, 1998, p.42).

Sobre o serviço público, o autor ressalta que esse costuma ser caracterizado por princípios genéricos e abstratos que muitas vezes falham em identificar a singularidade das populações às quais se destinam. De modo semelhante, Offe (1995 *apud* PEDUZZI, 1998) salienta a importância de produzir um equilíbrio entre dois aspectos que, segundo sua visão, seriam inerentes ao trabalho em serviço, a saber, a especificidades do caso e a generalidade da norma. O primeiro estaria relacionado às particularidades e variabilidades de cada situação enquanto o segundo à regulamentação e valores gerais. Segundo Peduzzi, uma das especificidades do trabalho em saúde residiria no fato dos instrumentos do processo do

trabalho estarem sempre referidos a um sujeito. Ou seja, a aplicação dos variados instrumentos (saberes ou materiais) se efetiva pelo encontro entre usuário e agente, de modo que as intervenções técnicas estão sempre permeadas por relações interpessoais. Trata-se de um trabalho, por parte do profissional, de tradução de normas gerais à especificidade de cada caso, onde se destaca a intersubjetividade usuário-agente.

Tal discussão também se faz presente em estudos (AYRES, 2004; MACEDO e DIMENSTEIN, 2009; SANTOS FILHO *et. al.*, 2009) que apontam para importância de não sobrepôr os conhecimentos técnicos e científicos sobre a saúde e nem as diretrizes da PNH aos conhecimentos práticos dos atores da saúde – tanto usuários como trabalhadores - que se criam no cotidiano e que podem ser potencializados por meio de uma análise coletiva do processo de trabalho. Assim se destaca não só a atividade do trabalhador da área da saúde, mas também do usuário na construção do serviço, o que implica na necessidade de criação de espaços de interlocução onde estes saberes práticos não se encontrem silenciados pelo imperativo da razão médica.

A visão de relação de serviço implica na necessidade de não só atender uma demanda pré-existente do usuário da saúde, mas na necessidade da construção coletiva da demanda em relação à construção da oferta. Ou seja, não há separação possível entre oferta, demanda e necessidade dos usuários em saúde, embora os referenciais da economia clássica e do planejamento em saúde muitas vezes insistam na reprodução dessa dicotomia (BARROS; PINHEIRO, 2007). A existência de uma demanda de tratamento centrada no médico por parte dos usuários, como é vista na pesquisa realizada em Volta Redonda (PINHEIRO, 2006), está relacionada com um longo período em que o saber e as práticas de saúde centrados na racionalidade médica corroboraram essa visão. Isso implica que, diante da mudança na concepção da saúde, é preciso que os serviços adéquem a oferta de serviços à realidade dos usuários, fugindo de ideais abstratos de bem comum e criando condições de apropriação por parte deles. É possível vislumbrar, neste processo, a apropriação a transformação do uso de si do usuário, que pode apontar para a desconstrução da hegemonia do saber médico. Esta transformação no uso de si exige a possibilidade de uma relação intersubjetiva profissional-usuário, que não se restringe ao contato entre dois indivíduos com intenções e necessidades pré-determinadas.

O cuidado, nesse contexto, pode ser tomado como horizonte ético das práticas de saúde uma vez que possui uma capacidade questionadora das propostas predominantes que

tentam dar conta da definição das demandas em saúde baseadas em uma racionalidade econômica e biomédica (BARROS; PINHEIRO, 2007).

1.4 O CUIDADO PELA VISÃO DA SAÚDE COLETIVA

A partir da revisão bibliográfica efetuada com base em textos de saúde coletiva (AYRES, 2000; PINHEIRO, 2007; PEDUZZI, 2007), foi possível perceber estes convergem em reconhecer a importância de se discutir o cuidado em saúde para além de seus procedimentos técnicos, mas levando em consideração seu aspecto político. Isso porque é dada visibilidade ao encontro inter-subjetivo que se procede no ato do cuidado e que é atravessado por valores tanto de cada um dos sujeitos como de toda a sociedade. Dessa forma, advoga-se em favor da dimensão de alteridade dos envolvidos no processo de cuidado (usuários e funcionários do serviço), que costumam ter sua subjetividade colocada entre parêntesis, em favor dos pressupostos da objetividade da técnica. Porém, antes de definir o cuidado dentro desta perspectiva, cabe melhor definir o conceito de sujeito aqui utilizado.

Ayres (2001) traça uma crítica ao conceito de sujeito predominantemente utilizado no pensamento sanitário, afirmando que ele não está em sintonia com os valores e pressupostos que orientam as principais propostas de renovação dos conceitos e práticas de saúde na atualidade. Segundo o autor, é mister compreender: 1) a subjetividade não como mesmidade, mas como algo que se constitui sempre na relação, ou seja, na intersubjetividade; 2) que o sentido existencial da relação de cuidado se cria no encontro do desejo com o ato de se colocar diante do Outro e engendrar possibilidades em um mundo compartilhado; 3) o que move o encontro desejante dos sujeitos e seu mundo não se traduz apenas como êxito técnico, mas abarca também dimensões éticas e estéticas.

Com base em tais premissas, é possível desfazer alguns equívocos nos quais se incorre ao tratar das práticas de saúde. Um deles é tomar o êxito técnico como único critério normativo (controle da doença e dos sintomas, por exemplo) para o cuidado. Sem negar a importância da técnica, o autor oferece uma visão mais abrangente de sucesso prático, com

base em uma concepção mais ampla de sujeito. A idéia de “tratamento”, nesse sentido, se torna uma postura limitada, uma vez que supõem uma relação estática com um sujeito individualizado e objetificado por meio de uma ação técnica. Para o autor, é preciso que se efetue uma desmistificação da auto-regulação tecnológica, de modo que utilizar ou não determinadas tecnologias passa a ser uma decisão entre outras. Ou seja, a escolha dos procedimentos utilizados deve ser fruto de uma negociação que se faz com base nos valores colocados na relação usuário-profissional.

Dentro dessa ótica, o cuidado pode ser entendido como um encontro desejante que implica em uma relação entre sujeitos onde estão em questão interesses de natureza estética, emocional, moral e etc..., que devem ser considerados na elaboração de um projeto em comum. Trata-se de uma “co-presença carnal” que necessariamente põe em cena saberes não submetidos à universalidade da ciência.

Por isso o autor advoga em favor da inclusão de outro tipo de saberes, para além dos orientados pela racionalidade científica, *“desde os conhecimentos acadêmicos não normológicos, como a filosofia, o direito e certos ramos das ciências humanas, até as diversas sabedorias práticas transmitidas secularmente nas diversas tradições culturais.”* (AYRES, 2001, p.7). Trata-se da sabedoria prática, que é construída coletivamente no cotidiano do serviço de saúde, e que se atualiza na experiência como conhecimento e ação que se manifestam na realidade.

Ayres afirma o potencial re-subjetivador do ato de cuidado quando movido pela sabedoria prática. Com base no trabalho de Merhy, Ayres destaca que por meio do outro-do-cuidador podem surgir novos arranjos tecnológicos mais sensíveis às necessidades de saúde dos indivíduos e das coletividades (AYRES, 2000).

É de outro tipo de saber que penso tratar-se quando percebemos a possibilidade de mudança, de alteridade, de plena presença do outro no ato assistencial. Refiro-me à *phrónesis*, ou sabedoria prática, que não cria objetos, mas realiza sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo (idem, p.119).

Cabe ressaltar que essa possibilidade se impõe a racionalidade científica que, como já foi tratado anteriormente, age no sentido de excluir a subjetividade tanto do profissional do cuidado como do usuário em prol do rigor técnico.

Mattos (2004), corrobora essa visão ao afirmar que o cuidado pode se dar das mais diversas formas, de modo que aquele que é cientificamente fundado não é necessariamente o mais adequado em todas as situações. Segundo o autor, a marca da imprudência no cuidado – o não-olhar o outro, seus sofrimentos, anseios e necessidades – acaba por descaracterizá-lo, estando ele ou não de acordo com os requisitos de cientificidade. De fato, podemos perceber os ecos do discurso da medicina moderna nas práticas de saúde contemporâneas; marcadas pela hegemonia do saber médico, socialmente descontextualizadas, mecanicistas e com um enfoque biologizante.

Segundo Pinheiro (2007), o cuidado pode ser entendido como um valor que configura o *ethos*⁵ humano do agir em saúde e se realiza no cotidiano. Trata-se de uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para o direito de ser, que pode ser entendido como direito de ser diferente, à alteridade. A integralidade – um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) – é vista nesse contexto “*como um dispositivo legal-institucional, portador de valores ético-político, que têm no cuidado sua maior expressão como atividade humana*” (p.15). O cuidado como ação integral, trata do encontro entre os vários atores envolvidos no cotidiano do trabalho em saúde, no sentido de produzir novas e mais potentes práticas de atenção à saúde

A questão do valor e dos valores na sociedade atual é destacada pela autora, que questiona até que ponto a razão científica é neutra, como se propõe, e capaz de instituir valores universais de conduta desvinculados de interesses históricos. Desta forma, é enfatizado o caráter político do cuidado em saúde, que é caracterizado como uma rede de saber-fazer, numa perspectiva de indissociabilidade entre pensamento e ação, que não se resume à aspectos técnicos. A partir disso a autora propõe a reintegração entre o agir e o pensar em saúde, a partir do pressuposto do cuidado como valor, destacando que pensar é uma ação prática com a qual se corporificam hábitos e costumes no cotidiano. Tal proposição se faz em contraposição aos pressupostos históricos ligados à razão clássica que subordinam a ação (política) ao pensamento (ciência). Nessa perspectiva se advoga em favor da necessidade da valoração (abertura de sentido), de modo a reconhecer o *ethos* cultural tanto de quem cuida como de quem é cuidado.

⁵ *Ethos* pode ser entendido como característica comum a um grupo de indivíduos pertencentes a uma mesma sociedade (AURÉLIO, 2010).

Em pesquisa recente no campo do bem estar social - que comporta tanto a saúde (SUS) como a assistência social (SUAS) - Macedo e Dimenstein (2009) apontam para duas concepções distintas de cuidado a partir da fala de psicólogos: a primeira, que é mais freqüente, diz respeito ao cuidado como forma de intervenção especializada, conformado por um tipo de saber instrumental que coloca o profissional numa posição de hierarquia e definição de rotinas pré-concebidas. Já a segunda trata do *“cuidado como práticas que se apóiam no exercício da reflexão sensível, da postura acolhedora e da responsabilização para com o outro, produzidas a partir de um exercício ético-político do próprio encontro equipe-serviço-comunidade”* (idem, p. 299). Desta forma, os autores destacam que os profissionais, em sua maioria, compreendem e lançam mão de uma idéia de cuidado mais a partir de um enfoque instrumental do que de uma compreensão dos usuários. Por meio dessa constatação faz-se uma reflexão crítica destacando a hipervalorização da técnica em detrimento de uma atuação pautada em uma atitude ético-política (idem).

Pinheiro (2006), na já referida pesquisa com usuários e profissionais do sistema de saúde de Volta Redonda, afirma que a relação entre o médico e o paciente foi apontada como um problema de difícil equação. Segundo a autora, haveria uma desvalorização, por parte do médico na relação com o paciente. Valoriza-se a competência técnica e o acúmulo de conhecimentos específicos da medicina, que servem à resolução de casos difíceis e desafiadores, em detrimento de casos mais simples e repetitivos. A falta de uma formação específica voltada para a comunidade é apontada como uma das causadoras deste quadro, uma vez que esta seria fundamental para o estabelecimento do vínculo.

Pinto (2007) aponta que são poucas as pesquisas que se referem às condições de trabalho dos profissionais de saúde nas suas relações com a Integralidade. Este fato se destaca com estranheza, tendo em vista a conotação política da Integralidade. O autor aponta que freqüentemente se fala em fomentar o diálogo entre trabalhadores, por exemplo, sem que façam referência às condições de trabalho concretas encontradas no dia a dia dos serviços de saúde. Tal fato faz com que as propostas para a efetivação da Integralidade, muitas vezes soem como exortações, que não levam em consideração o que estão vivendo os profissionais de saúde na realidade.

O TRABALHO EM EQUIPE

“Não há maestro”

Orquestra Voadora

Os anos 70 marcam a composição das equipes multiprofissionais na área da saúde, que pode ser caracterizado como um período de forte expansão deste mercado de trabalho devido à necessidade de extensão de cobertura de serviços (PEDUZZI, 1998). Uma das importantes características da composição da força de trabalho em saúde foi, até o início dos anos 80, a bipolarização entre médicos e atendentes, que veio se alterando com o crescimento dos empregos no nível médio e superior. A categoria que apresentou maior crescimento foi a de auxiliar de enfermagem, seguida das diversas outras carreiras de ensino superior (psicólogos, odontólogos, assistentes sociais...) o que representou uma redução relativa das outras categorias profissionais predominantes, a saber, a medicina e a enfermagem (MACHADO e COLS., 1992; apud PEDUZZI, 1998).

As modificações na composição das equipes de saúde desde então vem gerando conflitos e enfrentamentos travados por vários grupos profissionais em contraposição à hegemonia médica (PEDUZZI, 1998) que, como já explicitado acima, é tão antiga como a própria existência do hospital. Contudo, desde a criação do SUS e, principalmente, com estratégias não centradas no Hospital, como o Programa de Saúde da Família (PSF), a equipe multiprofissional passou a ser um ponto estruturante do trabalho em equipe. A isso se soma o processo de mudança, segundo Nogueira (*apud* MARTINS; POZ, 1998) na lógica assistencial, que deixa de ter como centro o hospital e se reorienta para o trabalho em equipe na comunidade e saúde da família.

O trabalho em equipe multiprofissional pode ser apontado como eixo da integralidade em saúde. De fato, a inserção de novos profissionais nas equipes possibilitou o encontro e o diálogo dos diversos atores da saúde – trabalhadores, gestores, agentes sociais e etc. – no sentido de um cuidado integral. Contudo, tal organização ainda se mostra insuficiente para garantir a transdisciplinaridade. O que se percebe muitas vezes é uma simples justaposição de diferentes profissionais, a existência de uma hierarquia rígida que mantém a fragmentação do trabalho e a hegemonia do modelo biomédico.

A diversidade e heterogeneidade dos membros da equipe – que apresentam diferentes formações, níveis educacionais e responsabilidades – contribuem para complexificar a organização do trabalho em saúde. A divisão social e técnica do trabalho define a divisão de cada profissional dentro do hospital, não só com base nas competências técnicas de cada categoria profissional, mas também com base na forma como elas são socialmente valorizadas. Enquanto aos mais favorecidos socialmente são atribuídas tarefas qualificadas, em geral com menos riscos à saúde; aos menos favorecidos destinam-se aquelas que exigem menos qualificação e, em geral, oferecem maiores riscos de acidentes e doenças (OSÓRIO, 2006).

Osório (idem) em pesquisa acerca da organização do trabalho em um Hospital afirma que é possível observar a divisão social do trabalho na Equipe de Enfermagem. Enquanto a equipe de enfermagem coordena, orienta e supervisiona a assistência aos usuários, a maior parte das tarefas que exigem esforço físico, pouco preparo técnico e podem ser realizadas de modo mecânico; são executadas pelos Auxiliares de Enfermagem. Segundo a autora há uma bem estruturada justificativa técnica, a qual o Conselho Regional de Enfermagem dá suporte, que torna determinadas tarefas privativas do Enfermeiro ou do Auxiliar de Enfermagem. Contudo, Osório afirma que do ponto de vista técnico, nada impediria que cada um se ocupasse das tarefas menos complexas que aquelas privativas da função. *“Os Enfermeiros estão expostos a menor carga física e maior carga psíquica e mental, pouco reconhecida pelo pessoal de nível médio de enfermagem e pelos demais profissionais de formação universitária”* (idem, p.84).

Deste modo, a divisão social e técnica do trabalho pode acarretar a fragmentação do cuidado, que não só gera em prejuízos para o usuário, como também para os próprios profissionais que o exercem. No exemplo da tarefa da preparação da medicação, a autora ressalta a discrepância entre o trabalho prescrito e ou trabalho real, ou seja, entre o que se deve fazer idealmente e o que se faz na prática:

Cada AE [auxiliar de enfermagem] deveria ficar responsável por um certo número de pacientes. Na prática, os auxiliares parcelavam a tarefa: um preenchia rótulo, outro separava comprimidos etc. Explicavam que da forma prescrita não haveria tempo suficiente para todas as tarefas. Assim, o tempo de preparação dos medicamentos era reduzido, mas o trabalho perdia muito do significado que poderia ter com o atendimento integral a cada paciente por um mesmo auxiliar (OSÓRIO, 2006, p.23).

Desta forma, é possível perceber que a forma de organização da equipe em função das exigências do ritmo do trabalho termina por acarretar uma fragmentação ainda maior da concepção e da execução do trabalho. Também Seligmann-Silva (2002), ainda que não restrinja sua pesquisa à área da saúde, destaca a hipervalorização da rapidez como uma tendência do trabalho contemporâneo, em detrimento das formas de comunicação interativa, fundamentais à resolução conjunta de problemas, trazendo prejuízos tanto para a criatividade individual como para a cooperação coletiva. De fato, as tarefas efetuadas mecanicamente geram monotonia e aumentam a possibilidade de falhas como o erro de medicação, por exemplo. Isso também reduz o poder de intervenção desses profissionais sobre a assistência prestada, uma vez que devido ao não conhecimento do caso, perdem a compreensão do processo como um todo (OSÓRIO, 2006).

Isso traz à baila as relações de hierarquia, que se fazem presentes no hospital e corroboram a fragmentação, podendo prejudicar integralidade do cuidado. Defende-se a hipótese de que o desgaste da saúde do trabalhador deve-se principalmente a sua impotência diante de uma estrutura hierárquica centralizadora o que gera impactos da organização nas práticas profissionais, empobrecendo o sentido do trabalho (OSÓRIO, 1998). Isso porque as escolhas, angústias, preocupações e afetos, que vão além do trabalho prescrito e restrito a cada categoria profissional, costumam ser ignoradas por uma organização hierarquizante, acarretando na perda de sentido do trabalho. De fato, este sentido se inscreve na processualidade existente entre o prescrito e o realizado (OSÓRIO, 2006) como parte de confrontos e soluções engendrados no âmbito de uma sabedoria prática que advém da experiência dos trabalhadores. O prescrito, neste caso, é entendido como aquilo que se deve realizar no trabalho, embora o que se realiza de fato nunca se resuma à prescrição.

O Hospital se configura como um terreno de competições acirradas entre os especialismos, o que enfraquece a interprofissionalidade no exercício da profissão, que é condição de possibilidade ao surgimento da já discutida sabedoria prática, no campo da saúde (PINHEIRO; CECCIM, 2006). Uma importante metáfora para se compreender o que seria um ideal trabalho em equipe pelos autores orientados pelos princípios da humanização seria a de equipe como uma orquestra sem maestro. Isso porque ambos se caracterizam por como grupamentos de profissionais com saberes e técnicas distintas que devem executar seu trabalho em conjunto. A idéia principal é a de que a sinfonia não é resultado exclusivo de nenhum de seus componentes e sim depende de uma multiplicidade de tons – especialidades

profissionais – para funcionar. Deste modo, um *agir em concerto* implicaria necessariamente em garantir as especificidades relativas aos campos de saber profissionais em prol de um objetivo em comum, que é a saúde do usuário (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

Barros afirma o trabalho em equipe como uma estratégia privilegiada de reverter processos de fragmentação, individualização, competição e quebras de alianças coletivas no trabalho. Ela destaca o caráter reticular do trabalho, do funcionamento em rede, como forma de escapar ao que está cristalizado e aos obstáculos que impedem os processos de criação da inteligência prática.

O trabalhar em equipe – equipe como expressão deste coletivo-rede – é o que permite passar de uma dimensão estritamente prescritiva dos processo de trabalho para uma dimensão ampla do agir – potência da em situação de trabalho (BARROS; BENEVIDES DE BARROS, 2007, p.83).

É importante ressaltar que, segundo esta perspectiva, a potência do coletivo será aumentada ou diminuída dependendo das maneiras como se dão as relações entre os trabalhadores e a organização de trabalho e que subjetividades são produzidas nesse contexto. O coletivo é entendido pela autora, como um “*plano de co-engendramento de indivíduos e mundos, modos de trabalhar e se formar no trabalho, de modos de subjetivação e de gestão do trabalhar*” (idem, p.82).

Peduzzi (1998) propõem duas categorias que dão sentido a diferentes noções de trabalho de equipe: 1) equipe como agrupamento, caracterizada pela justaposição e fragmentação entre ações e agrupamentos de agentes e 2) equipe como integração, em que ocorre a articulação das ações e dos agentes, sendo caracterizada pela construção de possibilidades de recomposição dos saberes e trabalhos especializados – estando em consonância com os princípios da integralidade.

Bonaldi et al (2007,..), a partir da análise dos dados empíricos coletados em quatro localidades distintas do Brasil, delineiam o trabalho em equipe como um dispositivo para a efetivação da integralidade em saúde. No âmbito de entrevistas realizadas com trabalhadores da saúde, a fala de um dos profissionais se destacou por comparar a igualdade da importância de cada órgão no funcionamento do corpo à importância de cada membro no funcionamento da equipe. Inspirados nesta fala os autores usam a noção de corpo – como algo da ordem do

coletivo e não como um agrupamento das diferentes partes – como forma de compreender o funcionamento orgânico da equipe.

Por este viés os autores colocam desafios para as equipes de trabalho. O primeiro consiste em superar a visão de que a equipe seria um simples agrupamento de especialidades a partir de uma articulação burocrática e o segundo escapar a um modelo segundo o qual “todos fariam tudo e ninguém seria pessoalmente responsável por nada em particular” (BONALDI *et al.*, 2007). A fala do condutor da frota do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU evidencia uma outra lógica, que não cai nos extremos nem da responsabilização prescritiva, na qual cada profissional teria suas tarefas detalhadamente pré-estabelecidas e sem possibilidade de adequação aos recursos do meio, e nem de uma horizontalização, que apagaria as especificidades profissionais.

A gente vê casos aqui, que é obrigação da enfermeira, mas a auxiliar sabe fazer e aí ela passa pra auxiliar fazer. Quando ela começa a cobrar, a gente vê, cada classe tem um representante, “não, mas não é seu papel”. “A viatura está suja”. Não é obrigação do condutor lavar. Tem lavador pra lavar a viatura, mas tem condutores que não, assim, não tem esse negócio de dizer “não, eu não lavo”. “Eu lavo.” Por exemplo, checar uma UTI dessa. É obrigação da enfermeira. A auxiliar não tem essa obrigação, porque, por exemplo, ela (enfermeira) tem que saber onde estão todos os medicamentos. Porque na hora que acontece um acidente o medico pede a ela. Aí funciona a hierarquia. Ela não pede ao auxiliar, ele manda a auxiliar conferir. E aí às vezes a auxiliar confere, bota no papel, e aí a quantidade que ela colocou não é suficiente pra o caso. E aí quando chega lá, cadê? Aí é por isso que quando a gente tem reunião a gente tem que ver. Você já pensou se eu pedisse para um médico ir lá olhar o óleo do carro? Então, se cada um fizer a sua parte todo mundo é importante (Chefe da frota, SAMU, Aracaju) (idem, p.60).

Este exemplo também nos ajuda a perceber a insuficiência do trabalho prescrito diante daquilo que acontece na prática e também a sabedoria prática que extrapola prescrições em prol do funcionamento coletivo. Cabe ressaltar, porém, que existem situações no ambiente profissional marcadas pela falta de recursos, onde os profissionais de vêem impedidos de realizar sua atividade e colocar sua sabedoria em prática, com alto custo subjetivo. Maia (2006) relata o caso de

(...) um médico pediatra que se sentia visivelmente incomodado porque, ao receber um paciente em estado grave, necessitando de cuidados urgentes, se via bloqueado na sua situação de cuidar. O doente, após transitar por vários hospitais da rede pública sem conseguir assistência, chegou ao hospital em questão, que não possuía a especialidade requerida para o tratamento que o seu

estado de saúde exigia. O profissional médico, sem ter como atender e sem ter como referenciar, sentiu-se pessoalmente atingido e responsável por aquela vida, mobilizando toda a equipe para, em um esforço de formar uma rede pessoal de comunicação com outras unidades de saúde, dar conta daquilo que seria papel da rede pública de cuidados (MAIA, 114-115, 2006).

Este exemplo traz à baila a dimensão ética do trabalho em saúde, que se coloca entre a responsabilidade de cada profissional e os limites institucionais. Isso porque há muitos casos que demandam ações que extrapolam a função (prescrita) dos profissionais e, embora uma equipe bem “concertada” possa ser capaz de suprir algumas necessidades pela sabedoria prática, há casos que demandam transformações mais amplas no funcionamento, evidenciando também o caráter político do trabalho.

