

**Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Faculdade de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade**

Silvani Botlender Severo

**A TRANSDIALÓGICA NA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE:
A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE E A SAÚDE DA ORGANIZAÇÃO**

**Dissertação apresentada como
requisito parcial para obtenção
do grau de Mestre em Psicologia
Social.**

**Prof. Dr. Nedio Seminotti
Orientador**

**Instituição Financiadora
CAPES**

Porto Alegre, 2006

**Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Faculdade de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade**

Silvani Botlender Severo
silvani.severo@terra.com.br

**A TRANSDIALÓGICA NA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE:
A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE E A SAÚDE DA ORGANIZAÇÃO**

Comissão Examinadora:

Prof. Dr. Nedio Seminotti
Presidente
PPGP – PUCRS

Prof. Dra. Helena Beatriz Kochenborger Scarparo
PPGP – PUCRS

Prof. Dra. Valdemarina Bidone de Azevedo e Souza
PPGE – PUCRS

Porto Alegre, 2006

**Dedico a meus filhos
Marco, Marcelo e Joana**

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Prof. Dr. Nedio Seminotti a co-operação e confiança neste processo de aposta e tradução deste percurso.

Agradeço aos co-participantes do Grupo de Pesquisa – “Processos e Organizações dos Pequenos Grupos” pelos momentos de reflexão e discussão, importantíssimos para a realização deste estudo.

Agradeço a professora Valdemarina Bidone de Azevedo e Souza e a professora Helena Beatriz Kochenborger Scarparo pela co-operação neste processo de re-aprendizagem.

Agradeço aos colegas de mestrado pelo compartilhamento de nossas buscas e inquietações frente a este processo de pesquisa.

Agradeço a todos os trabalhadores em saúde/usuários com quem já dialoguei e aprendi a ser/fazer/pensar a saúde - no trabalho, nos fóruns e reuniões, na pesquisa, nos conselhos de direitos, nas conferências, nos cursos.

A VERDADE

**A porta da verdade estava aberta,
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.**

**Assim não era possível atingir toda a
verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil de meia verdade.
E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil.
E os meios perfis não coincidiam.**

**Arrebentaram a porta. Derrubaram a
porta.
Chegaram ao lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em metades
diferentes uma da outra.**

**Chegou-se a discutir qual a metade mais
bela.
Nenhuma das duas era totalmente bela.
E carecia optar. Cada um optou
conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.**

(Carlos Drummond de Andrade)

**Ser sujeito é o cúmulo do egoísmo e do
altruísmo. (Hadj Garùm O'Rin)**

Onde estava o id. Deve advir o eu (Freud).

**Paradoxo: a objetividade só pode vir de
um sujeito (Morin, 2002c).**

RESUMO

A presente dissertação discute a ativação da integralidade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva no Sistema Único de Saúde - SUS, a partir de questionamentos advindos da prática da pesquisadora enquanto trabalhadora/gestora em saúde, apoiada na revisão da literatura sobre esta área de conhecimento.

Os textos produzidos por trabalhadores/pesquisadores na saúde coletiva foram entrelaçados com os estudos da complexidade a partir de Edgar Morin e da lógica transdisciplinar de Basarab Nicolescu. A discussão foi organizada em torno da interdependência entre Sujeito e Coletividade na construção da política pública em saúde e na compreensão dos paradoxos na ação coletiva dos trabalhadores no desafio de integrar as formações disciplinares à exigência na prática de processos inter/transdisciplinares.

A pesquisa foi realizada junto à equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em uma cidade da região metropolitana no Estado do Rio Grande do Sul. Este é um serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, proposto pela Reforma Psiquiátrica, a partir das diretrizes da Saúde Coletiva. Caracterizou-se como pesquisa experimental qualitativa onde os dados coletados aconteceram através da observação participante e sistemática dos registros em diário de campo e a consulta a documentos. O foco principal da observação foi em quatro reuniões da equipe multiprofissional, que foram gravadas e transcritas.

A dissertação é composta por dois capítulos. A primeira parte contextualiza a prática complexa e transdisciplinar em saúde na reorientação do modelo assistencial com ênfase na integralidade da atenção, unida à compreensão da noção de Sujeito trabalhador aberto à alteridade e a intersubjetividade. A segunda é a tradução do percurso metodológico caracterizado como transdialógico que uniu a recursividade entre os dados coletados e a lógica da pesquisadora. O estudo desvelou a coexistência de duas lógicas que organizam os processos de trabalho na saúde: a lógica da doença/lógica disciplinar e a lógica da integralidade/lógica transdisciplinar revelam a questão de que o diálogo entre ambas pode ser viabilizado pela inclusão do Sujeito Terceiro Termo Incluído nos pares de contraditórios.

Palavras-chave: Integralidade, Transdisciplinaridade, Equipes Multiprofissionais, Reforma Psiquiátrica, Saúde Coletiva, Sujeito, Política Pública, Transdialógica

ABSTRACT

This dissertation discusses the activation of comprehensiveness in multi-professional teams of collective health of Sistema Único de Saúde – SUS, from questions derived from the practice of this researcher as a health worker/manager, supported by literature on this area of knowledge.

The texts produced by workers/researchers in collective health were intertwined both with studies of complexity according to Edgar Morin and with the transdisciplinary logic proposed by Basarab Nicolescu. The discussion was organized around the interdependence between Subject and collectivity in the construction of health public policy and the understanding of paradoxes in the collective action of workers when challenged to integrate disciplinary formations with the requirement of inter/transdisciplinary processes in their practice.

This research was carried out with the multi-professional team of a Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) in a city in the metropolitan area in Rio Grande do Sul. This Center is a substitute service to the hospital-centered model, proposed by the psychiatric reform from the guidelines of Collective Health. It is characterized as an experimental, qualitative research whose data were collected through participative observation, recordings in the field book, and consultation of documents. The focus of observation consisted of four meetings of the multi-professional team, which were recorded and transcribed.

This dissertation consists of two chapters. The first part contextualizes the complex and transdisciplinary practice in health in the reorientation of the assisting model with emphasis on comprehensiveness of attention, together with the understanding of the notion of worker Subject opened to otherness and intersubjectivity. The second part is the translation of the methodological route characterized as transdialogical that joined the recurrence between data collected and the researcher's logic. The study showed the coexistence of two logics organizing the work processes in health: the logic of illness/disciplinary logic and the logic of comprehensiveness/transdisciplinary logic reveal the issue that the dialogue between both logics may be viable through the inclusion of the Third Term Included Subject in the contradictory pairs.

Key Words: Comprehensiveness, Transdisciplinarity, Multi-Professional Teams, Psychiatric Reform, Collective Health, Subject, Public Policy, Transdialogic.

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DE FIGURAS.....	9
INTRODUÇÃO	10
INTEGRALIDADE E TRANSDISCIPLINARIDADE EM EQUIPES	
MULTIPROFISSIONAIS NA SAÚDE COLETIVA	12
O Paradoxo na Saúde Coletiva e a Integralidade da Atenção	12
Complexidade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade	15
Equipes Multiprofissionais e a Noção de Sujeito em Morin	25
O SUJEITO E A COLETIVIDADE – UM CAMINHO TRANSDIALÓGICO	
NA SAÚDE COLETIVA	31
Política Pública em Saúde e a Integralidade da Atenção	31
Complexidade e a Integração dos Saberes	33
O Sujeito e a Equipe Multiprofissional	35
O CAPS na Reforma Psiquiátrica – O Contexto Político-Social e Local	36
CAMINHO TRANSDIALÓGICO – Um Método Recursivo e Auto-Eco-Organizador.....	37
Traduzindo a Lógica da Pesquisadora	40
DIÁLOGOS TRANSDIALÓGICOS – Desvelando Contradições	47
Lógica da Doença/Lógica Disciplinar & Lógica da Integralidade/Lógica Transdisciplinar	49
(IN) CONCLUSÕES	55
REFERÊNCIAS	58
ANEXOS	62
Anexo I – Fragmentos Retirados das Quatro Reuniões de Equipe.....	63

LISTA DE FIGURAS

Fig. 1 – O Paradoxo da Integração Disciplinar	24
Fig. 2 – Representação dos Níveis de Realidade	34
Fig. 3 – Esquema Ilustrativo de Sistema Sujeito/ Coletividade - Política Pública	42
Fig. 4 – Dinâmica Recursiva e Organizacional	43

INTRODUÇÃO

Esta dissertação é uma aposta frente às incertezas. Um presente de um “Eu” para um “nós” e de um “nós” para um “Eu”. Uma escrita coletiva de um “Eu” pesquisadora e de um “Eu” orientador. Além dessas duas, é uma das possíveis traduções das lógicas de muitos Sujeitos que, no trabalho em saúde, no grupo de pesquisa, na pesquisa, na família e no social, compuseram o tecido complexo deste trabalho.

Esta escrita também representa um ponto de intersecção entre as experiências vividas na dimensão pessoal/profissional. Unimos tenras lembranças da infância que continham a visão sistêmica, as perguntas existenciais da adolescência, com os diversos questionamentos da vida adulta e, no exercício da psicologia, com a sensibilidade para os processos de grupo. Neste percurso, alicerçamo-nos na teoria da complexidade de Edgar Morin e na lógica transdisciplinar de Basarab Nicolescu para aprofundarmos a compreensão/explicação dos estudos e conhecimentos oriundos das práticas e saberes produzidos nas intervenções em saúde coletiva.

No primeiro capítulo, “Integralidade e Transdisciplinaridade em Equipes Multiprofissionais na Saúde Coletiva”, encontram-se transcritos os estudos advindos dos questionamentos da pesquisadora como trabalhadora e gestora em saúde. As exigências na reorientação do modelo assistencial no Sistema Único em Saúde – SUS para a atenção integral gera entre os trabalhadores da saúde um fazer complexo. Ao trabalhar em equipes multiprofissionais como um método para minimizar os processos fragmentadores/especialistas, os trabalhadores experimentam dificuldades em integrar seus saberes disciplinares com uma prática que exige processos interdisciplinares e uma lógica transdisciplinar.

O segundo capítulo, intitulado “O Sujeito e a Coletividade – Um Caminho Transdialógico na Saúde Coletiva” é a tradução metodológica da trajetória percorrida pela pesquisadora na interação com o objeto. Traduz as experiências transdisciplinares de inclusão da pesquisadora como Terceiro Termo Incluído (**T**) nos processos dialógicos entre os participantes da pesquisa.

A busca de compreensão da ativação da integralidade, desde os primeiros rascunhos e esquemas, trazia o questionamento sobre quais Sujeitos podem interdisciplinarizar e realizar práticas integrais por meio do trabalho coletivo em equipes. Foi um trabalho de desvelamento e de exercício da pesquisadora em “posicionar-se no centro de seu mundo”. Foi através do “‘Eu’ que é o ato de ocupação deste espaço egocêntrico” e do “‘eu’ que é a objetivação do ser que ocupa este espaço” que a pesquisadora pôde distinguir-se, diferenciar-se e reunificar-se (Morin, 2002c) no processo da pesquisa.

Percorremos espaços entre o paradigma cartesiano/mecanicista/racionalista e o paradigma da complexidade, indo da distinção dual até a unidualidade. Nesse caminho metodológico, houve contradições, rupturas, novas organizações pela abertura às incertezas, ficando a permanência de um “Eu” subjetivo diante da impermanência do “eu” sujeito objetivado e dos seus papéis no contexto.

Enfim, esta é a transcrição de um caminho investigativo recursivo e auto-eco-organizador que se transformou num ciclone de subjetivações por meio de novas organizações na pesquisadora e em sua relação com o objeto de pesquisa. Convidamos os leitores a percorrerem esta dissertação ocupando o seu espaço egocêntrico para dialogarem com os autores.

INTEGRALIDADE E TRANSDISCIPLINARIDADE EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA SAÚDE COLETIVA

O Paradoxo na Saúde Coletiva e a Integralidade da Atenção

Existe um contexto paradoxal no campo da saúde. Nele ocorre a inter-relação entre diferentes conceitos e diferentes lógicas, como saúde pública e saúde coletiva, saúde e doença, normal e patológico, Sujeito e coletivo, Sujeito e objeto, pensamento e ação, teoria e prática, concreto e abstrato, determinantes sociais e fatores de ordem subjetiva e biológica, atribuição institucional de responsabilidade e autonomia profissional, disciplina e transdisciplina.

Diversos pensadores e pesquisadores em saúde buscam compreender o trabalho coletivo em equipes multiprofissionais neste conjunto sistêmico e complexo do Sistema Único de Saúde – SUS (Campos, 1997, 1998, 2000, Cecílio, 1997b, Paim, Almeida Filho, 1998, 2000, Peduzzi, 1998, 2001, Schraiber et al., 1999) e as diferentes formas de relação e integração disciplinar (Azevedo e Souza et al., 2006, D’Ambrosio, 1997, Fazenda, 2002, Jantsch, Bianchetti, 2002, Iribarry, 2003, Japiassu, 1976, Nicolescu, 2001, 2003, 2005, Pombo, 2005, Sommerman, 2006). Essas distintas formas de relacionamento entre as disciplinas geram diferentes processos e organizações no trabalho entre os profissionais.

Nosso objetivo é refletir sobre o desafio de integrar as intervenções técnicas realizadas no atendimento aos usuários – cidadãos atendidos pelo SUS –, que gera a necessidade de ações simultaneamente interdependentes e autônomas entre os trabalhadores que compõem as equipes multiprofissionais. Concomitantemente, existem as formações disciplinares de cada especialista e os diferentes paradigmas de saúde e doença observados por cada um dos trabalhadores (Ceccim, 1998, Coelho, Almeida Filho, 2002, Pinheiro, 2001).

Essa situação paradoxal emerge a partir do tensionamento entre o desafio da integralidade (Cecílio, 2001, Fagundes, 2003, 2006, Mattos, 2001, 2004, Pinheiro, Luz, 2003, Pinheiro, Mattos, 2004), o trabalho em equipes multiprofissionais e a exigência de um processo interdisciplinar que produza ações/conhecimentos/emergências transdisciplinares em saúde coletiva (Paim, Almeida Filho, 1998, 2000, Passos, Barros, 2000, Spink, 2003). Embora o termo geralmente utilizado no campo da saúde “equipes multiprofissionais” conduza a um pensamento sobre o agir lado a lado, refletimos sobre os processos de trabalho interprofissionais nas relações de interação e integração entre as disciplinas e entre os trabalhadores. Este trabalho em equipes na área da saúde é uma estratégia coletiva que visa minimizar o intenso processo de especialização que tem caracterizado as práticas em saúde na contemporaneidade (Campos, 1997, 1998, 2000, Iribarry, 2003, Peduzzi, 1998, 2001).

Atualmente, são reconhecidos como profissionais de saúde pela Resolução 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde os assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Na interação entre diferentes profissionais, Peduzzi (2001), por meio de um levantamento bibliográfico, observou a predominância da abordagem estritamente técnica. Nela, a atividade de cada área profissional é apreendida como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades no qual a articulação dos trabalhos especializados não é problematizada.

Essa prática segmentada que aparece no processo de trabalho interprofissional das equipes vem colidir com a possibilidade da integralidade, um dos princípios orientadores do SUS. A integralidade, como uma diretriz e também como um conceito central na construção do SUS, quer significar a organização do fazer profissional, a organização do processo de trabalho e da política pública em saúde (Mattos, 2001, 2004). Política pública traduzida como

um sistema co-operativo entre Sujeitos na realização de diretrizes e ações coletivas organizadas por lógicas voltadas para a garantia dos direitos sociais (Paim, Teixeira, 2006).

