

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO**

BEATRIZ SEBEN OJEDA

**A TECEDURA DAS RELAÇÕES SABER-PODER EM SAÚDE:
MATIZES DE SABERES E VERDADES**

PORTO ALEGRE

2004

BEATRIZ SEBBEN OJEDA

**A TECEDURA DAS RELAÇÕES SABER -PODER EM SAÚDE:
MATIZES DE SABERES E VERDADES**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora, pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Marlene Neves Strey

Porto Alegre

2004

BEATRIZ SEBEN OJEDA

**A TECEDURA DAS RELAÇÕES SABER -PODER EM SAÚDE:
MATIZES DE SABERES E VERDADES**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora, pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Iara Xavier - UNIRIO

Prof^ª. Dr^ª. Marilu Medeiros - PUCRS

Prof^ª. Dr^ª. Marisa Campio Müller – PUCRS

Prof^ª. Dr^ª. Olga Rosária Eidt – PUCRS/UFRGS

*Fim do dia, hora de sonhar!
Com algo que faria
Pensando no que tem
Nas coisas que obtém
E com muita alegria*

*Ao chegar em casa
Pense como foi
O dia que passou
O mês que terminou
O ano que a deixou
E então me responda:
Você os aproveitou?*

(João Francisco)

Na poesia, que me foi entregue no dia das Mães (2004) a expressão da SOLIDARIEDADE e do APELO: ao Telmo e aos nossos filhos João e Paula, meu amor e gratidão.

TECENDO AGRADECIMENTOS E AFETO...

Neste momento de conclusão de uma etapa ou, pelo menos, de trânsito a um novo universo acadêmico, quero agradecer. Acredito que o agradecimento abriga a expressão de afeto como algo a ser cultivado em nossas relações sociais:

Em primeiro lugar, agradecer a Deus, pelo dom da Vida e da experiência...

Aos meus pais João e Elza, por estarem sempre tão próximos de meu viver e por me ensinarem a amar a Vida.

Aos meus irmãos, pelo afeto incondicional.

À Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, palco de grandes experiências de Vida.

Ao Prof. Ir. Norberto Francisco Rauch, Reitor da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, por sua sabedoria que me traz grandes ensinamentos;

Ao Prof. Dr. Ir. Joaquin Clotet, Vice-Reitor da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul o qual tive o privilégio de ter como professor da disciplina de Ética, pelos ensinamentos tão presentes em meu viver.

Ao Prof. Dr. Urbano Ziles, Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação da PUCRS, pelo apoio e estímulo ao longo de minha trajetória na PUCRS.

À Prof^a. Dr^a. Solange Medina Ketzer, Pró-Reitora de Ensino de Graduação da PUCRS, por nos instigar práticas transformadoras.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, na pessoa de sua Coordenadora Prof^a. Dr^a. Lilian. Milnitsky Stein, pela enriquecedora experiência interdisciplinar.

À Prof^a. Dr^a. Marlene Neves Strey, minha orientadora, por me ajudar a enxergar *regimes de verdade* presentes em nossas relações, como mulheres e homens, e a procurar caminhos de conciliação para um viver justo e feliz.

A todos e a todas que me ajudaram a olhar este mar imenso que é a área da Saúde... Em especial à Prof^a Dr^a. Marilú Medeiros que, como exemplar educadora, desafiou-me a transitar por caminhos de Foucault.

A todos(as) professores(as) das disciplinas do Doutorado, bem como às(aos) colegas de turma, por me desafiarem a transitar no universo da Psicologia Social.

À Prof^a. Dr^a. Olga Rosária Edit sempre nossa mestra e educadora, pelo carinho e ensinamentos éticos e humanizadores.

À Prof^a. Dr^a. Mirian Sirley Comiotto, pelos significados que despertou em minha vida.

Aos Colegas professores e funcionários da Faculdade de Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição, em especial, à Valéria, à Marion, ao Denizar, à Martine e à Liliane pela cumplicidade nas (re)construções cotidianas.