1.5 ÉTICA E RESPONSABILIDADE COLETIVA

Gomes *et al.* (2007) defendem a integralidade como um princípio ético e formativo em saúde. Trata-se de uma ética da alteridade que co-emerge do coletivo como um treino ético por meio do saber-fazer comum. O trabalho em equipe se orienta, nesse contexto, por meio de relações de legitimação do outro, de modo que ser, fazer e saber emergem como co-produtores das práticas de saúde. Trata-se de um viés que tem o foco nas práticas e em suas conseqüências retirando, portanto, a discussão do âmbito da culpa. Ou seja, “*o usuário mal-atendido surge ao mesmo tempo que um médico ou um enfermeiro que atende mal. Se as qualidades fizessem parte das coisas, se fossem sua ‘essência’ não poderiam mudar jamais – um processo de formação não seria possível*” (idem, p.33). Desta forma, é possível compreender uma ética transpessoal, que não é vista como pertencente a um sujeito individual.

Osório (1998) descreve o trabalho da equipe de enfermagem em um hospital como robotizado, no qual há perda das coordenadas de ritmo da ação, sugerindo um resquício da exigência da produção taylorista no trabalho em saúde. Com isso, segundo a hipótese da autora, haveria um pacto entre esse tipo de produção e a redução da angústia proveniente do trabalho insatisfatório. Isso porque, “*fazer mais rápido é também fazer menos da coisa, deixar-se afetar menos por ela*” (idem, p.31) o que implica também em um menor envolvimento com o trabalho e conseqüentemente uma menor vivência de responsabilidade.

Nesse contexto, as responsabilidades coletivas são atribuídas outro trabalhador ou grupo, sendo transformadas em culpa.

Bonaldi *et al.* (2007) se utilizam da fala de uma das enfermeiras participantes da pesquisa onde se explicita a questão da responsabilidade.

Então não tem como falar, estou mais tranqüila aqui porque a responsabilidade maior é desse profissional, ele que está determinando a conduta, o medicamento, então se der erro, o erro que vai provocar uma morte, por exemplo, não é meu, porque eu não estou prescrevendo, não estou intervindo dessa forma. Mas eu não consigo me eximir dessa responsabilidade, porque acho que o dever de estar junto dessas pessoas, de auxiliar, o compromisso é tão grande que a responsabilidade, é difícil de... eu não consigo (Enfermeira, Belo Horizonte) (idem, p. 63)

Aqui os autores, com base na filósofa Hanna Arendt, abordam o tema da responsabilidade coletiva, que escapa às idéias dicotômicas de que “ninguém é culpado pelo erro”, ou, de que “todos são culpados pelos diferentes erros profissionais”. Para além da noção de culpa, está a idéia de uma responsabilidade coletiva - conceito de esfera política que está condicionado à responsabilização de alguém por algo que ele não tenha feito, mas que lhe compete por seu pertencimento ao grupo. “(...) ele é responsável por coisas que não participou, mas que foram feitas em seu nome e nenhum ato pode dissolver” (idem, p.63). Corroborando essa tese, Pinheiro (2007) afirma que a responsabilidade coletiva consiste no desenvolvimento de uma capacidade de se deixar afetar por aquilo que é público e interessa aos outros, ou seja, por criar uma sensibilidade e se deixar afetar por aquilo que é comum a todos. No caso do trabalho, à atividade da equipe.

Por meio da perspectiva Ergológica, que será mais desenvolvida adiante, Louzada et al. (2007) destaca que o trabalho atualiza fazeres e saberes, para além de decisões de âmbito individual. Tal concepção enfatiza o caráter de constante criação pelo coletivo de trabalho como um processo de atualização das práticas tem o potencial de mantê-las em consonância com os princípios da integralidade, ou seja, formas de trabalho mais potentes, saudáveis e efetivamente coletivas.

1.6 PLANO GLOBAL – EFEITOS DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NA ATIVIDADE DE TRABALHO

Segundo Abreo e Resende (2001), o progresso do capitalismo teve início em um quadro recessivo, na década de 70, o que gerou mudanças na organização da produção, por meio do que se convencionou chamar de reestruturação produtiva. Esta se caracteriza pelo “*reordenamento da produção e acumulação com repercussões no mundo do trabalho, alterando processos e relações de trabalho, mediante inovações no sistema produtivo e nas modalidades de gestão, consumo e controle da força de trabalho*” (ALMEIDA; ALENCAR, 2001; *apud* ABREO; RESENDE, 2001, sem pág.).

Peduzzi (1998) destaca, com base em Antunes, o que ele denomina como *processualidade contraditória na incorporação de trabalhadores*, que age no sentido de reduzir o contingente do operariado industrial e fabril e, por outro lado, aumentar o trabalho precário. Além disso, há a ampliação da qualificação profissional necessária ao trabalho, paralelamente ao desemprego e à desvalorização do trabalho. Cabe ressaltar que, embora o desemprego possa ser apontado como uma das conseqüências típicas do processo de reestruturação produtiva, essa regra não se aplica ao campo da saúde, que por questões demográficas e epidemiológicas – aumento do número de idosos e de doenças crônicas (ROLLO, 2007) – tem apresentado aumento na taxa de empregabilidade (PEDUZZI, 1998). Além disso, há uma especificidade no trabalho em saúde que se explicita pela impossibilidade de substituição da atividade humana de investigação, avaliação e decisão, pela tecnologia, uma vez que cada usuário possui reações individuais e precisa ser constantemente monitorado (*idem*). Desta forma, é possível perceber o aumento dos postos de trabalho em saúde, que se caracteriza pela precarização.

A precarização do trabalho em saúde é um fenômeno que pode ser entendido no âmbito das recentes mudanças no padrão produtivo, caracterizado pela ruptura com o modelo de desenvolvimento fordista. Ou seja, este termo tem sido utilizado com o objetivo de designar perdas nos direitos trabalhistas, ocorridas no contexto do retorno à idéias liberais de defesa do estado mínimo. Castel (2001) , no livro *As Metamorfoses da Questão Social*, analisa a história de uma sociedade salarial que passa a ter que conviver com o risco da dissociação social enquanto condição inerente à atividade laboriosa. Este risco, que antes era relegado aos elementos marginais - como os assistidos e desfiliaados – pela modernidade liberal, a partir do século XVII se torna uma *vulnerabilidade de massa*. Deste modo, a questão social se torna uma situação não reservada às franjas estigmatizadas da sociedade. Embora Castel se volte para os países avançados, nos países em desenvolvimento os efeitos

deste processo se torna ainda maior, uma vez que ocorre em uma sociedade incapaz de garantir proteções sociais a todos, ou mesmo o salário.

Rollo (2007) associa a revolução tecnológica – a automação/ robótica, informática, telecomunicações entre outros - à desvalorização do trabalho em saúde, com destaque para o que se efetua no serviço público. Segundo o autor haveria falta de interesse por parte das políticas neoliberais de Estado mínimo em valorizar e investir nos servidores em saúde pública, que têm seu trabalho precarizado. Isso se explica pela lógica lucrativa de mercado que impõe a redução dos custos com serviços públicos.

Entre as mudanças no trabalho em saúde no Brasil nota-se o crescimento do número de trabalhadores com poucas ou sem quaisquer garantias trabalhistas. Trata-se de funcionários de cooperativas, por exemplo, e também os diversos trabalhadores terceirizados que terminam por gozar de menos benefícios trabalhistas que os funcionários da organização. Nessas organizações encontram-se: *“contratos temporários; trabalhadores contratados para realizar atividades especiais (plantonistas em hospitais, por exemplo); flexibilização na contratação de agentes comunitários de saúde da família pelo governo brasileiro; e o trabalho temporário previsto no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde”* (PIRES, pp. 318-319, 2008).

A partir do início da década de 1990 se iniciava o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi marcado pela a assimilação dos pressupostos neoliberais na área da saúde, o que resultou num quadro que pode ser caracterizado por:

(...) ampliação do acesso aos serviços de atendimento básica; mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estão na iniciativa privada); grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; conformation de um sistema de saúde complementar, regulamentado; e institucionalização da participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo (RIZZOTO, 2008, p.279).

Seligmann-Silva (2002), sem desconsiderar o plano global da reestruturação produtiva, a enfoca no âmbito interno das empresas, enfatizando sua ação na subjetividade dos trabalhadores. A autora destaca uma ideologia da excelência caracterizada pela idealização da modernidade e do trabalhador. Uma das principais crenças seria a de que, em virtude dos novos recursos tecnológicos, o “trabalho sujo” teria sido eliminado, prevalecendo o trabalho qualificado, no qual haveria espaço para a ativação da inteligência do profissional,

com benefícios à sua saúde. Mesmo diante de um posto de trabalho com alto grau de automatização, que seria considerado “leve”, ou “feminino”, como na discussão sobre o gênero sexual, é possível identificar altas cargas de trabalho.

Destaca-se aí, a existência de paradoxos ocultos, como o do prejuízo causado à saúde do profissional devido alto nível de exigência que lhe é direcionado. Isso porque o ideal de excelência compreende que aquele que não goza de uma saúde perfeita, ou de uma disposição integral para o trabalho, pode ser visto como incompetente. Outra característica é a flexibilização das relações sociais de trabalho que, devido à inquietante previsão de descontinuidade e possibilidade de desemprego, gera a precarização de vínculos e comprometimentos, levando à sensação de instabilidade e incerteza diante do futuro.

Martins e Poz (1998) corroboram essa visão ao destacarem, com base em Deluz (1996), o lado luminoso da reestruturação produtiva, no que se refere às possibilidades dos trabalhadores investirem em sua formação profissional, uma vez que a qualificação é valorizada. Por outro lado, o aspecto sombrio deste processo é entendido pela precarização, com altos custos subjetivos ligados à exigência da multitarefa e ao estresse de ser individualmente responsável por decisões, intervenções e resultados do trabalho. Segundo os autores trata-se de um processo contraditório que por um lado promove o trabalhador e, por outro, rompe com as tradicionais formas de defesa e segurança de trabalho, com redução dos mecanismos de solidariedade e sociabilidade. Tendo a competitividade como fim, os novos processos tendem a promover a exclusão e a precarização das relações de trabalho.

Nesse contexto se questiona a perspectiva tecnológico-determinista que enxerga a qualificação como a solução para o desemprego e para a desvalorização do trabalho. Trata-se de uma lógica individualista que de modo subjacente atribui ao trabalhador quaisquer conflitos no campo profissional, como se fosse uma questão de incompetência pessoal. Desta forma, defende-se uma abordagem crítica dos processos sociais, onde os indivíduos e grupos são encarados como sujeitos na construção da ordem social, de modo que a qualificação passa a ser vista como uma construção coletiva de significados. O trabalho humano é visto como resultante e determinante de um processo de qualificação coletiva, dado pelas próprias condições da organização social.

Segundo Martins e Poz (1998), os impactos da reestruturação produtiva no setor da saúde ocorrem tanto no nível das tecnologias materiais (equipamentos e produtos), como

tecnologias imateriais (saberes e técnicas). A despeito da difusão do progresso tecnológico na saúde, que se materializa por meio dos fármacos, imunobiológicos e reagentes para diagnóstico e na multiplicidade procedimentos e equipamentos médicos; o primado do saber tecnológico não se aplica na prática ao trabalho em saúde. Os autores, com base em Nogueira, destacam o caráter manufatureiro do trabalho em saúde, com um forte componente manual, de modo que o capital continua dependendo do saber dos trabalhadores para resolver problemas não previstos. Como já foi citado, a relação entre teoria e prática na atividade médica não é de determinação, uma vez que existem formulações explicativas divergentes (CAMARGO JR., 1993). Há também que se salientar a existência de diferentes modos de produção em um mesmo espaço, que variam dos mais sofisticados procedimentos e processos intelectuais – decorrentes do avanço científico e tecnológico – à intensiva e manual (MARTINS; POZ, 1998).

De modo semelhante o trabalho em saúde é visto por Merhy e Franco (2003) como composto por trabalho morto, ou seja, trabalho centrado nos instrumentos e no conhecimento técnico, e o trabalho vivo em ato, ou seja, aquele no momento em que se está produzindo e que se dá no âmbito das relações. Estas podem ser sumárias e burocráticas centradas em relações prescritivas ou centradas em relações *interseçoras*⁶. O autor, com base em exemplos de processos de reestruturação produtiva da saúde no Brasil, afirma que não há grande alteração na relação entre o Trabalho Vivo e o Trabalho Morto, que permanece marcada pela hegemonia do segundo. As mudanças verificadas não alteram as estruturas do modelo assistencial vigente, a saber, médico hegemônico e produtor de procedimentos. Peduzzi (1998) corrobora essa idéia ao destacar que as mudanças técnicas tendem a intensificar a massificação dos serviços de saúde com implicações tais como “*a indiferenciação das situações de atendimento, a impessoalidade e o mecanicismo das ações, prejudiciais à eficácia esperada*” (idem, p.43).

Também Ayres (2000), em comentário sobre o um ensaio de Merhy, enfatiza que o processo de reestruturação dos modelos assistenciais pode reforçar a colonização das práticas de saúde por uma lógica predominante economicista. Deste modo tratar-se-ia de uma “transição tecnológica” onde a “tecnologia leve” se colocaria a serviço da “tecnologia dura”

⁶ Este termo que faz referência ao filósofo Gilles Deleuze e serve para designar o que se produz nas relações entre sujeitos nos espaços de suas interseções, que é um produto que existe para os dois e não possui existência sem o momento da relação em processo.

em função da rentabilidade do capital. Neste sentido, o cuidado é afirmado como dimensão redentora da presença propriamente humana nos modelos assistenciais, que seria essencial para a resistência ao controle do economicismo.

1.7 GÊNERO E DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO

Brito (2000) efetua uma reflexão acerca da reestruturação produtiva no cenário do trabalho das mulheres sob o ponto de vista da saúde coletiva. Ela aponta como tendências: 1. o aumento da proporção de mulheres em empresas multinacionais de todo o mundo, onde o custo de produção é menor (*apud* Benería, 1994); 2. a tendência de acirramento da diversidade e heterogeneidade das situações de trabalho dos homens e mulheres tanto em países do Sul como do Norte (*apud* Hirata, 1997). 3. o aumento do trabalho feminino e a maior vulnerabilidade das trabalhadoras frente à precarização do trabalho (*apud* Armstrong, 1995; Antunes, 1997; Hirata, 1997). Segundo a autora há uma preferência da mão-de-obra feminina em situações de baixos salários e de fraca regulamentação do trabalho. Além disso, Brito (*idem*) faz uso dos estudos de Le Doaré que compreende a terceirização do trabalho feminino ao nível internacional como um processo de replicação da dominação das mulheres, considerando que “*o que é exportado e explorado é o caráter tradicionalmente desvalorizado do trabalho feminino*” (BRITO, 2000, p.198). Também Frader (1997, *apud* Brito), sobre o tema, afirma que a desvalorização do trabalho feminino tanto nos discursos e representações, como nas estruturas econômicas é a causa de sua precariedade.

Além disso, ao quadro da precarização do trabalho feminino soma-se a grande quantidade de atividades domésticas e não remuneradas que consome grande quantidade de tempo e são em grande parte realizadas por mulheres. Há, dessa forma, tanto uma sobrecarga no trabalho doméstico como no trabalho remunerado, o que pode acarretar em prejuízos para a saúde das trabalhadoras. Nunes *et al.*(2007), concorda com essa idéia em sua pesquisa realizada com mulheres de uma equipe multiprofissional de um serviço de saúde público na cidade de João Pessoa-PB. Segundo o discurso de algumas participantes, a inserção no mundo público não flexibilizou funções e tarefas no mundo doméstico, acarretando sobrecarga física e emocional. Também preponderou nos discursos um modelo de família no qual a mulher é a maior responsável pelo cuidado e equilíbrio de todos. De fato, segundo os autores, a redefinição dos papéis femininos no último século – com o acesso à educação, ao voto e ao trabalho qualificado, por exemplo – proporcionou à mulher uma mobilidade social antes

somente conferida aos homens, que vem acarretando prejuízo em sua qualidade de vida. O lugar de cuidado a ela conferido se faz, muitas vezes, em detrimento do cuidado de si. A isso se associa a idealização do papel da mulher/mãe/ esposa/trabalhadora ligado a um modelo tradicional familiar ainda preponderante – apesar das conquistas das mulheres nos espaços públicos – que lhes impõem exigências sociais desproporcionais.

Com isso faz-se mister pensar a relação entre trabalho e sua divisão sexual, considerando que as relações de gênero o atravessam e ampliam sua complexidade. Brito (2005) ressalta a importância de romper com a concepção do trabalho masculino como universal e, tal como defende Kergoat (2000), coloca o foco na singularidade do trabalho permeado por *relações sociais de sexo*, que tem em sua base material sistemas de hierarquização e poder. De fato, o conceito de gênero pode ser compreendido como uma categoria socialmente construída, a qual se contrapõem análises e argumentos essencialistas que pressupõem uma essência biológica masculina ou feminina (SEBOLD *et al*, 2008).

Uma das concepções comuns da divisão sexual do trabalho é a de que “serviço de homem” pode ser pesado, porque os homens naturalmente teriam as características de força e resistência. Ao contrário disso estaria o serviço da mulher, caracterizado como leve, uma vez que a mulher seria mais frágil que o homem. Em virtude disso, muitas vezes as trabalhadoras são alocadas em postos mais mecanizados e considerados “leves”, devido a presença da máquina. Contudo, a partir da perspectiva ergológica, é possível notar que esta diferenciação muitas vezes mascara a carga de trabalho real das mulheres nestes postos. Nessas atividades podem ocorrer esforços físicos que podem passar despercebidos, tais como a adoção de posturas desfavoráveis, manutenção por longos períodos dessas posturas, repetição sucessiva de movimentos e etc... (MARCONDES, 2003) Faz-se mister a discussão das relações de gênero sexual, uma vez que elas estão na base de uma organização naturalizada do trabalho. De tal modo, é preciso reconhecer tais prescrições a fim de poder subvertê-las, de forma visibilizar o trabalho real que se efetua na saúde, como propõem as abordagens que tem o foco na atividade (BRITO, 2005).

Tais relações se fazem visíveis por meio de estudos de historiadores sociais (Zaratsky 1976; Sheila Rothman 1978, apud MARTIN, 2006) que afirmam a industrialização como produtora da separação entre o público e o privado. O primeiro ligado ao trabalho efetuado

exclusivamente nas indústrias e o segundo à vida familiar. Na esfera do público localizou-se o homem e na esfera privada a mulher, uma vez que nos estratos médios da sociedade era inconcebível o trabalho feminino. Os dois mundos criados por esta divisão não eram vistos com equidade, uma vez que a única forma de chegar ao sucesso social se faz através do mundo do trabalho, deixando a mulher em uma situação de dependência. O lugar da mulher passou a ser o lar e o exercício das funções “naturais” como a procriação e o cuidado com os filhos e demais membros da família – ambas ligadas à afetividade – que passa a ser também um atributo da natureza feminina. Ao homem foi atribuída a funções intelectuais associadas à inserção na cultura como: produzir, dominar a natureza e controlar suas variáveis.

Destaca-se que, mesmo após a inserção da mulher no mercado de trabalho, essas categorias que emergiram no século XIX, segundo os historiadores sociais (idem), se fazem presentes atualmente. Tal constatação se faz visível no caso da atividade de cuidado em serviços de saúde que, por guardar semelhanças com o trabalho doméstico (cuidado com os filhos, com os idosos), está historicamente ligado às mulheres. Isso contribui com sua desvalorização e invisibilidade, uma vez que este tipo atividade é vista como parte da natureza feminina, não exigindo competência técnica e científica (BRITO, 2005). A ciência, por sua vez, apresenta um viés masculino da natureza humana e da realidade social, de modo que “fatos naturais” atribuídos as mulheres são usados com frequência a fim de justificar a estratificação social (Martin, 2006). No trabalho em saúde é possível perceber a valorização do conhecimento técnico e científico em detrimento daquele relacionado ao afeto e cuidado. Isso pode ser atribuído à racionalidade médica na qual está imbuída um ideal de controle da natureza, vista como feminina. Uma das imagens que compõem a racionalidade médica construída na época do Renascimento é descrita a seguir:

Entre essas imagens, ambivalentes, em termos de positividade-negatividade, destacam-se aquelas que poderiam ter o imaginário coletivo da época sobre a mulher (fêmea) como ponto de partida, como as de cofre, ou tesouro escondido; continente desconhecido ou inexplorado; mãe, ou mãe dádiosa; mulher misteriosa, velada, virgem. O que supõem ser papel do *homem* da ciência, de invenção, de descoberta, “revelar”, “pôr a nu” todo esse oculto, através do conhecimento (LUZ, 1988, p.19).

Desta forma, é interessante notar que o trabalho em saúde é fortemente permeado por valores provenientes da racionalidade médica, que traz de maneira subjacente uma determinada concepção do feminino, não mais condizente com o contexto de trabalho atual,

onde as mulheres compartilham das mesmas funções e responsabilidades do homem. Assim, a discussão sobre gênero e divisão sexual do trabalho implica em dar visibilidade a tais pressupostos da racionalidade médica.

1.8 PARADOXO ENTRE A AUTONOMIA E A RESPONSABILIDADE

Campos (1997) levanta a questão do paradoxo entre a atribuição de responsabilidade por parte da instituição e a autonomia profissional. Segundo o autor uma das principais formas de garantir a eficácia no trabalho em saúde estaria na adequada combinação de autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidades para os trabalhadores. Ou seja, na existência de modos de funcionamento que nem cerceassem a iniciativa dos profissionais nem tampouco os deixassem a mercê das diversas corporações profissionais. Isso porque o trabalho em saúde sempre requer alguma autonomia.

Apesar de os novos modelos de atenção e gestão estarem propondo e inclusive exigindo cada vez mais a participação ativa dos trabalhadores, muitas vezes prevalecem métodos tradicionais de planejamento, condução de trabalho e tomadas de decisão. Isso ocorre devido à longa história de gestões tradicionais que não possibilitavam a existência de espaços participativos, com instâncias de discussão e negociação de projetos locais. Isso se evidencia no pouco conhecimento e governabilidade das equipes em relação às metas e indicadores locais que norteiam o trabalho (SANTOS-FILHO, 2007).

Peduzzi (1998) corrobora a idéia da necessidade de autonomia no trabalho em saúde, uma vez que, como já abordado anteriormente, este requer a tradução de normas gerais de cunho técnico-científico nas relações singulares com cada usuário. O trabalho em saúde é entendido como uma intervenção técnica permeada por relações interpessoais onde há sempre algum grau de incerteza. Desta forma, as variadas autonomias dirão respeito à maior ou menor autoridade técnica socialmente legitimada. Esse pode ser entendido como um dos motivos segundo o qual o profissional de medicina, mais especializado, parece possuir mais autonomia/autoridade, se encontrando no mais alto grau hierárquico, o que se faz em detrimento do cuidado com a singularidade do usuário. Contudo, é justamente esse tipo de lógica que é colocada em questão por um funcionamento em equipe onde se faz presente a responsabilidade coletiva.

Eu acho que a minha responsabilidade na atuação com essa mãe é tão grande quanto a de um procedimento cirúrgico dentro de uma unidade, sabe? Acho que às vezes uma fala minha, uma intervenção minha inadequada, isso vai trazer tantas... Vai causar tanto mal para essa pessoa quanto às vezes um erro. Então, assim, acho que é tão difícil você hierarquizar, porque dentro da especificidade, dentro da atuação de cada um, o nível de responsabilidade é muito grande, de todos nós (Enfermeira, Belo Horizonte)(BONALDI et. al. 2007 p. 63).

De fato, a autonomia pressupõe liberdade de agir, mas ao mesmo tempo, a capacidade de se responsabilizar pelo problema dos outros (CAMPOS, 1997). Liberdade, nesse sentido, compreende-se com base em Arendt, não como algo individual, mas sim como uma liberdade relacional. A filósofa compreende o termo como uma capacidade de agir, no sentido de desencadear processos. Agir, nesse sentido, não se realiza no isolamento, mas sim, é algo que só é possível em um contexto político (PINHEIRO, 2007).

Por outro lado, Peduzzi (2007) aponta para o risco da fragmentação ocasionado pelo exercício da autonomia. A autora justifica tal preocupação devido à tradição construída na modernidade de forte individuação, que costuma fazer prevalecer o tipo de equipe que se configura como um agrupamento de profissionais, marcado pela individualização e fragmentação das ações. Também Campos *et al.* (1997), em discussão que remete à autonomia do profissional médico, efetua uma análise crítica sobre a proliferação de especialidades da categoria e sua dificuldade de integrá-las ao funcionamento (integral) do SUS. Segundo o autor, verifica-se a tendência das sociedades de especialistas a definir modos extremamente rígidos de competência, acarretando a fragmentação do trabalho médico. Isso acarreta o esvaziamento das especialidades mais gerais, o que, muitas vezes cria prejuízos para a assistência. O autor critica a desvalorização do trabalho mais clínico, polivalente e interativo, em contraste com uma supervalorização do trabalho dependente de tecnologias “duras”, por exemplo de equipamentos operados por especialistas.