Nessa dimensão, a subjetividade e a intersubjetividade (Azevedo, 2002, Campos, 2000, Sá, 2001, Schraiber et al., 1999) podem ser efetivamente aplicadas, tanto do ponto de vista de conceito quanto da perspectiva de cuidado e escuta em relação ao trabalhador e à população em geral (Cecílio, 2001, Pinheiro, Luz, 2003, Pinheiro, Mattos, 2004). A integralidade implica uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos e uma afirmação da abertura para o diálogo (Silva Junior, 1998).

Essa proposta associa-se à significação das práticas científicas na pós-modernidade. Tradicionalmente, a ciência necessitou decompor o conjunto em seus elementos básicos, em um processo analítico, gerando um olhar que dissocia os contextos históricos, ecológicos, políticos, culturais dos fenômenos estudados. Desse modo, fragmenta-se o próprio objeto de estudo em diferentes partes a serem analisadas isoladamente. Na prática da saúde coletiva, a integralidade, a visão sistêmica/complexa e o modelo de atenção psicossocial propiciam a dialógica entre as contradições e a emergência de um Sujeito complexo. “A concretização de um sistema integral não passa, portanto, pela aplicação exclusiva dos saberes disciplinares já existentes, mas pela construção incessante de práticas eficazes” (Pinheiro e Luz, 2003, p.23).

A construção de tais práticas dá-se, necessariamente, no âmbito da saúde coletiva, expressão que é uma invenção tipicamente brasileira, surgida em fins da década de 1970, na perspectiva de constituir um paradigma que permitisse uma articulação entre as diferentes instituições do campo da saúde (L’Abbate, 1997, 2003). Quanto à distinção entre saúde pública e saúde coletiva, vê-se que, na segunda, são considerados e incorporados no processo saúde-doença-intervenção-cuidado os determinantes sociais – práticas em saúde como práticas sociais, a participação e controle social dos usuários e a integração entre saberes técnicos e populares. Enquanto que na “pública”, o Sujeito tende a ser descontextualizado e o

adoecimento individualizado (Campos, 1997, 2000, Canesqui, 1995, Ceccim, 1998, Cecílio, 1997a, Mattos, 2001, 2004, Paim, Almeida Filho, 1998).

A partir dessa perspectiva, o processo saúde-doença começou a ser problematizado como produção social. Essa idéia difere da abordagem baseada unicamente em sinais e sintomas físicos e refere-se à processualidade do pensar-sentir-querer humanos, incluindo a expressão de processos vividos, contextualizados nas condições físicas, sociais, ambientais, culturais e econômicas, entre outras. No entanto, esse contexto de práticas integrais e de produção de saúde no fazer/ser coletivo caracteriza-se por um território marcado por tensões de naturezas epistemológicas, institucionais e, no âmbito das relações interpessoais, por relações de poder nas práticas profissionais. As tensões dão-se, também, em decorrência da difícil demarcação de fronteiras e da interação entre elas – Ciências Humanas e Sociais, Ciências Administrativas e Econômicas, Planejamento em Saúde, Ecologia e Saúde Ambiental, Epidemiologia, etc. (Paim, 2000).

Desde essa perspectiva passaram também a ser relevantes os estudos sobre planejamento (Testa, 2004) e os modelos de gestão na política e nos estabelecimentos de saúde, com o reconhecimento do papel central dos profissionais nessas organizações como, por exemplo, a gestão colegiada, (Campos, 1998) na busca de novos dispositivos institucionais de valorização das subjetividades (Campos, 1997, Cecílio, 1997b, Mattos, 2001, 2004, Pinheiro e Luz, 2003, Pinheiro, Mattos, 2004).

Complexidade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade

Trata-se, pois, de um contexto pautado pela complexidade. Está transversalizado pelas construções de cada disciplina e de cada saber – seja popular ou acadêmico – e pela idéia persistente da dificuldade de diálogo entre os diferentes atores envolvidos no processo.

Essa dificuldade dialógica é resultante de um pensamento simplificador incapaz de conceber a conjunção do uno e do múltiplo, do elo inseparável entre o observador e a coisa observada, anulando a diversidade (Morin, 2003). No pensamento complexo, no tecer junto, somos remetidos ao sistêmico, aos processos circulares, ao hologramático, à auto-eco-organização, às incertezas e aos emergentes - qualidades que nascem no nível do todo, pela organização que liga o sistema. No primeiro pensamento, há a perspectiva do erro pela racionalização (a doença da razão); no segundo, o erro é compreendido como contradição (Morin, 2000, 2001, 2002a, b, 2003, 2005a, b), isto é, como um espaço de construção.

Para Morin (2002a, p.93-96) existem sete princípios que nos auxiliam a compreender a complexidade: a) Princípio da recursividade organizacional, que liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo; b) Princípio “hologrâmico”, em que a parte está no todo, assim como o todo está inscrito nas partes; c) Princípio do circuito retroativo, em que a causa age sobre o efeito e o efeito age sobre a causa, modificando-a, gerando um novo efeito (retroação auto-reguladora); d) Princípio do circuito recursivo, em que os produtos e os efeitos são produtores e causadores daquilo que os produz; e) Princípio da autonomia/dependência entre Sujeito/indivíduo/ambiente (auto-eco-organização); f) Princípio dialógico – união entre ordem e desordem gera novas organizações (idéias e ações antagônicas, complementares ou concorrentes formam novas sínteses); g) Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, revelando o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro em uma cultura e época determinadas.

Para pensar a complexidade é necessária uma mudança do olhar sobre o nosso próprio entendimento pela “inteligência da complexidade” na religação dos saberes (Morin, 2000). Uma inteligência que integre dificuldades empíricas e lógicas e compreenda que o que “nos

circunda está inscrito em nós” e que não podemos “separar o mundo que conhecemos das estruturas de nosso conhecimento” (Morin in Schnitman, 1996).

Assim, o paradigma da complexidade que une ordem, desordem e auto-eco-organização na divergência com o paradigma cartesiano e da subsequente fragmentação disciplinar orienta-nos à transdisciplinaridade que foi considerada um novo campo de saber, distinto da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade, primeiramente, por Jean Piaget, em 1970, no encontro “Interdisciplinaridade – Ensino e Pesquisa nas Universidades”, na Universidade de Nice, na França.

Nicolescu (2005) afirma que Piaget manteve somente o significado “através” e “entre” do prefixo latino *trans*, devido ao fato de que, na época, o significado “além” representaria um impacto no clima intelectual. Então, em 1985, ele propôs a inclusão de “além das disciplinas”. Esse autor, ancorado nos estudos da física quântica, pensa que “além das disciplinas” expressa a inclusão do Sujeito e a interação Sujeito-Objeto.

Ao longo dos tempos, muitos são os autores e os estudos referentes ao tema, sendo que data marcante foi 1994, quando realizado o I Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, Convento de Arrábida, Portugal. Edgar Morin, Basarab Nicolescu e Lima de Freitas escreveram a “Carta da Transdisciplinaridade”: “A transdisciplinaridade não procura o domínio sobre as várias outras disciplinas, mas a abertura de todas elas àquilo que as atravessa e as ultrapassa” (art. 3º).

No II Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, ocorrido em 2005, no Espírito Santo, Brasil, por meio da “Mensagem de Vila Velha/Vitória”, os participantes do evento reiteraram a premência em desenvolver a atitude, a pesquisa e a ação transdisciplinar, evitando conceber a transdisciplinaridade como uma hiperdisciplina.

Morin, conversando com Basarab Nicolescu sobre complexidade e transdisciplinaridade, em transcrição de Badescu (2001), afirma que a dialógica é justamente o terceiro incluído. O terceiro incluído é a viga mestra da obra do físico e filósofo Stéphane Lupasco, criador de uma lógica energética que coloca o dinamismo contraditório na própria natureza e estrutura do lógico. Seguindo esse princípio, o diálogo entre trabalhadores expressa diferentes lógicas sobre saúde e políticas públicas, e as contradições resultantes dessas interações necessitam ser integradas na ação transdisciplinar. Assim, a transdisciplinaridade supõe a possibilidade de não haver prevalência de uma única lógica, mas sim a integração dos saberes, a partir de três axiomas (Nicolescu, 2001, 2005):

- **Axioma Ontológico**: há, na natureza e em nosso conhecimento da natureza, diferentes níveis de realidade do objeto e, correspondentemente, diferentes níveis de percepção do Sujeito;
- **Axioma Lógico**: a passagem de um nível de realidade para outro é verificada pela lógica do terceiro termo incluído, que se distingue da lógica clássica:

Lógica Clássica	Lógica Transdisciplinar
O axioma da identidade: $A \text{ é } A$	O axioma da identidade: $A \text{ é } A$
O axioma da não-contradição: $A \text{ não é não-}A$	O axioma da não-contradição: $A \text{ não é não-}A$
O axioma do terceiro excluído: não existe um terceiro termo que é ao mesmo tempo A e não- A	O axioma do Terceiro Termo Incluído (T): A , não- A e T no mesmo momento do tempo.

Tabela 1: Comparação entre Lógica Clássica e Lógica Transdisciplinar

- **Axioma da Complexidade**: a estrutura da totalidade dos níveis de realidade ou percepção é uma estrutura complexa: cada nível é o que é, porque todos existem ao mesmo tempo.

A partir desse entendimento, há, conseqüentemente, uma distinção entre o conhecimento disciplinar e o transdisciplinar:

Conhecimento Disciplinar	Conhecimento Transdisciplinar
<i>In vitro</i> : diz respeito a, no máximo, um nível de realidade.	<i>In vivo</i> : interessa-se pela dinâmica gerada pela ação de vários níveis de realidade ao mesmo tempo.
Objeto externo: conhecimento voltado à efetividade e dominação do mundo exterior, Sujeito e Objeto são separados.	Correspondência entre o Objeto (externo) e o Sujeito (interno), inseparáveis. Harmonização entre o espaço exterior da efetividade e o espaço interior da afetividade.
Conhecimento como forma acabada, numa mentalidade limitada e antiga.	Compreensão como unificação do saber com o ser humano, como ele é – assimilação constante, processo evolutivo sem fim.
Inteligência analítica : o campo de estudo é entendido como uma parte, não há atenção para o todo complexo ou para relações entre as partes. Orientada ao poder e à posse . O Sujeito se apropria do Objeto do conhecimento e o utiliza para ter poder.	Nova inteligência , que privilegia o equilíbrio entre mente , sentimentos e corpo . Orientada para a perplexidade e o compartilhamento . O Sujeito é seu conhecimento e o utiliza para compartilhar e estar em paz.
Lógica binária : o raciocínio segue uma linha lógica sem contradições, influenciado pelo comportamento linear. O mundo é mais complexo que isso.	Lógica do terceiro incluído : três axiomas que se multiplicam em infinitos julgamentos, sem a necessidade de eliminar contradições. É a unificação do sim e do não.
Exclusão de valores : suposta neutralidade do conhecimento.	Inclusão de valores : conhecimento não é neutro, pode voltar-se contra o ser humano; clara opção humanista.

Tabela 2: Comparação entre Conhecimento Disciplinar e Conhecimento Transdisciplinar
Fonte: Nicolescu, 2003

Na complexidade e no conhecimento transdisciplinar a compreensão humana transcende a explicação. A explicação responde às questões intelectuais e objetivas das coisas anônimas ou materiais. A compreensão humana comporta um conhecimento de sujeito a sujeito onde há uma identificação com o outro – *ego alter* e que se torna *alter ego*. Sendo intersubjetiva inclui, necessariamente, um processo de empatia, de identificação e de projeção (Morin, 2002d). Para o autor, a compreensão vai além da explicação.

Filiamo-nos, assim, à idéia de Almeida Filho (1997), que propõe que a concepção da transdisciplinaridade deve passar por uma redefinição, baseando-se na possibilidade de comunicação, não entre campos disciplinares (entidades míticas), mas entre agentes em cada campo – Sujeitos. Sujeitos que permitem o questionamento a partir do outro na interação transdisciplinar, por meio do exercício da tolerância e do rigor científico. “Depende de que pensemos muito mais em intersubjetividade que em subjetividade, que consideremos, em outras palavras, o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidade como indivíduos e grupos” (Ayes, 2001, p.68).

Esses estudos entendem que não há campo científico mais justificadamente transdisciplinar do que a saúde coletiva (Almeida Filho, 1997; Paim, Almeida Filho, 1998; Passos, Barros, 2000, Spink, 2003). Contudo, na prática, as ações transdisciplinares revelam contradições porque subvertem o “eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos” (Passos, Barros, 2000, p.76).

Nessa discussão, a partir de um processo dialógico, observamos que a contribuição da transdisciplinaridade na questão da saúde coletiva e no princípio da integralidade é paradigmática. É necessário que a saúde seja entendida como sistema (Moraes, 2004, Vasconcelos, 2002) aberto, complexo e auto-eco-organizado. O sistema aberto, desde a ótica tanto do Sujeito observador/conceptor/ator quanto do sujeito observado/concebido (Morin, 2002b), é caracterizado por diferentes níveis de realidade, percepções, idéias e conceitos. Como decorrência, emerge a concepção da integração Sujeito-objeto e o entendimento de que o Sujeito não pode ser capturado por uma única disciplina. É necessário lidar com as contradições, em que níveis de realidade são privilegiados, respeitando-se a multidimensionalidade e a multirreferencialidade dos contextos (Nicolescu, 2005). “Nada como desafios impostos pela vida (mundo empírico) para estimular sujeitos a reconhecerem pontos de quebra ou de contradição em suas teorias” (Campos, 1998, p.864).

Essas reflexões colocam-nos frente à necessidade da ação/processo interdisciplinar nas equipes multiprofissionais no SUS, pois, diante de um contexto complexo e multifacetado, o processo de trabalho precisa da integração e diálogo entre diversos atores e seus saberes disciplinares. É a ação modulando o saber e o fazer (Pinheiro, Luz, 2003).

Embora haja vários estudos sobre interdisciplinaridade, utilizaremos aqui o entendimento de Pombo (2005). Para ela, trata-se de um fenômeno curioso, pois, apesar de não haver um conceito de interdisciplinaridade relativamente estável, a palavra tem uma

utilização muito ampla e é aplicada em muitos contextos. Em sua busca de definição para a integração entre os saberes, alerta para o fato de que temos quatro palavras semelhantes: multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. A interdisciplinaridade é compreendida como uma etapa de um processo contínuo:

- Que inicia na pluri/multidisciplinaridade, supondo o pôr em conjunto, isto é, profissionais trabalhando juntos, e o paralelismo de pontos de vista;
- Avançando no processo para uma combinação, convergência e complementaridade, ultrapassa a dimensão do paralelismo e caracteriza-se num processo interdisciplinar;
- E, quando se aproxima de um ponto de fusão e unificação, nos conduz a uma perspectiva holista.

Em relação a esta última definição, entendemos que o produto transdisciplinar, resultante de um processo interdisciplinar, traz a emergência do terceiro incluído, ou seja, a dialógica em que a fusão ou unificação não se traduz numa unidimensionalidade, mas na abertura para um conjunto de níveis de realidade. Morin (2001) distingue complexidade de holismo, pois este último procura a explicação no nível da totalidade, diferentemente do princípio da recursividade organizacional em que o todo é maior e menor que a soma das partes.

Assim, é no processo interprofissional dos grupos e na política pública em saúde que observamos movimentos em direção aos processos interdisciplinares, revelando a complexidade das relações humanas e da coletividade. É no processo grupal e nas relações intersubjetivas que se desvelam as contradições, as rupturas e as possibilidades de reinvenção e reforma de pensamento, manifestando a inseparabilidade entre Sujeito e objeto.