Às(os) profissionais de saúde, participantes da pesquisa, por comungarem conosco seus(nossos) discursos e suas(nossas) práticas em saúde.

A todos e a todas profissionais de saúde, pelos matizes singulares que imprimem em seu trabalho cotidiano mesmo sendo esses integrantes de um universo movimentado de *verdades* instigantes.

À sociedade, pelas suas contribuições, mesmo imersa em *regimes de verdade* da Saúde, para que possa cada vez mais sentir-se integrante e participe das positivities que as práticas de saúde imprimem em nossas vidas.

RESUMO

Esta tese analisa relações de saber-poder presentes nas relações sociais dos(as) profissionais da saúde. Nesta realidade social habitam saberes, dentre eles profissionais e de gênero, que instituem *regimes de verdade* nas relações profissionais e na sociedade, constituindo-se *jogos de poderes* que constróem barreiras e aprisionam os(as) profissionais para uma atenção fragmentada em saúde. Assim como os limites profissionais de cada área podem nos trazer a idéia de apropriação a determinado saber, onde há circulação de um poder, também podem ser visualizados saberes insuficientes ou parcelas de saberes em que circulam outros poderes. As relações saber-poder na saúde nos mostram que suas práticas são um espaço social de intensa efervescência permeadas de conflitos que buscam (des)acomodar saberes e limites e, ao mesmo tempo, apontar novas possibilidades. Sob abordagem de Análise de Discurso, esta tese fundamenta-se em referenciais de Michel Foucault, buscando regularidades dispersas em diferentes enunciados transversalizadas nos discursos como materialidades de *jogos de verdades*. Para desenvolvê-la analiso diferentes práticas discursivas: nuanças de documentos que expressam o panorama da Saúde brasileira, sobretudo aqueles relativos ao Sistema Único de Saúde, palco de lutas e rupturas a *regimes de verdades*; discursos de diferentes profissionais docentes que expressam *regimes de verdades* acerca de suas práticas nos serviços de saúde e na academia e discursos da mídia como mediadores e também instituidores destes *regimes de verdades*. A análise se dá no entrelaçamento da perspectiva arqueológica em que procuro trazer à tona saberes e verdades que se evidenciam e se submetem, com a perspectiva genealógica em que procuro, nas relações de saber-poder, trazer à tona as razões de seu aparecimento e de suas transformações. Da investigação assinalo limites e possibilidades transformáveis de matizes para a constituição de um novo agir em saúde. Torna-se evidente a necessidade de se integrar ao discurso científico dos(as) profissionais, o discurso ético, tornando-os vigilantes de suas relações sociais. O saber em

saúde apresenta múltiplos poderes e positivities mas necessita de abertura para novos saberes, práticas e o questionamento do saber científico como único estatuto que nos pode garantir um viver saudável. Olhar a saúde sob a dimensão da vida e não da doença requer novos modos de subjetivação que rompam com concepções dicotômicas do viver e do exercício profissional.

Descritores: recursos humanos em saúde, identidade de gênero, relações interprofissionais,

ABSTRACT

The present doctor's dissertation analyses knowledge-power relations present in the social relations of health professionals. In the social reality of these people different kinds of knowledge – related to profession and gender – coexist and give rise to so-called truth regimes in their professional life and in society. The final outcome are power games which represent barriers and hindrances to effective attention in healthcare. The professional limits of an area frequently convey the idea of appropriate knowledge; however, circulation of power may also reveal insufficient knowledge, or segments of knowledge inhabited by other sorts of power. Knowledge-power relations in healthcare make clear that its practices are a place of intense activity, which is permeated by conflicts that may change knowledge and limits and, at same time, point at new possibilities. Based on discourse analysis, the dissertation builds upon references by Michel Foucault and searches for the regularities which are dispersed in different utterances and materialise in discourses as truth games. Therefore, different discourse practices are analysed, e.g. nuances in documents that express the situation of the Brazilian health system, mainly that of the National Healthcare System (SUS), where truth is frequently subjected to fights and ruptures; discourses of several teaching professionals who verbalise truth regimes about their practices in healthcare units and colleges; and media discourses that are responsible for mediating and institutionalising those truth regimes. In the analysis two perspectives are presented: the archaeological one, whose aim is to reveal different sorts of knowledge and truth; and the genealogical one, which is designed to explain the causes and transformations of knowledge-power relations. After that, the limits and possibilities of the present investigation are pointed out in regard to the constitution of new actions in healthcare. It is evidently necessary to integrate the professionals' scientific and ethic discourses in order to direct them to their social relations.