A polivalência pode ser entendida como uma das derivações da *ideologia da excelência* (já discutida acima no item cenário global), que diz respeito à exigência que se faz ao profissional que seja capaz de atender as mais variadas demandas da empresa, a despeito de sua formação específica. Embora esta possa ser vista de uma maneira positiva, uma vez que permitiria aos profissionais a variabilidade de tarefas superando a monotonia da rotina,

cabe ressaltar alguns efeitos prejudiciais da polivalência, a saber: 1. Sobrecarga de trabalho, já que o somatório de exigências acarreta aumento de esforços e carga de trabalho; 2. As novas tarefas muitas vezes contrariam as expectativas profissionais criadas no processo de formação; 3. Desligamento psicológico defensivo, que acontece quando o excesso de exigência mental, intelectual ou psicoafetiva conduz a um tipo de defesa psicológica que leva ao apagamento do interesse e significado atribuído ao trabalho. Um exemplo pertinente para a área da saúde são as situações em que as enfermeiras e médicos se percebem divididos ou dilacerados pela exigência da polivalência:

Divididos, quando precisam dividir suas atividades entre desempenhos de cunho administrativo, controle de equipamentos sofisticados e a atenção direta do paciente. Dilacerados, quando se trata, por exemplo de gerenciar custos em detrimento das melhores condições terapêuticas, ou quando o volume de tarefas administrativas – ou mesmo meramente burocráticas, como preenchimento de excessiva quantidade de papéis – recebe maiores pressões e exige um tempo que termina sendo roubado do atendimento aos pacientes (ELKELES, 1990; apud SELIGMAN-SILVA, 2002, p. 238).

É possível perceber por meio do debate sobre a autonomia e especialização, a polivalência não é algo simples, uma vez que envolve aspectos éticos e políticos que competem ao funcionamento do trabalho e à gestão do serviço. Há uma contradição freqüentemente presenciada no cotidiano dos serviços, uma vez que ao mesmo tempo que se exigem mudanças no sentido do fomento ao protagonismo e dos trabalhadores da equipe, também muitas vezes se restringem os espaços concretos de exercício de autonomia, a saber, espaços onde se pode discutir e efetuar o planejamento e avaliação local, definição e validação de metas do processo de trabalho (SANTOS-FILHO; BARROS; GOMES; 2009).

Isso aponta para a necessidade da existência de espaços públicos onde se possa exercer uma autonomia permeada pela responsabilidade coletiva e que não se confunda, portanto com individualização. Trata-se de uma forma de ser polivalente, não no sentido de abrir mão das especificidades de cada categoria profissional, mas tampouco de recair na fragmentação. Assim, faz-se mister compreender a dimensão da gestão como parte integrante do trabalho.

1.9 A ATIVIDADE COMO GESTÃO

A perspectiva da Ergologia, desenvolvida na França,⁷ é utilizada em muitos trabalhos que enfocam a gestão (SANTOS-FILHO, 2007; BARROS, BENEVIDES DE BARROS, 2007; BARROS, MORI, BASTOS, 2007; BARROS, BENEVIDES DE BARROS, 2007b; SOUZA, 2009) onde se aborda tanto o conceito de atividade em sua irredutibilidade ao prescrito, como também a concepção do trabalho como gestão de normas diante das infidelidades em um meio marcado por valores. Com esta concepção de gestão operam os estudos orientados pelos princípios da humanização, que afirmam a indissociabilidade entre trabalho e gestão, um princípio da PNH (Brasil, 2006).

Heckert *et al.* (2009) destacam os atos de gerir e cuidar como aspectos complementares, ou seja, afirmam que entre eles há interferências que alteram as práticas de cuidado quanto modificam os modelos de gestão. Nessa perspectiva, o cuidador cuida e gere seu processo de trabalho do mesmo modo que o gestor também não está dispensado da tarefa de cuidar. Com base no trabalho de Schwartz, os autores defendem a construção de valores coletivos por meio da organização cotidiana do serviço de saúde, rompendo com a idéia de que a gestão estaria identificada com um conjunto de normas exteriores ao processo de trabalho. E, diante disso, defendem as dimensões do processo de trabalho que afirmem o bem comum.

Campos (1997), diante da problemática da fragmentação do trabalho nas instituições de saúde afirma a necessidade da reaproximação dos trabalhadores ao resultado final de seu trabalho por meio de mecanismos que permitam o envolvimento de todos os participantes com novas maneiras de fazer a instituição funcionar. Trata-se de uma *Gestão Colegiada de Serviços de Saúde* que funcionaria como um modo de comprometer os trabalhadores com a missão e os projetos institucionais. No aspecto clínico a prática estaria assentada sobre o vínculo, de modo que seria possível combinar autonomia com responsabilidade. De acordo com essa prática, cada profissional das diferentes categorias seria integralmente responsável por um determinado número de casos, de modo que haveria autonomia profissional e ao mesmo tempo clareza nas atribuições. Isso porque esta forma de organização viabilizaria o controle institucional do trabalho dos profissionais por meio do seu resultado, que se manifesta diretamente na clientela.

⁷ Corrente que aborda a atividade de trabalho e tem como autor de destaque o filósofo Yves Schwartz e será abordada mais rigorosamente no capítulo do referencial teórico.

Coloca-se o desafio de operacionalizar a participação democrática na gestão de forma que o “que fazer” não supere o “como fazer” (SANTOS-FILHO; BARROS; GOMES, 2009), ou seja, de criar dispositivos de implementação prática dos princípios defendidos. Nesse sentido, a proposta do apoio institucional age no sentido de viabilizar esta forma de gestão, estabelecendo uma relação dinâmica entre o apoiador institucional e a equipe apoiada. Trata-se, pois, de uma intervenção-oferta que nega a tutela e potencializa a organização dos coletivos por meio da análise compartilhada dos processos de trabalho (idem). Além disso, fala-se também no investimento em levantar metas coletivas e estabelecer acordos, chamados *contratos de gestão*, que não só sintetizam as “metas” acordadas e funcionam como instrumento de monitoramento, como também fomentam a abertura do debate de avaliação e planejamento da rede (CAMPOS, 1997).

Neste ponto podemos voltar à discussão acerca da autonomia no meio de trabalho, iniciada no capítulo 1. Busca-se compreendê-la não como o contrário de heteronomia⁸, mas sim entendendo o ato de dar lei e de se conformar a ela como um só movimento. A autonomia, desta forma, se entende como um ato de criação de si. Tem-se como horizonte o desenvolvimento do poder de agir dos trabalhadores na própria concepção da tarefa em colaboração com aqueles que a concebem, sem perder de vista a transformação da mesma (EIRADO E PASSOS, 2004).

Este deslocamento da noção de lei para a de criação implica em pensar a autonomia fora da dicotomia entre criador e criatura. Para tal é preciso superar o modelo da representação, onde haveria um mundo pré-existente a ser conhecido. Conhecer não é representar a realidade de dado objeto, mas é lançar-se em uma experiência de criação de si e do mundo conhecido. Que também diz respeito à produção de subjetividade.

A influência da obra de Humberto Maturana e Francisco Varela se faz presente nesta concepção que vê a criação como um ato, sempre atual. A instância criadora, sem ser entendida como externa ou transcendente, é pensada como um modo de operar que singulariza o vivo (idem, 2004). De fato, é o foco no vivo, ligado ao estudo da cognição, que

⁸ Esta é uma palavra composta de “nomos”, que quer dizer lei ou norma. Autonomia, nesse sentido significa dar-se a si mesmo suas regras, enquanto heteronomia indicaria o estado daquele, ou daquilo que é regado, determinado por outro.

torna a obra deste autor pertinente para este estudo. Tal caráter vitalista é visto nos estudos de Spinoza e Deleuze, por exemplo.

Com esta revisão é possível vislumbrar algumas das principais questões pertinentes ao trabalho em saúde atualmente. Percebe-se que muitos trabalhadores desejam a criação de espaços/tempos de encontros transdisciplinares, porém, um importante entrave à efetivação destas mudanças é o medo de alguns deles ficarem ainda mais submetidos ao saber médico devido a abertura à diversidade de olhares presentes no hospital e, por parte de outros, o medo da perda do poder que possuem (OSÓRIO, 1998).

Desta forma, faz-se mister a existência de espaços de onde a problematização da prática profissional possa se fazer presente no sentido de tornar possível que os trabalhadores experimentem e ensaiem formas de criar novas estratégias de trabalho (BARROS *et al.*, 2006). Uma experiência de trabalho realizada em um hospital público federal localizado em Vitória destacou a potência das “rodas de conversa” – dispositivo onde os trabalhadores tiveram a oportunidade de colocar seu cotidiano em discussão. Segundo a autora esse tipo de espaço, que possibilita aos trabalhadores colocar seu cotidiano de trabalho em foco, é uma importante via para consolidação de transformações na organização do trabalho. Uma outra vertente deste trabalho foi o projeto “cuidando do cuidador”, que se realizou por meio do atendimentos aos profissionais com base em uma escuta diferenciada, onde o analista funcionou também como um intercessor⁹ de modo que “*as histórias trazidas pelos trabalhadores eram colocadas em análise conectadas aos diferentes vetores de existencialização*” (idem, p.462) que se apresentaram nas situações relatadas. Trata-se de uma experiência orientada pelo conceito de clínica ampliada/transdisciplinar, que tem como proposta construir uma prática profissional que aja no espaço entre os saberes disciplinares, onde o conhecimento dos trabalhadores possa se fazer presente.

⁹ A interseção significa a relação de conjugação de dois domínios na constituição de um terceiro (BARROS apud BENEVIDES e PASSOS, 2000).

2. AS FERRAMENTAS PARA O TRABALHO

2.1 SAÚDE COMO GESTÃO DE INFIDELIDADES DO MEIO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que saúde é:

Um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença e enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE – 1978).

É possível fazer uma crítica a tal conceituação, uma vez que ela pressupõe um estado ideal de equilíbrio que não pode ser alcançado. Desta forma, utiliza-se no presente trabalho a compreensão de Canguilhem (2000), que entende que a saúde não se resume à adaptação às condições de um meio, e sim a capacidade de se instaurar novas normas no mesmo. De acordo com este autor, o que se considera normal na verdade pode ser entendido como a norma que prevaleceu em um determinado meio, devido ao fato de que outras normas poderiam ter sido escolhidas. Compreender a saúde como algo que vai além do normal, ou seja, como a possibilidade de gerar novas normas, nos permite relativizar a relação entre o normal e o patológico, trazendo à cena fatores ambientais, históricos e culturais.

Ao se compreender o normal como algo momentâneo, percebe-se que saúde significa mais que estar adaptado às condições de um determinado espaço de tempo preciso. Saúde é a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e, diante delas, instituir novas normas. As infidelidades do meio, segundo o autor, são essas infrações e acidentes possíveis que constituem a vida, e em relação aos quais o organismo saudável deve reagir quando necessário (idem).

Segundo esta perspectiva, a doença se compreende como uma redução na margem de tolerância às infidelidades do meio. Trata-se de norma de vida inferior, pois incorre na diminuição da capacidade de criar novas normas. Uma pessoa que perdeu um rim, por exemplo, pode ter uma vida normal, mas está cerceada na possibilidade de perder outro rim. Daí compreende-se que a boa saúde é o luxo de poder cair doente e se recuperar, de fraturar um fêmur e de vê-lo colar. A saúde é também um sentimento de

segurança na vida que está relacionado com valores que são construídos ao longo da mesma, uma vez que, a novas normas sempre se criam com base em valores.

A palavra *valere*, que deu origem a valor, significa, em latim, passar bem. A saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais. (CANGUILHEM, 2000, p. 152)

Compreender a saúde implica levar em consideração valores, que não são subjetivos ou estabelecidos por uma pessoa independentemente. Trata-se de valores vitais que emergem da relação entre o organismo e o meio. Ou seja, a doença é entendida como uma realidade viva de modo que uma anormalidade, dependendo das condições do meio, pode ser considerada positiva. Somente quando a o organismo não pode mais reagir com de forma criativa é que a doença se instala (MOL, 1998).

A partir desta forma de compreender saúde, doença e normalidade é possível analisar também o trabalho. Canguilhem (2001) com base no livro de Friedman a respeito do trabalho industrial, afirma que a resistências dos operários diante das racionalizações tayloristas podiam ser entendidas como reações defensivas e saudáveis às medidas impostas pelo meio. O autor ainda crítica a pretensão taylorista de efetuar a racionalização do trabalho. Esta, ao tratar o trabalhador como um objeto, cria uma norma geral e vazia de significado concreto, recusando a totalidade bio-psicológica da pessoa. De fato, o operário apreende o sentido do trabalho na medida que tem a possibilidade de se perceber como um sujeito e não como um objeto diante de um meio coercitivo. A análise do trabalho sob o governo taylorista equivocou-se ao reduzir o trabalhador- como fez a perspectiva behaviorista - a um ser vivo que deve se adaptar a um meio a partir de estímulos externos, sem que fosse levado em consideração sua iniciativa pessoal.

Desta forma, “*o meio só pode impor algum movimento a um organismo quando este organismo se propõem primeiro ao meio, conforme certas orientações próprias*” (CANGUILHEM, 2001, p.115). Isso ajuda a explicar de que forma a resistência dos trabalhadores à padronização dos movimentos, imposta pela organização de trabalho, pode ser entendida como reação de saúde. “*(...) os operários não tomariam como autenticamente normais senão as condições de trabalho que eles mesmos teriam instituído em referência a valores próprios e não emprestados*” (idem, 2001, p.120).

Com base em Canguilhem, Schwartz define saúde no trabalho como o equilíbrio mais ou menos aceitável entre: as próprias normas do sujeito, provenientes de sua história, onde se colocam seus valores; as normas do coletivo relativamente pertinente, conceito que será discutido abaixo, e do coletivo social, entendido como algo mais amplo, que está relacionado como o universo social, econômico e humano. A doença, nesse sentido, se compreende como o risco de não poder manter este equilíbrio. (DURRIVE; SCHWARTZ, 2007)¹⁰.

Dentro dessa ótica é possível também retirar uma definição de atividade de trabalho como o que se opõe a inércia. Ou seja, como a tentativa individual e coletiva, concomitantemente, de fazer valer no meio as normas oriundas da própria história do sujeito e os valores daqueles que dela participam, uma vez que a saúde implicaria em gerir as infidelidades do meio. A atividade seria aquilo que veicula tanto emoção, quanto paixão, o corpo e desejo, por exemplo, uma vez que no enfrentamento das situações da vida aconteceria a síntese operatória de todas essas dimensões. O sentido do trabalho estaria ligado ao sentido da vida, pois ela é um debate entre o ser vivo e um meio saturado de valores, que podem ser da ordem do político, da ética e das relações interpessoais. Como afirma Canguilhem:

Todo homem quer ser sujeito de suas normas. A ilusão capitalista está em acreditar que as normas capitalistas são definitivas e universais, sem pensar que a normatividade não pode ser um privilégio. O que Friedman chama de 'liberação do potencial do indivíduo' não é outra coisa que esta normatividade que faz para o homem o sentido da sua vida (CANGUILHEM, 2001, p.120).

2.2 TRABALHO: SAIR DE SI E USAR DE SI

Schwartz (2007), com base na idéia da infidelidade do meio, concebida por Canguilhem, discute a relação do homem com o meio de trabalho, que, segundo o autor, sempre requer um uso de si a fim de gerir suas variabilidades. Este uso de si diz respeito a utilizar capacidades, recursos próprios, e escolhas para gerir o meio, dado que há um vazio das normas, ou seja, as situações de trabalho não podem ser previstas a

¹⁰ Este é um livro onde são apresentados debates entre importantes autores da Ergologia, como Schwartz, Durrive, Duraffog, entre outros.

partir das normas antecedentes. Estas definem-se em relação ao agir humano, a partir de duas características: a anterioridade e o anonimato. Isso significa duas coisas: primeiro, elas existem antes da vida coletiva que tornaram possível e, seguidamente, que elas não tomam em consideração a singularidade das pessoas que vão estar encarregadas de agir e se instalarão no posto de trabalho (DURRIVE; SCHWARTZ, 2007).

Schwartz (idem) usa a expressão “*dramáticas do uso de si*” como forma de abordar o risco inerente ao uso de si, uma vez que este implica em fazer escolhas. De fato, ao fazê-las, corre-se o risco de falhar ou desagradar a outrem, sejam colegas, clientes, usuários ou pessoas que avaliam o trabalho. “Escolher essa ou aquela opção, essa ou aquela hipótese é uma maneira de escolher a si mesmo – em seguida de ter que assumir as conseqüências de suas escolhas.” (idem, p.193).

A abordagem da Clínica da Atividade dialoga com a Ergológica na medida em que, segundo Clot (2007), a função psicológica do trabalho reside no processo de objetivação do mesmo, que foi possível no momento em que o sujeito não se viu mais fundido com a tarefa. Clot, com base em Meyerson, localiza historicamente este momento, no âmbito da revolução industrial, quando os operários ao ver as máquinas executando tarefas em larga escala, já não se viram mais fundidos ao trabalho – como ocorria com a atividade agrícola, por exemplo – e puderam ver a si mesmos não somente como fontes dos atos mas também como seus agentes morais. Desta forma, faz-se visível que o lugar do si no trabalho está muito além da simples execução, entendendo-se como a capacidade de estabelecer engajamentos e de planejamentos. Desta forma, o indivíduo se torna cada vez mais para os outros.

Esta visão de que o trabalho nunca é individual, sendo constantemente atravessado pela atividade de outros e por processos de singularização ou ressingularização, pode ser considerado característica tanto da Ergologia como da Clínica da Atividade e contrastam com outra tendência atual que se manifesta na idéia de motivação. De acordo com Schwartz (2007), muitas vezes se refere à motivação como se esta estivesse dentro da pessoa e que bastaria apenas trabalhar a si próprio para motivar-se. Este autor, pelo contrário, defende que a motivação está relacionada à dramática que é a articulação entre o “uso de si por si” e o “uso de si pelos outros”. Com uso de si pelos outros se pode entender a necessidade de se enquadrar a

determinadas normas inerentes no universo da atividade, considerando que a dimensão do prescrito sempre está presente. Quando há falhas nesta negociação, com permanente desequilíbrio entre os dois pólos, ocorre um processo patológico que pode se manifestar pelo sofrimento no trabalho.

Segundo Clot (2007), as transformações que se produzem nas indústrias e sobretudo no setor dos serviços “*caminham no sentido de uma convocação maior e mais sistemática da subjetividade no trabalho*” (idem, p.72), até mesmo prescrevendo a disponibilidade psíquica dos assalariados. Percebe-se aqui uma nova forma de produzir o desequilíbrio entre os pólos do uso de si por si e pelo outro, quando os trabalhadores, neste processo, tem sua competência negada e sua iniciativa contestada quando esta chega a abalar o poder das organizações. Desta forma, o trabalho termina por perder seu sentido quando há o enfraquecimento do uso de si por si, ou seja, “*quando ele não permite mais a realização das metas vitais e dos valores que o sujeito extrai de todos os domínios da vida em que sua existência está envolvida, inclusive o trabalho.*” (idem, pp 72 a73).

2.3 CORPO-SI: A ATIVIDADE INCORPORADA PARA ALÉM DA VONTADE CONSCIENTE

Sim, você compreende com a cabeça. Você diz: “Isto é justo, isto não é justo; é assim ou não é assim; você está certo ou está errado”. Mas isso leva a gente para onde? Enquanto você fala, eu observo seus braços, seu peito. Pois bem, que é que eles fazem? Ficaram mudos. Não dizem nada. Como se não tivessem uma gota de sangue. Então, como é que você quer compreender?

(Nikos Kazantzakis, Zorba o Grego)

Schwartz faz uma crítica à noção de subjetividade por considerá-la problemática, uma vez que produziria uma identificação rápida com o sujeito. Segundo o autor, quando se utiliza uma expressão sedutora como “*subjetividade que sofre*”, se cria um rápido efeito de reconhecimento pessoal em que embaça a compreensão do que se pretende abordar. Como estratégia para evitar a objetificação do sujeito, opta-se por um termo mais obscuro, *corpo si*, que não pode ser entendido nem como inteiramente biológica, nem inteiramente consciente ou cultural.

(...) falando do corpo e principalmente do corpo-si coloca-se o dedo sobre ‘alguma coisa’ que nos ultrapassa a todos, na medida em que isso nos remete às profundezas do que somos – a essa ‘alguma coisa’ que é, digamos novamente, mas atravessada por nossa história. Ou seja, nós trabalhamos nosso corpo, nós o trabalhamos permanentemente pela nossa experiência de vida – e portanto por nossas paixões, por nossos desejos, por nossas experiências (DURRIVE; SCHWARTZ, 2007, p.199).

O corpo-si, segundo esta perspectiva, funciona como um árbitro que tem a função de gerir as variabilidades constantes do meio. Diante da dramática do uso de si, esta é a entidade que escolhe e que opera os valores que são dificilmente comunicáveis. A dificuldade desta comunicação se justifica pelo fato de que muitas destas escolhas não são conscientes, uma vez que fazem parte de gestos e modos de agir já incorporados como automatismos inteligentes. Não se trata de uma oposição à alma, mas sim de uma forma de dar visibilidade a uma forma de sabedoria que passa pelo muscular, pela postura, pelo neurofisiológico e que, ao mesmo tempo, tem a ver com a história.

Esta noção ajuda a elucidar um interessante exemplo de trabalho em canteiro de obras, que Schwartz toma emprestado de Pierre Trinquet:

Durante a pausa, um operário armador escuta, enquanto come o seu lanche, um barulho que ele interpreta da seguinte forma: ‘meus colegas estão com dificuldade para descarregar a grua’. Bruscamente este operário apaga seu cigarro, pula para o túnel e de lá ele guia e auxilia a manobra. Isso significa que ele fez uma síntese de toda uma série de elementos para interpretar o barulho: o vento, o canteiro, tal canteiro em particular, tal equipe de trabalho em tal momento. Ele fez uma síntese extraordinária de sinais de referência, mas é preciso, eu diria, que seu corpo esteja à espreita para que ele possa interpretar esse barulho que, para nós, não quer dizer nada. (DURRIVE; SCHWARTZ, 2007, p.220).

Desta forma, nota-se que as experiências vividas pelo trabalhador se manifestam em termos da capacidade de se deixar afetar no campo perceptivo. Contudo, não se pode afirmar que, em todos os casos, basta ser um profissional experiente para se ter esse tipo de escuta. É preciso que ele se aproprie do meio de tal forma que seja com se o meio passasse a fazer parte do seu corpo. Ao mesmo tempo, é preciso que o trabalhador se posicione de maneira afirmativa à demanda por ajuda, o que só acontece se este for um valor para o operário. Trata-se de uma escolha que envolve aspectos não conscientes, uma vez que a vontade de colaborar com os colegas de trabalho depende da

percepção desta necessidade, que em outros casos - como o de um profissional menos experiente, mesmo que houvesse boa-vontade - poderia não ocorrer.

Também a Clínica da Atividade, com base em Vigotsky e Fernandez-Zoila, possibilita uma visão integrada da dimensão emocional e social, onde a potência afetiva mostra claramente como formamos um ser único com nosso corpo (CLOT, 2007). Questiona-se o imperativo da vontade consciente, ao efetuar uma crítica ao mentalismo e ao intelectualismo. Ao contrário de uma concepção dicotômica que afirmaria a importância de não se deixar abalar pelos estados emocionais, que embaralhariam o pensamento, Clot utiliza a perspectiva histórico-cultural, que integra a dimensão social e mental às emoções. Desta forma, compreende-se que um estado emocional pode funcionar como um importante instrumento da ação ao se transformar em um sentimento desenvolvido. Tal processo dependeria, contudo, de um determinado tempo e da organização de trabalho, que deve facilitar a sedimentação da atividade em curso. Nesse sentido a atividade tem no corpo um alicerce que integra a razão e os afetos.

2.4 ATIVIDADE DIRIGIDA: UMA OPÇÃO PELO CONFLITO

*Há tantos diálogos (...)
Escolhe teu diálogo
e
tua melhor palavra
ou
teu melhor silêncio
Mesmo no silêncio e com o silêncio
dialogamos.*

Carlos Drummond de Andrade

O conceito de *atividade dirigida* é utilizado como unidade central de análise da Clínica da Atividade. De fato, tal unidade adquire três sentidos ou direções diferentes, uma vez que se afirma que a atividade é triplamente dirigida: 1) Pelo comportamento do sujeito, que implica em um diálogo consigo mesmo e com os outros dois sentidos. 2) Por meio de seus objetos de trabalho. 3) Aos outros, depois de ter sido destinatária da atividade destes e antes de o ser de novo. Por isso também se pode dizer que a atividade é dialógica. Sobre a terceira direção cabe destacar que a atividade de trabalho é sempre resposta à atividade dos outros, sendo constantemente por elas atravessado. A atividade

ao mesmo tempo uma que é uma resposta à atividade dos outros e também um eco de outras atividades (CLOT, 2007). O uso da atividade dirigida como unidade de análise expressa uma opção do autor pelo conflito como ponto de partida de pesquisa, o que corrobora a idéia de que não há atividade sem o embate de possibilidades de ação. (SANTOS, 2006).

A tarefa está ligada ao âmbito do prescrito, ou seja, daquilo que se tem que fazer enquanto a atividade está ligada ao âmbito do real, ou seja, aquilo que se faz. Clot, a partir destes conceitos, estabelece também a diferença entre atividade realizada e atividade real (ou o real da atividade), a fim de responder à algumas questões atuais. O real da atividade é muito mais vasto que a atividade realizada. Enquanto a atividade realizada é aquela que venceu dentre as muitas outras atividades possíveis, do real da atividade fazem parte os resíduos das atividades que não venceram. Nos termos do autor:

(...) o real da atividade é também aquilo que não se faz, aquilo que não se pode fazer, aquilo que se busca fazer sem conseguir – os fracassos -, aquilo que se teria querido ou podido fazer, aquilo que se pensa ou que se sonha poder fazer alhures. É preciso acrescentar a isso – o que é paradoxo freqüente – aquilo que se faz para não fazer aquilo que se tem que fazer ou ainda aquilo que se faz sem querer. Sem contar aquilo que se tem que refazer (CLOT, 2007, p.116).