Nossas inquietações sobre esse trabalho complexo estão ancoradas nas experiências profissionais e em alguns dados sobre o amplo uso e entendimento de que o trabalho em equipes multiprofissionais é adequado ao campo da saúde coletiva (Peduzzi, 1998, 2001,

Schraiber et al., 1999). Em dezembro de 2006, no Brasil, é cadastrado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) número mil (1000). Esses serviços operam por meio de equipes multiprofissionais. Outra estratégia similar do SUS é o Programa Saúde da Família (PSF), no qual o trabalho coletivo também acontece em equipes multiprofissionais na lógica da integralidade da atenção, conjuntamente com as Equipes de Saúde Bucal (ESB) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Até o final de 2005, o PSF atingiu o número de 24,6 mil equipes, a ESB chegou a 12,6 mil e um total de 208 mil agentes comunitários. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliadas, contam ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Podemos estimar que somente esses três programas envolvem um contingente de, aproximadamente, 350 mil trabalhadores. Cabe ressaltar que os programas de DST/HIV/AIDS e da Saúde do Trabalhador também caminham na construção de saberes interprofissionais na busca da integralidade no processo saúde-doença-trabalho-cuidado-intervenção (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

Considerando o fato de que se proponha esta estratégia de trabalho em equipes como um dispositivo de contemplar os processos interprofissionais não há uma correspondente discussão relativa a este método no sentido de desenvolver competências no trabalho coletivo. Assim, discutimos aqui as práticas integrais na saúde mental coletiva, compreendendo que ela se estende a outras temáticas na saúde que operam com equipes multiprofissionais na reorientação do modelo assistencial e na reorganização dos serviços de saúde (Campos, 1998, 2000, Cecílio, 1997b, Paim, Almeida Filho, 1998, Pitta, 2001, Ribeiro, Motta, 1996).

Após 14 anos da Lei Estadual 9.716/1992 no Rio Grande do Sul, cinco anos da Lei Federal 10.216/2001 e todos os investimentos/financiamentos na área, os trabalhadores percebem dificuldades/potencialidades na mudança de orientação do modelo assistencial,

tendo a necessidade de superar lógicas que embasam o modelo hospitalocêntrico e manicomial – envolvendo, assim, o desenvolvimento de uma rede de cuidados progressivos em saúde mental.

Nossa experiência de trabalho na saúde coletiva, especificamente na saúde mental, contribui para o relato de que, nesse campo, há maior diversidade de profissões, agregando-se a ele uma trajetória intensa de saberes e tecnologias advindas da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Sanitário na busca da integralidade das ações. Trabalhar com a “loucura” através da atenção psicossocial exigiu a ruptura dos processos e olhares fragmentadores na atenção ao usuário, mobilizando os trabalhadores na saúde mental a reorganizarem suas práticas. Percebe-se que esta exigência em integrar subjetividades, projetos coletivos e serviços organizados a partir de equipes multiprofissionais e seus processos inter/transdisciplinares gera contradições, mal-estares e sofrimento psíquico aos trabalhadores (Sá, 2001). Este contexto impulsiona a busca de novas tecnologias, contribuindo para que neste contexto haja grande proliferação de saberes

Essa reflexão transversal entre teoria/prática e prática/teoria objetiva contribuir com compreensões acerca do paradoxo vivenciado pelos trabalhadores em equipes multiprofissionais na saúde coletiva, quando estes buscam integrar suas subjetividades e formações disciplinares a um contexto complexo e interdisciplinar, numa prática de trabalho que implica, necessariamente, a intersubjetividade.

A experiência de trabalho na saúde coletiva sugere que devemos buscar novas estratégias e dispositivos que possam se configurar em práticas eficazes de humanização e acolhimento aos trabalhadores em saúde que, considerando o princípio da integralidade, revertam em melhoria na atenção integral ao usuário.

O desafio é compreender/explicar esse processo de circuito cognitivo-prático do qual faz parte o trabalhador. Na intencionalidade de ativar o processo da integralidade, deparamo-

nos com a complexidade de integrar Sujeito-objeto, teoria-prática, saber-fazer, pessoal-político, privado-público, local-global, individual-coletivo, sagrado-profano com a permeabilidade entre as fronteiras disciplinares.

Com esse objetivo, descrevemos a seguir um esquema/diagrama que busca dar visibilidade a nossa imagem/representação/lógica desse contexto complexo e dialógico de interações, inter-relações e articulações entre elementos, concepções, teorias e paradigmas relacionados à questão da integralidade e transdisciplinaridade na saúde coletiva, no trabalho interprofissional dos trabalhadores no SUS.

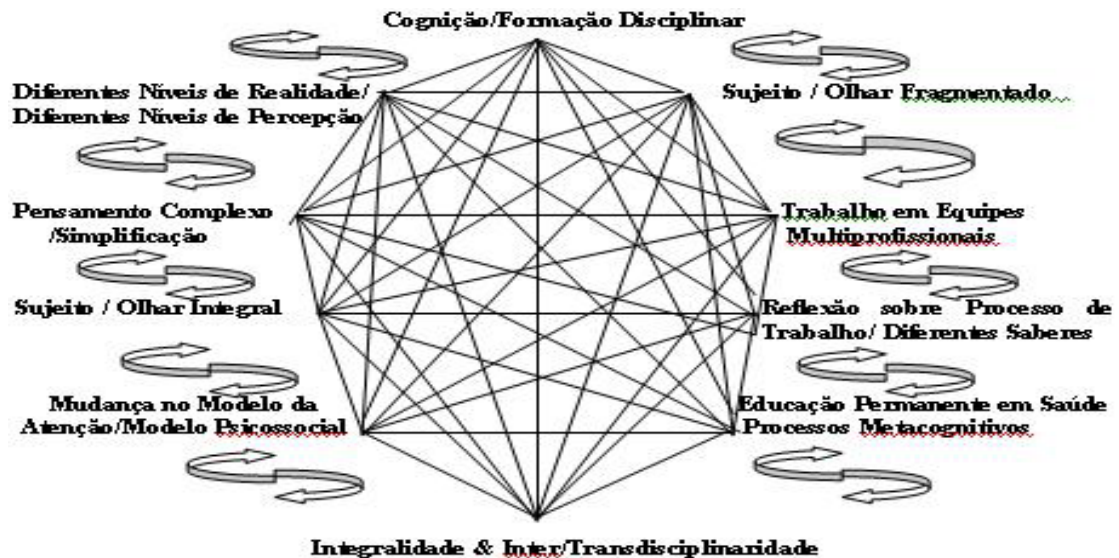


Fig. 1 - O Paradoxo da Integração Disciplinar

O desafio da integralidade lança-nos ao “desafio da complexidade”. Esta encaminha-nos a pensar que a integralidade exige que o Sujeito trabalhador exercite um processo de auto-eco-organização. Esse movimento requer que o Sujeito trabalhador se conceba um Sujeito em relações intersubjetivas e em situação de interdependência com o universo, com sua prática e com a organização dos serviços e outros elementos do sistema.

A complexidade abre e desenvolve o diálogo entre interação, ordem, desordem e organização, para conceber, na sua especificidade, em cada um de seus níveis, os fenômenos

físicos, biológicos e humanos. “Esforça-se por obter a visão poliocular ou poliscópica, em que, por exemplo, as dimensões físicas, biológicas, espirituais, culturais, sociológicas, históricas, daquilo que é humano deixem de ser incomunicáveis” (Morin, 2000, p.30).

Há uma coincidência entre o conhecimento-saber produzido no campo da saúde coletiva e os estudos sobre a complexidade. Ambos vêm propondo a ênfase na necessidade de a ciência resgatar sua capacidade de gerar sínteses diante da produção de um sujeito fragmentado e dos desafios oriundos do processo de especialização (Almeida Filho, 1997; Morin, 2000, 2001, 2002a, b, 2005a, b).

Equipes Multiprofissionais e a Noção de Sujeito em Morin

Os trabalhos em equipes multiprofissionais na saúde coletiva remetem à complexidade e promovem experiências que exigem o encontro com as fronteiras disciplinares, com as diferenças e com as vulnerabilidades dos agentes sociais. O trabalhador, na integração disciplinar, oscila entre o “isolamento paranóico” e/ou a “fusão esquizofrênica” (Campos, 2000). Ou seja, desafiado pelas dificuldades nessa prática psicossocial, muitas vezes, o trabalhador encontra-se num fazer/contexto confuso e desgastante, com polarizações que vão desde atitudes/ações isoladas até uma sobreposição dos limites das disciplinas.

Este trabalho, na busca da integralidade nas ações, apresenta-se transversalizado pela convivência entre diferentes paradigmas: reprodução de modelos e práticas de atenção embasadas numa visão de Sujeito fragmentado, descontextualizado e unidimensional, conjuntamente com os paradigmas das práticas integrais.

A construção da integralidade na atenção e da transdisciplinaridade nas equipes de trabalho interprofissionais na saúde coletiva constitui sistema complexo, que entrelaça as dimensões indivíduo e sociedade, a problemática da adesão e participação, bem como a imbricação com os processos de mudança. É o resultado da interação entre os Sujeitos

trabalhadores, que trazem consigo suas crenças, valores, concepções de Sujeito, de mundo e, conseqüentemente, de saúde (Coelho, Almeida Filho, 2002, Pinheiro, 2001).

Focamos nossa atenção nas interações entre os Sujeitos trabalhadores na equipe multiprofissional. Para fazer essa reflexão entre, através e além da disciplina (transdisciplina) no campo da saúde coletiva, entendemos que é necessária a noção de Sujeito complexo, dialógico e relacional proposta por Morin (2002a) em relação à subjetividade, tanto do trabalhador quanto daquele que necessita do cuidado em saúde.

Para Morin (2002a), a primeira definição de Sujeito é o egocentrismo – posicionar-se no centro de seu mundo: “o ‘Eu’ ... é o pronome que qualquer um pode dizer, mas ninguém pode dizê-lo em meu lugar. “Eu [je] sou eu [moi]” é uma fórmula utilizada por Morin para explicar o princípio “logístico” de identidade em que: “Eu” [je] é o ato de ocupação do espaço egocêntrico; “eu” [moi] é a objetivação do ser que ocupa esse espaço. Um “Eu” que ocupe o centro de seu mundo para que a partir deste possa interagir e co-operar com os outros. “Eu [je] sou [moi]” é o princípio que permite estabelecer, a um só tempo, a diferença entre o “Eu” (subjetivo) e o “eu” (sujeito objetivado) e sua indissolúvel identidade. Ou seja, a identidade do sujeito comporta um princípio de distinção, de diferenciação e de reunificação.

Morin (2002a) leva-nos a pensar que um Sujeito que comporta em si, além do “Eu” subjetivo, um sujeito objetivado (eu), é um Sujeito em relação ou numa relação intersubjetiva que pode se estabelecer nele com ele mesmo e, através dele, com o outro, a partir de si mesmo. ““Eu sou eu’ já traz uma dualidade implícita – em seu ego, o sujeito é potencialmente outro, sendo ao mesmo tempo ele mesmo” (p.123). É na alteridade que ele pode comunicar-se com o outro e reconstruir conceitos, idéias e práticas.

Então, podemos pensar, junto com o autor, que é a partir da alteridade, do Sujeito complexo e intersubjetivo, que se viabiliza o trabalho coletivo e interprofissional nas equipes.

Esse fazer proporciona diálogos entre os Sujeitos disciplinares (especialistas), e a integração disciplinar acontece em espaços emergentes pela transversalização dos saberes.

A equipe multiprofissional favorece a reflexão sobre o papel profissional e o processo de trabalho no interior das instituições (L'Abbate, 1997) através dos espaços de diálogos e percepções sobre as atividades e as dificuldades na integralidade das ações. Sujeitos e disciplinas dialogando, com rigor e tolerância, sobre as distintas lógicas dos Sujeitos e das disciplinas fazem emergir saberes/objetos transdisciplinares, tecidos a múltiplas mãos. A reflexão acontece na comunicação entre os elementos percebidos separadamente que formam o quebra-cabeça, através da interdependência entre o objeto do conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, as partes entre si (Morin, 2001).

A compreensão desse trabalho interdisciplinar e interprofissional, atravessado pelas exigências de competências coletivas, de múltiplos desenhos institucionais e do trabalho em equipe na resolução da tarefa, entende esse pequeno grupo como espaço privilegiado para o exercício do princípio da integralidade.

Assim, a equipe multiprofissional, caracterizada e compreendida como pequeno grupo, propicia aos seus integrantes a produção de interações, organizações e subjetivações. Esse processo é facilitado pelo pequeno número de participantes – entre oito e doze. Esse número reduzido de pessoas possibilita que todos se vejam e ouçam simultaneamente e que, ao mesmo tempo, se conheçam e reconheçam em seus modos de existência e nas diferenças e semelhanças que há entre eles (Seminotti, 2000; Seminotti, Cruz e Borges, 2004). Os trabalhadores encontram, no pequeno grupo, um ambiente de fomento à emergência de Sujeitos que, em relação aos outros Sujeitos, produzem formas de subjetivações (Alves e Seminotti, 2005; Cardoso e Seminotti, 2005).

A discussão/reflexão da prática em saúde coletiva no pequeno grupo constrói um caminho para que os trabalhadores se envolvam no processo de construção da integralidade.

Os trabalhadores necessitam preparar-se para oferecer, de forma conjunta, ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação (SUS). Para isso, eles precisam refletir criticamente sobre seu processo de trabalho, viabilizando estratégias para o reconhecimento de suas práticas integrais e uma abertura à educação permanente (Ceccim, 2005, Ribeiro, Motta, 1996). Essa estratégia reflexiva busca a articulação entre políticas de educação e saúde, objetivando a aproximação entre a subjetividade e a prática dos trabalhadores com o direcionamento de um Sujeito/Usuário contextualizado a partir de suas necessidades sociais em saúde.

Entretanto, na fala de muitos trabalhadores, aparece a necessidade de estratégias de cuidado ao cuidador: “nós cuidamos dos outros, mas quem cuida de nós?”. O trabalhador percebe seu sofrimento diante da prática, mas, na maioria das vezes, não correlaciona a fragmentação do processo de trabalho com as formações disciplinares e a concepção de Sujeito separado do objeto, excluído do sistema. Se os trabalhadores percebem o desconforto entre sua prática e seus conceitos com a realidade que vivenciam, abrem-se, com esse estranhamento, espaços necessários para a incorporação de novos elementos constitutivos de mudança (Ceccim, 2005).

Por meio da reflexão sobre o processo de trabalho, os Sujeitos trabalhadores viabilizam estratégias coletivas de transformação do conhecimento e da prática profissional. Tal processo reflexivo já foi aludido por diversos autores. Na ação do sujeito: em Piaget (1978), como pensamento lógico matemático; em Flavell (1979), como processos metacognitivos; em Morin (2000, 2001, 2002a, 2003, 2005b), no pensamento do pensamento e na consciência como emergência reflexiva que permite o retorno da mente a si mesma em circuito; em Nicolescu (2001, 2005), na inclusão do Sujeito como Terceiro Termo Incluído. E na ação coletiva: em Ceccim (2005), na proposta de educação permanente; em Barker e Domenici (in Schnitman, 1999), mediação reflexiva; em Cappanari (2005), equipe reflexiva. É na

ação/reflexão sobre os processos grupais e coletivos que integramos o pensamento cartesiano/racionalista e o complexo/transdisciplinar.

