

O trabalho coletivo e as profissões de saúde

The collective work and the health professions

El trabajo colectivo y los profesionales de la salud

Auta Iselina Stephan de Souza Correio¹

Lêda Maria Leal de Oliveira Correio²

Marina Monteiro de Castro e Castro Correio³

RESUMO

Resumo: O presente artigo tem por objetivo discutir o trabalho coletivo em saúde e, para tanto, resgata categorias essenciais que circundam esta temática. Apresenta também as bases teóricas que orientam o projeto político e pedagógico de formação do trabalho coletivo em saúde das Residências de Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Palavra-chave: Trabalho, Saúde, Internato e Residência, Serviço Social

ABSTRACT

This article aims to discuss the collective

¹ Mestrado em Serviço Social/UFJF, Doutora em Saúde Pública. Professora da Faculdade de Serviço Social e do mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora.

² Doutora em História. Professora da Faculdade de Serviço Social e do mestrado em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora

³ Mestre em Serviço Social/UFJF, Doutoranda em Serviço Social/UFRJ. Professora do curso de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense/Polo Universitário de Rio das Ostras

work in the health, and therefore, rescues essential categories that surround this subject. It also presents the theoretical foundations that guide the design of political and pedagogical training in health work of the residences of Social Work School of Social Work at the Federal University of Juiz de Fora.

Key-words: Work, Health, Internship and Residency, Social Work

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo discutir el trabajo colectivo en materia de salud y, por tanto, rescata categorías esenciales que rodean este tema. También se presentan los fundamentos teóricos que guían el diseño de la formación política y pedagógica en el trabajo de la salud de las residencias de Trabajo Social de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Federal de Juiz de Fora.

Palabras-clave: Trabajo, Salud, Internado y Residencia, Servicio Social

INTRODUÇÃO

Na atualidade, quando se debate o trabalho em saúde, entram em cena dois âmbitos de discussão: o primeiro, como parte da noção clássica de trabalho, perpassa pelos campos da Economia Política e Ciências Sociais; e o

segundo, que tem como eixo a micropolítica do trabalho e como base a noção de cuidado, vem sendo utilizado com um sentido filosófico, e reforçado por dimensões éticas à saúde¹.

A temática do trabalho em saúde necessita ser analisada na articulação entre esses âmbitos, ressaltando as suas diversas dimensões: flexibilização do mercado e estruturas do mundo do trabalho, questões organizacionais, relações interindividuais e intersubjetivas nas ações do trabalho, regulação da força de trabalho e regulação do Estado nas políticas sociais, gestão dos recursos humanos, democratização das estruturas institucionais, ética e técnica no desenvolvimento das ações, e análise dos trabalhadores enquanto sujeitos e cidadãos no trabalho, seus interesses coletivos, sua cultura profissional e seu papel na reforma das instituições das políticas de saúde².

As mutações organizacionais, tecnológicas ou de gestão que afetam o mundo do trabalho desde os anos 1970 - com a reestruturação produtiva e instauração da política neoliberal -, tem trazido implicações diretas na área de serviços que cada vez mais se submetem à racionalidade do capital e à lógica dos mercados.

A reestruturação produtiva estabelece novas formas de produção e de relação entre capital-trabalho e Estado. Novos processos de trabalho aparecem, há a substituição da produção em série e de massa pela flexibilização da produção, das relações de trabalho, originando novas formas de produção em busca de lucratividade, consubstanciando o modelo de acumulação flexível³.

No mundo do trabalho, as medidas

neoliberais provocam alguns desdobramentos visíveis com a introdução de novas tecnologias e formas de organização, tendo como fundamento a redução do gasto público, a privatização e a indução à precarização das formas do trabalho.

O campo da saúde sofre estas influências com reflexos claros no processo de contratação e gestão da força de trabalho nos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. Os contratos de trabalho são quase sempre precários, especialmente na atenção primária, e a terceirização manifesta-se na formação de consórcios intermunicipais e na contratação de equipamentos e de técnicos de operação e manutenção⁴.

Face a isto, percebe-se o prejuízo no tocante à gestão dos cuidados em saúde, já que estes processos ferem as formas de compromisso tão caras à proposta de integralidade com base na política e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), na ética, no fortalecimento dos direitos sociais e na dimensão dos valores como responsabilização e respeito à dignidade dos usuários.

Assim, torna-se imperativo um processo de formação para o trabalho em saúde que tenha como norte o trabalho coletivo e a construção de uma atenção à saúde pautada no cuidado, uma vez que Franco & Merhy⁵ ressaltam que os trabalhadores de saúde podem ser importantes e potentes dispositivos para a modificação dos serviços de assistência à saúde através do reconhecimento de que os serviços de saúde possuem uma natureza pública, da necessidade do desenvolvimento do trabalho a partir de valores humanitários e da solidariedade e do reconhecimento dos direitos de cidadania.

Tendo por base tais considerações, este artigo pretende apresentar a proposta de formação para o trabalho coletivo das Residências em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, tendo como referência a discussão sobre o trabalho em saúde na cena contemporânea.

1. Trabalho em saúde: especificidades e transformações contemporâneas

O trabalho em saúde envolve sempre uma combinação explícita de ações e operações entre pessoas que acumulam formação, interesses, projetos, culturas e intencionalidades distintas ou semelhantes. As posturas e conhecimentos parcelares de cada uma das profissões, ao desenvolver o trabalho de modo isolado, sem interação - a não ser em situações ocasionais e com gradações diferentes-, comprometem a composição cooperativa e fortalece a permanência do trabalho fragmentado, oposto à proposta de atenção integral para a consolidação do SUS.