De acordo com Clot, ninguém tem o poder de abolir a atividade pessoal do trabalhador, uma vez que ela possui uma autonomia que não se limita a ações exteriores. Trata-se da *“apropriação de ações passadas e presentes de sua história pelo sujeito, fonte de uma espontaneidade indestrutível”* (idem, p.140). Desta forma, é possível buscar na Clínica da Atividade as ferramentas capazes de nos fazer entender a alteração de rota executada pelo trabalhador no exercício do seu ofício, extrapolando, em muito, a prescrição de uma tarefa a ser realizada. A Clínica da Atividade entende que *“o trabalhador não é um autômato, mas que, indo além da execução da tarefa prescrita, faz uma dobra sobre a sua atividade, afirmando-se como um produtor criativo, ultrapassando o papel de simples reproduzidor”* (MAIA, 2006, p. 37).

2.5 CLÍNICA DA ATIVIDADE COMO CLÍNICA DA SAÚDE

Clot (2007) toma como exemplo os serviços orientados para acolher públicos em dificuldades sociais e aponta o freqüente uso da linguagem do estresse para descrever

situações que são avaliadas pelo indivíduo como ultrapassando seus recursos, ou seja, como se aqueles que trabalham já não mais atendessem as exigências da organização de trabalho por não conseguirem se ajustar à adversidade. O autor critica esta posição invertendo a lógica naturalizante e individualizante:

Em nosso parecer, a questão reside em saber se não são numerosos os casos que são precisamente a organização e instituição que não conseguem mais atender às exigências dos profissionais que, estas, se acham próximas do real (CLOT, 2007, p.17).

Esta inversão amplia o sentido dado ao fenômeno das psicopatologias associadas ao trabalho. Nessa ótica, as noções de estresse ou fadiga comungam de uma raiz comum, a saber, a amputação da atividade, ou do sentido trabalho. Esta forma de compreender a atividade aporta a possibilidade de ampliar a análise de questões referentes à saúde dos trabalhadores. Queixas freqüentes como de fadiga e estresse no trabalho, deste modo, têm suas causas buscadas não só em tarefas realizadas, mas também naquilo que concerne à esfera do trabalho real (CLOT, 2001). Com base nisto é possível compreender que a atividade afastada, ocultada ou inibida não pode ser considerada ausente, uma vez que esta lança seu peso sobre a atividade presente. O cansaço referido pelos trabalhadores, muitas vezes, é fruto do esforço que se faz em impedir a realização da atividade que seria escolhida por ele, que melhor lhe convém. Desta forma, mesmo estar inativo, ou “sem fazer nada”, pode ser fonte de estresse ou fadiga no trabalho.

Percebemos assim que o termo “clínica”¹¹ em Clínica da Atividade não é por acaso, considerando que esta busca desenvolver a saúde dos trabalhadores, entendida como a capacidade deles agirem sobre eles mesmos e sobre o campo profissional. Além disso, a justaposição entre clínica e atividade objetiva fazer presente a o âmbito da subjetividade no trabalho. Da mesma forma que a clínica médica visa restituir a saúde, a clínica da atividade visa a restaurar a vitalidade diminuída em um processo de desenvolvimento permanente.

¹¹ O conceito de clínica aqui trabalhado se define por sua relação com os processos de produção de subjetividade, sem se dissociar da política. Destacam-se os modos de produção, experimentação, construção e criação de si e do mundo nesta interface. A experiência clínica desta forma, é entendida também como uma experimentação no plano coletivo (PASSOS e BARROS, 2004).

Então, com uma concepção de atividade que é equivalente à de saúde, a clínica da atividade é um dispositivo clínico que nós utilizamos para pesquisar o que não foi realizado, para restaurar o possível da atividade, para ver e mostrar o que não é possível; então a clínica da atividade é a clínica da saúde nesse sentido (MACHADO, 2006, p.106).

A subjetividade, segundo Clot, não individualiza ou separa o sujeito do meio, mas sim se desenvolve no diálogo estabelecido pela atividade. Este desenvolvimento se dá tanto pela capacidade de ter sua atividade afetada como o de afetar a organização de trabalho pela própria iniciativa. Quando as coisas, na esfera profissional, começam a estabelecer relações que ocorrem independente da iniciativa possível, há prejuízos para a saúde e para o desenvolvimento da subjetividade. A pessoa age, no entanto sem se sentir ativa, de modo que essa desafecção diminui o sujeito, confinando seus processos psíquicos em si mesmo, e diminuindo seu poder de transformação do meio (CLOT, 2010).

A Clínica da Atividade, de fato, afirma a necessidade de transformação do ambiente de trabalho por parte do trabalhador. Desta forma, o trabalhador “do social”, que frequentemente se queixa de fadiga ou estresse, não o faz por uma inadequação pessoal à atividade e sim por encontrar-se em um encruzilhada política fundamental. Ele deve escolher entre reproduzir modelos enrijecidos de dominação, individualismo e culpabilização, ou criar saídas para processos de singularização (GUATARRI & ROLNIK, 2007), que convocam a responsabilização do coletivo de trabalho.

2.6 A COMPETÊNCIA E SEUS INGREDIENTES

O termo competência a partir dos anos 80 passou a ser amplamente usado pelos meios de formação profissional. O caráter polissêmico e ambíguo do termo favoreceu a multiplicidade de usos, sem que, no entanto, houvesse uma definição precisa para a competência. Na inexistência de um consenso a respeito, esta noção traz o sentido de “uma hipotética capacidade para resolver determinado tipo de problema, acompanhar esta ou aquela performance ou mesmo a dominar certos recursos” (STROOBANTS, 2006, sem pág.). A lógica da competência está associada ao mundo empresarial, que tende a favorecer a mobilidade do mercado, de modo que o trabalhador parece carregar ou não, individualmente, capacidades que vão além de sua qualificação profissional.

Schwartz (DURRIVE; SCHWARTZ, 2007) corrobora a idéia de que o termo competência é enigmático e acrescenta ainda, que seria melhor falar em “agir em competência”, de modo a dar conta do caráter heterogêneo do conceito. Afirma que da competência fazem parte diversos ingredientes, tal qual a preparação de uma receita culinária, na qual os elementos estabelecem relações em distintas proporções. O autor enfatiza a dimensão de valor inerente a cada escolha que se faz, de acordo com o contexto na situação de trabalho, e com as possíveis antecipações que se fazem presentes. Desta forma, compreende-se a dificuldade de fazer uma escala contínua de competências - como se busca em algumas empresas - devido ao fato de que estas são compostas por elementos descontínuos, de modo que não podem ser medidas segundo os mesmos critérios. Trata-se dos ingredientes da competência:

O primeiro ingrediente é relativo ao domínio dos protocolos e da capacidade de gerir normas antecedentes como por exemplo os saberes científicos e técnicos. **O segundo ingrediente** é o contrário do anterior, pois se trata de uma dimensão de “encontro de encontros” na qual se destacam os aspectos singulares da situação. É a impregnação da história da situação no agir, que é simultaneamente humana, técnica e viva, garantindo o desempenho. Neste ingrediente se destaca o papel de tudo que é registrado no corpo, na memória, sem que necessariamente seja possível sua comunicação verbal, e para que este processo de impregnação da história no corpo e no agir seja possível, é preciso uma determinada temporalidade ergológica, que depende da situação e das pessoas. **O terceiro ingrediente** diz respeito à articulação entre a face protocolar e a face singular da situação de trabalho. Trata-se de pôr em sinergia ou em dialética o que é comum às outras situações, ou expressão típica que se repete e simultaneamente o que a situação tem de particular e por isso exige um tratamento diferenciado. **O quarto ingrediente** está ligado à relação entre a pessoa e o meio no qual lhe é demandada agir, que se faz por meio de um debate de normas e valores. Este ingrediente explicita que o agir em competência depende muito das possibilidades que o meio oferece, como espaço de desenvolvimento possível da pessoa. Isto é, também depende da organização do trabalho viabilizar a “renormatização” por parte dos trabalhadores, o que nega a idéia de competência como um requisito individual. **O quinto ingrediente** da competência generaliza à relação entre o ingrediente anterior e todos os outros. Refere-se a forma pela qual cada pessoa no processo de renormatização realiza um uso de si no sentido de se apropriar tanto da face protocolar da situação

como de seus aspectos singulares, no sentido de tentar agir de uma maneira positiva de acordo com seus valores. **O sexto ingrediente** diz respeito às entidades coletivas relativamente pertinentes (ECRP), conceito que será melhor explicitado abaixo. Considerando que cada pessoa possui um perfil diferente de competência, trata-se da capacidade de avaliar e fazer uso deste perfil no âmbito de uma equipe. Partindo do princípio que cada um possui ingredientes mais fortes ou mais fracos que estão relacionados com sua história singular e com a categoria profissional em que se encontram, trata-se de equilibrar estes diferentes perfis de modo a fazer as pessoas trabalharem juntas.

2.7 ECRP – ENTIDADES COLETIVAS RELATIVAMENTE PERTINENTES

Em um exemplo arbitrário, que toma como campo um serviço hospitalar, Schwartz (DURRIVE; SCHWARTZ, 2007) ilustra a diferença de perfis hipotéticos de competência entre categoria de médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem. Enquanto para o médico haveria alta expressão do primeiro ingrediente, que diz respeito aos aspectos formais e de protocolo, o auxiliar de enfermagem apresentaria menos força neste ingrediente, enquanto a enfermeira apresentaria um nível intermediário entre o primeiro e o segundo ingredientes. Esta diferença se justifica pelo nível e o tempo de instrução formal entre tais categorias, uma vez que a medicina apresenta maior exigência, quantidade e valorização na apropriação de conceitos técnicos científicos, enquanto a enfermagem em menor grau, e a os técnicos de enfermagem, em maior grau, apresentariam uma valorização um menor da esfera protocolar em prol de outras dimensões. No concerne ao segundo ingrediente, em que se destacam os aspectos singulares do encontro, o auxiliar de enfermagem, por possuir um contato mais próximo com o usuário, muitas vezes com o conhecimento de sua situação histórica, o apresenta com mais força que o enfermeiro e ainda mais em relação ao médico. Nesse sentido, o profissional que apresentaria maior capacidade de articulação entre a face protocolar e a singular – que diz respeito ao terceiro ingrediente - seria o enfermeiro, uma vez que seu trabalho é colocar em dialética o conhecimento geral que se pode ter daquilo que afeta o doente ou daquilo a que ele foi submetido como intervenções terapêuticas, e a forma como isso age sobre ele.

Esse exemplo facilita a compreensão das Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes em um ambiente hospitalar. Embora seja um conceito curioso, e talvez até bárbaro, como afirma Schwartz, fala-se em “entidade” no sentido de que existem fronteiras invisíveis que englobam até mesmo pessoas pertencentes a serviços diferentes. A partir daí percebe-se que não se trata de uma equipe pré-estabelecida que se restringiria a um contato presencial e sim se a um coletivo que se cria pelo intercâmbio de informações pelas vias mais diversas – notas escritas e chamadas telefônicas, por exemplo. Desta forma, é possível vislumbrar que um funcionário pode até mesmo não pertencer ao serviço de saúde onde se encontra um determinado usuário, mas se tiver um papel relevante para o caso – como o de ter feito o encaminhamento e fornecer informações importantes para os demais membros da equipe – ele faz parte da ECRPs nesse instante. De fato, elas são “relativamente pertinentes”, em virtude da singularidade dos vínculos que são estabelecidos, de modo que há uma fragilidade relativa a ausência de delimitações estabelecidas a priori. Elas não podem ser circunscritas, nem antecipadas e se diferenciam dos organogramas uma vez que se estabelecem em uma relação com o prescrito, de modo que, para compreendê-las é preciso primeiramente apreender as normas antecedentes que o compõem.

As ECRPs funcionam como um lugar de trânsito entre o que está universalizado (o pólo dos debates políticos, das normas antecedentes, dos organogramas e do trabalho prescrito) e o que está individualizado no trabalho. São comunidades de valores onde a eficácia vai depender da forma como as pessoas irão gerir entre si relações em parte já estabilizadas e retrabalhá-las em função das escolhas baseadas em valores. Trata-se de um coletivo de contornos variáveis que se encontra no cerne da eficácia do trabalho. Com base nesta compreensão se justifica a importância de sempre deixar lugar para a expressão dos valores na atividade de trabalho.

2.8 OFÍCIO E GÊNERO PROFISSIONAL

Segundo Clot (2010), é necessário que o sujeito faça parte de uma comunidade profissional para que haja ofício. Ele é ao mesmo tempo pessoal, interpessoal, impessoal e transpessoal; e são essas vidas simultâneas do ofício que tornam possível o seu desenvolvimento. A dimensão impessoal vive na organização, embutido nas tarefas prescritas. Nas trocas dialógicas entre profissionais e em cada um deles reside as

dimensões intrapessoais e interpessoais, sendo os profissionais envolvidos na atividade responsáveis por esta vida. Tal responsabilidade produz e mantém a quarta modalidade de existência do ofício, uma memória designada transpessoal, visto que não pertence a ninguém, e é um meio disponível, atravessando gerações. É nesta dimensão que se inscreve o conceito de gênero profissional.

O conceito de gênero profissional pode ser entendido como um rascunho social da ação, que esboça e regula as relações entre os profissionais. Ele conforma o sistema simbólico com o qual a ação individual deve se relacionar, e que organiza as normas do ofício. O gênero profissional se faz visível quando, por exemplo, um estagiário ou novo funcionário, não integrado ao funcionamento de uma determinada organização, inicia seu trabalho. Nestes casos, freqüentemente se nota que, mesmo que este sujeito possua um completo manual das tarefas que deve executar, sempre haverá algo em seu agir que denuncia que ele ainda não compartilha do “espírito” daquele lugar. É como se ele ainda não tivesse acesso a uma determinada etiqueta, que, ao poucos vai adquirindo e que vai se manifestando não só em seu discurso e agir, mas também em sua expressão corporal. Cabe ressaltar que este sistema de regras transpessoais é sempre aberto, flexível e inacabado, de modo que cada trabalhador, ao referir-se a gênero no âmbito de sua ação, tem a possibilidade e mesmo a necessidade de reformulá-lo (CLOT, 2007).

Santos (2006) define o conceito de gênero profissional como um sistema de obrigações partilhadas por um coletivo de trabalho em um determinado momento, que não se localiza no âmbito da tarefa oficial, mas se entende como um prescrito informal. O gênero profissional provê recursos para a ação da qual se nutre a competência do trabalhador. “Essa referência social é, para cada um, ao mesmo tempo a base indispensável de troca e o lugar de expressão de sua personalidade.”(idem, p.36) A partir disso é possível também compreender o conceito de estilo profissional como uma margem onde o trabalhador pode se mover no sentido de evitar a rigidez operatória. O estilo profissional expressa a criação com base no patrimônio da cultura profissional, que se manifesta no momento da atividade, quando um trabalhador se vê diante da necessidade de uma situação não prevista ou quando a atividade adquire outros objetivos em função de seu exercício, por exemplo.

O gênero profissional também se caracteriza por experiências e memórias coletivas, também entendidas como um saber-fazer na prática, que deve passar por constante formalização. Na atividade, que é tomada como a apropriação constante e espontânea das ações passadas e presentes da história do sujeito em uma ação criadora, o trabalhador sempre coloca algo de pessoal em referência ao gênero profissional. Sem este referencial “genérico”, ou apoio das experiências e memórias coletivas que o conformam, o sujeito termina por ter que colocar a atividade entre parêntesis, ou seja, deixá-la em suspenso (CLOT, 2007).

3. O PODER DE AGIR NA ATIVIDADE

3.1 RAZÃO E EMOÇÃO NA ATIVIDADE DE TRABALHO

*Estranho e difícil esse paradoxo verdadeiro eu dou,
Objetos maciços e a alma invisível são unos.*

(...)

*Os homens e o trabalho dos homens em balsas, ferrovias, navios costeiros, barcos de
pesca, canais; A rotina horária de tua própria vida ou de qualquer homem, a loja,*

quintal, depósito, ou fábrica,

*Estes espetáculos todos perto de ti dia e noite—trabalhador! quem tu sejas, tua vida
diária!*

*Nisso e neles o grosso do mais pesado—nisso e neles muito mais que calculaste, (e
muito menos também,)*

Neles realidades para ti e mim, neles poemas para ti e mim,

Neles, não tu mesmo—tu e tua alma incluem todas as coisas, a despeito de avaliação,

Neles o desenvolvimento bom—neles todos temas, dicas, possibilidades.

(Uma canção para as profissões, Walt Whitman)

A partir da leitura de Vygotski e Espinosa, Yves Clot discute a relação entre razão e emoção na atividade de trabalho, desenvolvendo o conceito de poder de agir. Este conceito é uma apropriação efetuada por Clot da filosofia de Espinosa a fim de pensar o desenvolvimento da atividade. Outros autores citados neste texto, como Deleuze e Bove, utilizam o termo “potência de agir”, que, para a compreensão do presente trabalho, pode ser entendido como equivalente ao poder de agir. Ao atribuir o sofrimento no trabalho ao impedimento da atividade, o autor explicita os mecanismo pelos quais se pode dar o enfraquecimento deste poder. Para melhor compreender tal relação, cabe explicitar alguns conceitos fundamentais da filosofia de Espinosa.

O conceito de *conatus* pode ser entendido como a contrapartida ao dualismo cartesiano, uma vez que resgata a alma de uma instância transcendental, como faz a filosofia ocidental, compreendendo-a como imanente ao corpo (FONSECA, *et al*, 2002). O *conatus* é uma tendência, ou apetite, a aumentar a potência de agir. Trata-se de um estado de potência em ato que pode aumentar ou diminuir de acordo com os encontros que são travados na existência.

Quando um modo existente encontra outro modo existente que convém com ele, experimentam-se afetos-sentimentos alegres. Por outro lado, o modo existente pode encontrar outro modo que o decompõe, gerando afetos-sentimentos tristes. Em ambos

os casos existe o *conatus* como esforço por perseverar na existência em função dos afetos e afecções. A diferença, porém, é que no caso dos afetos-sentimentos tristes o *conatus* está voltado para repelir o objeto que os causou, enquanto que no contato com afecções alegres, o *conatus* se encontra em expansão. A alegria, e o que dela resulta, preenche a aptidão para ser afetado de tal maneira que a potência de agir aumenta relativamente; e, de maneira inversa com a tristeza (DELEUZE, 2002).

Com base nesta breve explicação, é possível compreender a definição de subjetividade formulada por Clot, como o poder de ser afetado que cada um dispõe em maior ou menor grau, segundo sua história pessoal (CLOT, 2010). Quanto maior o poder de ser afetado pelas diversas atividades da qual se é sujeito, maior a vitalidade dialógica. Diante do caráter inacabado da atividade e de sua heterogeneidade, o sujeito desenvolve o poder de agir. Ele é inerente à atividade e possibilita ao sujeito lidar com os inesperados do real, e diante deles reinventar novas formas de viver, uma produção, portanto, de subjetividade. Como afirma Schwartz (2007), cada escolha no meio de trabalho é também uma escolha de si mesmo e do mundo em que se vive.

Na filosofia espinosista, a paixão é marcada pela passividade, e, é impossível que não sejamos passivos, dado que as paixões são inerentes à natureza humana (FONSECA, *et. al.*, 2002). De fato, como explica Deleuze:

(...) devemos distinguir duas espécies de afecção: as ações, que se explicam pela natureza do indivíduo afetado e derivam de sua essência; as paixões, que se explicam por outra coisa e derivam do exterior (DELEUZE, 2002, p. 33).

De acordo com a teoria das afecções de Espinosa, as paixões, da mesma forma que as ações, procuram conservar o *conatus*. Paixões contraditórias e seus objetos imaginados são capazes de desnortear o desejo – entendido como tendência do *conatus* – em detrimento da potência de agir (FONSECA, *et. al.*, 2002). Nossa percepção dos corpos exteriores depende do efeito que eles tem sobre nós, da mesma forma que só percebemos o nosso corpo enquanto ele é afetado. “(...) *Aquilo que chamamos ‘eu’ é apenas a idéia que temos do nosso corpo e da nossa alma, enquanto sofrem um efeito*” (DELEUZE, 1998, p. 100). As idéias que temos não se encontram em condições de exprimir sua própria causa, o que envolve uma privação do conhecimento. Segundo o exemplo de Espinosa, “*Imaginamos o sol próximo não por ignorarmos a distância*

verdadeira, mas porque mente concebe o tamanho do sol apenas à medida que o corpo é por ele afetado” (SPINOZA, 2009, p. 160). Desta forma, temos idéias inadequadas que envolvem tanto a privação do conhecimento de nós mesmos como do objeto que produz em nós a afecção da qual temos idéia.

Por outro lado, a mente se esforça em perseverar no seu ser, tanto enquanto tem idéias claras e distintas, como enquanto tem idéias confusas (idem). Por meio do desejo de conhecimento adequado a mente se fortifica, tornando-se mais perfeita. Quanto maior sua aptidão a ser afetado e afetar, maior a capacidade da mente pensar e ser ativa. Deste modo, o que uma mente pode conhecer é correlato do que um corpo pode experimentar (SÉVÉRAC, 2009).

O puro conhecimento racional é impotente perante a força de certos afetos passionais nocivos. De fato, há encontros que diminuem nossa potência, fazendo-nos sofrer passivamente. Isso porque a razão é sempre no início abstrata, e se refere a coisas que imaginamos como futuras e contingentes.

Sabemos assim, que “fumar mata”, que excesso de comida, de álcool, de velocidade nos põe em perigo: deparamos aí com conhecimentos verdadeiros, que mostram o que é verdadeiramente bem e mal, isto é, bom e mau para nosso esforço de perseveração no ser. Necessariamente, um indivíduo fumante tem uma esperança de vida inferior a um indivíduo não fumante (sendo tudo o mais igual); necessariamente, um indivíduo habituado aos excessos de velocidade ou de consumo de álcool ao volante corre mais perigo que um indivíduo dito prudente. Porém, embora todos saibamos, esse conhecimento racional do necessário é referido concretamente a um conhecimento muito aproximado de nossa duração de vida e da data de nossa morte (idem, p 32-33).

Precisamos imaginar quanto tempo devemos viver para fazer o cálculo abstrato que indica a escolha dos hábitos mais adequados. Ou seja, este conhecimento racional está mesclado ao imaginário e é menos potente que os desejos que só dependem da imaginação dos prazeres presentes. Desta forma, em relação aos desejos pelas coisas que são agradáveis no presente, esses desejos racionais são impotentes.

O afeto relativamente uma coisa que sabemos não existir e que imaginamos como possível, é, em igualdade de circunstâncias, mais intenso do que o afeto relativo a uma coisa contingente (SPINOZA, 2009, p.165).

Segundo Espinosa só é possível destruir um afeto por meio de outro afeto que seja mais forte – e não por meio de uma razão pura. A partir desta proposta é possível vislumbrar outro uso do conceito de imaginação, que não o do erro e engano. Trata-se de um conhecimento imaginativo pelo qual conhecimento racional ganharia corpo, sendo vivificado pela inscrição na memória. Este conhecimento incorporado seria capaz de destruir paixões mais nocivas, ou bem viver mais ativamente paixões que convém com a razão (SÉVÉRAC, 2009).

Desta forma, é possível compreender que “o homem não *nasce* Razoável” (DELEUZE, 2002, p.99, grifo do autor) ele *desenvolve* o pensamento na atividade pela compreensão das idéias adequadas. A sabedoria está em aumentar a compreensão da causas, que parte da possibilidade de experimentar e se deixar afetar. Pelo conhecimento dos afetos, é possível desenvolver-nos no sentido de escapar à determinação dos afetos passionais nocivos. A experimentação amplia nossa gama afetiva ajudando-nos compreender quais os afetos que nos convém e se compõem conosco, ajudando-nos a formar idéias adequadas de nós mesmo. Faz-se presente assim a indissociabilidade entre atividade e produção de subjetividade, de modo a contrariar uma concepção de desenvolvimento característico da ciência cognitiva, que supõem uma razão pré-existente à experiência.

Contudo, no intento de aplicar tal concepção aos desafios práticos da atividade de trabalho, alguns questionamentos se fazem inevitáveis: como desenvolver o poder de agir? É preciso constantemente desfazer a ilusão da existência de uma razão prévia à atividade e capaz de modulá-la. É central nas perspectivas estudadas a quebra da dicotomia entre razão/afeto.

De fato, segundo Clot (2010), a potência se desenvolve com a plasticidade funcional do sujeito, no movimento entre as expressões sentimentais e as representações mentais. Um sujeito capaz de ser afetado e potente em sua ação nesse sentido, é aquele que possui uma maior mobilidade interfuncional, ou seja, a capacidade de colocar uma

função a serviço da outra: emoções, por exemplo, a serviço do pensamento, e vice-versa. Ou em outras palavras, transformar paixão em ação.