Knowledge in healthcare is powerful and positive in many ways, but it must also be open to new sorts of knowledge, new practices and to the questioning of scientific knowledge as the only warrant of a healthy life. Viewing health under the perspective of life rather than disease requires new ways of subject-making that tear up dichotomic conceptions of living and working.

Descriptors: health manpower, gender identity, interprofessional relations

Title: The constitution of knowledge-power relations in healthcare: nuances of knowledge and truth

RESÚMEN

Esta tesis analiza relaciones de saber-poder presentes en las relaciones sociales de los(las) profesionales de la salud. En esta realidad social, habitan saberes, entre ellos, profesionales y de género que instituyen *regímenes de verdad* en las relaciones profesionales y en la sociedad, constituyéndose en *juegos de poderes* que construyen barreras y aprisionan a los(las) profesionales para una atención fragmentada en salud. Así como los límites profesionales de cada área pueden traernos la idea de apropiación a determinado saber, donde hay circulación de un poder, también pueden visualizarse saberes insuficientes o parcelas de saberes en que circulan otros poderes. Las relaciones saber-poder en la salud nos muestran que sus prácticas son un espacio social de intensa efervescencia, donde ocurren muchos conflictos que buscan (des)acomodar saberes y límites y, al mismo tiempo, apuntar nuevas posibilidades. Bajo un abordaje de Análisis del Discurso, esta tesis se fundamenta en referencias de Michel Foucault, buscando regularidades dispersas en diferentes enunciados transversalizadas en los discursos como materialidades de *juegos de verdades*. Para desarrollarla, analizo distintas prácticas discursivas: matices de documentos que expresan el panorama de la Salud brasileña, especialmente aquellos relativos al Sistema Único de Salud, escenario de luchas y rupturas a *regímenes de verdades*; discursos de distintos profesionales docentes que expresan *regímenes de verdades* acerca de sus prácticas en los servicios de salud y en la academia y discursos de los medios de comunicación como mediadores y también instituidores de estos *regímenes de verdades*. El análisis ocurre en el entrelazamiento de la perspectiva arqueológica en que busco traer a la superficie saberes y verdades que se evidencian y se someten con la perspectiva genealógica en que busco, en las relaciones de saber-poder, traer a la superficie las razones de su apareamiento y de sus transformaciones. De la investigación, señalo límites y posibilidades de transformación de matices para la

constitución de una nueva manera de actuar en salud. Se hace evidente la necesidad de integrarse al discurso científico de los(las) profesionales, el discurso ético, haciéndolos vigilantes de sus relaciones sociales. El saber en salud presenta múltiples poderes y positivities pero necesita la apertura hacia nuevos saberes, prácticas, y el cuestionamiento del saber científico como único estatuto que nos puede garantizar una vida saludable. Mirar a la salud bajo la dimensión de la vida y no de la enfermedad requiere nuevas maneras de subjetivación que rompan con concepciones dicotómicas del vivir y del ejercicio profesional.

Descriptor: recursos humanos en salud, identidad de género, relaciones interprofesionales

Título: La tejedura de las relaciones saber-poder en salud: matices de saberes y verdades."