O trabalho em saúde insulado dentro o próprio conhecimento, mesmo podendo apresentar alta qualidade técnica, ainda assim se mostra restrito, ao se considerar o potencial de contribuição efetiva dos avanços do conhecimento e tecnologia de cada uma das profissões, que caminham no encontro de explicações e interfaces sociais, econômicas, culturais e biológicas que podem alargar a compreensão do problema de saúde e, conseqüentemente, a qualificação da produção do cuidado.

Assim, nenhum profissional sozinho desenvolvendo seu rol de atribuições adquiridas durante sua formação peculiar tem

condições de abarcar os aportes teóricos e operacionais proporcionado pela incorporação de conhecimentos multidisciplinares necessários ao incremento da totalidade do SUS que envolve: definição de política, gestão e financiamento, modelo de atenção, processo de trabalho e produção tecnológica.

Outro aspecto importante face ao trabalho em saúde, inserido na esfera dos serviços é o seu processo de trabalho baseado nas ações entre pessoas que se estabelece numa outra inter-relação pessoal, uma vez que, quando o profissional encontra-se com o usuário passa a acontecer uma relação compartilhada. Nesta relação, o usuário é um co-participante do trabalho, já que dele depende o fornecimento de informações e o cumprimento e adesão às prescrições elaboradas pelo profissional. O usuário é percebido como co-participante, sendo esta relação intrínseca ao desenvolvimento do processo de prestação do serviço/atendimento da necessidade de saúde apresentadavi.

Pires⁷ analisa que o trabalho em saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto, o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando de medidas curativas, preservação da saúde ou prevenção de doenças; para a realização deste trabalho, faz-se uso de um instrumental composto de instrumentos e condutas que representam o “saber saúde”, que está baseado no nível de conhecimento técnico do profissional; e tem como produto final deste processo, a prestação da assistência à saúde. Este trabalho é não-material, realizado por um coletivo de profissionais que necessariamente se complementam, devido a grande divisão do trabalho, e ocorre no encontro entre trabalhador e usuário, permeado por suas histórias de vida e

concepções acerca do mundo e sociedade.

Somando a esta idéia, Merhy⁸ aponta que o objeto central do processo de trabalho deve ser a produção do cuidado, a partir da produção de atos de saúde comprometidos com as necessidades dos usuários.

A organização/planejamento do processo de trabalho em saúde engloba fatores técnicos, sociais, econômicos, políticos e culturais. Deve ser realizada de maneira coletiva e sistematizada, não somente para suprir demandas espontâneas, devendo ser analisadas as necessidades que são diagnosticadas na sociedade, amparadas por suporte tecnológico e científico. Assim, a organização do trabalho deve ficar centrada no trabalho vivo, que possibilita a produção de compromisso com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e automatizar a relação profissionais de saúde e usuários, com a perspectiva de favorecer a cura e a produção de saúde no momento do encontro entre eles.

Merhy⁵ aponta que no trabalho em saúde, a questão primordial para o seu entendimento é a compreensão da centralidade do trabalho vivo em ato. O trabalho vivo em ato opera com tecnologias relacionais em dois âmbitos: no primeiro, opera como gestor de processos, construindo objetos, recursos e intenções; e no segundo, age para a produção de bens e produtos. As tecnologias de relações, encontros de subjetividades, se sobrepõem aos saberes tecnológicos estruturados, permitindo a realização de práticas de acolhimento, vínculo, escuta e busca de autonomia.

O autor enfatiza que no trabalho em saúde a efetivação da tecnologia relacional é

uma das suas dimensões-chave, representando em última instância, as necessidades de saúde como sua intencionalidade, sendo, portanto, um caminho de publicização das diferentes intencionalidades dos vários sujeitos que compõem o trabalho em saúde.

A assistência à saúde envolve um trabalho profissional, realizado por trabalhadores que possuem conhecimentos e técnicas específicas para realizar atos assistenciais comprometidos com indivíduos ou grupos com problemas de saúde ou com risco de adoecimento, realizando atividades investigativas, preventivas, curativas e de reabilitação⁷.

Schraiber & Machado⁹ destacam que o profissional da saúde é compreendido como um sujeito social sujeito no trabalho, “interligando-se as temáticas do sujeito individual e sujeito coletivo na cena institucional e na cena social”. Ressaltam ainda que ser um trabalhador da saúde implica em ter um conhecimento próprio e complexo, uma disposição subjetiva para lidar com pessoas em situação frágil e dependente das suas orientações, o que exige do profissional disciplina, responsabilidade, atenção, e a capacidade de conviver com a dor e o sofrimento.

Todo profissional de saúde, independente da habilitação obtida, exerce práticas que produzem a necessidade das suas ações profissionais e dos serviços de saúde. Cada profissão possui seus núcleos de saberes e práticas com vigor de reprodução social nos sistemas de ensino e formação, exercício profissional e trabalho. As profissões de saúde existem em um campo de saberes e práticas que são capazes de interferir no processo de adoecer/curar - cujos núcleos de competência

se organizam pelas práticas de assistir/cuidar e práticas de promoção da saúde, que são distintas na medida em que se voltam para as pessoas ou às coletividades humanas.

Considerando que todo profissional de saúde requer habilitação técnica para o desenvolvimento de suas atividades, vê-se a possibilidade da organização de uma assistência em conjunto/equipe, deslocando o eixo da organização das práticas profissionais de atenção à saúde do corporativo-centrado (responsabilidade dos atos de saúde pertence ao profissional que o executa), para o eixo usuário-centrado (responsabilidade voltada para assimilar as necessidades dos usuários com o direito à saúde).