A discussão do trabalho em equipes revela-se importante se considerarmos que todo ator tem uma visão específica da realidade. Isso porque um ator está imerso em uma cegueira paradigmática, relacionada ao referencial que utiliza para enfrentar o mundo, ou seja, há ângulos da realidade que se desconhecem, e, no próprio conhecimento, temos zonas de desconhecimento. Assim, o trabalho em equipes multiprofissionais é uma maneira de considerar a visão dos outros, melhorando a qualidade da ação (Merhy, 1997; Spink, 2003).

É nesse processo grupal, interprofissional e interdisciplinar que a intercomunicação entra nas relações humanas, construindo um mosaico caleidoscópico de vivências que nos desafiam à complexidade (Morin, 2001). E essa complexidade, que se manifesta também na vida coletiva do pequeno grupo, encontra formas de simplificação através dos organizadores do grupo. Estes dão visibilidade ao processo do grupo de modo a poder observar, descrever e analisar a complexidade inerente à equipe multiprofissional, promovendo, com isso, a viabilidade desse trabalho (Seminotti, Borges, Cruz, 2004).

Na saúde mental coletiva, que é posta em prática por diferentes profissionais, constituindo equipes multiprofissionais, o fazer oportuniza um contínuo processo reflexivo: como realizar a atenção integral ao usuário a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica? Como realizar processos e práticas interprofissionais? Como trabalhar no intercâmbio com outras disciplinas (especialidades) e interdisciplinarizar? Como estabelecer práticas que contemplem o atendimento psicossocial e a articulação com a rede (governamental e não-governamental) e ações intersetoriais? Como lidar com as frustrações advindas de uma prática inovadora e com a reprodução de “métodos antigos” sob olhares de “novas tecnologias”? Como adquirir independência e autonomia no processo de trabalho das equipes, mantendo a interdependência com o sistema e com as diretrizes da integralidade da atenção (Campos,

1998)? Como realizar o cuidado ao cuidador e promover a saúde do trabalhador?

Neste momento, o leitor/trabalhador em saúde pode nos perguntar: como a complexidade e a transdisciplinaridade podem resolver minhas questões/dúvidas/angústias no fazer cotidiano da saúde?

Se a pergunta for feita, já é um indicador de abertura para o diálogo, para o questionamento, para pensar o pensamento, para aprender fazendo, para (re)aprender a (re)aprender, para saber aprender. Esta abertura comporta a aceitação do desconhecido, do inesperado e do imprevisível e desenvolve estratégias. A pergunta é um indício de uma alteração paradigmática, e é possível que a equipe multiprofissional inicie a reflexão sobre seu processo de trabalho dentro de uma perspectiva do isso e/ou aquilo, do certo e/ou errado.

Esse processo reflexivo, acreditamos, pode ser subsidiado pela lógica transdisciplinar e pela observação das equipes multiprofissionais, apoiando-se nos princípios do método proposto por Morin (2002a).

O entendimento da saúde como sistema aberto e complexo faz reverberar no trabalhador a disponibilidade em tomar o conhecimento (formação disciplinar) como um instrumento de aprendizagem centrada na invenção de estratégias e outras respostas aos desafios perante a condição humana. Estratégia para Morin (2002b, p.250) “supõe a aptidão para empreender uma ação na incerteza e para integrar a incerteza na conduta da ação; necessita de competência, iniciativa e decisão”. Assim, não há uma prescrição programática. Há uma indicação de que o Sujeito trabalhador encontre, dentro de si, no outro e na relação, a sua dimensão sapiens/demens, conviva com a saúde/doença de si e do outro e desvende suas “brechas lógicas”, ou seja, suas contradições (Morin, 2001b, 2002b).

O SUJEITO E A COLETIVIDADE UM CAMINHO TRANSDIALÓGICO NA SAÚDE COLETIVA

Política Pública em Saúde e a Integralidade da Atenção

Esta é a transcrição e tradução de um percurso investigativo que exercitou uma relação complexa com o trabalhador em saúde a partir da noção de Sujeito, de Edgar Morin (2002a). Alicerçamo-nos na interconexão entre os sete princípios do Método (Morin, 2002a, p.92) e a lógica transdisciplinar (Nicolescu, 2001, 2005).

Os questionamentos geradores desta pesquisa advieram das experiências profissionais em psicologia na política pública de saúde como trabalhadora e gestora em saúde mental, compreendidas desde as lógicas de um sistema complexo (Morin, 2000, 2001, 2002a, b, 2003, 2005a, b, Vasconcellos, 2002, Moraes, 2004).

Circulamos entre teoria e prática para compreender o processo de ativação do princípio da integralidade (art. 196, II, Constituição Federal de 1988; art. 7º, II da Lei 8080/1990 – Sistema Único de Saúde - SUS) na ação transdisciplinar das equipes multiprofissionais na saúde coletiva (Campos, 2000, L'Abbate, 2003, Paim, Almeida Filho, 1998). O organizador central deste estudo são as discussões acerca da interdependência entre Sujeito e coletividade na construção da política pública em saúde.

A organização do trabalho na saúde através das equipes multiprofissionais é uma estratégia para minimizar o intenso processo de especialização nesse campo, o que tem caracterizado as práticas na contemporaneidade (Campos, 1997a, b, 1998, Iribarry, 2003, Peduzzi, 1998, 2001, Peduzzi, Anselmi, 2002).

A política pública de saúde no Brasil, decorrência do Movimento Sanitarista e da Reforma Sanitária (Ceccim, 2005, Feuerwerker, 2005, Gallo et al., 1988, Lana, Gomes, 1996,

Paim, Teixeira, 2006), reorienta e enfatiza modelos de atenção integral nas ações dos trabalhadores. O SUS presentifica-se na interconexão e interdependência entre as diretrizes e ações de cada esfera de governo (federal, estadual e municipal). É um sistema multidimensional que estabelece conexões com outras políticas públicas, integrando a subjetividade do trabalhador em saúde com aspectos técnico-políticos de formação profissional, modelos de gestão, planejamento, financiamento e ações intersetoriais (Ayres, 2001, Cecílio, 1997b, Campos, 1997a, b, 1998, Fagundes, 2003, 2006, Minayo, 2001, Schraiber, Machado, 1997, Sá, 2001, Testa, 2004).

Na ativação do princípio da integralidade, existe uma situação paradoxal no campo da saúde. Há contradições no cotidiano dos serviços, principalmente no que tange aos trabalhos realizados por equipes multiprofissionais, diante da exigência de processos inter/transdisciplinares. Os trabalhadores, na relação interprofissional, acessam suas distintas formações disciplinares na realização das tarefas e encontram dificuldades na sua prática coletiva. É necessária a integração de diferentes paradigmas, conceitos e lógicas sobre o binômio saúde-doença (Coelho, Almeida Filho, 2002; Schraiber, Machado, 1997, Schraiber et al., 1999).

Diversos autores estudam a integralidade como dispositivo de mudança do modelo assistencial para a implantação de práticas eficazes (Cecílio, 2001, Fagundes, 2003, 2006, Pinheiro, Luz, 2003; Pinheiro, Mattos, 2004) e como tecnologia de cuidado relevante para a implantação e consolidação do SUS. A integralidade é compreendida como a organização do fazer disciplinar/profissional, do processo de trabalho nas equipes e nos serviços e da política pública em saúde (Mattos, 2001, 2004).

Diante das dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores na reorientação do modelo assistencial da doença à atenção integral (Ceccim, 2005, Campos, 1997a, b, Merhy, 1997, Pitta, 2001), emerge a necessidade da reflexão sobre o cotidiano e os processos de trabalho.

Por meio do processo reflexivo, alguns trabalhadores podem romper as barreiras de suas lógicas e abrir-se para a invenção de estratégias e dispositivos criativos (L'Abbate, 1997, Ribeiro, Motta, 1996).

No processo reflexivo intersubjetivo entre os trabalhadores e trabalhadores/usuários, pode ocorrer o diálogo entre múltiplos saberes (especialista, técnico, administrativo, do usuário). Ao mesmo tempo, co-operam com relações lineares, com a dominância de um saber em detrimento de outros, emergindo práticas autoritárias. A interação entre distintos paradigmas que atravessam a rede de significados de cada Sujeito contrapõe-se à dificuldade de diálogos e processos inter/transdisciplinares.

Assim, entendemos a Política Pública como propositora de mudanças paradigmáticas por meio dos processos intersubjetivos e da compreensão dos sistemas complexos. Concebem-se movimentos recursivos entre processos de subjetivação e transformações socioculturais que podem revelar os elos que ligam o Sujeito à Coletividade.

Complexidade e a Integração dos Saberes

O trabalho em equipes possibilita processos interdisciplinares e transdisciplinares. Interdisciplinarizar (Azevedo e Souza et al., 2006, D'Ambrosio, 1997, Fazenda, 2002, Jantsch, Bianchetti, 2002, Iribarry, 2003, Japiassu, 1976, Nicolescu, 2001, 2005, Pombo, 2005, Sommerman, 2006) pode ser compreendido como uma forma de interação entre duas ou mais disciplinas e diz respeito, geralmente, à transferência de métodos de uma disciplina a outra.

Por outro lado, Pombo (2005) concebe as diferentes formas de integração disciplinar como um processo progressivo que inicia na multi/pluridisciplinaridade, que é o pôr em conjunto, passando para a interdisciplinaridade, que é a articulação entre os saberes, até chegar à transdisciplinaridade, que pressupõe um ponto de fusão, de unificação dos saberes.

Já Nicolescu (2005) propõe o conceito de transdisciplina como uma lógica distinta da lógica clássica com o qual nos identificamos.

Lógica Clássica	Lógica Transdisciplinar
O axioma da identidade: $A \text{ é } A$	O axioma da identidade: $A \text{ é } A$
O axioma da não-contradição: $A \text{ não é não-}A$	O axioma da não-contradição: $A \text{ não é não-}A$
O axioma do terceiro excluído: não existe um terceiro termo que é ao mesmo tempo A e não- A	O axioma do Terceiro Termo Incluído (T): A , não- A e T no mesmo momento do tempo.

Tabela 3: Comparação entre Lógica Clássica e Lógica Transdisciplinar

A lógica transdisciplinar assemelha-se à lógica clássica nos dois primeiros axiomas, entretanto, diferencia-se no Terceiro Termo Incluído (T). Para Lupasco, criador dessa lógica (Badescu, Nicolescu, 2001), o T pode ser a dialógica e, para Nicolescu (2005), pode ser o Sujeito.

Trata-se de um Sujeito que está aberto ao diálogo, pelo reconhecimento da convivência de mais de um nível de realidade, onde não há uma hierarquia piramidal expressa na relação de poder de um sobre os outros. A hierarquia está vinculada às organizações do processo e às emergências na circularidade entre o fazer individual e o coletivo.

Um nível de realidade é o “conjunto de sistemas invariantes sob a ação de um número de leis gerais” (Nicolescu, 2001, p.29), sendo que realidade, para esse autor, é “aquilo que resiste às nossas experiências, representações, descrições, imagens ou formalizações matemáticas” (p.28). “A objetividade só pode vir de um Sujeito” (Morin, 2002, p.80).

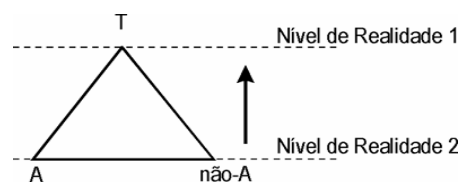


Fig. 2 – Representação dos Níveis de Realidade

Fonte: Nicolescu, 2002, p.51

Computamos a transdisciplinaridade como metodologia de pesquisa embasada em três pilares (Nicolescu, 2001, 2005): os diferentes níveis de realidade do objeto e níveis de percepção do Sujeito; a lógica do Terceiro Termo Incluído e a complexidade. A lógica transdisciplinar está na gênese deste estudo e foi computada na lógica da pesquisadora numa relação recursiva com o objeto pesquisado. Os diferentes níveis de realidade e níveis de percepção são computados a partir das lógicas dos participantes e da pesquisadora em processos de auto-eco-organização.

O Sujeito e a Equipe Multiprofissional

O Sujeito trabalhador em saúde, na sua relação multiprofissional de trabalho, depara-se com situações complexas que exigem sua entrega à multiplicidade de lógicas e, ao mesmo tempo, que cada indivíduo se posicione no centro de seu mundo: que ocupe seu espaço egocêntrico (Morin, 2002a). Dessa forma, a intersubjetividade pode ser reconhecida e integrada na alteridade como um elemento do sistema e como estratégia na realização das tarefas coletivas, como, por exemplo, pela mediação reflexiva (Barker, Dominici, 1999), que, na produção subjetiva entre os trabalhadores, gera novas estratégias e novas invenções. Estratégia que é aberta e reorganiza o caos, que comporta a variabilidade, encontrando recursos e desvios, operando regressos e afastamentos, enfrentando o imprevisto (Morin, 2002b).

Neste campo da saúde coletiva que é marcado por conflitos de naturezas epistemológicas e de relações de poder entre os trabalhadores e suas respectivas lógicas (Paim, 2000), o Sujeito, como um sistema aberto/fechado no exercício entre as fronteiras disciplinares, com rigor científico e tolerância, pode interdisciplinarizar, realizar ações intersetoriais e trabalhos em equipes.

É nas equipes multiprofissionais, no processo e organização desse pequeno grupo, onde todos se conhecem e reconhecem em seus modos de existência e nas diferenças e semelhanças

que há na intersubjetividade entre eles (Seminotti, 2000; Seminotti, Borges e Cruz, 2004), que a experiência reflexiva propicia o reconhecimento e a legitimação das lógicas singulares, podendo viabilizar a integração dos saberes.

Este trabalho em grupo no campo da saúde coletiva é justificadamente transdisciplinar (Almeida Filho, 1997; Passos, Barros, 2000). Exige um pensamento do contexto e do complexo (Morin, 2002a). “Eu sou eu”, princípio logístico de identidade onde o Sujeito em seu “ego é potencialmente outro, sendo ao mesmo tempo ele mesmo” (p.123). Sujeito produto e produtor (auto-eco-organizado) que constrói sua autonomia nas relações de dependência, pois sua liberdade está sujeitada ao outro e à coletividade (Morin, 2002). Sujeito capaz de objetivar-se sem anular sua dimensão subjetiva. Distinção necessária no cuidado de si e ao outro, possibilitada pela permanência da auto-referência ligada ao “Eu”.

Assim, tem-se um Sujeito (T), que oportuniza as emergências na inclusão/pertença ao sistema complexo da saúde – na política, nos serviços, nas equipes e no fazer profissional. Um Sujeito (T) aberto à intersubjetividade. Na interdependência hologramática, onde a parte está no todo e o todo inscrito nas partes, são produzidas novas lógicas de ação que possibilitam o trabalho transdisciplinar na equipe.

O Sujeito (T) organiza o sistema pela dialógica entre os pares de contraditórios numa triangulação, no mesmo momento do tempo (A, não-A e T): Sujeito /coletividade/T; saúde/doença/T; público/privado/T; manicomiais/antimanicomiais/T, integrando-os na uniduidade como complementares (Morin, 2002).

O CAPS na Reforma Psiquiátrica – O Contexto Político/Social e Local

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (Portarias 336/2002 e 189/2002) são serviços públicos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. A proposta de trabalho é o atendimento intensivo e humanizado ao portador de sofrimento psíquico grave e a constituição de redes cuidadoras (Brasil, 2004). Opõe-se ao sistema de isolamento e

institucionalização do “louco”. É um serviço onde os trabalhadores podem exercer o acolhimento, a escuta e a significação de uma relação com o Sujeito usuário na perspectiva da alteridade.