A incorporação do pensamento por meio da atividade se mostra um caminho importante para pensar as questões do trabalho. Há aqui consonância com o conceito de experiência prática que se atualiza na experiência construída no cotidiano de trabalho e inscrita em uma memória coletiva de gênero profissional. O profissional experiente, sem mesmo se dar conta, ou seja, de modo inconsciente, pode se mostrar sábio e ativo diante das demandas do meio de trabalho. Ele incorpora este meio, de modo a percebê-lo e senti-lo com bastante clareza, com se fosse parte de seu corpo. Mas é importante ressaltar que esta incorporação fica prejudicada quando há impedimentos na atividade.

Cabe destacar que o termo inconsciente aqui utilizado não faz referência a corrente Psicanalítica. Segundo Clot (2011) a Clínica da Atividade não se inscreve nessa tradição. Se para a Psicanálise os conflitos infantis servem de fonte para o inconsciente, Clot defende que há energia conflitiva no social. O autor a partir de Vygotski, afirma que o social presente em nós enquanto conflito é fonte das energias vitais. “*É somente quando ele [o social] cessa de ser conflito e a vida social se fecha à controvérsia que o infantil pode exercer seu monopólio sobre o inconsciente*” (idem, p. 77).

3.2 ENFRAQUECIMENTO DA VONTADE E SOFRIMENTO NO TRABALHO

O sofrimento no trabalho não deve ser tomado como um fenômeno essencial e inevitável e sim como um envenenamento (CLOT, 2001). Entre o ser humano e o veneno há relações que se compõem, das quais não se pode dizer que são más na essência, uma vez que há criação de novas relações, como, por exemplo, entre o veneno e as partes do sangue. Contudo estas relações não coincidem com sua conservação, agindo no sentido de sua decomposição. Deste modo:

Será concebido como bom o objeto cuja relação se compõe com o meu (*conveniência*); será concebido como mau todo objeto cuja relação se decompõem com o meu, com o risco de compor-se com outros (*inconveniência*) (DELEUZE, 2002, p.40).

Segundo Clot (2001), o sofrimento no trabalho sinaliza um desenvolvimento impedido, e freqüentemente as organizações são responsáveis por exigir tão pouco da iniciativa dos trabalhadores, que o sofrimento (muitas vezes em forma de estresse, fadiga, cansaço...) advém daquilo que não se faz no trabalho: atividades suspensas, contrariadas, impedidas, paralisadas. E, mesmo havendo autonomia por parte dos trabalhadores, pode haver impedimento da atividade pela falta de recursos para a ação. Em ambos os casos, pode-se compreender que há diminuição do poder de agir, já que o *conatus* encontra-se voltado para repelir tais atividades possíveis.

É possível encontrar em Nietzsche, que foi leitor de Espinosa, algumas elucidações acerca das forças ativas e reativas que auxiliam a compreensão. Nietzsche em 30 de Julho de 1881, em carta a um amigo, afirma que, apesar de haver acabado de descobrir Espinosa, havia uma tendência neste filósofo que é idêntica à sua. Tal tendência pode ser formulada da seguinte forma: “fazer do conhecimento o mais potente dos afetos” (PONTON, 2009, p.36).

Qualquer corpo vive o produto das forças que o compõem. As forças dominantes de um corpo são ditas ativas, enquanto as dominadas, reativas. Nesse sentido, ser ativo implica em uma tendência a se apropriar, transformar e criar formas explorando as circunstâncias. A força reativa, mesmo quando obedece, limita a força ativa, lhe impondo restrições. Muitas vezes as forças reativas se apoderam e neutralizam as forças ativas. Tal processo ocorre pela transformação das forças ativas em reativas, uma vez que as forças reativas separam as forças ativas daquilo que elas podem (DELEUZE, 1998).

A separação das forças ativas daquilo que elas podem é o que ocorre na atividade impedida. Pode-se dizer que o impedimento da atividade no contexto do trabalho faz com que haja uma separação das forças ativas do profissional do que eles são capazes, com prejuízo ao poder de agir. Esta separação gera o enfraquecimento da vontade de poder¹², que se manifesta também como uma poder de ser afetado (idem).

¹² Vontade de poder é um conceito de Nietzsche que é complementar ao conceito de força. Trata-se de um querer que é síntese das forças que atravessam o sujeito (cf. DELEUZE, 1998).

O poder de ser afetado não significa necessariamente passividade, mas afetividade, sensibilidade e sensação. Um corpo possui mais força quanto maior o seu poder de ser afetado (idem). A partir disso, vai se elucidando a sentença do conhecimento como o mais potente dos afetos. Ou seja, quanto mais sensíveis somos, maior nossa possibilidade compreensão e resposta ativa aos encontros que temos.

Um corpo ativo não é, pois, um corpo que consegue tornar-se insensível ao mundo, que chegaria a furtar-se ao determinismo das causas exteriores. A atividade não nasce de um processo de “desafecção” ou “insensibilização”. Decerto, trata-se sim de não mais sofrer passivamente as coisas que encontramos; mas tornar-se ativo, para o corpo, é tornar-se pouco a pouco capaz de não mais viver segundo um número reduzido de normas afetivas, que polarizam o corpo em alegrias ou tristezas obsessivas (SEVÉRÁC, 2009, p.23 e 24).

3.3 SENTIDO E EFICIÊNCIA: FORÇAS MOTRIZES DO PODER DE AGIR

Tendo explicitado um pouco os conceitos de Espinosa e Nietzsche, é possível agora tentar elucidar que fatores estão envolvidos no que Clot defende como premissa do poder de agir. Ou seja, a alternância funcional entre sentido e eficiência da ação, que são as duas forças motrizes do poder de agir.

Quando os objetivos da ação em vias de se fazer estão desvinculados do que é realmente importante para o sujeito, ocorre uma perda do sentido da atividade, que termina por desvitalizá-la. Porém, também há casos em que esta ação pode vir a ultrapassar os resultados esperados através da superação dos objetivos alcançados. Quando isso acontece, há renovação do sentido da atividade pela emergência de novas preocupações, de modo que é possível observar o desenvolvimento do poder de agir (CLOT, 2010). O que indica também a emergência de uma nova sensibilidade.

O sentido da atividade se transforma, então, arrastando em sua companhia um prolongamento possível do raio de ação na esfera profissional que não deixa de estar comprometido – em primeiro lugar, pela imaginação – com novas ocupações (idem, p.16, grifo nosso).

Em consonância com a formulação de Sèveràc, a imaginação aparece em favor de um afeto mais potente, que aumenta o poder de agir. O estabelecimento de novas ligações pela atividade apresenta assim sua origem em afetos ativos.

Por outro lado, a vitalidade adquirida pode se perder caso a atividade se ache desconectada dos objetos da ação não encontrando meios para sua realização. A eficiência como força motriz do poder de agir, está ligada aos desempenhos concretos que se pode obter na atividade. Estes, são indispensáveis para perenizar, manter e renovar a vitalidade conquistada pela renovação do sentido. Há desenvolvimento do poder de agir quando é possível imaginar outra coisa com os meios que se tornaram disponíveis. Pelo exercício da imaginação ligada aos recursos concretos da atividade, é possível posicionar-se de forma ativa, escapando à determinação externa. Contudo, a inexistência dos tais recursos coloca impedimentos à atividade e diminuição do poder de agir.

Clot (2007) se refere a uma pesquisa realizada por Vygotsky, na qual se propõe a uma criança uma tarefa de desenho. Quando a criança pára de desenhar e começa a dar sinais de saturação da atividade, os pesquisadores buscam levá-la a prosseguir com a mesma. Observou-se, por meio da pesquisa, que ao modificar o sentido da situação, pedindo para a criança mostrar a outra como se devia fazer, a atividade se renovava. Tal ampliação do raio de ação se explica porque, ao se transformar em instrutora, a criança adquire uma posição subjetiva diferente que altera a organização de sua ação de desenhar. Tal posição possibilita sua afirmação enquanto agente na situação. É possível inferir que, caso se buscasse estimular na criança a atividade por meio de ameaças ou de obrigação, os afetos criados seriam reativos, que agiriam no sentido de diminuição de seu poder de agir.

Por outro lado, Clot aponta que a atividade do sujeito não pode ser considerada como um mero atributo pessoal, considerando que ela é dirigida ao objeto da ação e à atividade de outros, que incide sobre o objeto. Como já foi abordado no capítulo 2, a atividade é sempre dirigida. A partir deste exemplo se destaca a inscrição da subjetividade no desenvolvimento da atividade, tradição inaugurada por Vygostky. Seguindo o exemplo, a criança desenha para o objeto imediato da ação, o desenho, para si mesma e para o outro (outra criança, e/ou o pesquisador). Cada uma dessas direções da atividade tem como pressuposto irrecusável as duas outras.

No momento em que a criança repete a tarefa de desenhar com um novo sentido – o de ensinar ao colega como fazê-lo – é possível compreender que há uma repetição sem repetição, como afirma Clot (2010) em referência a Bernstein. Os invariantes e automatismos presentes na atividade, desta forma, se inserem em uma história. Em outras palavras, há desenvolvimento no âmbito da história do funcionamento no funcionamento. Ou seja, novas funcionalidades são assumidas, uma vez que há também novas finalidades presentes. A isso se denomina migração funcional, uma organização da transformação da ação nas trocas dirigidas e endereçadas.

Clot dá ênfase não só à renovação do sentido da atividade como motivação psicológica para aumentar o poder de agir, mas também aos aspectos materiais que ao serem apropriados no curso da ação, se tornam recursos para a mesma. Se a transformação do sentido da atividade aumenta raio de ação, como foi possível perceber no exemplo do desenho, colocar em prática os objetivos fazendo um trabalho bem-feito também é crucial ao desenvolvimento. Deste modo, a eficiência é considerada, juntamente com o sentido, o segundo motor do poder de agir (CLOT, 2010).

Desta forma, compreende-se que o desenvolvimento não se sustenta em uma unidade substancial e sim na desarmonia, uma vez que o lugar da afetividade e da inteligência mudam em seu curso. Tal intercâmbio se faz de acordo com relações interfuncionais que fazem variar as hierarquias entre estas duas modalidades da vida psíquica. (CLOT, 2007). O poder de agir se desenvolve a partir da alternância funcional que integra e incorpora as diversas atividades do sujeito, considerando as possibilidades não realizadas.

3.4 O DESENVOLVIMENTO COMO APROPRIAÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DO MEIO

Cabe elucidar o conceito de desenvolvimento utilizado por Yves Clot. Este, com base em Vygotski, assume uma postura histórico-psicológico em que o desenvolvimento do sujeito não é visto segundo uma perspectiva evolutiva. Clot contraria a tese de Piaget de que o percurso do desenvolvimento poderia ser pré-determinado por um padrão conhecido anteriormente, a exemplo de um modelo embriológico (SANTOS, 2006). Desenvolver-se nesse sentido, significa uma alteração radical na própria

estrutura do comportamento. Trata-se de um processo dialético e complexo caracterizado pela desigualdade de diferentes funções, metamorfose ou transformação qualitativa de uma forma em outra e embricamento de fatores internos e externos (VYGOTSKI, 1991).

O desenvolvimento só pode ser entendido como objeto da psicologia se em seu âmbito for possível a criação de instrumentos através dos quais os sujeitos possam se avaliar diante do que fazem e que possibilitem a criação de novas capacidades. Trata-se de um método:

Concebido, não para saber o que são, mas para experimentar, com eles, o que poderiam vir a ser. Em vez de procurar a explicação do que é eterno, a psicologia de Vygotski tenta encontrar as condições gerais mediante as quais se produz algo de novo (CLOT, 2010, pp. 63-64, grifo do autor).

Vygotski critica os psicólogos que preferem estudar o desenvolvimento do uso dos signos como um exemplo de intelecto puro, e não como o produto da história do desenvolvimento da criança. Em pesquisas sobre a história natural do intelecto prático, o uso de instrumentos e a fala são vistos como coisas separadas e, como consequência disso, a origem e o desenvolvimento da fala e de todas as outras atividades que usam signos foram tratadas como independentes da organização da atividade prática da criança. De acordo com a visão do autor, o uso de signos, como na fala, tem uma função organizadora que invade o processo de uso dos instrumentos produzindo novas formas de comportamento e percepção (VYGOTSKI, 1991).

A observação do desenvolvimento infantil possibilita uma melhor compreensão deste processo. De acordo com Vygotski a criança começa a controlar o ambiente com a ajuda da fala, o que produz novas relações com o ambiente e com relação a seu próprio comportamento.

(...) as crianças resolvem suas tarefas práticas com a ajuda da fala, assim como dos olhos e das mãos. Essa unidade de percepção, fala e ação, que, em última instância, provoca a internalização do campo visual, constitui o objeto central de qualquer análise da origem das formas caracteristicamente humanas de comportamento (idem, 1991, p.13).

De fato, quando a criança se encontra diante de um problema prático, utiliza a fala para sua resolução, que se torna mais intensa quanto mais complicada é a situação. Qualquer tentativa, nesse contexto, de impedir a fala da criança corre o risco de paralisá-la.

Diferente da percepção no animal, a criança percebe o mundo não somente através dos olhos, mas também através da fala, que adquire uma função sintetizadora. Um aspecto especial da percepção humana é a percepção de objetos reais, que se caracteriza pela percepção da cor e da forma associadas a um sentido e significado. “*Não vemos simplesmente algo redondo e preto com dois ponteiros; vemos um relógio e podemos distinguir um ponteiro do outro*” (idem, 1991, p.24).

A Clínica da Atividade apresenta métodos que estimulam e transformam o diálogo entre os trabalhadores, o que desenvolve a atividade, produzindo a transformação no meio de trabalho. Considerando a fala como produtora de novos modos de percepção, é possível compreender que a transformação e o desenvolvimento dialógico geram também novos modos de conhecer e sentir, que por sua vez, serão essenciais para a criação de novas possibilidades nesse meio.

A criação de novas possibilidades não se resume a um conjunto de atos a realizar pré-determinados por um especialista em psicologia do trabalho, por exemplo. De acordo com Deleuze, trata-se da invenção de novas possibilidades de vida, que supõe uma nova maneira de ser afetado que está ligada a novas condições de percepção. Assim como a atividade realizada não possui o monopólio do real da atividade, também o que é possível no âmbito do trabalho não se restringe ao que pode ser prescrito ou planejado. Segundo Deleuze, aqueles pretendem transformar o real precisam levar em conta a própria transformação que se dá no acontecimento (ZOURABICHIVILI, 1998).

Segundo Clot (2010) a abertura à alteridade dialógica não é uma escolha, uma vez que cada sujeito é afetado por ela antes mesmo de começar a agir. Isso implica em um questionamento ético, uma vez que não há regulamento ou prescrição externa capaz de arbitrar as ações. De acordo com esta perspectiva, é preciso desenvolver antecipadamente o diálogo, de modo a tornar-se cada vez mais ativo em seu exercício. De fato, no processo de apropriação da alteridade que nos afeta, é possível transformar a passividade em atividade. Caso contrário, na tentativa de fechamento para a mesma alteridade, o sujeito fica exposto aos riscos da doença mental.

3.5 O PODER DO CORPO, PARA ALÉM DA CONSCIÊNCIA

A noção de corpo-si de Schwartz, como já foi visto no Referencial Teórico, destaca os aspectos não conscientes das escolhas que se fazem no meio de trabalho, considerando que muitas delas são efetuadas por meio de automatismos inteligentes. Segundo Clot (2010), com base em Leplat, a automatização da própria ação pelo trabalhador libera capacidades e pode facilitar a aquisição de experiência em outros setores da atividade. Pode-se compreender tal processo tomando como exemplo a atividade de dirigir um carro. De fato, quando se é pouco experiente é preciso manter uma atenção consciente em cada movimento. No entanto, com o passar do tempo, há uma automatização dos movimentos, de forma que eles ficam tão naturais como se já fizessem parte do corpo, o que representa um ganho de energia. Além disso, pela vivência empírica é possível notar que dirigir quando se tem pouca experiência é bem mais cansativo.

Pode-se apontar uma convergência filosofia de Espinosa no conceito de corpo-si proposto por Schwartz. De acordo com o primeiro, não há nem relação de causalidade nem de eminência entre corpo e espírito. Para Espinosa há uma unidade real que faz com que qualquer acontecimento no plano do espírito seja simultaneamente um acontecimento no plano do corpo. Ou seja, *“não existe causalidade do corpo sobre o espírito, nem inversamente; há causalidades nos corpos e nos espíritos, que podem ser pensadas em conjunto”* (BOVE, 2010, p.29).

Segundo Deleuze (2002), Espinosa pode ser considerado em alguns aspectos um filósofo materialista, uma vez que toma o corpo como um modelo desvalorizando a consciência e em proveito do pensamento. Isso significa que ao mesmo tempo o corpo ultrapassa o conhecimento que se tem dele, ou seja, o pensamento não se resume à consciência.

Em suma, o modelo do corpo, segundo Espinosa, não implica nenhuma desvalorização do pensamento em relação à extensão, porém, o que é muito mais importante, uma desvalorização da consciência em relação ao pensamento: uma descoberta do inconsciente e de um inconsciente do pensamento, não menos profundo que o desconhecido do corpo (DELEUZE, 2002, pp. 24-25).

Com base nesta perspectiva, a consciência é vista como um lugar de ilusão, uma vez que ela se caracteriza por recolher os efeitos, mas ignorar as causas. E, a partir dos

efeitos recolhidos, ela supre sua ignorância invertendo a ordem das coisas, tomando os efeitos pelas causas (idem).

Segundo Rolnik (1995) a consciência é a dimensão da subjetividade que oferece a possibilidade do sujeito se guiar pelo mundo com base no que é visível. Já o inconsciente é a dimensão da subjetividade que está mergulhada no invisível, abarcando o âmbito da alteridade. Seguindo essa perspectiva de base Espinosista, “*a consciência não tem o poder de alcançar o invisível da produção de diferença, mas apenas os efeitos dessa produção*” (idem, p.152). Para que a consciência não fique permanentemente restrita ao visível, isto é, a uma forma limitada de conhecimento, é preciso que ela se permita desestabilizar pelas diferenças produzidas pelo inconsciente. Somente quando isso acontece que se ativa no pensamento a potência de alcançar o invisível. “*Só que a ativação dessa potência depende de incorporarmos à prática do pensamento a apreensão por sensação, por afeto, que é o que lhe dá acesso ao inconsciente*” (idem, p.152). A incorporação das sensações e do afeto à prática do pensamento – e da ação, do qual não está dissociado – é destacada como forma de escapar ao domínio totalizante da consciência.

Também Clot (2007), com base em Jouanneaux e Vygotski, destaca a importância tanto do engajamento corporal na atividade como de se utilizar as emoções como recurso para a ação. Segundo o autor, a potência afetiva mostra claramente como formamos um ser único com nosso corpo, apontando para uma visão integrada da dimensão emocional e social (idem). Quando o sujeito se encontra sob o domínio estrito da consciência e do visível, conforme descrito por Rolnik, há diminuição tanto do poder de ser afetado quanto do poder de agir, com impedimento da atividade.

Na dimensão invisível, inerente ao real da atividade, que se pratica e imprime o conhecimento pelo corpo. Corpo, nesse contexto, não é sinônimo de um sujeito, uma vez que se trata de abarcar também aspectos coletivos e sociais. Não é a toa que o gênero profissional é definido como um *corpo interposto*, ou seja, algo que faz com que profissionais que nunca se viram anteriormente pareçam já ter trabalhado juntos antes, por terem algo em comum na atividade. Neste comum se encontra a história do gênero, uma memória que funciona como um instrumento social da ação. Desta forma, o trabalhador em sua atividade possui como recurso tanto sua vivência corporal da ação,

como a referência à história na qual sua atividade se insere (CLOT, 2007). O gênero profissional pode ser indicado desta forma como um instrumento que serve à vivificação do conhecimento.

De acordo com o exemplo do operário explicitado no capítulo 2, este foi capaz de mesmo em um momento de pausa, fazer uma síntese de diversos estímulos – o vento, o canteiro, tal canteiro em particular, tal equipe de trabalho em tal momento... – e perceber que precisavam dele na atividade. Trata-se de uma pessoa cujo aparato cognitivo é sensível a tais estímulos, independente de uma atenção concentrada ou de uma vontade consciente, uma vez que se tratava de um momento de pausa. O corpo de tal operário, desta forma, apresenta marcas oriundas da história da atividade.

Cabe ressaltar que uma compreensão da memória no âmago da psicologia cognitivista – enquanto uma função mental e estritamente individual – impossibilitaria a existência destes dois sentidos concomitantemente. De fato, o entendimento da memória aqui abordado tem como pressuposto teórico um modo de subjetivação que possa incluir na mesma existência corpo/mente e sociedade.

O modelo de corpo que se busca elucidar se expressa melhor como um corpo coletivo, que age por contágio, por meio do afeto do outro. Tal capacidade de contágio profunda e pré-verbal, nesse sentido, é considerada como um elemento básico da constituição da humanidade (BOVE, 2008).

Desta forma, o pensamento que é possibilitado pelo ato, através do corpo, dos afetos e das sensações, em sua dimensão inconsciente, desenvolve o poder de agir. Este pensamento em ato, ou pensamento incorporado, não precede a ação, mas pode dirigir-se através dela a partir da experiência de outros corpos. Retornando ao exemplo do veneno, é possível compreender os processos de apropriação da experiência de outros corpos. Isso significa, de forma caricata, que não é necessário ingerir o veneno para conhecê-lo, quando há a possibilidade compartilhar da experiência de outro. Neste caso, a experiência de outros corpos, quando apropriada por mim, servem de recurso para minha ação. Além disso, “*não possuímos o conhecimento racional senão partilhando-o, e não o partilhamos senão aumentando-o*” (SÉVERÁRC, 2009, p.23). O que indica o coletivo também age no sentido do conhecimento adequado.

Considerando a dimensão coletiva dos afetos, é importante partilhá-los por meio do diálogo a fim de gerar e aumentar o conhecimento da atividade. Desta forma, metodologia da Clínica da Atividade visa a mobilizar o diálogo no coletivo de trabalhadores. Parte-se de uma concepção das relações entre o sujeito individual e coletivo na qual se destaca a importância da conflituosidade social como forma de desenvolvimento. Segundo o autor, há um encolhimento do funcionamento psíquico quando a sociedade se torna monológica deixando de oferecer a energia conflitante alimenta a vitalidade do diálogo.

3.6 A FUNÇÃO SOCIAL DAS EMOÇÕES

Para melhor compreender a relação entre afetividade e meio social, abordaremos os estudos de Henri Wallon, importante autor, também citado por Yves Clot. Wallon (1971) destaca o problema da natureza paradoxal das emoções, que muitas vezes parecem estar em conflito com as formas de atividade que colocam o homem em relação com o meio. Por exemplo, a capacidade de reagir às condições exteriores através de movimentos harmônicos. Segundo o autor, a presença constante na emoção de reações antagônicas à correta execução de um movimento, invalida a hipótese de que o funcionamento destas esteja exclusivamente subordinado aos movimentos. Contudo, o autor também destaca que não se pode afirmar as emoções como uma perturbação ou degradação da atividade motora, de modo que, ele recorre à evolução da espécie humana com o objetivo de compreender a função das emoções no desenvolvimento.

Segundo o autor, é no homem que a expressão das emoções atinge seu grau mais elevado de complexidade e diferenciação. Ele associa isso ao fato de que há, no sistema nervoso humano, centros destinados a coordenar os efeitos da emoção. Desta forma, a emoção quando se compõem com o conhecimento e o raciocínio, é compatível com os interesses de segurança do indivíduo, de modo que o lugar mantido pelas emoções no comportamento da criança e do adulto não é um acidente ou manifestação de desordem.

O autor, a partir de estudos antropológicos e da pesquisa com crianças, ressalta o caráter contagioso e coletivo da emoção, que teve importância decisiva na evolução do homem, sendo cultivado por meio de ritos grupais. No bebê tais aspectos se destacam,

como no exemplo da criança que caiu e só chora ao saber que está sendo ouvida. Ou seja, ela já está dirigindo a atividade de chorar. Neste caso, percebe-se a ausência de distinção entre o si e o outro no bebê, que se dá progressivamente ao longo de desenvolvimento. De fato, a emoção suscita reações similares ou recíprocas em outrem, o que torna difícil permanecer indiferente às suas manifestações, e faz-nos associar a esse contágio. Outro exemplo disso são as grandes multidões, onde as emoções eclodem com larga facilidade e intensidade, uma vez que fica abolida mais facilmente, em cada um, a noção de individualidade.

Desta forma, ao estudar o papel da emoção na história das espécies é possível melhor compreender seu papel no comportamento humano e a razão de ser de seus centros de coordenação no sistema nervoso. A emoção serviu, de fato, a essa forma de adaptação consistente na ação comum e ajudou à constituição do grupo, que, por sua vez, adquiriu seu papel na evolução do homem. A emoção ritualizada teve grande influência no advento da atividade simbólica, uma vez que sem o grupo, não seria possível a emergência do conhecimento ou da linguagem.

Wallon defende que as emoções têm um papel fundamental na relação entre os indivíduos favorecendo os esforços coletivos e a vida em sociedade. Somente nos seres humanos a emoção serve como transição entre os estímulos sucessivos do meio (aos quais o bebê está exposto de forma mais direta) e a vida intelectual (no adulto), que procedendo por representações e símbolos, pode fornecer à ação, motivo e meios deferentes dos do instante presente e da realidade concreta.