As necessidades de saúde possuem uma expressão múltipla - social, psicológica, biológica e cultural -, e por isso nenhum trabalhador isolado pode realizar a totalidade das ações em saúde que são apresentadas por usuários individuais ou coletivos. Dessa forma, o trabalho em equipe torna-se essencial e pode ser definido, como: ^{10: 233}

(...) o trabalho que se compartilha, negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam a bases distintas de julgamentos e tomadas de decisões quanto à assistência ou cuidados a se prestar (...). A integração dos profissionais, trabalhadores de uma mesma equipe, pressupõe, sem dúvida, compartilhar informações, referidas não apenas aos usuários dos serviços, mas à população potencialmente usuária em geral, o que é uma referência mínima no sentido da construção de projetos assistenciais comuns.

Entretanto, as profissões possuem interpretações diferenciadas do processo saúde-doença e das demandas postas pelos usuários. Estas diferenças, muitas vezes, causam embates que fazem com que muitas profissões “se fechem” corporativamente, na busca pela manutenção de seu espaço e dos projetos que possuem. O trabalho em equipe só atende plenamente aos objetivos de cura e promoção da saúde se for construído com base em afirmação de projetos terapêuticos singulares e disponibilidade dos profissionais para compreender o discurso teórico/ prático do conjunto das profissões envolvidas.

As diversas categorias profissionais que compõem a área da saúde possuem saberes e responsabilidades diferenciadas que, articuladas, são fundamentais para a realização dos serviços em saúde e para a saúde dos usuários. Porém, para que esta afirmação seja efetivada, Ceccimxi ressalta que é necessário analisar dois problemas estratégicos do trabalho em saúde: formação e exercício profissional.

A formação, segundo o autor, envolve os seguintes eixos: componentes de ensino formal para a habilitação nas profissões regulamentadas; aperfeiçoamento e especialização para áreas profissionais; aprofundamento ou inovação em conhecimentos específicos; desenvolvimento profissional, pessoal e institucional dos trabalhadores e do trabalho; qualificações aplicadas ao exercício de funções determinadas pelo processo produtivo em saúde; interações com os movimentos de educação popular em saúde para favorecer a alteridade entre formação e necessidades sociais por saúde e, ainda, a certificação dos serviços de saúde como serviços complementares e essenciais do ensino de saúde.

O modelo hegemônico na atenção à saúde é pautado numa visão individualista, desconectada de seu contexto social e particular, centrado no enfoque biológico, nas tecnologias convencionais de uso de equipamentos e máquinas, que resultam numa abordagem ao usuário fragmentada e mecanicista. Este modelo, que vem sendo perpetuado nas instituições formadoras da área da saúde segmenta saberes e indivíduos.

CECCIM¹² aponta que a noção de trabalho e formação envolve o cruzamento dos componentes da formação dos profissionais, a gestão, a participação da sociedade e o ordenamento das práticas de atenção à saúde. O trabalho em saúde deve ir além da busca de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia. Deve buscar além destes componentes, o desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde individual e coletiva, o desenvolvimento da gestão setorial e do controle social.

O autor acrescenta como mote desta transformação a formação e o desenvolvimento do trabalho, que devem desenvolver estratégias de pensamento e experimentação das ações em saúde. Para isto deve-se ter em mente que a formação deve ser pautada na realidade social e individual de cada situação de saúde e nas reais necessidades dos usuários, e o refrão “sentir e pensar” deve ser o facilitador da educação permanente em saúde.

É sabido que a partir dessas transformações, principalmente da formação não baseada no modelo biomédico, pode se abrir espaço para a construção do trabalho em equipe e coletivo e de práticas interdisciplinares. Assim, deixará de ser reproduzido o conhecimento tra-

dicional, quase sempre desenvolvido de modo isolado, com comunicação restrita entre os pares e acentuado formalismo entre as profissões que dividem o mesmo tempo, espaço e processo de trabalho¹³.

Se aposta, conseqüentemente, na abertura de canais de escuta e de comunicação favoráveis à democratização das informações, à efetivação da educação em saúde e dos princípios do SUS, e o fim da supremacia de uma profissão sobre a outra, que ainda reúne forças para manter a hegemonia apesar da política de saúde atual propor justamente o contrário.

Neste momento, o Ministério da Saúde lança novos editais para projetos de residências multidisciplinares, ainda apartados dos editais solos da residência médica, que teima no avanço solitário, como se ainda fosse possível deste modo atender às diretrizes postas pelo SUS, que orienta para a busca da saúde integral, dependente direta das condições de vida. Já se buscou alternativas para conciliar interesses díspares e ativar projetos de formação com capacidade de agregar o conjunto das catorze profissões de saúde?

Apesar da freqüência destes questionamentos, o trabalho em saúde tem sido influenciado pelas mudanças tecnológicas e pelo modo de organização do trabalho vigente nos setores mais dinâmicos da economia, incorporando elementos do planejamento estratégico, gerenciamento flexível, e crescente incorporação das tecnologias que passam a exigir o constante confronto e a complementação de conhecimentos¹⁴.

Desde os anos 1980/1990 com o

surgimento do ideário neoliberal que adota a idéia de Estado mínimo para a área social e forte para as áreas relativas ao mercado e que influenciam a acumulação de capital, a conjuntura nacional é de redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação, manipulação dos espaços de controle social e minimização dos direitos garantidos na Constituição de 1988. No âmbito da saúde, as políticas passam a ser alvo das contenções de gastos e volta-se para a sua regulação mercantil. A universalização do acesso à saúde é atacada, pois é vista como uma das causas da elevação do déficit público.