Neste universo em transformação a partir da política de Reforma Psiquiátrica, que tem diretriz antimanicomial, há processos de ordem/desordem, avanços/retrocessos e novas organizações. Os trabalhadores nos CAPS realizam projetos e intervenções, muitas vezes, sem o dimensionamento do sistema complexo do qual fazem parte. Sentimentos de impotência e adoecimentos são gerados pelas frustrações de uma prática com fins teleológicos quando trabalham na direção da cura/saúde mental, compreendida como organização de uma desordem psíquica e ajustamento ao padrão estereotipado de normalidade. Em contrapartida, apesar dos movimentos de contra-reforma, as lógicas antimanicomiais produzem novos paradigmas nos processos de subjetivação de trabalhadores, usuários e na sociedade.

A equipe multiprofissional, objeto de pesquisa pertence a um CAPS localizado em município da região metropolitana do Estado do Rio Grande do Sul, e é composta por: psiquiatra, psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeira, fonoaudióloga e técnica de enfermagem – seis profissionais de nível superior e um funcionário de nível médio. Participou também da pesquisa uma psicóloga que coordena a saúde mental do município. Os trabalhadores da área administrativa, da portaria e da limpeza atendiam outros dois serviços de saúde mental que se localizavam no mesmo espaço físico. O CAPS faz parte de uma rede que inclui um hospital geral, a atenção básica e os serviços de saúde mental: “ambulatório” em saúde mental, o CAPS e um centro de atendimento à criança e ao adolescente.

CAMINHO TRANSDIALÓGICO – Um Método Recursivo e Auto-Eco-Organizador

O delineamento da pesquisa propiciou a análise dos processos interativos e interdependentes entre os participantes da pesquisa, as concepções e paradigmas que percorrem o imaginário simbólico dessas relações *entre/através/além* dos Sujeitos, dos

Sujeitos-trabalho, dos Sujeitos-políticas públicas, juntamente com os aspectos facilitadores e/ou dificultadores dessas práticas. Um olhar transversalizado sobre os processos recursivos, de retro-alimentação e auto-eco-organização que caracterizam o fenômeno nas relações de interdependência com o contexto.

Descrevemos abaixo os princípios do método (Morin, 2002a, p.93-96) para auxiliar a compreensão/explicação dessa tessitura:

- Princípio sistêmico ou organizacional, que liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo;
- Princípio “hologrâmico”, em que a parte está no todo, assim como o todo está inscrito nas partes;
- Princípio do circuito retroativo, em que a causa age sobre o efeito e o efeito age sobre a causa, modificando-a, gerando um novo efeito (retroação auto-reguladora);
- Princípio do circuito recursivo, em que os produtos e os efeitos são eles mesmos produtores e causadores do que os produz;
- Princípio da autonomia/dependência entre Sujeito/indivíduo/ambiente (auto-eco-organização);
- Princípio dialógico – união entre ordem e desordem gera novas organizações; idéias e ações antagônicas, complementares ou concorrentes formam novas sínteses;
- Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, revelando o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro em uma cultura e época determinadas.

Na recursividade entre teoria/prática, conhecimento/desconhecimento do objeto pesquisado, a palavra *organização* distinguiu-se e sustentou a produção de conhecimento a partir de um Sujeito pesquisadora auto-eco-organizada, que estabeleceu movimentos de

retroações, recursividades e novas organizações com o objeto pesquisado, em consonância com a teoria sistêmica.

Para Morin (2005a), as diversas definições de sistemas do século XVII incluíam a idéia de que uma unidade global é constituída pela inter-relação entre as partes. Entretanto, ancorado na concepção de Saussure (1931), acrescenta que, além da totalidade organizada e da interconexão das partes em função de seu lugar nesse conjunto, é preciso ligar totalidade à inter-relação pela idéia de organização. “A ordem era a noção que, aniquilando todas as outras, tinha aniquilado também a idéia de organização” (Morin, 2005a, p.123). Resgata-se, então, o aspecto dinâmico dos sistemas.

Assim, há uma lógica organizadora que perpassa nossas discussões e que organiza a relação sistêmica da pesquisadora enquanto observador/ator/conceptor/observado com o objeto pesquisado e da circularidade entre outros papéis, como trabalhadora e gestora em saúde: o Sujeito exerce o seu fazer a partir de suas lógicas, de um saber disciplinar, em um processo individual e/ou grupal, reconstrói lógicas no processo interdisciplinar das equipes – lógicas que, recursivamente, podem se transformar em paradigmas. Estes são constituídos por um certo tipo de relação lógica extremamente forte entre noções mestras, noções chave e princípios chave (Morin, 2003).

Ratificando nosso exercício de um pensamento complexo, o delineamento de pesquisa a partir dos sete princípios do Método proposto por Edgar Morin (2002) veio pelo exercício no “conhecimento do conhecimento” e por um caminho metodológico através da atividade pensante. Um percurso na integração de um Eu-Sujeito-pesquisadora: um caminho transdialógico. O Sujeito (**T**) triangula o diálogo, como diz o prefixo “trans”: *entre, através e além* de múltiplas lógicas. “O objetivo do método, aqui, é ajudar a pensar por si mesmo para responder ao desafio da complexidade dos problemas” (Morin, 2005, p.36).

Propomos a transdialógica, que é a inclusão do Sujeito (T) na dialógica entre os pares de antagônicos, contraditórios e concorrentes. O exercício da dialógica encontra dificuldades quando os Sujeitos dialogam a partir da lógica clássica, do terceiro excluído e dessa separabilidade entre Sujeito e objeto. A intersubjetividade desde a transdialógica possibilita a integração dos saberes pelo Sujeito (T) na escuta das lógicas singulares entre os trabalhadores e trabalhadores/usuários.

Traduzindo a lógica da pesquisadora:

A coleta dos dados foi realizada através da observação participante (Anguera et. al., 1995) no espaço físico do CAPS e em atividades externas realizadas com os trabalhadores. O foco principal foram as quatro reuniões da equipe multiprofissional, que foram gravadas. Na última, foi realizado um processo reflexivo com os trabalhadores, proposto pela pesquisadora. Além das reuniões, a pesquisadora participou de visitas domiciliares e contato com o Programa Saúde da Família, assembléia de usuários, reunião da Associação de Usuários, reunião geral da saúde mental e das atividades cotidianas, como: atendimentos, oficinas, almoços e conversas no cafezinho. Também foi utilizado o registro em diário de campo e a consulta a documentos (projetos, textos, correspondências e atas das reuniões).

No processo reflexivo, foi traduzida à equipe multiprofissional a lógica da pesquisadora acerca de um espaço transdialógico entre os participantes. Contextualizamos a integralidade na Política Pública de Saúde remetida à idéia sistêmica e comentamos a proposta de organização dos CAPS em modalidades de atendimento – intensivo, semi-intensivo e não-intensivo – e seus respectivos financiamentos. Foi feita uma pergunta aos trabalhadores que emergiu das observações sobre o seu fazer no serviço, unida ao objetivo de compreender a ativação da integralidade: como acontece a organização do processo de trabalho neste CAPS?

A análise dos dados traduz os processos interdependentes entre os Sujeitos participantes da pesquisa, pesquisadora e o contexto. Segue a organização dos dados para contemplar essa tradução:

1º Passo – Transcrição das gravações das quatro reuniões.

2º Passo – Distinção de quatro sistemas.

Na análise dos dados percebemos que no sistema complexo da saúde, existem sistemas que dialogam a partir de um conjunto de saberes e lógicas e em função de seus lugares nessa totalidade. Nele o sistema Sujeito ocupa um lugar central na relação de interdependência com outros sistemas coletivos. É um sistema multidimensional e multirreferencial, que institui a auto-eco-organização a partir de lógicas que geram processos de trabalho, movimentos e novas organizações, ou seja, um Sujeito que institui dinâmicas no sistema. Então, discutiremos quatro sistemas compreendidos e explicados pela pesquisadora:

- **Sistema Sujeito/Alteridade:** na dinâmica do fazer profissional/disciplinar representa a instância subjetiva de cada trabalhador em saúde na sua tarefa de trabalho. Uma tarefa realizada em direção a outro Sujeito, na equipe e na atenção ao Sujeito usuário. “Os Sujeitos se auto-organizam em relação a outros Sujeitos” (Morin, 2002, p.78).

- **Sistema Sujeito/Outro – Equipe:** na dinâmica do fazer profissional/disciplinar representa a intersubjetividade no processo interdisciplinar. Remete à inter-relação entre o fazer profissional/disciplinar na interação com os outros trabalhadores constituintes da equipe e suas distintas profissões/disciplinas. Traduz o processo interdisciplinar de um fazer profissional sujeitoado pela inter-relação entre os diferentes níveis de percepção do Sujeito e de realidade do objeto e pela transversalização entre teoria e a prática.

- **Sistema Sujeito/Nós – Serviço:** na dinâmica do fazer profissional/disciplinar, que, além de intersubjetivo e interdisciplinar, também é intersetorial. Existe a relação com outros

profissionais/atores de outros sistemas governamentais e não governamentais inseridos em outras políticas públicas, como educação, assistência social e cultura. Sistema Sujeito articula-se com o sistema serviço e referencia o pensamento ao conjunto representado pelas pessoas, grupos, estrutura física e culturas institucionais.

- **Sistema Sujeito/Coletividade – Política Pública:** na dinâmica do fazer profissional/disciplinar, na intersubjetividade, na interdisciplinaridade, na intersetorialidade e na coletividade. Política pública em saúde quando compreendida como um sistema permeável em movimentos de abertura e fechamento. O Sujeito está na coletividade, assim como a coletividade encontra-se representada no Sujeito, e há uma transversalidade na interdependência dos sistemas entre si. Conforme o esquema abaixo, compreendemos que a Política Pública somente se concretiza através de Sujeitos (T) que instauram as instituições na conjugação circular entre conhecimentos e ação. Entre o subjetivo e o político, há uma recursividade nos modos de produção dos sistemas e modos de subjetivação. O sistema Sujeito é contextualizado na cultura.



Fig. 3: Esquema Ilustrativo de Sistema Sujeito/ Coletividade - Política Pública

O sistema Sujeito/Alteridade é concebido no centro da reorganização e reorientação do modelo de atenção à saúde, compreendendo-o, assim, como parte constituinte, produto e produtor do sistema de saúde e da política pública. É um Sujeito sociohistórico que participa da produção em saúde coletiva e constrói condições para ela.

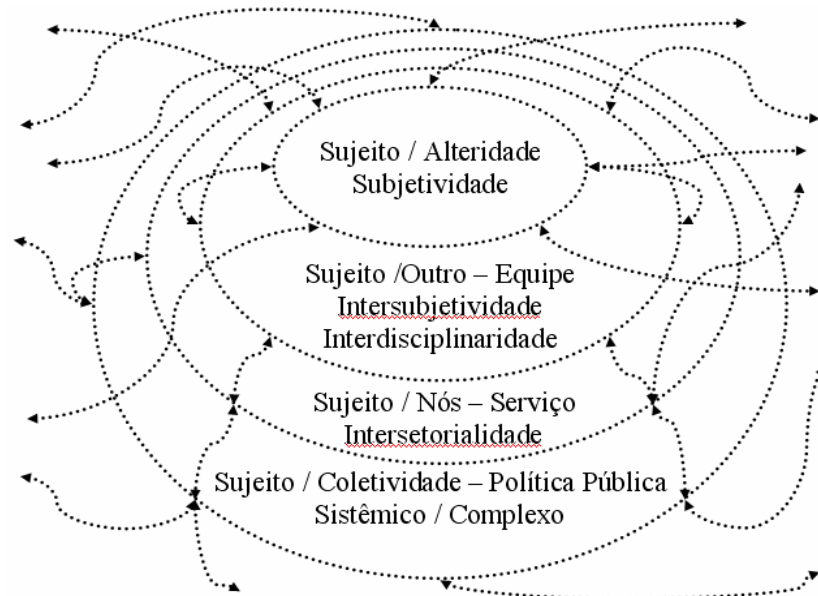


Fig. 3: Dinâmica Recursiva e Organizacional

3º Passo: Análise dos Dados

Na tradução dos dados, a pesquisadora oscilou entre a lógica linear (temporal e teleológica) e a transdialógica. Na linear, a interpretação pressupõe a sucessão no tempo a partir da tríade hegeliana – tese, antítese e síntese. Na transdialógica, tem-se o “aqui e agora” da pesquisadora com o objeto pesquisado. Ocorre uma circularidade retroativa do observador na sua observação, incluindo-se enquanto observado na sua concepção. Há também o reconhecimento dos Sujeitos participantes enquanto Sujeitos (T) e da emergência da inventividade e da criatividade de todos (Morin, 2003).

A análise compreendeu quatro níveis de realidade/percepção no processo de organização dos dados.

1º Nível de Realidade/Percepção - Primeira Distinção: Inter-relações – Princípio da Recursão Organizacional

Nas transcrições das reuniões, traduzimos nas falas dos trabalhadores a distinção entre os quatro sistemas: Sistema Sujeito/Alteridade; Sistema Sujeito/Outro – Equipe; Sistema Sujeito/Nós – Serviço; Sujeito/Coletividade - Política Pública. Neste primeiro nível, operacionalizamos a distinção das características que pertencem a cada sistema pela diferença com os demais em uma dinâmica recursiva e organizacional. Após essa primeira distinção, na sistematização das conversações em tabela de cada um dos sistemas, observou-se que o Sistema Sujeito/Alteridade ficou sem anotações.

Percebemos, então, que o Sistema Sujeito/Alteridade não pode ser separado dos outros. Emerge a contradição na lógica da pesquisadora, que, num primeiro momento, foi percebida pela racionalização como erro por separar esse Sistema. Para Morin (2002d) a racionalização é a doença da razão e é fechada; já a racionalidade é aberta. Num segundo momento, pela racionalidade percebe-se que somente a partir da distinção desse Sistema em relação aos outros é que houve possibilidade de unificação. Aqui aparece a diferença entre o paradigma cartesiano/mecanicista, que separa e reduz, e o paradigma complexo, que distingue e une. Abriram-se, assim, espaços para a criação de estratégias e movimentos de auto-eco-organização por uma ruptura lógica: desde uma computação cognitiva (Morin, 2002a), que acreditava separar o sistema Sujeito do objeto no processo de conhecimento, para uma nova organização, que pressupõe modificações no imaginário da pesquisadora.

Em um primeiro momento, a lógica clássica/cartesiana opera na subjetividade da pesquisadora e, após “uma emergência reflexiva, que permite o retorno da mente a si mesma, em circuito”, emerge a qualidade do Sujeito, que é a consciência para Morin (2002, p.126). É pela reflexão na ação que a pesquisadora se coloca em outro nível de realidade e se inclui como um Sujeito (T) na interação com os dados. Dialogicamente, também se inclui a percepção dos participantes como Sujeitos (T).

2º Nível de Realidade/Percepção - Segunda Distinção: Interações entre os Sistemas a partir do Sistema Sujeito – Princípio Dialógico

Nesta segunda distinção, que é decorrência da primeira, há um movimento de reorganização na produção do conhecimento por um pensamento compreensivo/explicativo dos dados a serem interpretados.