3.7 A ATIVIDADE INCORPORADA

As pedras, o carvão, a madeira, os trabalhadores adotavam seu ritmo, uma guerra se desencadeava nas galerias, sob a luz branca do acetileno, e Zorba ia em frente, lutando corpo a corpo. Dava um nome a cada galeria e a cada filão, dava um rosto às forças sem feições, e daí em diante era-lhes difícil escapar dele. - Quando sei - dizia ele - que aquela é a galeria Canavarro (assim batizara a primeira delas), fico tranqüilo. Conheço-as pelo nome, ela não vai ter a ousadia de me fazer uma sujeira. Nem a Madre Superiora, nem a Cambeta, nem a Mijona. Eu conheço todas elas, digo-lhe, cada qual por seu nome (Nikos Kazantzakis, Zorba o Grego).

Para Vygotski, o pensamento tem sua fonte na atividade e está ligado ao afeto, reiterando a unidade corpo/mente e pensamento/afetos. Nessa ótica, os conceitos são recursos para o desenvolvimento das emoções, da mesma maneira que os afetos e as emoções são recursos para o desenvolvimento dos conceitos. Há portanto migração funcional entre eles que é responsável pelo desenvolvimento da atividade (CLOT, 2006a). Tal compreensão mais uma vez remete à metodologia da Clínica da Atividade, que ao estimular o diálogo também possibilita o compartilhamento das emoções, servindo ao propósito do incremento poder de agir.

Na atividade, o organismo psicológico é transformado, sem se dar conta, em um corpo próprio e vivido. De fato, o sujeito “faz corpo” com a matéria, ou artefato, que vem a ser não somente um objeto de sua atividade mas também um recuso para a ação, constituindo assim um instrumento de vitalidade (CLOT, 2010).

É recorrente nos escritos de Clot a referência a processos de incorporação da atividade, que não deve ser confundido com uma internalização - diferenciação que é feita com base na psicologia histórico-cultural de Vygotski. Segundo este autor, o social não é um objeto exterior a ser interiorizado diretamente, de modo que a apropriação ou incorporação tem um caráter de criação. No caso da atividade de trabalho, há recriação quando o artefato se subverte em instrumento pelo sujeito, como um recurso para sua ação. De acordo com essa perspectiva, nem todas as ferramentas são apropriadas pelo sujeito, que só o faz quando elas respondem aos conflitos em jogo da atividade.

A palavra é também uma boa forma de compreender este processo de apropriação. Segundo o autor há uma perda de significação na apropriação da linguagem do dicionário para o contexto, uma vez que no dicionário há diversas possibilidades de significação que se restringem no âmbito da comunicação. Contudo, ao mesmo tempo há também um ganho de significação na situação da enunciação, uma vez que a palavra ganha corpo e estabelece a troca entre os sujeitos. Trata-se, de processo de subjetivação da palavra.

De modo analógica, o mundo social, em virtude de seu não-acabamento, pode ser considerado uma fonte fundamental da apropriação psicológica. Da mesma forma

que se subvertem os artefatos para que sirvam como recurso à ação, também se subvertem as palavras para que sirvam à comunicação. E é precisamente porque o mundo é inacabado, que pode haver algum processo de apropriação, ou seja, que é possível colocar nele algo de próprio. De fato, a função social da vida psicológica não é sedentária, havendo uma espécie de nomadismo no desenvolvimento. *“Esse processo de migração funcional existe para Vygotski não apenas do social para atividade psicológica, mas existe também no pensamento, entre o afeto e o conceito, entre o conceito e a emoção”* (CLOT, 2006, p.25).

Mais uma vez a aptidão para ser afetado se faz presente como uma plasticidade funcional que permite o intercâmbio entre as expressões sentimentais e as representações mentais que desenvolvem o poder de agir. Nesse contexto, haverá mais desenvolvimento da atividade quanto maior for a polifonia social que rege o nível de conflitualidade inerente à história do sujeito. Ou seja, o funcionamento psíquico se restringe se o meio social não lhe oferece a conflitualidade da qual se nutre o poder de agir, ficando sem tônus e sem possibilidade de diálogo.

A Clínica da Atividade é entendida, deste modo, como uma psicologia do desenvolvimento, uma vez que o desenvolvimento é o seu objeto e também seu método: *“um método que, para os sujeitos, seja o meio de descobrir suas capacidades e se avaliarem diante do que eles fazem (CLOT, 2010, p.63)”*. Nesse sentido, se estimula a abertura ao diálogo interior, que não pode se manter sem o relé (*relais*) social que alimenta a energia conflitual. De fato, a metodologia da Clínica da Atividade busca manter ou restaurar a vitalidade dialógica do social em virtude da análise do trabalho e com base na função psicológica gênero profissional (CLOT, 2010).

3.8 HOMEM DA ÉTICA, HOMEM DA MORAL E AUTO-REGULAÇÃO

A filosofia de Espinosa afirma constantemente um querer expandir-se inerente à vida, característica que o torna convergente com as perspectivas da atividade aqui abordadas. Entender que o pensamento se beneficia do aumento da aptidão de ser afetado e não se restringe ao domínio da vontade consciente, facilita sua compreensão como não isolada da experiência. De fato, o pensamento por sensação e afeto, seria uma

forma a alcançar um máximo de paixões alegres que, por sua vez, gerariam idéias adequadas e vice-versa.

A potência, nessa ótica, não guarda identidade com a vontade consciente mas, antes, é peculiar ao próprio impulso vital que, no ser humano, encontra apenas uma dentre suas múltiplas formas de se manifestar. Contudo, faz-se prudente uma ressalva: em função da associação com o intelecto, esse modo de diferenciação multiplica em muitas vezes a capacidade inventiva da vida (FONSECA, et. al., 2002. p.29).

Tal capacidade inventiva é constantemente apontada por Clot (2010) como constituinte do poder de agir que se desenvolve quando a ação ultrapassa os resultados esperados havendo renovação no sentido da atividade a partir de afetos ativos. Destaca-se também uma dimensão ética. “O desejo ativo de conhecimento adequado em Spinoza só pode ser um desejo que compreende uma *finalidade ética*.” (idem, p.23, grifo do autor). Considerando que esses processos como esses não dependem de uma vontade consciente, cabe levantar um questionamento ético com base nos funcionamento dos afetos, a exemplo de Espinosa.

Rolnik (1995) com base na leitura deste filósofo por Deleuze, cria o modelo do homem da moral como vetor da subjetividade, que transita no visível e efetua as escolhas tomando como referência os códigos e conjuntos de valores e regras da ação vigente na sociedade. Já o homem da ética é o vetor da subjetividade que transita no invisível:

(...) é ele que escuta as inquietantes reverberações das diferenças que se engendram em nosso inconsciente e, a partir daí, nos leva a tomar decisões que permitam a encarnação de tais diferenças em um novo modo de existência, tanto no sentido de fazer novas composições quanto no de desmanchar composições vigentes. É o homem inconsciente: operador da produção de nossa existência como obra de arte (ROLNIK, 1995, p.155).

Desta forma, pode-se perceber a emergência de uma instância que tem como critério a afirmação de sua potência criadora – daí porque chamá-lo ético. Tal instância se dirige a partir de encontros, em um plano de composição que lhe é imanente, e ao mesmo tempo que não seria possível se não fosse pela existência do corpo e de suas afecções (FONSECA, et al, 2002).

Wilhelm Reich apresenta uma discussão nesse sentido ao questionar a antítese entre natureza e cultura, instinto e moralidade, corpo e espírito, amor e trabalho; que são características marcantes da cultura e da filosofia ocidental. O autor propõe o conceito de auto-regulação, que se opõem à moralidade por ele criticada, como uma possibilidade de existir de forma ética pelas diversas esferas da vida afirmando o livre fluxo vital entre elas.

Um enunciado de destaque da obra reichiana, presente em todos os seus livros é: “O amor, o trabalho e o conhecimento são fontes de nossas vidas, deviam também governá-la”. Desta forma, o autor reitera a filosofia de Espinosa, segundo a qual “(...) *não existe, na natureza das coisas, senão uma única substância(...)*” (SPINOZA, 2009, p.19), ou seja, uma substância comum da qual partilham todas as coisas. E, de acordo com Reich, a potência se efetua na realização prática da atividade de amar, trabalhar e conhecer; de modo que se há o impedimento de alguma dessas atividades, há prejuízo na potência de todas as outras.

Reich desenvolve a hipótese de que não há dicotomia entre sexualidade e trabalho, uma vez que ambos compartilham das mesmas fontes de energia vital. Tal observação teve como base a experiência clínica, na qual ele pôde perceber que nos pacientes onde a terapia havia possibilitado o exercício da sexualidade genital, a atitude em relação ao trabalho sofreu transformação:

Se, até então, haviam trabalhado mecanicamente, sem demonstrar nenhum interesse real, considerando o trabalho como um mal necessário que uma pessoa assume sem pensar muito, agora se tornavam judiciosos. Se as perturbações neuróticas os haviam impedido antes de trabalhar, agora eram impelidos por uma necessidade de entregar-se a algum trabalho prático, pelo qual pudessem ter um interesse pessoal. Se o trabalho realizado era capaz de absorver os seus interesses, floresciam. Se, porém, era de natureza mecânica (...), então se tornava um peso quase intolerável (REICH, 1985, pp.154-155).

Rauter, com base na obra de Reich, assinala como um dos obstáculos para se pensar a relação e influencia dos diversos planos da existência – plano sexual, o plano dos investimentos na vida social, no trabalho e na criação – o fato da psicologia estar presa ao indivíduo. Segundo a autora, a partir da análise que não dissocia os fenômenos

individuais dos coletivos, nem o público do privado, é possível compreender o campo social e o psíquico como de mesma natureza, que se expressa em registros diferentes. De acordo com a autora, o conceito de Reich de auto-regulação “é o que permite pensar um modo de organização da sexualidade derivado de seu exercício e não de regras impostas coercitivamente” (RAUTER, 2007, sem pag.).

Reich afirma que tanto a satisfação no trabalho como na vida afetiva (o amor) compartilham da mesma fonte e que o prazer e a alegria nessas áreas são imprescindíveis à saúde. Trata-se de gozar de uma certa forma de afetividade que seja capaz de criar a possibilidade de experimentar menos aquela que não traz a felicidade. Não se resume, portanto, em referência a Espinosa, a um esforço ou vontade de evitar afetos negativos, mas sim de criar uma sensibilidade capaz de vivenciar a alegria, e, portanto, que não se acomode em uma situação de sofrimento (SEVERÁC, 2009).

A auto-regulação pode ser entendida como a possibilidade manter um equilíbrio que não se baseia em uma moral externa, e sim que emerge da potência. Tal conceito apresenta afinidade como a filosofia espinosista, uma vez que afirma uma ética inerente à natureza humana, que, muitas vezes, não coincide com a moral prescritiva social. Pela auto-regulação o organismo realiza sua natureza, ou seja, a tendência perseverar no seu ser. De acordo com essa perspectiva, saúde implica na possibilidade incorporar o mundo de modo que as oposições e/ou obstáculos, inerentes ao real servem ao propósito de desenvolver o vivo, gerando conflito que é próprio da atividade.

No entanto Reich aponta como um processo de encorajamento crônico os empecilhos à auto-regulação. Nesses casos há prejuízos na sensibilidade tanto ao prazer quanto à dor, que afastam a pessoa de sua potência. Isto é, a couraça crônica gera redução no pensamento por sensação e afeto, o que também diminui o conhecimento das causas, indispensável uma vivência menos determinada por paixões tristes.

De acordo com a definição de Georges Canguilhem (2000), a boa saúde é dar-se ao luxo de poder cair doente e se recuperar. Ou seja, o equilíbrio buscado pela auto-regulação não significa estar alegre todo o tempo, nem tampouco se afastar da experiência de sentimentos como dor, tristeza ou raiva. Pelo contrário, Reich preconiza que “O prazer e a alegria da vida são inconcebíveis sem luta, sem experiências

dolorosas e desagradáveis auto-avaliações. A saúde psíquica (...) caracteriza-se pela alternância entre a luta desagradável e a felicidade” (REICH, 1975, p.75).

A partir da capacidade sensível de entrar em contato tanto com sentimentos agradáveis, quanto desagradáveis, a pessoa é capaz de identificar o que lhe faz bem e lutar pelas relações que lhe tragam felicidade. A saúde é sempre uma relação que age no sentido de transformar o meio. Um ambiente de trabalho que cerceie a possibilidade de se efetuar as transformações necessárias é nocivo à saúde. Nesse caso o pensamento orienta, com base nos afetos, o trabalhador no sentido de compreender o que é necessário e de que recursos se pode valer para a ação.

4. PERSPECTIVAS E REFLEXÕES

4.1 EFEITOS DO PLANO GLOBAL NA ATIVIDADE

Na área da saúde pública, há condições que levam à precarização do trabalho e dos direitos básicos dos profissionais. Como afirma o médico sanitário José Noronha (2010), muitas vezes atribui-se as carências do Sistema Único de Saúde a problemas de gerenciamento, que, embora estejam presentes, fazem parte de uma problemática mais ampla, que é a da insuficiência de recursos financeiros para a saúde pública. De acordo com os dados apresentados pelo autor, a Espanha gasta US\$ 2.671 per capita com este setor, US\$ 2.686 com a Itália, US\$ 2.992 para o Reino Unido, US\$ 3.357 para a Austrália e somente US\$ 884 para o Brasil, ou seja, menos de um terço da contribuição dos outros países. Diante disso, diz ele, não se pode exigir que o Brasil apresente a mesma qualidade nos serviços públicos de saúde e tampouco se devem responsabilizar os profissionais por isso. A falta de recursos com a qual os trabalhadores da área da saúde precisam lidar, em maior ou menor grau, apesar de não determinar a eficácia do trabalho – que implica em muitos outros fatores para além dos materiais – deve ser considerada. Com isso busca-se evitar transposições mecânicas de estudos oriundos de países que possuem outras condições estruturais.

No item em que foi discutido o plano global, no capítulo 1, buscou-se mapear as recentes mudanças no trabalho com foco na área da saúde. Com base no pensamento de Schwartz (SCHWARTZ & DURRIVE, 2007)¹³, é importante ressaltar que não se pode valorar tais modificações como positivas ou negativas a priori, sem analisar seus efeitos na atividade de forma específica. Nem tampouco associar a idéia de mudança à de evolução. A atenção à especificidade da situação de trabalho é uma característica da Ergologia e da Clínica da Atividade, e serve como viés desta análise. Busca-se compreender os efeitos das mudanças globais sem perder de vista a atividade, no âmbito local.

Schwartz (idem) afirma que o trabalho sempre se modifica, mas que, desde a década de 80, as mudanças no trabalho se encontram em um ritmo mais acelerado. Antes dessa época, quando se colocava a questão “o que é o trabalho?” sempre se tinha a imagem de um operário e sua máquina, mas isso se tornou obsoleto. Ele atribui tais

¹³ Este é um livro que traz diálogos entre importantes autores da Ergologia, como Schwartz, Durrive e Duraffong, por exemplo.

modificações à nova economia, à emergência de novas tecnologias e meios de comunicação, por exemplo, como a Internet. Segundo o autor, o que se modifica no trabalho é tanto o que é exigido do trabalhador em termos de competências como as relações de trabalho que passam a ser marcadas pela terceirização, por exemplo.

Uma modificação importante diz respeito ao desenvolvimento do setor de serviços, em contraposição ao setor industrial, que era preponderante. Destacam-se aí novas tecnologias de serviço que influenciam na expectativa das competências dos trabalhadores. Autonomia, polivalência e capacidade de trabalhar em equipe passam a ser compreendidos como atributos indispensáveis ao trabalhador excelente, mesmo sem que lhe sejam garantidos os recursos para a efetuação da atividade.

A flexibilidade e a variedade são características que fazem parte do que se entende por autonomia, passam a ser exigida do trabalhador pela reestruturação produtiva. Embora na perspectiva do Taylorismo fosse vista como empecilho, a iniciativa passa a ser obrigatória sob a forma de uma sistemática mobilização pessoal e coletiva. Contudo, ao mesmo tempo em que o coletivo é solicitado em termos da exigência do trabalho em equipe, por exemplo, ele é interdito quando se lhe cerceia a possibilidade de gestão de seus ritmos. De fato, a autonomia e iniciativa exigidas devem se submeter a intensas pressões temporais, de um ritmo de produção que não é regulado por quem efetua o trabalho. Isso é visto no caso já relatado da equipe de auxiliares de enfermagem encarregados de preparar a medicação dos usuários. Conforme o exemplo, devido ao acelerado ritmo de trabalho, estes terminavam por executar a tarefa de uma forma fragmentada, uma vez que o profissional que separava a medicação não era o mesmo a ministrá-la. É possível notar que tal estratégia cumpre um papel no que diz respeito à demanda de rápida distribuição dos remédios. No entanto, tal escolha compromete a eficácia do trabalho, já que há um aumento da possibilidade de erros na medicação com esta organização. Tal exemplo levanta o seguinte questionamento: será mesmo possível falar em autonomia diante de prescrições contraditórias?

Clot (2007) destaca os paradoxos da mobilização subjetiva no contexto atual, no qual a atividade humana é convocada e também combatida. Ou seja, se exige dos profissionais que se concilie o inconciliável: regularidade, velocidade, qualidade, segurança. Desta forma, o que antes – no tempo do taylorismo – era responsabilidade

das hierarquias, passa a ser delegado aos profissionais individualmente, sem que estes tenham ingerência sobre todas as questões. Trata-se de uma gestão individualizante que age no sentido de depositar no sujeito questões que são do âmbito da organização. Por isso, onde parece haver autonomia, há uma solução parcial que não expressa o poder de agir de um coletivo que pudesse gerir seus ritmos de trabalho.

Clot (2007) aponta que, nesse contexto, a disponibilidade psicológica investida pelo trabalhador para se sentir responsável pelo serviço é simultaneamente confinada. Isso porque quando algo não funciona no trabalho, se opera uma lógica individualista que ainda age no sentido de buscar culpados ao invés de olhar para o funcionamento mais amplo. Aqueles que se comprometem se vêem diante da injunção de assumir responsabilidade sem a ter efetivamente, uma vez que diante das exigências temporais, têm sua atividade impedida.

Diante disso cabe o questionamento: Que autonomia se exige do profissional de saúde no âmbito da equipe multiprofissional? Se por autonomia se entende a capacidade de se apropriar do meio de trabalho no sentido de criar normas por meio de um uso de si, então se pode dizer que ela é favorável ao sujeito e à eficácia do trabalho. No entanto, muitas vezes a autonomia é ilusória, e serve como mais uma prescrição à qual o trabalhador deve responder, sem a possibilidade de gerir seus ritmos de trabalho. Desta forma, faz-se mister que a autonomia não se constitua como mais uma exigência que se impõe ao trabalhador de um modo que vem a aumentar sua carga de trabalho.

4.2 AFINANDO AS AÇÕES DA ORQUESTRA

No âmbito da Ergologia pode-se compreender a noção de equipe multiprofissional utilizada pelos trabalhos em saúde coletiva como uma equipe prescrita, uma vez que ela é planejada antecipadamente em termos de diferentes categorias profissionais, que devem ser preenchidas por representantes das mesmas, e que são substituídos de acordo com a rotatividade dos profissionais. Esse tipo de equipe difere das Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes – ECRPs que, segundo Schwartz, estão no cerne da eficácia do trabalho. As ECRPs são compreendidas como o coletivo de trabalho situado, formado por “contornos variáveis”, ou seja, sem delimitações definidas (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Isso significa que, no âmbito

das ECRPs, não existem categorias ou posições a serem exercidas por um representante de uma categoria profissional específica, uma vez não se pode planejar uma ECRPs antes que ela aconteça na atividade.

Uma equipe multiprofissional costuma ser composta por médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos e auxiliares de enfermagem, por exemplo. Mas, dependendo da função que um determinado servente ou atendente do hospital exerça, estes também podem fazer parte da ECRP. Um fato corrido em um hospital que pode ilustrar esta idéia:

Durante a observação das atividades, ouvimos um relato de um fato curioso: uma família teria procurado seu parente na hora da visita e, tendo encontrado o leito ocupado por outro Paciente, procurou informações com um Auxiliar; este não sabia informar, não se mobilizou de imediato para saber, e o esclarecimento foi dado por um Servente - o Paciente havia sido transferido para o andar cirúrgico (OSÓRIO, 1994, p.106).

Extrapolando o exemplo, podemos imaginar que se esta situação fosse freqüente, o servente em questão poderia vir a adquirir uma função inusitada, mas muito relevante na equipe, a saber, informar o deslocamento de pacientes aos parentes no caso de ausência dos demais profissionais. Isso serve para compreender que a ECRP se forma no âmbito de uma história própria, que não pode ser antecipada e que pode mudar de acordo com a situação. As pessoas nas ECRP não são intercambiáveis, pois não se trata de uma posição pré-determinada e sim de uma relação com a equipe prescrita. Essa compreensão coloca a questão da precarização do trabalho, com contratos temporários e funcionários terceirizados, por exemplo, que muitas vezes gera uma alta rotatividade dos trabalhadores desestabilizando o coletivo e dificultando a formação das ECRPs.

De acordo com a Ergologia, é preciso buscar compreender o trabalho para transformá-lo. Isso significa é preciso estar atento aos debates de valores presentes na atividade. No campo da saúde pública brasileira, a gestão desenvolvida pelos trabalhadores, que se encontra entre o trabalho prescrito e o real implica em verdadeiras escolhas de Sofia. As normas, regras, instrumentos e técnicas do trabalho prescrito, por exemplo, são extremamente necessários para orientar a atividade, contudo não se pode achar que eles sejam suficientes (SOUSA e VERISSIMO, 2007). É preciso estabelecer

prioridades com base na experiência daqueles que lidam diretamente com a atividade, escutando e reconhecendo o real em sua constante tensão com o prescrito.

Para que cada trabalhador assuma o risco de subverter o prescrito é preciso que haja um patrimônio que lhes seja comum, a partir do qual se possa inventar uma solução nova diante de uma situação inusitada. Esta transformação em patrimônio se explica pela capacidade de se apropriar do trabalho como sendo seu, de modo a fazer valer valores pessoais neste meio e transformar outros, o que é algo positivo para a saúde. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

O conceito de gênero profissional da Clínica da Atividade nos ajuda a compreender de que modo a existência de um conjunto de regras informais partilhadas por um coletivo de trabalhadores em um espaço de tempo viabiliza criação de um estilo de ação indispensável à realização do trabalho. Ou seja, quanto mais coeso o coletivo, maiores as possibilidades do trabalhador expressar o estilo na atividade. A inexistência ou fragmentação do coletivo dificulta a criação de novas formas de agir no trabalho (SANTOS, 2006).

De fato, o gênero profissional é o que permite que duas pessoas que não se conheciam sejam capazes de compor uma equipe operacional, como se já tivessem trabalhado juntas antes. Isso porque entre elas há um componente transpessoal que funciona como um corpo interposto que assegura a acomodação “imediate” desses sujeitos (CLOT, 2007). Para que esta acomodação aconteça, é preciso que haja um trabalho em comum, ou um “referencial operativo comum” (TESSAC & CHABAUD, 1990, apud CLOT, 2007). Este referencial pressupõe uma situação comunicacional que estabelece regras não escritas e elaboradas em comum. O diálogo, contudo, não é verbal ou consciente, embora o esforço pelo debate entre os profissionais colabore com seu fomento.

É interessante notar que, nos artigos revisados acerca do tema das equipes multiprofissionais, ressalta-se muito a necessidade de comunicação e construção de espaços de diálogo, o que nos permite perceber que há problemas na acomodação “imediate” entre os profissionais. Fazendo referência à orquestra como modelo de trabalho em equipe, isso aponta para a dificuldade de *afinamento* das ações entre os

profissionais de diferentes categorias profissionais. Nesse contexto pode-se pensar o gênero profissional como um diapasão, responsável por afinar as notas de cada instrumento. A fragmentação do gênero, desta forma, acarretaria em uma falta de unidade entre o conjunto ações. Seguindo a metáfora, pode-se utilizar também o exemplo das bandas de jazz que fazem improvisações. O improviso seria aquilo que não pode ser ensaiado, ou seja, que não segue a prescrição no cotidiano de trabalho. Para a banda de jazz funcionar como uma unidade e não se transformar em caos sonoro, todos os músicos devem se ouvir e ajustar mutuamente seus acordes. Para isso é preciso seguir certas "regras", certos objetivos comuns, como o tom da música, a escala, etc. Ou seja, a escuta e a observação das regras genéricas potencializam o processo de criação e experimentação indispensáveis ao funcionamento da equipe multiprofissional.

Cabe ressaltar que, quando Clot (2007) usa o conceito de gênero profissional, se refere a uma profissão ou ofício específico, como médico, enfermeira ou arquiteto. Isso aponta para a necessidade de desenvolvimento deste conceito para se pensar um gênero profissional da equipe de saúde. Outra dificuldade para tal tentativa pode se dar devido ao não funcionamento da equipe como *integração* – onde ocorreria a articulação das ações e dos agentes (PEDUZZI, 1998). Também, a insuficiência de fusão nos saberes das equipes, como pressupõe a perspectiva transdisciplinar, pode ser apontada como uma justificativa para a dificuldade em se construir um gênero profissional próprio à equipe multiprofissional.