Em consequência, esse processo direciona para a priorização da prestação de serviços públicos orientados para o cidadão-cliente, a garantia da propriedade e do contrato, e a formação de uma cultura gerencial, pela falta de recursos, racionalização burocrática, focalização dos programas sociais, falha das tecnologias informacionais, superespecialização das tarefas e contingenciamento da realidade social dos usuários. Esse quadro atingiu diretamente a política de saúde, e se chocou com os princípios e diretrizes do SUS.

Nesse processo, o trabalhador de saúde, lida com a perda de direitos trabalhistas, a flexibilização e importação de conhecimentos, trabalhando cotidianamente com o adoecimento, miséria, desemprego, violência, com a produção social da doença inserida nesse modo de produção. Além disso, tem sua formação, muitas vezes, em escolas que priorizam a técnica ou uso de tecnologias pesadas, preservando a visão mercadológica e

a supremacia de uma profissão sobre a outra¹⁵.

A valorização da ciência e da tecnologia opera também uma transformação sobre o trabalho alterando produtos, processos ou gestão, exigindo novos perfis dos trabalhadores, requerendo nova conformação laboral ditada por tendências (muitas vezes contraditórias) relacionadas com a polivalência, ausência de especialização (ou superespecialização), capacidade de inovação, trabalho em equipe, qualificação e desenvolvimento de novas competências¹⁶.

As alterações expostas acima repercutem sensivelmente na prática cotidiana dos trabalhadores, requerendo dos profissionais a realização de intervenções e atividades articuladas (multiprofissionais), com direcionamento interdisciplinar; redimensionamento da autonomia profissional com vistas a recompor os trabalhos parcelares e a comunicação entre os profissionais; e maior qualificação¹⁴. Uma estratégia para fortalecimento desse mote é a construção do trabalho coletivo em saúde envolvendo as diferentes profissões e seus saberes.

2. A construção do trabalho coletivo em saúde

Ao refletir sobre o mundo do trabalho na atualidade, especificando os sujeitos trabalhadores no interior das relações sociais de produção Chesnais (2005)¹⁷ relativiza a importância do sujeito individual iluminado e convoca os intelectuais/profissionais ao engajamento social numa investigação/trabalho com orientação política, fundada no interesse em efetivar mudanças na sociedade, enraizada na análise dos processos sociais

e políticas contemporâneas. Esta chamada, transposta para o campo da saúde, ilumina o percurso, ainda frágil, da formação do trabalho em saúde para o SUS, com reflexos ambíguos sobre seu efetivo desdobramento, identificados no trabalho ainda isolado e fragmentado vivido no cotidiano entre o conjunto das catorze categorias profissionais da saúde.

Ao reconhecer as treze categorias profissionais de saúde de nível superior (Serviço Social, Medicina, Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Veterinária, Química, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Biologia, Biomedicina, Fonoaudióloga) a Resolução nº. 287 de 08 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) abre espaço para a afirmação de um trabalho com potencial de envolvimento das referidas profissões de saúde, de forma efetiva e não apenas tangencial como era identificado por quem exercia suas ações no campo da saúde. Este reconhecimento vem ao encontro das inovações propostas pelo SUS, sobretudo no que diz respeito ao conceito ampliado de saúde e da necessidade de interdisciplinaridade para “garantir” uma ação integral. Assim, mesmo não se manifestando de forma totalmente explícita, sugeria mudanças essenciais voltadas para a formação de trabalho interdisciplinar e coletivo para levantar condições e alternativas de modo a concretizar este trabalho como mais uma forma de qualificar a produção do cuidado em saúde.

Em que pese as considerações expostas, as concepções históricas e conceituais, tão bem descritas sobre a influência flexneriana na formação médica e transpostas para a formação da maioria das profissões de saúde, foram preservadas. Manteve-se a tendência à

valorização da especialização com perda da visão de totalidade como elemento fundante da clínica generalista, o estímulo às formas de medicalização sustentada apenas por tecnologias duras e apoiadas exclusivamente em uso de medicamentos de ponta, o fortalecimento de uma formação com ênfase na pesquisa biológica desvinculada dos aspectos sociais, psicológicos e culturais.

Os três aspectos abordados: a especialização, a medicalização e a formação particularizada, são cultuadas até o presente e tem solidificado a hegemonia da profissão médica, que mesmo quando considerada protagonista, pelas outras profissões de saúde, tem muita dificuldade de desenvolver o trabalho cooperativo, de reconhecer os limites de sua formação o que reduz o potencial de absorver as contribuições científicas e operativas das outras quatorze profissões de saúde. A aceitação destes conhecimentos, quando acontece, é ainda marcada por reconhecimentos pontuais, só após a comprovação da eficácia dos procedimentos, que em geral precisam ser reafirmados em cada ato, levando a desgastes quase sempre desnecessários.

Os avanços, se é que houve, são muito tênues e ocasionais, sem, entretanto apontar para significativas mudanças. Em 1999, Stephan-Souza¹³ produziu um artigo sobre o trabalho interdisciplinar e coletivo que provocou inúmeras discussões, primeiro, pela dificuldade de algumas profissões reconhecerem outras, como sendo do campo da saúde; segundo, pelo interesse de algumas profissões em ampliar seu leque de conhecimento e de atuação; e terceiro, talvez o mais importante, pela tendência em preservar a conquista da hegemonia médica e reconhecimento fortalecido durante todo o

século XX, com exceções apenas episódicas.

A todo o momento depara-se, no campo da saúde, com iniciativas calcadas na busca por organizar trabalhos conjuntos, interligando as profissões com o entendimento que a construção do trabalho coletivo é produto do homem imprimindo uma nova forma de cooperação. Ele não se constitui na soma de trabalhos individuais, mas o produto final do trabalho de um profissional é o ponto de partida para o trabalho de outro, produzindo uma interdependência direta no trabalho e dos profissionais entre si xviii. Os resultados dependem, conforme assegura a mesma autora, do grau de regularidade, continuidade, uniformidade, ordenamento e intensidade que não se alcança apenas no trabalho individual.