Pela observação, no mesmo momento do tempo (Nicolescu, 2001, 2005), da pesquisadora Sujeito (**T**) com suas percepções na identificação com os participantes como trabalhadora em saúde/gestora (**A é A**) e na sua distinção dos mesmos no sistema pelo papel de pesquisadora (**A não é não-A**), ocorreu uma reorganização metodológica da pesquisa. É na interação entre as partes dos sistemas e dos sistemas entre si que ocorrem novas produções e emergências. Essas emergências são as qualidades do sistema (Morin, 2005).

Pelas emergências na observação das ações dos participantes da pesquisa, desvelou-se a compreensão/explicação das práticas pelas lógicas subjacentes a elas. Surgiram dificuldades na tradução dos dados pela interpretação analítica e/ou dialógica, revelando-se a abertura para a focalização nas recursividades entre Sujeito e suas organizações, seja no fazer individual, na equipe, no serviço e na política pública. Essa abertura preexistia na escolha do delineamento da pesquisa.

O caminho transdialógico foi produzido e produziu a subjetividade da pesquisadora diante desses impasses metodológicos e dessa abertura cognitiva para o desconhecido. Ocorreu outra ruptura na lógica da pesquisadora quando se desvelou na ação a inseparabilidade dinâmica entre as lógicas cartesiana e dialógica. Pensamos que, atualmente, as dificuldades dos Sujeitos em operar dialogicamente a partir de conhecimentos estruturados numa lógica cartesiana podem advir da não-percepção dessa coexistência e inseparabilidade. Nossa racionalização cartesiana admite a complexidade na observação dos fatos. Contudo, é através da experiência prática e a partir do Sujeito (**T**) na emergência reflexiva sobre ela que podemos reformar o pensamento e unir o que está disjunto (Morin, 2002).

3º Nível de Realidade/Percepção - Terceira Distinção: Integração dos Sistemas – Princípio Holográfico ou Hologramático

Compreendemos a integração dos quatro sistemas a partir do princípio holográfico, onde a parte está no todo, assim como o todo está inscrito nas partes (Morin, 2002a). O trabalhador em saúde, na sua ação, revela sua pertença ao Sistema Sujeito/Política Pública – Coletividade no seu fazer profissional, no fazer da equipe ou do serviço. Da mesma forma, nas discussões e proposições da política pública, encontram-se os saberes e conhecimentos advindos dos Sujeitos trabalhadores nas suas práticas. Pensamos que, nessa integração, emerge o Princípio da Incerteza trabalhado por Morin (2002a, p.126): “Eu falo, mas, quando falo, quem fala? Sou ‘Eu’ só quem fala? Será que, por intermédio do meu ‘eu’, é um nós que fala?”.

Refletimos sobre a organização da saúde e a saúde da organização, em que Sujeitos previamente organizados por conceitos e lógicas do fazer em saúde, no desafio da integração entre os saberes, realizam ativações recursivas entre desorganizações e novas organizações no processo de atenção integral ao Sujeito usuário. Essa recursividade entrelaça aspectos que organizam o fazer profissional, a equipe, o serviço, a política pública e que produzem e reproduzem aspectos saudáveis e não-saudáveis nesses sistemas.

4º Nível de Realidade/Percepção: Quarta Distinção – A Transdialógica

É a nossa leitura/tradução/reconstrução na reintrodução do conhecimento no conhecimento para compreender a integração entre os sistemas Sujeito/Alteridade, Sujeito/Equipe, Sujeito/Serviço e Sujeito/Política Pública, a partir de uma lógica transdisciplinar. O exercício permanente da pesquisadora foi refletir sobre suas lógicas e suas ações, como Sujeito (T), compreendendo que cada um dos Sujeitos (T) participantes também ocupa esse lugar nos seus processos de auto-eco-organização.

DIÁLOGOS TRANSDIALÓGICOS – Desvelando contradições

Na organização dos quatro níveis de realidade/percepção, compreendemos que os três primeiros estão relacionados aos três princípios inicialmente revelados por Morin (1991): Recursão Organizacional, Dialógico e Holográfico. Metodologicamente e numa tradução *a posteriori*, fizemos essa integração.

Em 2002a, Morin reorganizou esses três princípios em sete, anunciados anteriormente. Na compreensão de que esses três princípios incluem os outros, emerge a consciência de que, na complexidade dos fatos, é impossível analisar os dados a partir de um único princípio.

Assim, refletimos sobre a dinâmica de organização e/ou desorganização de um Sujeito que, sujeitado a um contexto, seja ele intrapsíquico, inter-relacional e/ou inter-institucional, também sujeita o contexto a sua lógica – um sofrimento psíquico, um mal-estar na submissão e dificuldades no diálogo com outras lógicas, seja no fazer individual ou coletivo. Na exigência de um olhar a si, ao outro e à coletividade, necessita integrar ou, pelo menos, distinguir as lógicas que co-operam num determinado contexto.

No serviço pesquisado, a reunião de equipe, como espaço privilegiado de transversalidades entre a teoria e a prática, acontece semanalmente. Num primeiro momento, é realizada a organização da reunião, quando são agendados os assuntos gerais e os casos a serem discutidos. Esse é o momento em que a organização do Sistema Sujeito/Outro - Equipe interage e dá voz ao Sistema Sujeito/Alteridade na eleição dos assuntos e dos casos a serem discutidos, dinamizando a circularidade entre estes dois e os outros sistemas - Sujeito/Nós – Serviço e Sujeito/Coletividade – Política Pública. Esta dinâmica recursiva e sistêmica tem como organizadores as lógicas da Reforma Psiquiátrica.

A agenda é realizada a partir de necessidades individuais e/ou coletivas que imprimem uma dinâmica nesse processo intersubjetivo e interdisciplinar. Observou-se que, na reunião de equipe no CAPS há um organizador que é a situação de “urgência” ou não, no atendimento ao

usuário, e como decorrência, surgem os questionamentos quanto aos critérios e procedimentos na atenção. Entretanto, na maioria das vezes, a discussão não resulta em definições ou encaminhamentos quanto à organização do processo de trabalho a partir de uma compreensão complexa/sistêmica..

No contexto da quarta reunião, no processo reflexivo, objetivou-se a reflexão sobre a dinâmica do processo de trabalho, na inclusão dos Sujeitos e suas lógicas, como operadores e co-operadores na organização do serviço. A equipe comentou sobre suas dificuldades e avanços na ativação da integralidade no serviço. Aparece na fala dos Sujeitos trabalhadores e nas observações feitas pela pesquisadora que existe muito investimento em direção da ativação da integralidade na atenção ao usuário. Também apareceram divergências entre os participantes quanto aos conceitos do que é um CAPS, sobre formas de funcionamento do serviço e relacionamentos com a rede de saúde.

Apesar destes investimentos, há diálogos que não se integram na realização e organização das tarefas devido aos diferentes conceitos e idéias dos trabalhadores. Existem hiatos entre o Sujeito do discurso e a ação do Sujeito, seja no fazer individual ou no fazer coletivo.

Após este momento de reflexão, a pesquisadora permaneceu na reunião de equipe, observando que as discussões prosseguiram com os Sujeitos trabalhadores operando suas tarefas pela lógica cartesiana, que não interliga as partes no todo, ficando “negada” a organização e a interdependência entre os sistemas, e, assim, cada parte é vista separadamente. Sem organização, não há possibilidade de desenvolver olhares e práticas integrais. O sistema apresenta pouca mobilidade e com relações estereotipadas.

Surgiu, então, um impasse na lógica da pesquisadora traduzido por estes questionamentos: como explicar a ativação da integralidade e como lidar com a impotência de não encontrar a “cura” para os problemas da equipe? Após esta primeira racionalização, a

pesquisadora compreende esta outra contradição em sua computação lógica: estava operando a partir da lógica clássica e olhando para a “doença” da equipe. Utilizando as contradições (“brechas lógicas”) enquanto espaço de construção (Morin, 2001b, 2002b), a pesquisadora desvela a complexidade do contexto.

Lógica da Doença/Lógica Disciplinar e/ou Lógica da Integralidade/Lógica Transdisciplinar

Observamos que coexistem no contexto do serviço e da equipe a co-operação de duas lógicas. Nas bibliografias sobre a reorientação do modelo de atenção à saúde, existe alusão às práticas orientadas pela doença, que devem ser modificadas para as práticas integrais. O que fizemos nesta investigação foi traduzir e explicitar alguns elementos das lógicas subjacentes a esses dois modelos.

Compreendemos/explicamos que a ativação da integralidade ocorre no processo de unidualidade entre a lógica disciplinar/lógica da doença e a lógica transdisciplinar/lógica da integralidade na organização do fazer profissional/disciplinar, na organização dos processos de trabalho e na organização da política pública.

A lógica da doença é uma decorrência da lógica disciplinar e do paradigma cartesiano. Está diretamente vinculada a uma visão dicotômica do mundo que traz em seu escopo a separação entre Sujeito e objeto e os procedimentos reducionistas que desintegram o todo em várias partes incomunicáveis entre si.

A lógica da integralidade, que exige um processo intersubjetivo e interdisciplinar para a realização de ações transdisciplinares, é decorrência de um paradigma complexo. Trabalhar em serviços públicos em saúde requer um olhar multidimensional, abertura às contradições e rupturas nas lógicas advindas dos conhecimentos e formações disciplinares. É por meio das interligações entre as partes, no trabalho em redes, na visão psicossocial e coletiva que o

trabalhador exercita a mudança de seu fazer profissional no trabalho em equipes. Paradoxalmente, aí é que se encontram seus maiores desafios.

As situações oriundas dessa co-operação entre duas lógicas antagônicas, contraditórias, concorrentes e complementares geram dissonâncias e desencontros entre os trabalhadores e suas práticas. Há sofrimentos pela incomunicabilidade entre Sujeitos e pela própria inconsciência frente a essa incomunicabilidade, pela não-percepção da disjunção e contradição entre conceitos e idéias não referenciados a seus contextos.

O que parece angustiante no cotidiano dos trabalhadores é que mesmo aqueles que já aceitam a complexidade e exercitam o pertencimento aos sistemas oscilam entre as possibilidades de criação e instituição de práticas integrais e a reprodução do modelo da doença. Existem limitações no trabalho coletivo pela diferença entre as lógicas e pela impossibilidade do trabalhador ocupar o seu lugar egocêntrico quando está identificado com o “eu” sujeito objetivado. Ou seja, com a identificação com o doente e a doença, a equipe também adoece.

Compreendemos que a reforma de pensamento e as mudanças nas organizações dos processos de trabalho estão submetidas a um processo de abertura para a emergência reflexiva que produzem estremecimentos nas lógicas e conhecimentos estruturados numa lógica disciplinar. Esta tem como “conhecido” um produto final que, por vezes, é o próprio adoecimento do trabalhador quando este não ultrapassa a percepção do “erro” e nem reconhece as contradições.

No serviço pesquisado, evidenciaram-se, em diversos momentos, fatos e acontecimentos que corroboram as práticas orientadas pelas duas lógicas em uma dinâmica inseparável.

As contradições emergiram entre as falas e as ações dos trabalhadores: “não existe diferença entre o psicólogo, o fonoaudiólogo, a pedagoga, a assistente social, o médico”;

“enquanto colega, não se procura fazer distinção entre as categorias... embora a coisa fica, assim, um pouco centrada na psiquiatria”; “a gente estudou assim, aprendeu a trabalhar assim e o ponto de partida é o psiquiatra”; toda semana tinha material para ler, de repente a gente estava atendendo só crônicos, todos nós, foi uma mentalidade que a gente desenvolveu enquanto CAPS”, “eu discordo de que esta equipe tem ainda aquela figura do psiquiatra como um saber que define”; “eu me referi as situações de urgências ... porque a psiquiatra está com a agenda cheia, não dá prá esperar até sexta” (Diário de campo - 4ª reunião de equipe).

Houve a defesa de que a relação entre os profissionais não está relacionada ao lugar que cada um ocupa no sistema; entretanto, no fazer coletivo, o organizador do processo e do serviço geralmente é a doença. Nos casos de urgências, o usuário é escutado e a consulta psiquiátrica é agendada, sendo que o usuário a aguarda em casa. Assim, o psiquiatra é colocado numa posição de saber/poder, pois, no imaginário dos trabalhadores, é quem detém um saber sobre a loucura/cura e o controle dos riscos, seja ao usuário, seja ao profissional.

A reprodução da lógica reducionista (**A é A, A não é não-A**) aparece como uma dificuldade apresentada pela equipe na ativação da integralidade, não havendo a possibilidade de encontro entre trabalhador/trabalhador e/ou trabalhador/usuário. Um ocupa o lugar de sujeito; o outro, o lugar de objeto, juntamente com os protótipos e estereótipos dessas relações. A identificação e/ou a distinção ocorre pela doença, onde - profissional é profissional, louco é louco -, então, logicamente, profissional não é louco. Não defendemos a banalização do adoecimento psíquico, mas a aproximação entre as fronteiras pela inclusão de um Terceiro Termo que seja ao mesmo tempo, profissional e louco. Pensamos que essas dificuldades remetem à necessidade de os Sujeitos e os grupos manterem-se fechados para lógicas que ameaçam sua identidade como sistemas (Seminotti et. al, 2006).

Existe também um comportamento que subtrai a possibilidade do diálogo entre as lógicas expressadas pelos Sujeitos nas ações de suas especialidades/afazeres técnicos que é

não reconhecimento das distintas formações disciplinares. Um receio do fechamento nas “gaiolas disciplinares” (D’Ambrosio, 1997), entretanto, é a partir desse conhecimento que o profissional pode interdisciplinarizar. Evita-se a reprodução de modelos rígidos e estereotipados (manicomiais), contudo, tangencia-se o não-cuidado pela inconsciência e reprodução das lógicas que os produziram. Aqui se ancoram algumas críticas da contra-reforma.

Concomitantemente, alguns trabalhadores exercitam movimentos recursivos na busca do atendimento integral e psicossocial. Esse fazer é intenso e sistemático, orientado por uma vontade responsável no tratamento humanizado. É uma tarefa hercúlea, pois esse caminho é trilhado em sua própria subjetividade. É um Sujeito que, em sua circularidade dinâmica, institui seus sistemas de referência e não-referência.

Optamos, por questões lógicas, não transcrever aqui passagens riquíssimas do material coletado - por uma questão de espaço/tempo e pela compreensão de que as diversas problemáticas enfrentadas pelos trabalhadores estão interligadas a essas duas formas de organizações no processo de trabalho: a atenção à doença/lógica disciplinar ou às práticas integrais/lógica transdisciplinar. Entretanto, encontra-se em anexo alguns fragmentos das quatro reuniões de equipe (Anexo 1).

Relacionamos também, como resultados da pesquisa, as rupturas/integrações lógicas na computação cognitiva da pesquisadora:

- Inseparabilidade dinâmica entre a lógica disciplinar e a transdisciplinar – práticas estruturadas numa lógica clássica coexistem com práticas estruturadas numa lógica transdisciplinar no fazer individual e/ou coletivo;
- Inseparabilidade dinâmica do sistema Sujeito/Alteridade e os demais sistemas: na análise dos dados, após a distinção dos sistemas, na identificação de cada um, não foi possível separar o Sistema Sujeito dos demais;

- Inseparabilidade dinâmica entre pesquisadora e Sujeitos participantes da pesquisa: a concepção da pesquisadora enquanto observador/conceptor/ ator/observado possibilitou a identificação e a distinção com os trabalhadores, seja como participante, trabalhadora, gestora e pesquisadora, isto é, pelo lugar que ocupou no sistema;

- Inseparabilidade dinâmica entre Sujeito e o Grupo; entre o Sujeito e a Coletividade: na preparação da pesquisa, a pesquisadora no aprofundamento da noção de Sujeito e na lógica transdisciplinar, oscilou entre pesquisar a equipe ou os Sujeitos; percebendo seus questionamentos a partir da lógica clássica e dualista, ultrapassou o impasse pela compreensão entre a recursividade organizacional entre Sujeito e o grupo/Sujeito e coletividade;

- Inseparabilidade dinâmica entre intersubjetividade e afetividade: pela compreensão intersubjetiva há um reconhecimento no outro e pelo outro; a pesquisadora pode reconhecer-se na equipe e na pesquisa pela circularidade de afetos entre todos os Sujeitos participantes da pesquisa.