Diante disso, parece mais coerente pensar esta equipe como composta por diversos gêneros que concorrem e cooperam na atividade de trabalho. Até mesmo no interior de um mesmo ofício, como o do médico, existem diferentes gêneros, como o do clínico e do cirurgião. De fato, toda atividade profissional é considerada uma co-atividade, no sentido de que é uma resposta à atividade dos outros. Seguindo um modelo dialógico, a atividade de cada integrante da equipe multiprofissional é constantemente atravessada pela atividade tanto dos outros profissionais como pela atividade dos pacientes.

Agir implica em preservar nossas intenções no seio de intenções concorrentes e, também, tentar transformar os constrangimentos da atividade dos outros de forma que se tornem recursos para a própria ação. Esta conflituosidade no coletivo de trabalho

nutre a atividade, e possibilita a incorporação de uma sabedoria prática que potencializa o poder de agir dos trabalhadores. Porém, se há um meio de trabalho rígido, hierárquico ou se faltam recursos para a ação, por exemplo, a atividade fica impedida. O diálogo no trabalho acontece, porém, nem todas as vozes da atividade são percebidas. É como se houvessem instrumentos musicais que predominassem em detrimento de outros, que, a pesar de continuarem tocando, não se fazem escutar. Neste caso surgem dificuldades para o coletivo ajustar o tom das ações.

O gênero profissional pode assimilar uma nova técnica, desde que seja respeitada sua flexibilidade. Contudo, se o coletivo é privado de suas capacidades de “digestão”, termina por ter sua “cultura profissional” desorganizada, o que fragiliza o gênero. É preciso algum tempo para se escutar a nota do gênero como diapasão, e ajustá-la às ações. Quando se respeita este tempo, é possível que haja um desenvolvimento da sabedoria prática, que marcará o ritmo correto do trabalho e as escolhas acertadas a serem tomadas pelo coletivo.

Clot (2007), com base no relato de Jouanneaux, ex-piloto e pesquisador, conta que uma empresa de transporte aéreo obrigou os pilotos reconfigurarem muito rapidamente a composição da equipe de trabalho em função de uma nova tecnologia da área e de exigências de produtividade, o que pode ter colaborado para a ocorrência de um grave acidente aéreo. Nesse caso, os antecedentes sociais da atividade, ou gênero profissional, foram prejudicados, de modo que alguns pilotos antigos se recusaram a enfrentar as modificações estando próximos do fim da carreira. Estes antecedentes sociais compõem um estoque de modos de agir, ou uma memória transpessoal que dá forma à atividade em questão, não se resumindo à memória pessoal. Esta memória social do trabalho é mantida fixa pelo gênero profissional de modo prévio à ação e funciona como condição inicial do ato singular que se desenrola.

Segundo Clot (idem), o gênero profissional conserva a memória social do trabalho, ou seja, sua história. Os gêneros profissionais que compõem a medicina e enfermagem, por exemplo, fazem parte de um modo de relação ou diálogo específico entre atividades. Como foi possível observar no capítulo 1, a história do trabalho em saúde é muito antiga, e tem como característica marcante o fato de estar centrada na figura do médico e do enfermeiro como profissional a ele subordinado. A equipe

multiprofissional pode ser considerada uma organização bastante recente, que age no sentido de romper como esse modo de operar, trazendo à cena outros profissionais em relação de igualdade com os médicos. Para tal, também os gêneros de cada um dos demais ofícios, que já possuem uma história de modos de agir, devem se modificar em função da necessidade do trabalho em equipe. Diante disso, cabe o questionamento, no âmbito das equipes multiprofissionais, se é possível criar regras informais e modos de agir que possibilitem uma transmissão da experiência do trabalho em equipe. Nesse sentido é possível recorrer ao caráter inacabado do gênero profissional que, pode ser renovado constantemente, desde que haja mobilização do coletivo no sentido de se apropriar e reformular a tarefa. Contudo, para que possa haver tal renovação, é preciso que haja o reconhecimento dessa função do coletivo, e também que não se abrevie o tempo necessário para que este possa efetuar a gestão de seus ritmos de criação de novos modos de ação. Como afirma Clot, o gênero se torna “quebradiço” quando não se lhe permite “digerir” suas normas.

A partir desta discussão, se faz necessário pensar a construção da autonomia do profissional da saúde em relação ao coletivo de trabalho. De fato, quando se exige a autonomia do trabalhador que compõe uma equipe multiprofissional é preciso que se questione a existência de um território do qual ele pode partir para gerir o risco que implica a iniciativa, ou se lhes está exigindo que fiquem diante de si mesmo e sem referências na atividade.

Mesmo que não haja um gênero profissional próprio à equipe multiprofissional, ainda assim é preciso que cada gênero a ela relativo se reformule, a fim de que as categorias profissionais possam ter um ponto de partida na atividade em equipe. Para isso deve haver liberdade de gestão de ritmos entre os trabalhadores, para o coletivo crie um patrimônio que sirva de referência a estes profissionais. A incorporação do pensamento por meio da atividade, própria do desenvolvimento do poder de agir, implica que a equipe possa gerir os ritmos próprios de sua sinfonia. Somente assim, o coletivo poder ter clareza para, diante das diversas variabilidades do meio de trabalho, gerir prioridades e saber o tom de cada ação.

4.3 O CUIDADO COM ATIVIDADE DE TRABALHO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

De acordo com a Ergologia é característica inerente àquele que age querendo fazê-lo de uma maneira eficaz e de acordo com seus valores. Podemos também compreender tal característica como expressão do *conatus*. Por isso, é um erro opor eficiência à saúde do trabalhador, como se o trabalho fosse prejudicial à pessoa, uma vez que os trabalhadores têm horror a trabalhar para encher lixeiras. Cabe salientar, porém, que muitas vezes a produtividade exigida pelas organizações impõe metas exageradas ao trabalhador e/ou contraria seus valores, o que, aí sim, é prejudicial à saúde. Jacques Duraffong cita o exemplo de uma operária em um atelier de confecção que apesar das péssimas condições materiais de trabalho tinha sua principal fonte de sofrimento no fato de ter que produzir roupas de um baixo padrão de qualidade. Isso porque a operária havia trabalhado durante 20 anos em uma indústria que prezava o refinamento do produto ao contrário desta que exigia a velocidade na confecção (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Esse exemplo traz a reflexão de que a atenção com a qualidade do trabalho é inerente à atividade. Quando os profissionais não estão fazendo um trabalho de qualidade é preciso questionar de que forma a organização está contribuindo com o enfraquecimento do poder de agir dos trabalhadores. Daniellou (et. al., 1989) adverte que muitas vezes a organização falha em encarar e valorizar o trabalho real, que se encontra para além do prescrito.

(...) não é possível considerar uma transformação qualquer das condições de trabalho sem começar por colocar um fim à ficção e encarar a realidade (...) esta consideração faz com que sejam questionados os princípios e as práticas que servem para definir os meios de trabalho e o próprio trabalho (...) (idem, p.4).

A exigência da produtividade e velocidade nos atendimentos nos hospitais, prioriza resultados quantitativos. Por outro lado os princípios da humanização priorizam a integralidade no cuidado dos usuários. Associa-se a isso a carência de recursos técnicos que compõem a eficiência – que é força motriz do poder de agir – acarretando prejuízos ao sentido do trabalho. Desta forma, encarar a realidade do trabalho implica debater esta complexidade de princípios e práticas, a partir do ponto de vista da atividade.

Conforme já observado, haveria no cuidado uma tendência a dar ênfase ao êxito técnico e científico se desconsiderando a subjetividade tanto do usuário como a do profissional por ele atendido. Isso ocorreria em função de uma herança preponderante nos serviços de saúde, que diz respeito à racionalidade médica, e que compromete a eficácia do cuidado.

Mas, por outro lado, *o cuidar* está historicamente ligado a atividades exercidas por mulheres e à profissão de enfermagem – que, não por acaso, se constituiu como um trabalho majoritariamente feminino – o que se diferenciaria do *curar*, ligado ao trabalho masculino e do médico. Contudo, os estudos atuais abordados tendem a ampliar a concepção de cuidado, se posicionando contra sua divisão sexual, e afirmando que o caráter técnico-científico como sua parte integrante (MASSON, 2007).

Desta forma, o trabalho em saúde pode se expressar tanto pelos aspectos formais e prescritivos referentes ao conhecimento científico, como pela dimensão relacional que se cria no ato de cuidar. Tais aspectos são contemplados pela definição de competência descrita por Schwartz (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007), servindo à análise do trabalho em saúde, uma vez que se considera no primeiro ingrediente as questões científicas e formais, no segundo a dimensão do encontro de encontro e ainda, no terceiro ingrediente, a relação entre ambos.

Além disso, considerando as definições de atividade abordadas pelo referencial teórico, percebe-se que o trabalho em saúde não se resume à tarefa realizada, resumindo-se ao prescrito. Desta forma, o cuidado pode ser entendido como a atividade real do trabalhador da saúde, uma vez que dele fazem parte tanto a dimensão do prescrito como aquilo que se cria no ato de cuidar, e abrange todas as atividades possíveis. Nesse sentido, compreende-se que a atividade dos diversos atores da saúde age sobre a noção de cuidado. Trata-se de um embate de normas no qual o profissional, diante das infidelidades do meio permeado de valores, deve fazer engajamentos entre outras atividades que tanto podem competir como cooperar com a sua.

4.4 A DISCUSSÃO DOS VALORES DO TRABALHO EM SAÚDE

A análise referente ao plano global da área da saúde, no capítulo 1, se faz muito importante se considerarmos que uma situação de trabalho contém as questões de toda a sociedade. Com já foi discutido, a atividade sempre exige a tomada de decisões por parte do trabalhador, que se fazem a partir de um uso de si, considerando as infidelidades do meio. O valor social de cada decisão local remete ao debate de valores em um nível geral, o que coloca em evidência o sentido político do trabalho. Daí a importância de se considerar os valores que permeiam a organização de trabalho. A “valorização do profissional de saúde” é uma expressão bastante utilizada nos estudos em saúde coletiva, contudo, pode-se colocar a questão: como se produzem os valores do trabalho em saúde?

Há algo de enigmático na atividade, como diz Schwartz (idem), de que só compartilham os membros do coletivo do trabalho e sobre o qual é difícil falar, uma vez que nem sempre está presente de uma maneira consciente. Como foi visto no capítulo anterior, a atividade é incorporada de maneira inconsciente e se manifesta em termos de automatismos inteligentes pelo corpo interposto dos profissionais. A partir deste conhecimento em constante desenvolvimento, existe uma sensibilidade própria aos trabalhadores que se potencializa que se pode compartilhar suas experiências no meio em que vivem.

Um dos grandes desafios do pesquisador que estuda o trabalho é fazer com que o trabalhador fale de sua atividade, uma vez que se trata de falar de valores que estão presentes tanto no coletivo quanto na esfera pessoal, que não são facilmente objetiváveis de modo racional. Diante dessa dificuldade, existe uma tendência por parte dos trabalhadores a se ater a um discurso pré-fabricado quando se vêem diante da necessidade de explicar sua atividade. De fato, é de fundamental importância àquele que pretende conhecer um coletivo de trabalho que compreenda os valores que circulam nessa comunidade.

Para Schwartz, os conceitos cunhados pela Ergologia servem ao propósito de serem colocados diante das situações de trabalho e dos trabalhadores, como forma de alimentar o debate de normas e valores relativos à atividade. O autor destaca a importância da criação de espaços para o debate desses valores. De fato, segundo Schwartz, a eficácia no trabalho depende do coletivo que se cria por meio do

compartilhamento de valores. As ECRPs também são “comunidades de valores”, ou seja, nelas são partilhados valores em uma linguagem própria aos profissionais. Os jargões profissionais são um exemplo dessa linguagem para um tipo de atividade específica que agiliza a atividade.

Segundo Clot, para manter vivo o gênero profissional é preciso que na situação profissional haja “debates de escolas” e formas diferentes de ver as coisas de modo que todas as pessoas não estejam de acordo. O psicólogo do trabalho, nesse sentido, quando se vê diante de um gênero enfraquecido, pode contribuir no fazer falar o gênero profissional, ao promover o debate entre os diversos pontos de vista que se colocariam em evidência nesse contexto (SANTOS 2006). Considerando o gênero profissional como a esfera provedora de recursos para a ação singular, percebe-se que o debate entre profissionais é fundamental para a manutenção e reformulação constante do coletivo de trabalho.

Desta forma, compreende-se que a ausência de debate sobre a atividade de trabalho dificulta a inserção dos trabalhadores em um universo de valores compartilhados, o que termina por deixá-los, diante de si mesmos, sozinhos em sua atividade, comprometendo sua eficácia. Então, é possível afirmar que a valorização do profissional da saúde deve partir da possibilidade dos trabalhadores colocarem seus valores em prática no ambiente de trabalho. Isso é algo que se faz possível por meio da existência de espaços onde se pode falar sobre a atividade e sobre os valores nela presentes, sem inibições. Nota-se desta forma, que a valorização não é algo externo a ser concedido ao trabalhadores. A forma de valorizar os profissionais é garantir-lhes seus direitos e recursos para a efetuação da atividade e possibilidade de gerir seu próprio processo de trabalho.

4.5 COMPETÊNCIA, CULPA E RESPONSABILIDADE

Na discussão acerca do trabalho em equipe, no capítulo 2, se coloca a questão da divisão de tarefas e atribuições e também das competências, no sentido atribuído no âmbito da Ergologia. Segundo Schwartz, competência pode ser entendida como *aquilo que a pessoa coloca em ação no trabalho*, ou seja, uma maneira ampla de compreender

aquilo que é requerido de uma pessoa no âmbito laboral. O autor critica as organizações que efetuam a avaliação da competência de maneira homogênea, como se a pessoa fosse a única entidade responsável por ela.

A competência não é aqui entendida como um atributo pessoal, sem relação com a organização de trabalho e sim como algo que se entende no âmbito de uma dinâmica que envolve muitos fatores como: o domínio dos protocolos em uma situação de trabalho, a capacidade de se apropriar das situações de trabalho de maneira singular, o debate de valores implícito à atividade, as Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes e a capacidade de articular tais “ingredientes” da competência. No entanto, percebe-se que no trabalho em saúde ainda é dada muita ênfase à face protocolar dos ingredientes da competência, ou seja, àquela que diz respeito aos saberes científicos – racionalidade médica – de uma situação de trabalho em detrimento do segundo ingrediente, o da dimensão “encontro de encontros”. Este desequilíbrio é ingrediente para uma visão individualista da competência profissional, uma vez que tais ingredientes não se encontram em harmonia.

É importante salientar que uma lógica que não considere fatores como estes e relegue as competências à esfera individual gera processos de culpabilização. Neste caso, a organização, diante de algum problema no trabalho, tende a atribuir ao trabalhador individualmente a falta de determinados “traços de competência”, sem analisar o seu próprio funcionamento, que muitas vezes é repleto de aspectos constrangedores que impossibilitam ao trabalhador se apropriar do meio de trabalho, limitando o poder de agir.

Em outros casos as gerências dizem que os profissionais estão desmotivados, como se a motivação fosse uma questão interna do sujeito. Para Schwartz, a motivação se compreende pela articulação entre os pólos do uso de si por si e o uso de si pelo outro. No relativo equilíbrio entre estes pólos é possível ao trabalhador desanonimar o meio e tentar fazer valer algumas normas baseadas em uma síntese pessoal de valores coletivos. Algumas formas de organização, porém, criam dificuldades às margens de manobra dos trabalhadores no meio gerando sofrimento, adoecimento. Estes, diversas vezes são entendidos como desmotivação, mas na verdade são produto de uma afastamento do trabalhador daquilo que ele pode, devido à atividade impedida.

Estudos em Saúde Coletiva, especialmente na PNH, dispõem de recursos da perspectiva Ergológica, afirmando a ênfase dada por esta perspectiva à dimensão do debate de normas e valores trabalho. Ao mesmo tempo se destaca a especificidade tanto da Clínica da Atividade como da Ergologia em jamais perder o foco na atividade. Ao estudar os conceitos da política de humanização, podemos incorrer no risco *estabelecer* valores aos trabalhadores, ao invés de possibilitar, a partir que os valores já existentes, o debate e a criação coletiva. Este risco consiste em julgar o trabalhador a partir de um olhar desconectado do trabalho real, o que pode facilmente gerar distorções e processos de culpabilização. Não há premissas universais e imutáveis para resolver os problemas relativos à atividade, por isso é importante não perder de vista a situação de trabalho. Nesse sentido, podemos tentar compreender o trabalho em equipe a partir de um processo de auto-regulação. Ou seja, com afirma Reich, um equilíbrio que não se baseia preceitos externos, mas emergem da potência que se afirma em uma ética inerente à natureza humana.

Desta forma, o foco na atividade é fundamental para o debate ético. Antes de julgar um profissional como desmotivado ou desumano, deve-se considerar uma complexidade de fatores relacionados como o sentido e a eficiência, forças motrizes do poder de agir. Muitas vezes a melhora na qualidade do atendimento implica na necessidade de diálogo a fim de possibilitar uma mobilização coletiva por parte dos profissionais e da comunidade em exigir recursos básicos para assistência.

4.6 A ÉTICA DA RESPONSABILIDADE NA CLÍNICA DA ATIVIDADE

É porque fazemos o trabalho pela metade que exprimimos nossas idéias pela metade - dizia-me por vezes Zorba. (Nikos Kazantzakis, Zorba o Grego)

Ainda que esta se situe em um campo epistemológico diferente, a filósofa Hanna Arendt traz alguns conceitos que, a partir da discussão precedente acerca da competência, culpa e responsabilidade no trabalho, possibilitam reflexões. Segundo a autora, os adventos políticos da metade do século XX, como o Holocausto, acirraram o deslocamento da confiança e credibilidade no mundo para uma região ausente de

espacialidade, a saber, a interioridade do *self*. A sobrevalorização da experiência interior seria proporcional ao desencantamento dos espaços potenciais intersubjetivos e da práxis, acarretando em uma desvalorização da atividade de agir conjuntamente (ARENDDT, 2004).

Diante disso, a autora afirma uma ética da responsabilidade, que implica na capacidade de sentir satisfação com o que é público. Esta ética não diz respeito às intenções, que estariam relegadas a esfera da individualidade, e sim para uma *práxis* ética que se revela no mundo das aparências. Ou seja, como cada um se singulariza por meio de seus atos, e palavras e os atrela à responsabilidade (idem).

A consciência de si, segundo a autora, seria um subproduto do pensamento dialógico. Essa consciência de si, conceito que tem inspiração em Sócrates, está relacionada à forma como aparecemos para nós mesmos, o que traz a dimensão da alteridade para a reflexão. Ao se utilizar da filosofia socrática, Arendt resgata uma concepção de eu que implica na publicidade e na consideração dos pontos de vista alheios. O pensamento dialógico nesse sentido “*é um exercício permanente de nos colocarmos no lugar do outro, de salientarmos o valor do ponto de vista alheio na conformação de nossa singularidade*” (ASSY, 2004, p.42).

Esta concepção de pensamento se assemelha à própria definição de atividade que abrange os diversos pontos de vista que lhe pertencem, principalmente quando se trata de um trabalho em equipe. De fato, diante da impossibilidade de harmonizar a perspectiva de cada profissional ou usuário, por exemplo, o que deve arbitrar as escolhas é a dimensão ético-epistemológica (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

De acordo com esta perspectiva, se o meio externo, por algum motivo, coíbe a possibilidade do trabalhador de comunicar publicamente as idéias, priva-o ao mesmo tempo da capacidade de pensar. Se buscarmos extrair as conseqüências desses conceitos no âmbito da atividade de trabalho, podemos compreender que o trabalhador que tem sua iniciativa cerceada vê enfraquecida sua possibilidade de colocar algo de si mesmo no meio de trabalho. Ou seja, há diminuição da capacidade de atualizar sua singularização. Segundo Arendt (2004), a singularidade se atualiza constantemente por meio da atividade permanente da faculdade de pensar. A ausência de debates de

valores no trabalho prejudica o pensamento, que é fundamental para o processo de criação e recriação de sentido para atividade e conseqüentemente para o desenvolvimento do poder de agir.

A partir disso, podemos compreender a diferença entre a responsabilidade política, que é coletiva, e a culpa moral e/ou legal, e pessoal. Segundo a autora, há uma responsabilidade por coisas que não fizemos, mas não se pode sentir culpado por algo de que não se fez parte diretamente.

Quando todos são culpados ninguém o é. A culpa, ao contrário da responsabilidade, sempre seleciona, é estritamente pessoal. Refere-se a um ato, não a intenções ou potencialidades (ARENDDT, p.214).

A Clínica da Atividade corrobora esta perspectiva com um método que estimula ao trabalhador falar de sua atividade de uma maneira não pessoalizada, ou seja, com o foco na atividade e em valores que circulam no meio social. Os desregramentos da ação individual têm sua origem no enfraquecimento de um trabalho coletivo da organização. *“Sem lei comum para dar-lhe corpo vivo o trabalho deixa cada um de nós diante de si mesmo”* (CLOT, 2007, p. 18). Por isso a importância de criar espaços onde possa haver debate de valores que serve ao propósito de fortalecer o coletivo. Desta forma, a Clínica da Atividade age no sentido de esvaziar a esfera da culpa pessoal e fomentar o terreno da responsabilidade coletiva. Este terreno é fértil para o desenvolvimento do poder de agir. O engajamento – que é sempre afetivo – com a própria atividade em relação às demais atividades que circulam no meio de trabalho, serve como recurso ao pensamento. Ao mesmo tempo, a razão se alimenta e desenvolve na multiplicidade de afetos, em benefício do poder de agir.

Segundo Clot, conforme observa Vygotski, a situação social tanto é fonte como funciona como recurso para atividade individual, que se desenvolve no âmbito atividade social, por meio do movimento destas fontes e recursos. A atividade individual deve se liberar das formas sociais da conduta, não por meio de sua negação, mas pela via de seu desenvolvimento (CLOT, 2010). Do ponto de vista psicológico, o indivíduo se torna sujeito quando começa a utilizar, a sua maneira, as formas de conduta que os outros haviam utilizado, anteriormente, para com ele (idem, p.61).

Clot (2007), com base nos estudos de Wallon acerca da observação de crianças, afirma que a observação nos ambientes de trabalho gera um duplo resultado. O primeiro está ligado à produção de conhecimento sobre a atividade, que já representa uma tradição tendo sido bem desenvolvida pela Ergonomia. O segundo é o fato de que a observação produz um diálogo interior no trabalhador. Este, ao se saber observado, termina por sair do automatismo do cotidiano fazendo questionamentos a respeito de sua prática, por exemplo: “Talvez eu devesse ter feito assim” ou “Quando o pesquisador observou o meu colega, talvez ele tenha feito diferente” e etc. Tais questionamentos produzem um conhecimento sobre a atividade que se cria entre os trabalhadores e que seria inalcançável por qualquer observador externo.

A metodologia da Clínica da Atividade, a partir da observação no trabalho, visa a dar um destino dialógico ao diálogo interior criado por ela, fazendo o trabalhador pensar e comunicar suas idéias em um espaço público. Um desses métodos é o da autoconfrontação cruzada, por exemplo, segundo o qual profissionais são confrontados com a imagem gravada em vídeo de seu trabalho. Este método pode ser compreendido por meio de três fases. A primeira delas consiste na constituição de um coletivo de profissionais voluntários possibilitará a observação das situações de trabalho por parte dos pesquisadores e a determinação da sequência de atividades para a gravação de um vídeo. Na segunda fase é feita a gravação, que será objeto de repetidas análises e, depois disso, a autoconfrontação simples, que consiste em confrontar o profissional com a gravação em vídeo de sua atividade na presença de pesquisador. Em seguida, a autoconfrontação cruzada na qual o mesmo profissional é confrontado com a mesma gravação, só que na presença do pesquisador e de um colega que já se confrontou, também, com a sequência de sua própria atividade. A terceira fase é o momento de restituição das análises ao coletivo com a ajuda dos documentos de vídeo de trabalho. Trata-se levar para coletivo de trabalho os resultados das análises com o buscando o engajamento de ações no meio de trabalho (CLOT, 2010).

A partir do dado “objetivo” que é o vídeo, os trabalhadores são instigados a se comparar com o gênero profissional comum, o que gera o diálogo. Ao colocar em para circular entre os trabalhadores aquilo que é difícil de falar conceber previamente sobre a atividade “(...) *aquilo que se teria querido ou podido fazer, aquilo que se pensa ou que se sonha poder fazer alhures (...) aquilo que se faz para não fazer aquilo que se tem que*

fazer ou ainda aquilo que se faz sem querer (CLOT, 2007, p.116)” pode-se chegar mais próximo do uma compreensão do real da atividade e da transformação do meio de trabalho.