A regularidade e a continuidade podem ser entendidas como o dispêndio de tempo que o grupo de profissionais apresenta para ativar o projeto de trabalho. Da regularidade e continuidade brota quase sempre uma base de confiança construída no trabalho rotineiro que torna a pareceria possível, onde a troca de experiências, conhecimentos e informações pode transcorrer num clima de cordialidade onde os projetos em disputa não ferem as susceptibilidades e o trabalho pode fluir apesar das diferenças.

Quanto à uniformidade esta só acontece quando há definição clara de um projeto terapêutico acertado entre os profissionais. No aprendizado de tecnologias e inovações, estas podem ser analisadas e assimiladas dando um peso mais uniforme na forma de proceder no desenvolvimento do projeto terapêutico, consentido e desenvolvido por todos, que deve estar sempre voltado para abrigar as novas

tendências que discutidas terão potencial de serem incorporadas pelo grupo.

O ordenamento assegura a escolha das prioridades no desenvolver do projeto terapêutico, que deverão ser acordadas entre todos para apontar e justificar os elementos tecnológicos essenciais para aplicação no momento. A intensidade, relacionada à interdependência direta no trabalho em saúde, direciona o grau de adesão, de expressão da vontade dos profissionais de ver realizado o produto originário das discussões coletivas, depois de ter passado por um crivo para definir o projeto terapêutico após confrontos de posturas dissidentes e/ou convergentes.

Todos os elementos destacados – regularidade, continuidade, uniformidade, ordenamento, intensidade – sofrem as conseqüências da maior ou menor disponibilidade interna (condições subjetivas) ou externas (condições oferecidas pelo meio) para restringir as formas originais de poder e crescer com as formas de aplicação da base democrática, que tem na horizontalidade, na aceitação e respeito do conhecimento do outro profissional, o fundamento para fazer valer um projeto terapêutico único construído por tantas quanto forem as profissões envolvidas.

Como assegura Oliveira¹⁸ o trabalho coletivo não suprime a dimensão individual do trabalho de cada sujeito que compõem a equipe de trabalho. As posturas e posições assumidas por cada um frente à realidade faz balançar o conhecimento cristalizado original ao proporcionar aberturas para inovações tecnológicas pertinentes ou fortalecer o conhecimento original, agora revigorado pelos argumentos recentes colocados novamente

em cena. O trabalho coletivo pressupõe o comprometimento de cada profissional, a cooperação que pode se sobrepor à autoridade quando os profissionais se aceitam como iguais e se mostram dispostos a dividir, criticar e acatar os conhecimentos disponibilizados pela equipe.

A construção do trabalho coletivo pressupõe experiências que envolvem educação formal distinta, sentimento de pertencimento, também distinto em relação a um determinado projeto, e expressam o exercício maior ou menor da relação democrática. Pressupõe também a conciliação entre os sujeitos profissionais dispostos a colocar os conhecimentos e práticas a serviço de um projeto terapêutico, agora pensado como não mais pertencendo a uma profissão, mas definido e construído pelo conjunto dos profissionais no especial e novo processo de trabalho interdisciplinar.

Compartilha-se com a posição defendida pela autora acima citada de que há dois elementos centrais que alimentam o trabalho coletivo: a cooperação e a interdisciplinaridade. Cooperação se sobrepondo à autoridade quando os profissionais se percebem como iguais e isto acontece quando há trocas teóricas e de experiência onde é comprovada a competência, principalmente quando pautadas em pesquisas sobre aquela realidade.

No trabalho coletivo o princípio democrático se faz presente, pois implica em aprender a ouvir, a respeitar a opinião dos outros profissionais e ao mesmo tempo argumentar para defesa de suas próprias idéias. O conflito de opiniões e de interesses faz parte do jogo democrático, não buscando a uniformidade, mas a convivência de pares que entendem

as discordâncias como parte do processo e apostam no potencial de acordo consensual após as discussões nos momentos críticos.

O trabalho coletivo não pode ser compreendido apenas no ato de colocar profissionais num mesmo espaço de trabalho. Mais do que compartilhar espaços físicos, implica em compartilhar saberes, projetos, poderes e vontades. Significa estabelecer parcerias e responsabilizar-se coletivamente pelo trabalho. Não basta a intenção, mas sim o estabelecimento de correlação com as ações reais, com as soluções conjuntas na definição do projeto terapêutico, com o sentido de colocar em prática o que foi discutido e aceito pelo grupo a partir das leituras que cada um faz da realidade.

A interdisciplinaridade, também defendida como base da construção de um trabalho coletivo contempla, segundo Saupe et al^{19:521},

(...) o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e exigência de um olhar plural; a possibilidade de um trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas; o investimento como estratégia para a concretização da Integralidade das ações de saúde.

Os autores consideram interdisciplinar a relação articulada entre os diferentes profissionais da saúde e usando as categorias epistemológicas de Fleck (1986)²⁰ compreendem as profissões como diversos Coletivos de Pensamento. Cada profissão tem o que chamam de Estilo de Pensamento, isto é “um olhar estilizado que permeia um conjunto de regras para abordagem e resolução

de um problema, baseados numa formação específica e diferenciada com marco conceitual identificado”^{19:523}.