A partir desta percepção de inseparabilidade, a pesquisadora compreende/explica que a distinção entre Sujeito subjetivo (Eu) e sujeito objetivado (eu) acontece na ação e pelo lugar que cada um ocupa no sistema. A reflexão na equipe necessita olhar para os processos intersubjetivos entre os trabalhadores, pois é na ação de atender ao usuário e de trabalhar coletivamente que podem perceber suas contradições e seus afetos. Principalmente, àqueles ligados a xenofobia e ao etnocentrismo.

Também é possível explicarmos para compreendermos que a integralidade organiza a ação transdisciplinar nas equipes multiprofissionais na saúde coletiva e que, recursivamente, a transdisciplinaridade promove a integralidade e exige que os trabalhadores se subjetivem enquanto Sujeitos (T).

E, sem nos furtarmos à teleologia, entendemos que, através do Sujeito (T), existe a possibilidade de compor novas integrações lógicas. A pesquisadora enquanto Sujeito (T) também atuou como mediadora *on-line*, exercendo a reflexão na ação do aqui e agora, que possibilitou questionamentos sobre a organização centrada na doença.

Pensamos que os estudos sobre os processos de grupo possam contribuir para o entendimento de que o trabalho na Equipe Reflexiva, na ação individual e/ou coletiva, possa ser um espaço de construção de processos e tecnologias transdialógicas na ativação da integralidade. Vários estudiosos grupelistas e dos processos de integração entre os saberes tangenciaram a idéia de que o grupo pode ser um dispositivo de interligação entre o Sujeito e a Coletividade. Precisamos desenvolver estratégias que mobilizem os trabalhadores na constituição dos grupos de trabalho, delimitando objetivos comuns e refletindo sobre as lógicas subjacentes à tarefa a ser realizada (Azevedo e Souza et al., 2006, Fazenda, 2002, Japiassu, 1976).

Assim, compreendemos que os aspectos facilitadores da ativação da integralidade nas equipes multiprofissionais na saúde coletiva são os processos de reflexão transdialógica dos trabalhadores sobre a organização das práticas e dos serviços, que possibilitam interações saudáveis ao trabalhador e ao usuário e a reinvenção do cotidiano pela coletividade. Os aspectos dificultadores desta questão são aqueles que suprimem os Sujeitos e a intersubjetividade nas relações entre trabalhadores e trabalhadores/usuários; e que não traduzem o pensamento sistêmico, do contexto e do complexo.

(IN) CONCLUSÕES

Este foi um estudo que se aventurou a encontrar respostas a um importante problema vivido pelos trabalhadores na saúde coletiva. Quando necessitam trabalhar em equipes multiprofissionais na reorientação do modelo de atenção integral à saúde, eles encontram dificuldades em integrar seus saberes disciplinares com a necessidade de processos interdisciplinares e a lógica transdisciplinar no cotidiano dos serviços.

A compreensão da ativação da integralidade, mote inicial desta dissertação, é um grande desafio posto aos trabalhadores. Além das dificuldades de aplicação prática desta diretriz no cotidiano dos serviços, evidencia-se que esta está interligada com as questões de gestão da política pública e que delas é interdependente. Entretanto, por uma falta de entendimento sistêmico do SUS, muitas cobranças e grande parte de responsabilização recaem sobre os trabalhadores, que, em muitos momentos, estão cerceados em suas práticas por dificuldades administrativas, de recursos humanos, infra-estrutura e de uma rede de cuidados.

A temática pesquisada é assunto complexo e contextualizado. O trabalho em equipes é uma realidade neste momento de reorientação do modelo assistencial à saúde como um dispositivo de integração dos diversos saberes existentes nos serviços e desenvolvimento de tecnologias na realização de tarefas. Esse trabalho coletivo também se encontra afinado com a proposta da saúde em que os processos de saúde/doença/cuidado são compreendidos na interligação com as condições sócio-ambientais dos Sujeitos, exigindo olhares multidimensionais e multirreferenciais.

Houve um momento de contradição na preparação da pesquisa. Esta foi projetada para ser realizada em um pequeno grupo. Ao longo dos estudos, a pesquisadora oscilou entre conceitos e noções sobre o Sujeito e sobre os processos grupais. Quando o Sujeito passou a apresentar-se como uma questão de maior relevância, apareceram questionamentos como:

pode ser esta pesquisa concretizada com os Sujeitos e não com o grupo? Esse grupo existe? Essa contradição expressou-se na pesquisadora pela reprodução da lógica cartesiana que insiste em polarizar os pares de contraditórios. Ora o valor está no Sujeito, ora no grupo/coletivo, revelando-se como cegueira paradigmática em relação aos diferentes níveis de realidade e da inclusão do Terceiro Termo Incluído.

Durante este percurso, inúmeros questionamentos sobre as inter-relações entre os saberes advindos da prática como profissional da saúde e os saberes produzidos na pesquisa exigiram da pesquisadora um olhar/pensar reflexivo. Esse entrelaçamento contribui para o exercício de ocupação do lugar egocêntrico, onde o “Eu” se distinguiu do “eu” trabalhadora/gestora em saúde e do “eu” pesquisadora.

Assim, aconteceu um exercício de autoria, possibilitado pelo referencial teórico sobre a complexidade e pela observação da integração entre a lógica cartesiana e a transdisciplinar. Exercitou-se refletir sobre as atitudes ideológicas e xenofóbicas entres trabalhadores em saúde quando pautados pela lógica clássica/cartesiana, que hipervaloriza e/ou segrega categorias profissionais, grupos, Sujeitos.

Os movimentos recursivos entre as organizações na saúde e a saúde nas organizações é decorrência das circularidades entre as possibilidades saudáveis e de adoecimento dos trabalhadores que produzem a si, outros Sujeitos e as próprias instituições de saúde.

Observamos que a ambigüidade atual entre a lógica cartesiana e a transdisciplinar nos serviços de saúde mental está representada pela discussão entre o ambulatório e o CAPS. Essa distinção não está na nomenclatura dos serviços, mas sim na organização dos processos de trabalho. Dito de outra forma pode haver equipes trabalhando a partir de uma visão psicossocial no ambulatório e, num CAPS, com um modelo mais individualizado, sem integrar as condições sociais nos atendimentos aos usuários e com posturas fragmentadoras e excludentes.

E, mesmo que o trabalho com grupo seja uma estratégia recomendada e intensamente utilizada nos programas e serviços em saúde, muitos profissionais não têm conhecimentos sobre os fundamentos básicos de como trabalhar em grupos. Esse fato gera ansiedades e desconfortos. Em alguns casos, esses dispositivos podem ser confundidos com formas de diminuição de filas e demandas. Atrelados à necessidade desses conhecimentos para a qualificação nas intervenções, não se descartam os espaços de criatividade e invenção por parte dos trabalhadores na realização de suas tarefas.

Na realização desta pesquisa, focalizamos nossa atenção sobre os processos de pensamento e as formas como os trabalhadores organizam suas lógicas e propõem a integralidade. Existem diversas referências sobre a reflexão nos processos de trabalho, entretanto, observa-se que, na lógica cartesiana, há a anulação do Sujeito pelo Terceiro Termo Excluído. Pensar exige um Sujeito. Coincidentemente, a etimologia da palavra “pensar” inclui cuidar, curar ou tratar. Fica-nos um desafio: encontrar estratégias que propiciem ao trabalhador que seu pensar como Sujeito (T) modifique sua ação individual e na equipe multiprofissional, na direção da integralidade. É necessário “pensar no que fazem para fazer o que pensam, buscando gerar novos mundos e novas vidas (Madres de Plaza de Mayo).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. (1997). Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.1/2, p.5-20.
- ALVES, M.; SEMINOTTI, N. (2005). **Produção e Organização do Sistema Pequeno Grupo “Oficina de Capoeira”**: Um estudo no contexto da Reforma Psiquiátrica. 2005. 125f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, PUCRS, Porto Alegre.
- ANGUERA, M.T.; ARNAU, J.; ATO, M.; ROSARIO, M.; PASCUAL, J.; VALLEJO, G. (1995). **Métodos de Investigación en Psicología**. Editorial Síntesis, S. A. Madrid, 606p.
- AYRES, JRCM (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.63-72.
- AZEVEDO, CS (2002). Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.7, n.2, Rio de Janeiro.
- AZEVEDO E SOUZA, VB de; AZEVEDO E SOUZA, R, MARQUES, CP (2006). Interdisciplinaridade/transdisciplinaridade: uma relação dialógica de autonomia/dependência. In: HACKMANN, B. e STEIN, NR (org) (2006) **Reflexões sobre a formação de professores**. Taquara: FACCAT, p.26-35.
- BADESCU, H.; NICOLESCU, B. (org.) (2001). **Stéphane Lupasco: O homem e a obra**. São Paulo: TRIOM.
- BARKER, J. R., DOMENICI, K. L. (1999). Práticas de mediação para equipes baseadas em conhecimento. In: Schnitamn, D. F., Littlejohn, S. (org.) **Novos Paradigmas em Mediação**. Porto Alegre: ArtMed.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atenaobasica.php> Acesso em 22.12.2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=925 Acesso em 22.12.2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde (2004). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde.
- CAMPOS, GWS (1997a). Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde** (pp. 29-87). São Paulo: Hucitec.
- CAMPOS, GWS (1997b). Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.) **Agir em Saúde. Um Desafio para o Público**. São Paulo: Hucitec.
- CAMPOS, GWS (1998). O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.863-870. out./dez.
- CAMPOS, GWS (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5 n.2, p.219-230.
- CANESQUI, A. M (1995). As ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: CANESQUI, A.M (org.). **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO; São Paulo: Hucitec, p. 19-35.
- CAPPANARI, S. (2005). Equipe Reflexiva. Uma prática transdisciplinar possível, onde todos tem voz para compartilhar ressonâncias e acessar múltiplos versos. In: **Encontro Catalisador do CETRANS – Centro de Educação Transdisciplinar**. Educação e Transdisciplinaridade III. São Paulo: TRIOM.
- CARDOSO, C.; SEMINOTTI, N. (2005). **As pertencas aos vínculos em usuários de um grupo psicoterapêutico em um CAPS**. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Faculdade de Psicologia, PUCRS, Porto Alegre.
- CARTA** da Transdisciplinaridade (1994). I Congresso Mundial de Transdisciplinaridade. <http://www.redebrasileiradetransdisciplinaridade.net/mod/resource/view.php?id=21>. Acesso em 10/2005.

- CECCIM, RB (1998). Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: Dagmar Ester Meyer. (Org.). **Saúde e sexualidade na escola**. 2 ed. Porto Alegre, RS: Editora Mediação, p. 37-50.
- CECCIM, RB. (2005). Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu - SP, v. 9, n. 16, p.161-177.
- CECCIM, RB (2005). Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4.
- CECÍLIO, LCO (org.) (1997a). **Inventando a mudança na saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec.
- CECÍLIO, LCO (1997b). Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13(3), p.469-478, jul.set.
- CECÍLIO, LCO. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; p. 113-26.
- COELHO, M.T.A.D., ALMEIDA FILHO, N.de (2002). Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciência, Saúde**, Rio de Janeiro, v.9 (2):315-33, maio-ago.
- CONSELHO Nacional de Saúde. **Resolução 287 de 08 de outubro de 1998**. Acesso em 19/12/2006, http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm
- D'AMBROSIO, U (1997). **Transdisciplinaridade**. São Paulo: Palas Athena.
- FAGUNDES, S (2003). Psicologia a serviço da integralidade. Entrevista Jornal **Entre Linhas** 10/09/2003 <http://www.crp07.org.br/entrevista.php?id=3>
- FAGUNDES, S (2006). **Águas da Pedagogia da Implicação**: intercessões da educação para políticas públicas de saúde. Porto Alegre: UFRGS.
- FAZENDA, ICA (2002). Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa. 10. ed. Campinas: Papirus.
- FLAVELL, JH (1979). Metacognition and Cognitive Monitoring. **American Psychologist**, v.34, n.10, p.906-911, oct.
- FEUERWERKER, L (2005). Modelos tecno-assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 18.
- GALLO, E et al (1998). Reforma sanitária: uma análise de viabilidade. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4.
- IRIBARRY, IN.(2003). Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.16, n.3, p.483-490.
- JANTSCH, AP., BIANCHETTI, L (2002). **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis: Vozes.
- JAPIASSU, H (1976). **Interdisciplinaridade e a patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago.
- L'ABBATE, S (1997). Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: Merhy, E. E., Onocko, R. **Práxis em salud**: um desafio para lo público. Lugar Editorial-Buenos Aires/São Paulo/Hucitec.
- L'ABBATE, S (2003). A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n.1, p.265-274.
- LANA, FCF; GOMES, ELR (1996). Reflexões sobre o planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1.
- MATTOS, RA (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R., Mattos, R.A. (org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ/ABRASCO, p.39-64.
- MATTOS, RA (2004). **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 20 (5): 1411-1416, set-out.
- MENSAGEM** de Vila Velha/Vitória (06-12/09/2005) II Congresso Mundial de Transdisciplinaridade. <http://www.redebrasileiradetransdisciplinaridade.net/mod/resource/view.php?id=21>. Acesso em 10/2005.

- MERHY, EE (1997). Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (org.) **Inventando a mudança na saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec.
- MINAYO, MCS (2001). Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.7-19.
- MORAES, MC (2004). **Pensamento eco-sistêmico**: educação, aprendizagem e cidadania no século XXI. Petrópolis, RJ: Vozes.
- MORIN, E (1996). Epistemologia da complexidade. In: Schnitman, D. F. (org.) **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- MORIN, E (2000). **A inteligência da complexidade**. 2.ed. São Paulo: Petrópolis.
- MORIN, E (2001a). **Ciência com consciência**. 5.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- MORIN, E (2001b). **O método 4**: as idéias: habitat, vida, costumes, organização. Porto Alegre: Sulina.
- MORIN, E (2002a). **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 6.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- MORIN, E (2002b). **O método 2**: a vida da vida. Porto Alegre: Sulina.
- MORIN, E (2002c). **O método 5**: a humanidade da humanidade. Porto Alegre: Sulina.
- MORIN, E (2002d). Os sete saberes necessários à educação do futuro. 5.ed. São Paulo: Cortez.
- MORIN, E (2003). **O pensamento complexo**. 4.ed. Lisboa: Instituto Piaget.
- MORIN, E (2005a). **O método 1**: a natureza da natureza. Porto Alegre: Sulina.
- MORIN, E (2005b). **O método 3**: o conhecimento do conhecimento. Porto Alegre: Sulina.
- NICOLESCU, B (2001). **O manifesto da transdisciplinaridade**. São Paulo: TRIOM.
- NICOLESCU, B (2002). Fundamentos Metodológicos para o Estudo Transcultural e Transreligioso. In: **Encontro Catalisador do Projeto “A Evolução Transdisciplinar na Educação”**. Educação e Transdisciplinaridade II – CETRANS. São Paulo: TRIOM.
- NICOLESCU, B (2003). Transdisciplinaridade. Porto Alegre/RS: PPGA/EA/UFRGS. Fita 343-344. http://www.ea.ufrgs.br/sobreaescola/professores/mariaschuler_transdisciplin.asp. Acesso em 16.12.2006
- NICOLESCU, B (2005). **Transdisciplinarity**: past, present and future. CD-ROM, Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, Espírito Santo: Vitória, 06 a 12/09.
- PAIM, JS., ALMEIDA FILHO, N de (1998). Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.4, p.299-316.
- PAIM, JS., ALMEIDA FILHO, N de (2000). **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, p.33-48.
- PAIM, JS; TEIXEIRA, CF (2006). Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**., São Paulo, v. 40, p.73-78, n.esp.
- PASSOS, E, BARROS, RB de (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.16, n.1, p.71-79, jan./abr.
- PEDUZZI, M (1998) **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
- PEDUZZI, M (2001). Equipe multiprofissional em saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v.1, n.35, p.103-109.
- PEDUZZI, M; AMSELMÍ, ML (2002). O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398.
- PIAGET, J. (1978) **O nascimento da inteligência na criança**. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar.
- PINHEIRO, R (2001). As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, p.65-112.
- PINHEIRO, R; MATTOS, RA de (2004). **CUIDADO**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO.