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 (RE) DESCOBRINDO MATIZES NAS PRÁTICAS EM SAÚDE.....	28
2.1. TECENDO UMA CRÍTICA DO PRESENTE.....	32
2.2 OS CONDICIONAMENTOS DE GÊNERO NA CONSTITUIÇÃO DE SUBJETIVIDADES EM FOUCAULT.....	41
2.3. A CONCRETUDE DA PESQUISA: A BUSCA DE UMA CRÍTICA DO PRESENTE COMO OPÇÃO DA PESQUISADORA.....	45
2.3.1 Análise de Discurso como caminho.....	47
2.3.2 Discursividades nas Práticas em Saúde: rupturas e (des)continuidades.....	49
3. A SAÚDE COMO PONTO DE PARTIDA ?	54
3.1 O SABER ARTICULADO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	56
3.2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO COMO MEDIADORAS DA CONSTITUIÇÃO DE SUBJETIVIDADES DOS(AS) PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	89
4. PRÁTICAS EM SAÚDE COMO ESPAÇO DE (RE)CONSTRUÇÃO DE SUBJETIVIDADES: ATRAVESSAMENTOS DE SABERES PROFISSIONAIS E SABERES DE GÊNERO.....	97
4.1 O SABER COMO ESTRATÉGIA DE PODER E (DES)CONTINUIDADES NAS RELAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	99
4.1.1 A fragmentação do saber como estratégia nas relações de poder	136
4.1.2 A Busca permanente de conhecimento como estratégia nas relações de poder entre o saber acadêmico e o saber profissional (assistencial):	153
4.1.3 As Instituições de Saúde Como Espaço de Saber, Poder e Verdade	163
4.2 A MÍDIA COMO UM ESPAÇO DE CONSTITUIÇÃO DE SUBJETIVIDADES	178
5 REFAZENDO MATIZES: EM BUSCA DE UMA NOVA TECEDURA ?	188
5.1 SAÚDE: DA METÁFORA DA DOENÇA PARA A METÁFORA DA VIDA.....	193
5.2 DE UM SABER INDIVIDUAL PARA UM SABER CONCILIADOR:	198
REFERÊNCIAS.....	207
APÊNDICE	215
ANEXO	217

1 INTRODUÇÃO

Ao iniciar este trabalho reporto-me às experiências e ao conhecimento acumulados ao longo de meu processo de doutoramento, permitindo-me tecer novas interpretações sobre a área da Saúde, como um espaço de saber normalizado, constituidor de verdades circulantes nas relações entre os diferentes profissionais da Saúde. Como educadora, penso que estas ampliações teóricas devam integrar nosso cotidiano, permitindo-nos enxergar o mundo sob diferentes possibilidades.

Realizar a Pós-Graduação em outra área de conhecimento, que não em minha área de origem, a Enfermagem, significou despojar-me do porto seguro, ir em busca de novas idéias e posicionamentos. Houve muitos desafios e conflitos ao transitar em diferentes linguagens e um permanente esforço em fazer novas conexões com a área da Saúde, o que me possibilitou vivenciar o *desafio da complexidade* do conhecimento, enfatizado por Morin (1998, 2000). Na diversidade de referenciais da Psicologia Social, no Doutorado em Psicologia, encontrei subsídios para delinear questionamentos e territórios que são objeto desta pesquisa.

Muito mais que uma experiência cognitiva e acadêmica, meu percurso neste Programa de Doutorado permitiu-me problematizar um cenário social que alicerçava meus discursos e práticas (que não de minha autoria), até então entendidos como espaços de verdades. Diferentes caminhos assinalados nas disciplinas mostraram-me similitudes na constituição das ciências ditas humanas e ciências da Saúde. Ao mesmo tempo, experimentei a sensação de que a proximidade e o distanciamento entre essas áreas se dá por diferentes caminhos ou porque ditam determinadas normas e regras que podem ser visualizadas nas organizações

sociais e que me fizeram questionar, por exemplo, por que, na Universidade, a Psicologia não integra o elenco das profissões da Saúde? Estes questionamentos instigaram-me a buscar na Psicologia Social novas interlocuções, acerca das ciências ditas da Saúde. Ao mesmo tempo, meu confronto com um universo de discursos e linguagens próprias mostrou-me como a Psicologia está pouco presente no universo da Saúde.