As reflexões propostas têm acompanhado todo o processo de formação de assistentes sociais na Faculdade de Serviço Social/UFJF, em especial nos programas de Residências – Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Saúde do Adulto e Serviço Social Hospitalar – constituindo-se em elemento central do projeto político e pedagógico. Isto é, todo o processo é direcionado no sentido de formar profissionais capazes de se integrarem às equipes de saúde comprometidas com os ideários propostos pelo trabalho coletivo e interdisciplinar.

3. Formação para o trabalho coletivo: bases teórico-conceituais das Residências em Serviço Social da UFJF

As bases teóricas que cercam o projeto político e pedagógico de formação do trabalho coletivo em saúde estão focadas em três núcleos fundantes: integração ensino/serviço, produção do cuidado e tecnologias em saúde (duras e relacionais).

3.1. A integração Ensino-Serviço

As afirmativas a seguir estão sustentadas pelas discussões teóricas de Ceccim e Feuerwerker²¹ e Albuquerque et al²², que colocam a importância da educação permanente em saúde e da integração ensino-serviço, cujas orientações fundamentam os projetos de Residência em Serviço Social construídos ao longo dos anos de 1998 a 2010. Estas discussões tornaram-se base conceitual e operacional tanto no espaço do

Hospital Universitário /Centro de Atenção à Saúde (HU/CAS) como das unidades básicas de saúde, fornecendo os principais aportes nas relações entre aprendizado e assistência, ao reconhecer que o espaço de interseção entre serviço e ensino é essencial para a formação e consolidação do SUS.

Estas discussões são pautadas pelos valores do SUS e pelo Código de Ética dos Assistentes Sociais. No interior do debate e indicações também se explicitam conflitos, dificuldades, estratégias e táticas desencadeadas para a ocupação na rede de cuidados, que ao ser efetivada exige um acompanhamento acurado para garantir os princípios propostos para este tipo especial de formação que se desenvolve em um processo simultâneo de trabalho e aprendizado.

Para isto, segundo Albuquerque et al²², busca-se a articulação constante entre teoria e prática suscitando a reflexão crítica que se torna exigência para a prática, sem a qual a teoria poderia ser considerada uma falácia, e a prática somente ativismo. A integração ensino-serviço acontece de forma efetiva ao unir docentes, residentes e profissionais das várias disciplinas de saúde, tendo com foco central o usuário, principalmente ao pretender minimizar a dicotomia entre o ensino e a produção dos cuidados em saúde.

Pretende-se atualmente, inverter o sentido dos cuidados implementados junto aos usuários, alternando na medida da necessidade do usuário, os procedimentos custosos de produção de saúde, baseados na aplicação das práticas flexnerianas das especialidades médicas e oneradas pelo uso excessivo de medicalização, pelas tecnologias relacionais

que são centradas em atitudes acolhedoras e no vínculo com o usuário. Para isto, busca-se a prática do cuidado na prevenção e na cura, tendo como finalidade última o trabalho em saúde que se pauta na defesa da vida e dos direitos de cidadania. Neste sentido, a construção de ações e estratégias de controle de doenças e de promoção da saúde, de formação e capacitação continuada, de educação e de comunicação em saúde, de integralidade da atenção, de intersetorialidade e de equidade passaria a fazer parte das agendas e perspectivas de intervenção de docentes, residentes e profissionais da saúde.

Neste contexto, cabe ressaltar o papel do residente sobre o modo de seu proceder face à atenção à saúde. Se, de um lado, os fatores sociais, econômicos e políticos definem em grande medida a estrutura e organização dos serviços, referentes aos aspectos do que pode-se chamar de macropolítica, por outro lado, o funcionamento e o perfil assistencial são dados por processos micropolíticos e pelas configurações tecnológicas do trabalho, mediante os quais ocorre efetivamente o potencial para a produção do cuidado à saúde. Sendo assim, não é possível desassociar a proposta de transformação do modelo technoassistencial proposto pelo SUS das mudanças na formação dos profissionais de saúde. Neste sentido, a integração ensino-serviço torna-se o espaço privilegiado de reflexão sobre o ensino e a produção de cuidados.

Os autores acima referenciados observam aspectos importantes na dialética de formar, direcionada a um modelo centrado no usuário e que, aos poucos, se transforma na presença de novos arranjos tecnológicos, sustentados pelo enfoque relacional, que abrange os indivíduos

trabalhadores entre si e estes com os usuários. A autonomia do profissional de saúde muitas vezes é o que determina o perfil de determinado modelo technoassistencial. Em sua liberdade de ação propõem mudanças, capazes de arrefecer os processos tradicionais da organização de serviços de saúde. Por este motivo, a mudança de modelos assistenciais requer, em grande medida, a construção de uma nova consciência sanitária e pedagógica e a adesão desses profissionais a um novo projeto que deve se refazer permanentemente no desenvolvimento de críticas aos procedimentos realizados e na busca de uma formação contínua com base na efetivação do trabalho coletivo e na interdisciplinaridade.

É preciso buscar sempre uma aproximação consensual sobre as formas de trabalhar que esteja em sintonia com a nova proposta assistencial, o que não se consegue por normas editadas verticalmente. Daí a ênfase no processo de educação permanente fundada no processo de ensino-serviço que aposta na evolução do conhecimento em prol da defesa do usuário e do direito à saúde. Apoiase, na tecnologia relacional realizada na integração ensino-serviço e voltada para a de produção do cuidado em saúde.

A integração ensino-serviço, pautada no trabalho em equipe desenvolvido pelas Residências, é pensada tendo em vista tanto a formação de capacidades coletivas e interprofissionais quanto o fortalecimento daquelas que constituem as especificidades de cada profissão. Todo processo educacional das residências tem como núcleo a concepção de que o residente seja capaz de desenvolver o trabalho em conjunto com os profissionais de outras áreas da saúde, valorizando a

interdisciplinaridade para a composição de uma atenção que se desloque do eixo corporativo, recortado e reduzido, para o eixo plural e complexo centrado no usuário que o exercício do trabalho coletivo e interdisciplinar pode proporcionar.