- PINHEIRO, R; LUZ, M (2003). Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, p.7-34.
- PITTA, AMF (2001). Reorientação do Modelo de Atenção: Equidade e Justiça Social na Organização de Serviços de Saúde Mental. In: Pedro Gabriel Delgado - MS. (Org.). **Cadernos de Textos: III Conferência Nacional de Saúde Mental**. 1a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, p. 16-23.
- POMBO, O (2005). Interdisciplinaridade e integração dos saberes. **Liinc em revista**, v.1, n.1, p.4-16, mar. <http://www.liinc.ufrj.br/revista>. Acesso em 12.03.2006.
- RIBEIRO, ECO., MOTTA, JIJ (1996). Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Rev. Divulgação**, n.12.
- SA, MC (2001). Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1.
- SCHNITMAN, DF. (org.) (1996). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre : Artes Médicas.
- SCHNITMAN, DF., LITTLEJOHN, S (org.) (1999) **Novos Paradigmas em Mediação**. Porto Alegre: ArtMed.
- SCHRAIBER, LB; MACHADO, MH (1997). Trabalhadores da Saúde: Uma Nova Agenda de Estudos Sobre Recursos Humanos Em Saúde No Brasil. In: Teixeira, S. M. F.. (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Ediotrial, p. 281-298.
- SCHRAIBER, LB; PEDUZZI, M; NEMES, MIB. ; CASTANHEIRA, ERL.; KON, R. (1999). Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242.
- SEMINOTTI, N (2000). **La organización y dinámica del grupo psicológico: la multiplicidad /diversidad de organizadores del grupo**. Tesis Doctoral (Facultad Psicología) - Universidad Antónoma de Madrid, Madrid.
- SEMINOTTI, N (2001). Primero la semejanza y luego las diferencias. **Clínica y Análisis Grupal**, v.86, n. 23, p.79-90.
- SEMINOTTI, N; CRUZ, J; BORGES, B (2004). Pequeno Grupo Como Organizador do Ambiente de Aprendizagem. **Psico USF**, v.9, n.2, São Paulo.
- SILVA JUNIOR, AG (1998). **Modelos tecno-assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec.
- SPINK, MJP (2003). Saúde: um campo transdisciplinar? In: Spink, M. J. P. (org.) **Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes.
- SOMMERMAN, A (2006). Inter ou transdisciplinaridade? Da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre os saberes. São Paulo: Paulus.
- TESTA, M (2004). **Pensar en salud**. 3.ed. Buenos Aires:Lugar.
- VASCONCELOS, MJE (2002). **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência**. Campinas, SP: Papirus.

ANEXOS

Anexo I – Fragmentos Retirados das Quatro Reuniões de Equipe

FRAGMENTOS RETIRADOS DAS QUATRO REUNIÕES DE EQUIPE:

Reunião 17/04/06:

“Eu proponho que a gente fale dos grupos de urgências”.

“Mas são pacientes de urgência e talvez não possam ir para oficinas”.

“Esse grupo surgiu em função das urgências e não oficinas”.

“Eu me proponho a fazer mais grupos; se a pessoa chega com urgência ela precisa de atendimento imediato; ela joga nos grupos e pelo que eu entendo tem que ter grupo na 2ª e na 6ª”.

“Na próxima reunião ficam os laudos, grupos/ urgências”.

Reunião 24/04/06:

Apresentação de pesquisa CAP-SUL – nesta reunião aconteceu a apresentação de outra pesquisa que seria realizada no local. Os assuntos foram relacionados a Política de Saúde Mental.

Reunião 08/05/06:

“Querem discutir as urgências?”.

“Quem sabe a gente fala das urgências também já”.

“Das urgências?”.

“Das urgências acho que tem que discutir critérios...”

“Coloco junto com urgências?”.

“Mas é grupo das urgências”.

“Terminamos?”.

“Não, urgências, grupos, critérios, capacitação”.

“Só assim, na minha opinião eu acho que vocês não precisam marcar ela como urgência, vocês marcaram num horário de urgência”.

“Fora as urgências que a gente precisa discutir”.

“As urgências, acolher aqueles que estão chegando”.

“A idéia não é todas as urgências serem tratadas pelo CAPS?”.

“A idéia é essa, ela vai sendo acompanhada no grupo, foi o que nós combinamos nas urgências, porque é urgência, a urgência deveria ter sido a escuta da urgência e não a urgência deveria ter ido por outro caminho”.

“Como é que são as urgências da dependência química?”.

“As urgências de dependência química não é nós que fizemos, se não tiver ninguém e não sei o que e aquele trololó, então”.

“Se tiver escrito urgência em cima”.

“E mandamos pro ambulatório, não vai mandar a pessoa embora, avalia a situação de urgência, mas não que vai permanecer no CAPS”.

“Se ela ta bem, é só uma aderência, esses grupos estão enfocando a urgência”.

“Mas urgência é só quando é urgência, quando a pessoa está mal que precisa de uma avaliação imediata, um acompanhamento”.

“Não, a questão é que urgência é urgência, os grupos tem a sua função.

“Eles fizeram pra mim, fizeram toda uma onda pra tentar atendimento de urgência, como não conseguiram”.

Reunião 15/05/06:

Questionamento da pesquisadora aos trabalhadores: Como acontece o processo de trabalho neste CAPS?

“... nós temos um serviço de escuta, onde na realidade a gente faz uma triagem, depois nós temos uma equipe apesar de pequena, muito coesa, as coisas aqui são de maneira muito transparente, nós trabalhamos de uma forma horizontal, isso eu acho fundamental, onde não existe diferença entre psicólogo, o fonoaudiólogo, a pedagoga, a assistente social, o médico ...”

“... a gente já tentou fazer uma atenção diária, agora a gente está tentando montar os grupos, a gente tá assumindo todas as urgências, e a gente está tendo um outro olhar sobre esses pacientes da urgência que estão chegando pra que eles sejam atendidos não só por mim psiquiatra, mas também por toda a equipe que esteja atenta a esses pacientes novos e urgentes pra que a qualquer momento que aconteça alguma coisa com eles, eles tenham retorno pra mim, pra novamente ser reavaliada a medicação e ser devolvida pra equipe que vai continuar atendendo ele semanalmente, que não deixa de ser uma forma, uma espécie, não digo uma atenção diária, mas um cuidado mais intensivo para esses pacientes ...”

“... enquanto colegas se procura não fazer distinção entre as categorias no sentido, acho que é muito mais uma questão pessoal, acho que as pessoas tem um respeito assim pelo trabalho dos colegas ... embora eu veja que a coisa ainda fica assim um pouco centrada no psiquiatra no sentido de estudar os casos e isso não é de agora, eu acho que a gente veio assim, que eu percebo que não é só aqui”.

“... na verdade a gente estudou assim, aprendeu a trabalhar assim, e o ponto de partida é o psiquiatra e é óbvio em situações de urgência, de preferência ele é o primeiro a chegar, se ele não está, bom o resto vai fazendo outras coisas e eu acho que na verdade e daí eu me coloco porque isso também acontece comigo assim, as vezes a gente se sente insegura do que realmente pode estar fazendo, sem ter digamos assim, as vezes por exemplo uma medicação que vai garantir que a pessoa vai ficar em segurança, que ela não vai tentar besteira entende ...”

“... eu acho que a gente começou assim como todo mundo, uma coisa muito nova, as pessoas que estão desde o início, enfim indo nos cursos, lendo material, e a gente tinha assim logo no início toda semana tinha material pra ler e ainda assim de repente a gente tava atendendo só crônicos, todos nós, foi uma mentalidade que a gente desenvolveu enquanto CAPS, de atender só crônicos e, principalmente crônicos, na verdade essa é parte da clientela, então agora a gente tá no processo de rever isso e de rever também o nosso papel, a questão do perfil, quem é que é o usuário do CAPS ...”

“... eu discordo um pouco no sentido de que esta equipe ainda tem aquela figura do psiquiatra como um saber que define algumas coisas, eu vejo que essa equipe já rompeu com isso, não sei se todos, mas eu vejo até nas discussões que a gente faz assim de casos ...”

“... nós sempre sinalizamos a grande importância também, e muitas vezes é imprescindível isso, a abordagem do psiquiatra, as vezes é a primeira coisa que realmente tem que acontecer ...”

“Eu queria colocar que *eu me referi às situações de urgência* ... tem algumas situações de urgência que se a pessoa, se detectou urgência na escuta e só tem como marcar uma urgência em vez de ser terça, pra sexta, porque a psiquiatra já tá com agenda cheia e na maneira como eu vejo a coisa não tem porquê a pessoa esperar até sexta pra ter ela uma abordagem ou ela tá tão grave que o negócio é mandar para o hospital se não dá pra esperar até sexta ou tem outras coisas que precisam ser feitas até lá, como trabalhar a família, dizer que cuidados a família tem que ter ... eu queria deixar claro que eu me referi a questão da urgência, porque eu acho que a gente está se apropriando agora da

idéia de que a urgência é do CAPS, ela não é da psiquiatra, então, mas bem nesse sentido, de resto com certeza até porque ela não está aí o tempo todo”.

“ainda fica um pouco em cima da psiquiatria nas questões da urgência, não do resto”.

“E quanto às urgências eu também vi um crescimento aqui no CAPS, de toda a equipe assim, que como nós trabalhamos que essa é a pergunta que tu estás nos fazendo, a equipe assim, eu to aqui há três anos, e tanto na escuta como no atendimento de urgência, a equipe tá muito mais preparada e muito menos assustada quando chega um paciente em urgência, uma tentativa de suicídio, uma agitação psicomotora, enfim, qualquer caso de urgência”.

“realmente é quando precisa, as pessoas não estão mais se assustando com isso, a equipe está sabendo melhor entender um risco de suicídio, risco de agressão, uma depressão profunda, uma demência, enfim, casos que realmente necessitam uma urgência, coisa que a três anos atrás, era qualquer coisa marca pra urgência, agora o pessoal sabe o que fazer, inclusive a gente já tá há horas tentando marcar um dia que a gente vai conversar sobre isso pra mim falar mais algumas coisas sobre urgências, riscos, medicações, enfim todas as coisas assim que eu puder contribuir pra equipe prá ficar mais solidificado alguns conhecimentos psiquiátricos”.

“geralmente eles entram pela urgência e eu faço um primeiro atendimento e deixo pra equipe ficar como cuidadora nos grupos de apoio assim, que vão cuidando, são grupos cuidadores que vão olhando, tendo um olhar em cima desses pacientes, e a gente vai fazendo um feedback, uma troca de idéias assim comigo e com eles, se melhorou, piorou, como é que tá indo, e aí a gente vai e se precisa vem antes pra consulta, aí a gente reajusta a dose de medicação, alguma coisa assim, ou se precisa uma abordagem terapêutica diferente

“Eu percebo assim que o nosso processo de trabalho no CAPS ele está mudando, mas acho que a gente tá dentro aí dos princípios do SUS, dentro dos princípios da Constituição, acho que a gente faz bem, a gente tem uma preocupação profissional, a gente tem uma preocupação no serviço, penso que isso se dá pelas pessoas que estão aqui, porque na verdade assim, a gente pega junto, não tem o responsável técnico, talvez isso realmente queira dizer alguma coisa, mas eu percebo que as pessoas pegam juntas desde a parte burocrática do CAPS até o atendimento individual, percebe-se a integralidade na equipe, nas reuniões de equipe a gente nota assim que a gente vai, volta e a gente consegue fazer esse movimento assim, estamos com essa coisa nova da urgência, e já se sabia antes também, mas de um modo diferente, era o paciente do CAPS que ficava mal, então a gente tratava mais esses crônicos, isso é uma clientela bem diferente pra nós, penso que a gente tá se movimentando talvez um pouco devagar, mas a gente tá conseguindo fazer isso, tá conseguindo discutir em equipe, a organização da política de saúde ali talvez sim a gente deve um pouco, mas acho que não se tem tempo pra tudo... mas acho que não se tem tempo pra tudo, na verdade essa equipe, é uma equipe, mas ela tem profissionais que tem 10 horas, tem profissionais que estão, é uma equipe pequena, se tu olhar bem, bem, ela não está como deveria estar, pra funcionar 8 horas, com atendimento integral. . . penso que a gente tá dentro disso aí, só com algumas coisas evidentemente técnicas, tem que poder fazer aquele intensivo, semi-intensivo e não-intensivo”.

“ . . . acho que tem que ser investido alguma coisa na questão administrativa, porque a gente vai lá na ponta desde a recepção, a gente faz trabalho burocrático, a gente anda, não fica ali só na salinha atendendo, não se faz só isso, a gente faz muito aqui eu percebo assim, se não tiver ninguém na recepção tu faz FAA, tu abre prontuário, tem muita coisa ainda bagunçada que é do trabalho burocrático, é uma equipe que se empenha em fazer”.

“ . . . Eu na verdade caí aqui como um pato, que eu não sabia e nunca tinha ouvido falar em CAPS na minha vida, daí cheguei aqui e tal, fui ficando”.

“ . . . nós estamos falando como diz ali, de uma reorientação do modelo assistencial, que a gente costuma dizer que está centrada no médico, mas não é no médico é na doença”.

“Na doença, eu já falei isso várias vezes”.

“O plano de trabalho, na verdade, digamos assim talvez política, talvez usando a palavra política assim, mas quais são os nossos objetivos, porque assim tem a legislação do CAPS lá que diz mais ou menos o que fazer, só que cada lugar é um lugar, cada cidade é uma cidade, tem cidades que tem mais recursos, tem cidades que tem menos recursos, não só financeiros, mas cidade que tem, por exemplo que a comunidade já é por si só é mais unida, isso facilita alguns grupos de inserção, do próprio usuário ou até da gente na comunidade pra conseguir fazer uma troca”.

“ . . . daí claro o plano individual do usuário de alguma maneira vai tangenciar isso, e eu acho que isso faz falta, até porque a gente tem usuários que estão aqui há bastante tempo, e até porque se nós desligamos daqui aonde essa criatura vai, então pelo menos aqui ele está sendo atendido, está olhado, até digamos assim a gente desvirtua um pouco o que é um CAPS, mas em compensação o usuário está cuidado, está assistido”.