A esses caminhos acadêmicos mescla-se também uma ampla trajetória laboral como enfermeira, permitindo-me enxergar a saúde como prática social dinâmica, dotada de múltiplas verdades. Iniciei minha trajetória profissional em 1978, pautada no modelo de saúde essencialmente biológico, curativo, em que a área hospitalar se constituía, basicamente, no espaço de atuação dos(das) profissionais de Saúde. E, assim, ao longo de dezoito anos, dediquei-me à área hospitalar infantil, inicialmente como enfermeira assistencial, cujo desafio maior era dominar o conhecimento das doenças e da tecnologia (equipamentos de ponta, procedimentos complexos, etc..) necessários ao seu tratamento, constituindo-se em *status* e fonte de poder dos(das) profissionais. Gradativamente, ao longo de minha trajetória, fui assumindo funções administrativas e, posteriormente, a docência, que me motivaram a realizar o Mestrado em Educação, possibilitando um novo olhar acerca da área da Saúde e da responsabilidade social de seus profissionais.

Em meu ingresso no ensino universitário, senti a necessidade de aprofundar conhecimentos acerca das políticas de Saúde e de Educação vigentes, bem como de novos referenciais teóricos que ampliassem minha compreensão destas áreas, como espaço social de trabalho de diferentes profissões da Saúde.

Hoje, casada, mãe de dois filhos, assumo a direção de uma Faculdade que abriga as áreas de Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição, permitindo-me transitar por diferentes olhares e cenários da Saúde. Meu intenso envolvimento profissional suscita determinadas expressões sociais: com frequência sou questionada sobre como uma mulher, mãe e *dona de casa* pode

assumir os inúmeros compromissos profissionais que o cargo exige, pós-graduar-se e ainda dar conta do espaço doméstico e familiar. Nestas expressões podem-se visualizar papéis sociais que são designados à mulher. Ao assumir encargos profissionais, ela não deixa de ser responsabilizada pelo controle doméstico e cuidado com a família, assinalando a construção de diferentes papéis sociais entre homens e mulheres.

No cenário da Saúde, estas construções sociais não ficam à margem das diferentes profissões, como é o caso da Medicina como profissão historicamente masculina, mesmo que, na atualidade, a presença feminina seja marcante; a Enfermagem, a Nutrição, a Psicologia, o Serviço Social, dentre outras, mantendo um legado feminino e traçando em suas trajetórias o que socialmente vem sendo construído como característica feminina/ característica masculina. Ou seja, nas diferentes áreas mesclam-se saberes oriundos dos papéis historicamente construídos entre homens e mulheres, já normalizados e instituidores de verdades na convivência profissional e interdisciplinar.

Esses saberes são relações de poder que vão se constituindo como num jogo de verdades, que vão se formando, sendo formados e se alternando. Nesses jogos de verdade emergem diferenças entre o masculino e o feminino, incitando-nos à idéia de separação/exclusão: historicamente, ao se designar às mulheres o papel de cuidadoras, excluiu-se ou deixou-se à margem da construção social do homem, o desenvolvimento e o olhar para o cuidado. Em meu entendimento, não se trata, aqui, de analisar estas diferenças como uma construção hierárquica nas relações homens e mulheres, sob a perspectiva de domínio e submissão e, sim, olhá-las como exclusões e distanciamentos e, portanto, redesenhar caminhos que ultrapassem o olhar de gênero, em busca da conciliação, da liberdade e da inclusão.

As reflexões e discussões ao longo da construção deste trabalho remeteram-me a questionar: o quanto nós como homens/mulheres, educadoras/educadores, profissionais de

Saúde estamos abertas/os para transformar esta realidade? O quanto a sociedade, nas diferentes instâncias, discute no sentido de questionar sobre determinados estigmas, normas, saberes que dicotomizam as relações entre homens e mulheres apesar da crescente abertura de espaços profissionais às mulheres? O quanto essas discussões ainda permanecem eminentemente nos espaços femininos, como lutas para rupturas, mas que ao serem discussões eminentemente femininas, reforçam a dicotomia de gênero e se tornam marginalizadas? Em que espaços masculinos a questão de gênero vem sendo discutida? O quanto nós, mulheres e homens, estamos abertas/os para, em conjunto, discutir questões de gênero em busca de (des)construção de idéias de domínio e submissão, tão presentes em nossas interpretações acerca de gênero?