Para Ceccim e Feurweker²¹, o movimento de interseção na equipe multiprofissional de saúde teria, nos recursos e instrumentos terapêuticos de cada corpo de conhecimentos e atos de uma profissão, a oportunidade de compor e construir a intervenção coletiva, constituindo-se cada desempenho ampliado ou modificado em um desempenho protegido pela condição da equipe, tendo como meta projetos terapêuticos responsáveis pela resolubilidade das ações e dos serviços de saúde.

A proposta da educação permanente parte de um desafio central, coerente com os propósitos da integração ensino-serviço, cara às Residência em Saúde. A formação deve ocorrer de modo descentralizado ascendente e interdisciplinar, ou seja; em todos os locais, envolvendo o conjunto dos saberes à disposição e elaborados na convivência cotidiana nos serviços de saúde. O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os profissionais envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe grupal e matricial, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e da humanização do atendimento.

O conceito de Educação Permanente em Saúde, adotado pelas Residências em Saúde da UFJF, notadamente as de Serviço Social, oferece como centralidade o estabelecimento

de ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas, mediante as intercessões promovidas pela metodologia em educação na saúde. Esta metodologia é pensada de um modo que a educação interceda na saúde, para renovar as tecnologias de aprendizagem e reforçar a formação interdisciplinar e intersetorial, ao estabelecer a aliança entre os conhecimentos disciplinares e os modos de intervenção conjuntos das políticas públicas.

3.2. As Tecnologias Relacionais e a Produção do Cuidado

As Residências em Serviço Social da UFJF desde a construção de seus projetos peculiares, aproximaram-se da implementação de tecnologias relacionais na produção do cuidado em saúde. Autores como Merhy²³, Franco²⁴, Ayres²⁵ deram aportes adicionais à construção do trabalho coletivo e interdisciplinar na implantação de processos de formação continuada ofertados em cursos de especialização, grupos de estudo de integração disciplinar e de análise das experiências cotidianas.

Enfatiza-se que as tecnologias relacionais sempre estiveram presentes nas práticas profissionais dos assistentes sociais, ainda que com denominações diferenciadas em cada tempo histórico do desenvolvimento da profissão. Sempre integraram o projeto formativo do Serviço Social (fundamentos teóricos, princípios, diretrizes ética, política e metodológica e saberes interventivos). Constituem, portanto, o braço de suporte imediato da intervenção, acordes com as necessidades dos campos específicos do trabalho profissional, como exemplifica o da

saúde, neste texto.

As tecnologias relacionais pautadas no respeito à dignidade dos homens, no respeito às diferenças de valores e de cultura, no respeito à negação de qualquer forma de discriminação e preconceito e no direito do homem a receber todas as informações acerca de sua situação social, ao longo do tempo, incorporaram outras imprescindíveis, tais como: a defesa da democracia em seu amplo aspecto, da participação social e da garantia de cidadania com vistas aos direitos, civis políticos e sociais e de compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população. Estes fundamentos, como base da tecnologia relacional exercitada pelo Serviço Social, transpostos para o campo da saúde sedimentam os trabalhos em equipe, sempre empenhados em ampliar as parcerias oriundas do conjunto das profissões de saúde e sedimentar a cumplicidade do trabalho coletivo.

Os assistentes sociais, como profissionais comprometidos com a formação do trabalho coletivo e com a assistência, são formados para construir relações interprofissionais e horizontalizadas usando opções tecnológicas tais como: trabalho em equipe, gestão da assistência/produção do cuidado, visitas domiciliares e trabalhos grupais, entre outras, que criam o vínculo e a responsabilização pelo usuário. Parte-se do conhecimento de que o ato de cuidar é central no trabalho dos serviços de saúde. Por meio da produção do cuidado é possível atingir a saúde, que é de fato o objetivo a que se quer chegar, desde o cuidado individualizado até o cuidado coletivo realizado pelos profissionais com grupos de usuários.

O projeto terapêutico singular que envolve as tecnologias relacionais e terapêuticas volta-se para analisar os serviços de saúde como espaço de entendimento dos fluxos, demandas e necessidades dos usuários, via trabalho compartilhado. Pretende compor um modelo assistencial horizontalizado capaz de absorver as redes integradas de saúde, relativizar a concepção de hierarquização dos serviços, e constituir equipes receptivas às demandas e necessidades dos usuários.

A concepção de trabalho em saúde que fundamenta as Residências em Serviço Social se expressa para além dos saberes tecnológicos tradicionais. No trabalho das residências retoma-se o conceito das tecnologias leves ou as tecnologias relacionais do tipo da produção de vínculo, autonomia, acolhimento, gestão, formas especiais e alternativas de reforço aos processos de trabalho coletivos centradas no direito ao acesso a serviços de qualidade.

As tecnologias relacionais usualmente trabalhadas pelo Serviço Social nos níveis de complexidade do sistema de saúde são: Educação em Saúde ou Educação Emancipatória, Planejamento e Gestão, Trabalho em Equipe, Trabalho Coletivo, Informação e Comunicação, Práticas de Acolhimento e Vínculo, Visitas Domiciliares. Todas estas diretamente implicadas na realização de pesquisas e atualizadas na aquisição de novos conhecimentos oriundos de estudos contínuos do Serviço Social na relação com o conjunto das catorze profissões do campo da saúde.