Através dos comentários sobre o material registrado em vídeo, cada trabalhador observa, na atividade do outro, a própria atividade, reencontrando-a, mas sem reconhecê-la completamente. Com o foco naquilo que não converge entre as observações, a atividade do pesquisador consiste em acompanhar tais dissonâncias e auxiliar os trabalhadores na comunicação do difícil de dizer, que toca o real da atividade. A experiência das “rodas de conversa” explicitadas no capítulo 1, servem como exemplo de um dispositivo que age no sentido de fomentar o diálogo focalizando o cotidiano de trabalho consolidando transformações na situação de trabalho. Desta forma, o afinamento do diálogo que se busca criar através dessa metodologia busca convocar a responsabilidade de cada trabalhador. Ao manter o foco na atividade durante o diálogo, evita-se cair em questões demasiadamente pessoais que possam vir a gerar culpabilização. Também ao estimular o diálogo e exercitar a escuta e observação da atividade, se torna mais fácil ao pesquisador sair de uma posição de juiz. Partindo do princípio que é impossível alcançar uma verdade definitiva, e de que o diálogo entre os trabalhadores é uma luta que nunca se apazigua, busca-se criar no coletivo de trabalho o conhecimento sobre os obstáculos da atividade por meio da comunicação da experiência.

CONCLUSÃO

Muitos estudos acerca das equipes multiprofissionais em Saúde Coletiva e Políticas Públicas de Saúde que compõem esta dissertação, sobretudo aqueles ligados à PNH, concordam com a estratégia de estimular a transdisciplinaridade nas práticas de saúde. Na contramão da racionalidade médica que coloca a medicina como um saber hierarquicamente superior, a perspectiva transdisciplinar aposta no espaço entre as disciplinas, já que uma só disciplina não pode dar conta da saúde como um todo. Deste modo, a oferta de cuidado integral pelo serviço de saúde implica na implementação de modos participativos de gestão e na busca por novas relações entre os trabalhadores de saúde. Contudo, o esforço por retirar a preponderância do saber médico do comando das ações em saúde requer o encontro entre os diversos atores relativos ao cuidado – trabalhadores, usuários e gestores – no sentido de produzir novas e mais potentes práticas de atenção à saúde. Deste modo, propõe-se um modelo de equipe como uma orquestra sem maestro, caracterizada pela articulação de uma multiplicidade de tons – especialidades profissionais. A partir do diálogo, a equipe/orquestra deve criar uma unidade sonora a partir da escuta mútua, de modo a ajustar o tom das ações. Trata-se de uma equipe na qual os trabalhadores possuam autonomia para criar suas próprias normas e gerenciar seus ritmos de trabalho.

A autonomia não é uma coisa externa que precisa ser concedida ao trabalhador. Ela funciona por mecanismos de auto-regulação, desde que haja condições para tal. Da mesma forma que ninguém pode abolir completamente a atividade do profissional, tampouco é possível que a autonomia seja totalmente cerceada. Diante de um processo de reestruturação produtiva, características como flexibilidade, variedade e iniciativa passam a ser obrigatórias para o que se entende como um profissional competente. De acordo com Yves Clot, cria-se um paradoxo no qual há ao mesmo tempo solicitação do coletivo - em termos da exigência do trabalho em equipe, por exemplo - e impedimento a sua atividade quando é cerceada a possibilidade de gestão de seus ritmos. Deposita-se individualmente no trabalhador a responsabilidade pelas tarefas, o que termina por gerar processos de culpabilização. Exige-se sua iniciativa, contudo, são frequentes as situações em que o conjunto dos trabalhadores não tem a possibilidade de se organizar e realizar as ações diante das permanentes demandas do meio.

Considerando que a atividade é dialógica, é preciso que a equipe se ouça para que haja eficácia e afinamento entre suas ações. O conceito de gênero profissional, deste modo, é compreendido como um diapasão das ações no trabalho. Isso porque a história do coletivo possibilita a criação de um referencial operativo comum por meio do qual o trabalhador pode orientar sua atividade em relação às atividades dos outros no meio. Porém, a fragmentação do gênero acarreta a falta de unidade entre as ações. Partindo do princípio de que atividade é sempre dirigida e que o trabalhador nunca age sozinho no meio profissional, destacou-se a importância da criação de espaços públicos de diálogo, a fim de que aquele que age não fique só diante de si mesmo na atividade. Isso significa que se faz necessário estar atento aos debates de valores presentes na atividade. Mas não se tratam de valores abstratos a serem ensinados aos trabalhadores sim valores engendrados na atividade.

Uma compreensão que permeou toda a análise é a de que a atividade se encontra no cerne da discussão. A partir do referencial da Clínica da Atividade, enfoca-se aspectos materiais do trabalho sem, contudo, cair em um mecanicismo. O embasamento teórico e filosófico se faz presente nas referências à Vigotsky e Espinosa, por exemplo, sem que a discussão fique abstrata. Esta é uma diferença entre os Estudos na Área da Saúde Coletiva que, algumas vezes, efetuam a discussão do trabalho em equipe de maneira muito global, passando rapidamente por fatores como: o salário do profissional, os recursos materiais disponíveis (ou não, principalmente), as micro-escolhas que devem ser tomadas todos os dias, as “gambiarras” e pequenas invenções que os trabalhadores fazem.

Deste modo, defende-se que não há um saber fora da atividade capaz de conferir valor ou validade ao trabalho do profissional de saúde. É no âmbito da própria atividade que o coletivo pode se mobilizar politicamente no sentido de garantir a valorização de seu trabalho. A valorização do profissional da saúde diz respeito à garantia de que haja recursos para a efetuação da atividade e possibilidade de gerir seu próprio processo de trabalho. A partir daí, se compreende também a importância em conhecer os valores coletivos que permeiam o trabalho, uma vez que é preciso conhecer para transformar. Estes valores se dão a conhecer através do debate, quando os trabalhadores podem

comunicar sua experiência, aprender e se escutar mutuamente no sentido de criar ações mais efetivas.

Uma vez que no âmbito de uma equipe multiprofissional não há somente um gênero profissional, o debate se faz imprescindível para nutrir a sabedoria prática. A sabedoria prática acumulada é compartilhada pelo coletivo e incorporada por meio da atividade, que vincula emoção e razão no enfrentamento das situações da vida. Deste modo, o profissional passa a ser capaz de agir com a potência do corpo colocando seus afetos e percepções sensitivas a serviço do pensamento e vice-versa. O sentido fica assim ligado ao sentido da vida, que é um debate entre o ser vivo e um meio repleto de valores, que podem ser da ordem do político, da ética e das relações interpessoais.

Com base na filosofia de Espinosa enfoca-se o conceito de Poder de Agir, descrito por Yves Clot. Este conceito também é relevante para o debate ético. Antes de julgar um profissional como desmotivado ou desumano, deve-se considerar uma complexidade de fatores relacionados como o sentido e a eficiência, que são as duas forças motrizes do poder de agir. Enquanto o primeiro está ligado às constantes recriações de novos sentidos e redirecionamentos que aumentam o raio da ação; o segundo enfatiza os aspectos materiais a viabilizam ou não. A alternância entre ambas fontes mostra que o desenvolvimento se sustenta na desarmonia. O lugar da afetividade e da inteligência mudam no curso de desenvolvimento, e o poder de agir se entende também como um poder de ser afetado. De fato, quanto maior a aptidão de ser afetado pelas variabilidades do meio – entre elas as atividades de outras pessoas presentes no meio – maior a capacidade da mente pensar, afetar o meio e ser ativa.

O processo de criação de novas regras e normas, segundo Canguilhem é expressão de saúde. A possibilidade de apropriação e incorporação do meio necessária à instauração de novas regras depende da percepção e da sensibilidade às variabilidades do meio. Ou seja, quanto mais sensível se é, maior o poder de agir e maior também é a saúde. Se a organização de trabalho cria dificuldades para este processo ela também barra o engajamento com o mesmo, que sempre envolve a afetividade. E é ainda pior quando há impedimento da atividade e a organização culpabiliza os trabalhadores dizendo que eles não estão motivados, com se isso fosse uma questão individual. Não é a toa que esta situação pode gerar adoecimento e sofrimento no trabalho, entendido também como enfraquecimento do poder de agir. Compreender assim a saúde implica

levar em consideração valores, que não são subjetivos ou estabelecidos por uma pessoa independentemente. Trata-se de valores vitais que emergem da relação entre o organismo e o meio. Nesse sentido podemos falar como Reich, em um encouraçamento que bloqueia e prejudica tanto a capacidade se sentir como a de pensar, considerando indissociabilidade entre atividade, cognição e emoção. O impedimento da atividade termina por gerar afetos tristes diminuem nosso poder de agir e nosso conhecimento. Ao invés de sermos ativos, a vitalidade se volta para repelir a atividade possível que está impedida, envenenando a ação. Quanto maior o poder de ser afetado pelas diversas atividades da qual se é sujeito, maior a vitalidade dialógica. Diante do caráter inacabado da atividade e de sua heterogeneidade, o sujeito desenvolve o poder de agir que é inerente à atividade e possibilita lidar com os inesperados do real. O desenvolvimento como criação e renovação do sentido da atividade possibilita a reinvenção de novas formas de viver, uma produção, portanto, de subjetividade. Somente quando a o organismo não pode mais reagir com de forma criativa é que a doença se instala.

As formas de compreender a atividade, abordadas nesta dissertação, têm em comum a consideração da dimensão subjetiva associada à atividade laboral, sem localizá-la no interior do indivíduo, mas em um movimento que o atravessa e se articula com o coletivo profissional e a organização abarcando afetos, valores, o corpo entre outros. Também, com base nos textos, é possível visualizar a necessidade de se convocar a dimensão política de modificação da própria organização por parte dos trabalhadores, como forma de criar relações de trabalho menos adoecedoras. Considerando que a atividade do trabalhador nunca é abolida, se fazem necessárias ações coletivas que a potencializem e que resistam às formas de dominação que se lhe impõe. Destacar o diálogo interno que se dá na atividade é também considerar o desafio inerente a afinar as diversas perspectivas existentes em uma equipe multidisciplinar. Diante do desafio de arbitrar escolhas, a dimensão ético-epistemológica se faz presente, passando pelo corpo-si, singular ao trabalhador, e ao corpo interposto, próprio ao coletivo. A publicização do pensamento estimulada pela metodologia da Clínica da Atividade age, então, no sentido de favorecer uma responsabilidade coletiva, no lugar da culpa individual que costuma pesar sobre o trabalhador.

BIBLIOGRAFIA

ABREO, Ana; RESENDE, Luci. Reestruturação Produtiva: algumas reflexões sobre seus rebatimentos no serviço social. *Serviço Social em Revista*, Universidade Estadual de Londrina, São Paulo, v. 1, n. 1, Jul/Dez, 2001. Disponível em: <http://www.ssrevista.uel.br/>. Acesso em: 12, Abril, 2010.

ASSY, B. “FACES Privadas em Espaços Públicos”. Por uma ética da responsabilidade. Em: *Responsabilidade e Julgamento*, ARENDT, H. São Paulo: Editora das Letras, 2004.

ARENDT, H. *Responsabilidade e Julgamento*. São Paulo: Editora das Letras, 2004.

AYRES, José. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.1, pp. 63-72, 2001.

AYRES, José. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.4, n.6, p.117-120, 2000.

<http://www.dicionariodoaurelio.com/dicionario.php?P=Ethos>. (AURÉLIO, 2010).

BARROS, Fabrícia; PINHEIRO, Roseni. Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. Em: *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. PINHEIRO, R; BARROS, E; MATTOS, R. (Orgs). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. pp. 111-128

BARROS, Maria Elizabeth; BENEVIDES DE BARROS, Regina. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. Em: *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. PINHEIRO, R; BARROS, E; MATTOS, R. (Orgs). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. pp. 75-84.

BARROS, Maria Elizabeth; BENEVIDES DE BARROS, R. Da dor ao prazer no trabalho. Em: BARROS, Maria; SANTOS-FILHO, Serafim. (Orgs.). *Trabalhador da saúde: muito prazer – protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Porto Alegre: Unijuí, 2007. pp. 61-71.

BARROS, Maria Elizabeth; MORI, Maria; BASTOS, Solange. O Desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: O dispositivo “Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFST”. Em: BARROS, Maria; SANTOS-FILHO, Serafim. (Orgs.). *Trabalhador da saúde: muito prazer – protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Porto Alegre: Unijuí, 2007. pp. 99-121.

BARROS, Maria Elizabeth; VIEIRA, Ludmilla; BERGAMIN, Margareth; SCARABELLI, Rodrigo. As Articulações saúde e trabalho: relato de experiência em um hospital público, Vitória, Espírito Santo. *Cadernos de Saúde Coletiva/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v. XIV, n.3, pp. 451-467, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. In: *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v.1, n.1, pp.1-11, 1991.

BONALDI, Cristina; GOMES, Rafael; LOUZADA, Ana; PINHEIRO, Roseni. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. Em: *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade*: valores, saberes e práticas.

BARROS, Fabricia e PINHEIRO, Roseni. Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. Em: *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade*: valores, saberes e práticas. PINHEIRO, R; BARROS, E; MATOS, R. (Orgs). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007, pp: 111-128.

Benevides BR & Passos E 2000. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília* 16(1):71-80.

BRITO, Jussara. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.1, pp. 195-204, 2000.

_____. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. *Ciência e saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.4, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 11 de Abril de 2010.

BOVE, L. *Espinosa e a psicologia social*: ensaios de ontologia política e antropogênese. Belo Horizonte: Autêntica Editora / Núcleo de Psicopatologia, Políticas Públicas de Saúde Mental e Ações Comunicativas em Saúde Pública da Universidade de São Paulo –Nupsi-USP, 2010.

CAMARGO JR, Kenneth. *Racionalidades Médicas*: A Medicina ocidental contemporânea. Série Estudos em Saúde Coletiva, n.65. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993.

CAMPOS, Gastão. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, editores. *Agir em saúde*: um desafio para o público. Saúde em Debate- Série Didática. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-265.

_____. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. et.al. (Orgs). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006, p.54 -92.

CAMPOS, Gastão; CHAKOUR, M.; SANTOS, R.C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em: *Cadernos de Saúde Pública*, ENSP; Rio de Janeiro, 1997.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. O meio e as normas do homem no trabalho. *Pro-posições* - v.12, n.2-3 (35-36). jul-nov, 2001.

CASTEL, Robert. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CLAVREUL, Jean. *A Ordem Médica; poder e impotência do discurso médico*. Brasília: Brasiliense, 1983.

CLOT, Yves. *Trabalho e Poder de Agir*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

_____. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis, Vozes, 2007.

_____. Clínica do trabalho e clínica da atividade. Em: BENDASSOLLI, P.;

_____. SOBOLL, L. (Orgs). *Clínicas do Trabalho: Novas Perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2011. pp: 71-83

_____. Clínica do Trabalho, clínica do real. Publicado no Le journal des psychologues, nº 185, mars 2001. Acesso em: 03 de Julho de 2010. Disponível em: <http://www.pqv.unifesp.br/clotClindotrab-tradkslb.pdf>.

_____. Entrevista Yves Clot. *Cadernos de Psicologia Social*, 2006, vol 9, nº 2, pp. 99-107.

_____. A psicologia do trabalho na França e a perspectiva da clínica da atividade. *Fractal: Revista de Psicologia*, Vol. 22, No 1, 2007a.

_____. Vygotski: para além da Psicologia Cognitiva. *Pró-Posições*, v.17, n.22 (50), maio/ago, 2006a.

DELEUZE, G. *Espinoza: filosofia prática*. São Paulo: Escuta, 2002.

_____. Nietzsche e a filosofia. Porto, Portugal: Rés, 1962/1998

_____. Espinoza e o Problema da Expressão 1968 (em pdf buscar como referenciar)

DURRIVE, L. & SCHWARTZ, Y. (2008). Glossário da Ergologia. *Laboreal*, 4, (1), 23-28. Acesso em 03 de Julho de 2010. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582234396587;63882>

EIRADO, André do; PASSOS, Eduardo. A noção de autonomia e a dimensão do virtual. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.9, n.1, p.77-85, 2004.

FONSECA, T; GIACOMEL, A; ENGELMANN, S. Modos de Trabalhar, Modos de Subjetivar No Contemporâneo (Trabalho e subjetivação). *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*. Vol. 15, n.2, pp 19-36, Julho/Dezembro 2002.

FOUCAULT, Michel. Os Intelectuais e o Poder: Conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. Em: FOUCAULT, M (Org). *Microfísica do Poder*. São Paulo: Graal. 2007

_____. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004

Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Cuidados primários de saúde – relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma Ata*, 1978. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 1979.

GUATTARI, F & ROLNIK, S. *Micropolítica – Cartografias do Desejo*. Petrópolis: Vozes, 2005.

GUEDES, Rebeca; SILVA, Ana; COELHO, Edméia. Vida de mulher e saúde: problematizando a realidade com profissionais do cuidado. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v.6, n.2, 2007. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/>. Acesso em: 20 de Abril de 2010.

GOMES, Rafael; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, F. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 7-34.

GOMES, Rafael; HERBERT, Fabio; PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. Em: *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. PINHEIRO, R; BARROS, E; MATTOS,R. (Orgs). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. pp. 19-36

HONORATO, Carlos; PINHEIRO, Roseni. “Trabalho político”: construindo uma categoria analítica para estudo sobre a integralidade. Em: *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. PINHEIRO, R; BARROS, E; MATTOS,R. (Orgs). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.pp. 85-110

HECKERT, Ana e NEVES, Claudia. Modos de formar e modos de intervir: de quando a formação se faz potência de produção de coletivo. Em: *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. PINHEIRO, R; BARROS, E; MATTOS,R. (Orgs). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.pp. 145-160

LOUSADA, Ana; BONALDI, Cristina; BARROS, Maria. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. Em: *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. PINHEIRO, R; BARROS, E; MATTOS,R. (Orgs). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. pp. 37-52.

LUZ, Madel. *Natural, Racional e Social. Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988, pp: 1-41.

- MACHADO, A.R. *Entrevista com Yves Clot*. Psicologia da educação, 2005, vol.20, p.155-160
- MAGALHÃES, M. (Org). *Na Sombra da Cidade*. São Paulo: Escuta, 1995, 144 -170.
- MAIA, Miguel. *O corpo invisível do trabalho*; cartografia dos Processos de Trabalho em Saúde. Tese de Mestrado defendida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2006.
- MAIA, Miguel ; OSORIO, Claudia. Trabalho em saúde em tempos de biopoder. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 56 (1-2): pp. 81-92, 2004.
- MASSON, L. (2007) *A dimensão relacional do trabalho de auxiliares de enfermagem em Unidade Neonatal*: uma análise do ponto de vista da atividade. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2007.
- MATTOS, Ruben. *Cuidado prudente para uma vida decente*. In: PINHEIRO, R (org); MATTOS, R (org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.
- MARTIN, Emily. *A mulher no corpo*: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro, Editora Garamond, 2006, pp-35-123.
- MARTINS, Maria; POZ, Mario. A Qualificação de Trabalhadores de Saúde e as Mudanças Tecnológicas. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, pp. 125-146, 1998.
- MERHY, Emerson; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelo tecno-assistenciais. *Saúde em debate*, v.27, n.65, set.-dez, pp. 316-323, 2003.
- MACEDO, João; DIMENSTEIN, Magda. Psicologia e a Produção do Cuidado no Campo do Bem-Estar Psicologia & Sociedade. [online]., vol.21, n.3, pp. 293-300, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>> . Acesso em: 12 de Abril de 2010.
- MOLL, Annemarie. Lived reality and multiplicity of norms: a critical tribute to Georges Canguilhem. *Economy and Society*, 27:2,274 – 284. Maio, 1998.
- OSÓRIO, Claudia. Trabalho no hospital: ritmos frenéticos, rotinas entediadas. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. v. 9, n.1, 2006, pp. 15-32.
- _____. Trabalho e Subjetividade no Hospital Geral. *Psicologia Ciência e Profissão*. v.18 n. 3, pp. 26-33, 1998.
- _____. *Curar Adoecendo*: um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da inventividade e da vida. Tese de Mestrado defendida à Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ/RJ, Brasil, 1994.
- PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina. Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Lugar Comum*. n. 19-20, pp. 159-171, 2004.
- PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth; MATTOS, Ruben. *Trabalho em Equipe*: a estratégia teórica e metodológica da pesquisa sobre integralidade em saúde. Em: *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade*: valores, saberes e práticas. PINHEIRO, R; BARROS, E; MATTOS, R. (Orgs). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. pp. 9-18

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. Em: PINHEIRO, R. et. al., *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. IMS/UERJ:CEPESC:ABRASCO, 2006, p 13-33.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde In: *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor* / Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. 404 p. ISBN: 978-85-89737-41-8.

PIRES, Denise. Precarização do Trabalho em Saúde. Em: PEREIRA, Isabel; LIMA, Julio. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, pp. 317-319.

PINHEIRO, Roseni. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. Em: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.). *Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006, pp. 67-113.

PEDUZZI, Marina. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação* [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. Em: *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. PINHEIRO, R; BARROS, E; MATTOS, R. (Orgs). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. pp. 161-178

PINTO, Julio. *Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade: conceitos para a potencialização das práticas em Saúde Mental*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2007

PONTON, Olivier. "Fazer do conhecimento o mais potente dos afetos". Em: MARTIS, A (org). *O mais potente dos afetos Spinoza e Nietzsche*. São Paulo: wmfmartinsfontes, 2009.

RAUTER, Cristina Mair Barros. Do sexual e do coletivo. *Arq. bras. psicol.* [online]. 2007, vol.59, n.2, pp. 192-200.

RIZZOTTO, Maria. Neoliberalismo em Saúde. Em: PEREIRA, Isabel; LIMA, Julio. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, pp. 275-279

ROLLO, Adail. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”? Em: BARROS, Maria; SANTOS-FILHO, Serafim. (Orgs.). *Trabalhador da saúde: muito prazer – protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Porto Alegre: Unijuí, 2007. pp. 19-59.

ROLNIK, S. *À Sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia*. Em M.C.R. Magalhães (Org.). *Na sombra da cidade* (pp.141-170). São Paulo: Escuta.

ROSEN, George. *Da Polícia Médica à Medicina Social; ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, pp. 171 - 189, 1980.

ROLLO, Adail. É possível valorizar o trabalho num mundo "globalizado"? Em: BARROS, Maria.; SANTOS, Serafim (Orgs.). *Trabalhador da saúde: muito prazer – protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Porto Alegre: Unijuí, 2007. pp.19-59.

SANTOS, M (2006). Análise psicológica do trabalho: dos conceitos aos métodos. *Laboreal*, 2, (1), 34-41.

SANTOS-FILHO, Serafim. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhadores e do HUMANIZASUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. Em: BARROS, Maria; SANTOS-FILHO, Serafim. (Orgs.). *Trabalhador da saúde: muito prazer – protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Porto Alegre: Unijuí, 2007. pp. 73-96.

SANTOS-FILHO, Serafim; BARROS, Maria Elizabeth. A base político-metodológica em que se assenta um novo dispositivo de análise e intervenção no trabalho em saúde. Em: BARROS, Maria; SANTOS-FILHO, Serafim. (Orgs.). *Trabalhador da saúde: muito prazer – protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Porto Alegre: Unijuí, 2007. pp. 123-141.

SANTOS-FILHO, Serafim; BARROS, Maria Elizabeth; GOMES, Rafael. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Rio de Janeiro, Botucatu. v.13 supl. 1. 2009.

SCHWARTZ, Yves. *Trabalho e Ergologia – Conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007.

SEBOLD, Luciana; WATERKEMPER, Roberta; MARTINES, Jussara; MEIRELLES, Betina. Saúde e gênero: questões e conceitos na produção científica de enfermagem. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19 n.5, set./out. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 22 de Abril de 2010.

SELIGMANN - SILVA, Edith. Desemprego e Psicopatologia da Recessão. Em: BORGES, L.; MOULIN, Maria; ARAÚJO, Maristella (Orgs.). *Organização do Trabalho e Saúde - Múltiplas Relações*. Vitória: UFES, 2002, p. 219-254.

SÉVÉRAC, Pascal. O Conhecimento como o mais potente dos afetos. Em: MARTIS, A (org). *O mais potente dos afetos Spinoza e Nietzsche*. São Paulo: wmfmartinsfontes, 2009.

SOUZA, Wladimir. *Gestão em saúde, uma perspectiva ergológica: com quantos gestos se faz uma gestão*. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. Brasil, 2009.

SPINK, P. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós construcionista. *Psicologia e Sociedade*. São Paulo: ABRAPSO, v. 15, n. 2, p. 18- 42, jul./dez, 2003.

SPINOZA, Benedictus de. *Ética*. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2009.

STROOBANTS, M. (2006). Competência. *Laboreal*, 2, (2), 78-79. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU547112278541422861>. Acesso em 03 de Julho de 2010.

VYGOTSKI, Lev. A Formação Social da Mente. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

WALLON, Henri. As origens do caráter na criança. Os Prelúdios do Sentimento de Personalidade. 1971. Difusão Européia do Livro. São Paulo.

ZARIFIAN, Philippe. Valor, organização e competência na produção de serviço: Esboço de um modelo de produção de serviço. Em: SALERNO M. (Org). *Relação de Serviço produção e avaliação*. São Paulo: Senac, 2001, pp-97-149.

ZOURABICHIVILI, François. Deleuze e o Possível (sobre o involuntarismo na política). Em: ALLIEZ (org), Gilles Deleuze: uma vida filosófica. São Paulo: Editora 34, 1998.