Para que estas reflexões se dêem no cotidiano dos(as) profissionais e transformem suas práticas, sou defensora de que a área da Saúde deva interfertilizar-se com as ciências humanas, uma vez que o desenvolvimento das Ciências Biológicas e sua crescente especialização as tornam distantes do universo humano e social, constituindo-se em caminho paralelo às ciências humanas. Defendo, aqui, a necessidade de nós, profissionais e educadores, transitarmos em fronteiras que nos apontem para a complexidade do saber em Saúde em busca de desnaturalização do pensamento, do aporte predominante da Biologia e mesmo da unicidade da Psicologia. É muito mais um lidar com fronteiras, com as margens com a complexidade e com a abertura ao novo, ao místico, como nos dizem Foucault (2002), Deleuze (2001) e Serres(1993).

Higuera(1999) assinala que as investigações de Foucault, sobretudo a dos anos setenta, nos mostram que a formação e a concretude das ciências humanas se dá pelo dispositivo de poder disciplinário constituindo um novo saber do homem, colocando em circulação novas práticas sociais de controle e vigilância. Trazendo à tona a tese de Foucault: *el poder crea objetos de saber, los hace emergir*, Higuera (p.47) no aponta que foi nos dispositivos de

poder-saber que as novas ciências, dentre elas a Medicina Clínica e a Psicologia, constituíram-se em objetos ou em campos de saber, ou seja, como decorrência das relações de poder.

Os referenciais teóricos estudados nas diferentes disciplinas, oferecidas pelo Programa de Pós-Graduação, instigaram-me a aprofundar criticamente aspectos das relações sociais que envolvem a área da Saúde, sobretudo na convivência com profissionais, em que perpassam diferentes valorizações sociais.

Embora minha opção, neste estudo, se volte para uma abordagem social na maneira de olhar a Saúde, constato que, em suas e minhas práticas também, evidencia-se, ainda, a ênfase e, às vezes, quase exclusivamente, o modelo biomédico, no qual o pensamento biológico torna-se a base científica. Sob essa ótica, a doença e a cura tornam-se o foco central. A constatação de que nas práticas em saúde mesclam-se diferentes posicionamentos ou ideologias, remete-nos a pensar que, em nossa realidade, transitam diferentes abordagens profissionais e assistenciais em Saúde.

Estudos realizados por Morin (2000), ajudam a compreensão de como o desempenho e as relações profissionais poderão ser influenciados pela fragmentação do conhecimento acadêmico, com repercussões no cenário de atuação dos(as) profissionais. Refere Morin que a fragmentação do conhecimento é evidente nas ciências da Saúde, com a expansão descontrolada do saber, que concebeu múltiplas especializações.

Apreende-se, também, de sua análise que, como fruto desse processo, hoje, a área da Saúde se constitui de diferentes profissões que, em sua organização social, fragmentam as suas práticas, tornando-as essencialmente técnicas, ao invés de conjugá-las ao viver humano, no sentido mais amplo da vida e do mundo. Constato esta realidade nos diferentes cenários da área da Saúde, em que cada profissional se ocupa de uma parcela do cuidado em que habitam saberes, que instituem *regimes de verdades* tanto nas relações profissionais como no espaço

de visibilidade social da Saúde. Os diferentes saberes, embora possam ser interpretados como complementares, também podem ser visualizados como *jogos de poder* que constroem barreiras e aprisionam os profissionais para uma atenção fragmentada em saúde. Assim como os limites profissionais de cada área podem nos trazer a idéia de apropriação de determinado saber e, portanto, onde há circulação de um poder, também estes mesmos limites podem ser visualizados como saberes insuficientes ou parcela de saberes que impõem um certo aprisionamento às demais áreas e, portanto, onde circulam outros poderes.