As tecnologias de informação e comunicação, de trabalho em equipe, de visitas domiciliares, de produção das linhas

progressivas de cuidado nas redes integradas de saúde e de gestão horizontal e democrática são cultivadas, por excelência, pela formação peculiar das Residências em Serviço Social da UFJF que têm na linguagem, na formação do discurso competente, na construção do trabalho coletivo e interdisciplinar os instrumentais principais de intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É na realização do trabalho que o homem estabelece relações com outros homens, pois aquele não pode nunca ser realizado isoladamente. Por isso, o trabalho é, necessariamente, coletivo.

O trabalho, se realizado coletivamente, gera a necessidade dos homens se comunicarem entre si e buscar a efetivação de uma linguagem articulada, através da qual irão expressar suas representações e concepções de mundo. É esse caráter coletivo que faz com que o trabalho tenha também um caráter social²⁶.

O trabalho é, sempre, atividade coletiva: seu sujeito nunca é um sujeito isolado, mas sempre se insere num conjunto (maior ou menor, mais ou menos estruturado) de outros sujeitos. Essa inserção exige não só a coletivização de conhecimentos, mas, sobretudo implica convencer ou obrigar outros à realização de atividades, organizar e distribuir tarefas, estabelecer ritmos e cadências, etc. – e tudo isso, além de somente ser possível com a comunicação propiciada pela linguagem articulada (...). Esse caráter coletivo da atividade do trabalho é substantivamente, aquilo que se denominará social²⁷.

A cooperação é a forma de trabalho

em que muitos trabalhadores realizam uma atividade conjunta tendo por base um plano determinado, inseridos no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes que sejam interligados. O efeito que o trabalho combinado produz não pode ser produzido pelo trabalho individual, ou só chegaria a um mesmo resultado em um espaço de tempo mais longo ou numa escala reduzida. Trata-se aqui da possibilidade de criação de uma nova força produtiva - a força coletiva.

A prática cotidiana, o processo de tomada de decisões, a produção do cuidado, com base na construção do trabalho coletivo deve ser efetivada a partir da convergência entre as diferentes concepções disciplinares e experiências, amparadas por uma mesma referência ética. A proposta das residências em Serviço Social da UFJF tem direcionado seu trabalho em uma perspectiva interdisciplinar e cuidadora através de uma relação interprofissional voltada para assegurar o direito do usuário, pautada no vínculo, respeito, escuta, diálogo e responsabilização com base na análise da realidade social em que vive o usuário.

Apesar de um contexto adverso, principalmente propiciado pelo projeto neoliberal de restrições de financiamento, privatizações e redução do gasto público, almeja-se um SUS operativo e de qualidade, com a contribuição de todas as profissões de saúde que ao defender seu corpo disciplinar próprio, concomitante assimila e coloca em prática os conhecimentos gerados pelo conjunto das profissões de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira RP. O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização. In: Negri B, organizador. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: UNICAMP; 2002. p. 257-85.
2. Castro MC. Trabalho em saúde: a inserção dos assistentes sociais na atenção primária à saúde [dissertação de mestrado em Serviço Social]. FSS/UFJF; 2009.
3. Antunes R. Adeus ao trabalho: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 8. ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas; 2002.
4. Medeiros S, Rocha S. Considerações sobre a terceira revolução Industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(2):399-409.
5. Franco T, Merhy E. Programa de Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy E, et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 161-98.
6. Merhy E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002. 189 p.
7. Pires D. A reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social; CUT; Annablume; 1998. 254 p.
8. Merhy E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (VER-SUS Brasil – Caderno de Textos).
9. Schraiber LB, Machado MH. Trabalhadores da Saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: Fleury S, organizador. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 281-97.
10. Schraiber LB, et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciênc Saúde Coletiva. 1999;4(2):221- 41.
11. Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO; 2004. p. 259-78.
12. Ceccim RB. Onde se lê recursos humanos em saúde, leia-se coletivos organizados de produção em saúde: desafios para a educação. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ; ABRASCO; 2005. p. 161-80.
13. Stephan Souza A. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. Rev APS. 1999 mar./jun.;2(2):10-4.
14. Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Rev Trabalho, Educação Saúde. 2002;1(1):75-91.
15. Fortuna C, et al. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. Rev Saúde Debate. 2002;26(62):272-81.
16. Pierantoni CR, Varella TC, França T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde OPAS; 2004. p. 51- 70.
17. Chesnais F. Propostas de um trabalho coletivo de renovação programática. In: Aued BW, organizador. Traços do trabalho coletivo. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. p. 23-60.
18. Oliveira LHR. Trabalho coletivo em educação: os desafios para a construção de uma experiência fundamentada na cooperação em uma escola municipal de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: USP; 2006. p. 37.
19. Saúpe R. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2005;9(18):521.
20. Lowy I. Ludwig Fleck e a presente história das Ciências. História, Ciências, Saúde. Manginhos. 1994;1(1):7-18.

21. Ceccim RB, Feurweker L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Revista PHYSIS*. 2002;14(1):41-65.
22. Albuquerque VS, et al. Integração ensino/serviço no contexto da mudança na formação superior dos profissionais de saúde. *Rev Bras Educ Médica*. 2008;32(10):1-14.
23. Merhy E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
24. Franco T. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração nos cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface*. 2007;3:1-12.
25. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas em saúde. *Rev Saúde Sociedade*. 2004;13(3):16-29.
26. Marx K. *O Capital: crítica da economia política: livro Primeiro: o processo de produção do capital*. 18a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001. 571 p.
27. Netto JP, Braz M. *Economia política: uma introdução crítica*. 2. ed. São Paulo: Cortez; 2007. 258 p.

Artigo apresentado em: 01/02/2011
Aprovado em: 25/03/2011