Então, a circulação de saberes e poderes na área da Saúde nos incita a pensar que as práticas nessa área são um espaço social de intensa efervescência, onde estão presentes conflitos que buscam (des)acomodar saberes e limites, ao mesmo tempo em que, ao apontar novas possibilidades, também impõem novos limites. Interpretações acerca das relações sociais entre os profissionais de Saúde estão centradas nas diversas valorizações sociais que parecem normalizadas nas diversas profissões e também, ao longo de sua formação. Perpetuam-se idéias de diferenças sociais entre os(as) futuros(as) profissionais, instituindo-se distanciamentos, preconceitos, territórios hierarquizados e fragmentados das práticas assistenciais. Pergunto-me se não poderíamos seguir outro caminho que pudesse nos sinalizar um novo olhar para os diferentes saberes que circulam na área da Saúde pois, ao centrarmos nossa análise em relações hierárquicas, não estaríamos legitimando também um saber hierarquizado ou seja o saber mais valorizado, o saber menos ou (des)valorizado?

Diante destas considerações, e pretendendo buscar um novo caminho epistemológico, desenvolvi esta pesquisa, opondo-me a práticas predominantes na formação de profissionais de Saúde, em que se prioriza a construção de identidades profissionais isoladas, fixas, corporativistas e competitivas entre si, embora fragmentadas em uma estrutura falaciosa de unidade e integração. Estas circunstâncias constituem-se como limitantes e limitadoras à interdisciplinaridade, às ações em Saúde e às relações sociais que as envolvem. Ou seja, são,

ao mesmo tempo, instituidoras dessa interdisciplinaridade, mesmo que fragmentárias. Da mesma forma, essas relações sociais constituem-se na possibilidade de um olhar voltado ao sujeito, em seus diferentes modos de subjetivação, concedendo aos diferentes profissionais determinadas identidades. Assim, minha intenção não é a de me restringir aos espaços sociais de cada área, demarcados pelos seus territórios profissionais, mas dar voz às lutas que circulam entre as diferentes profissões da Saúde, norteadas por normas e regras dos saberes e que, de maneira explícita ou silenciosa, se expressam no cotidiano da convivência acadêmica e profissional.

Senti-me privilegiada por transitar pelos caminhos de diferentes profissionais de Saúde. Cada profissional ensinou-me que não existe *verdade* única e, ao mesmo tempo, que no jogo das diferenças os discursos se aproximam nas regularidades. Foram tantos os lugares e olhares que, por vezes, senti-me sem chão, solitária, sem porto seguro, sem referencial. Houve muitos processos de desconstrução de *verdades*, únicas, até então absolutas, e, ao mesmo tempo, a caminhada solitária (e ao mesmo tempo coletiva) de reconstruir e perceber outros *regimes de verdades*.

A singularidade da experiência, oriunda desta pesquisa, traz em si o sentido da experiência para Foucault, apontado por Motta (2000, p. VII): *o sentido da experiência para Foucault é especial- é algo do qual se sai transformado. Escrever não é um ato de comunicar o que já se sabe. [...]. Ele escreve porque não sabe ainda o que pensar desta coisa que ele deseja muitíssimo pensar.* Foi este olhar de experimentação, com a intenção de buscar na experiência a plenitude do possível, que norteou meu percurso nesta pesquisa. Como nos aponta Foucault: *uma experiência não é verdadeira nem falsa. Uma experiência é sempre uma ficção; é alguma coisa que nós próprios fabricamos, que não existe antes e vai existir depois* (MOTTA, 2000 p. VII).

Assim, vejo-me (re)começando em novos caminhos, em novos referenciais oxigenantes que me incitam olhar a realidade de maneira diversa daquela de quando iniciei esta Pós-Graduação. Meu olhar mescla-se ao olhar das pessoas: autores, orientadora, professores, alunos, profissionais de Saúde, usuários dos serviços de Saúde, que me acompanharam, me desafiaram a buscar caminhos desconhecidos possibilitando, a este trabalho uma interpretação própria e passível de outras interpretações.

Alguns pressupostos também instituídos como problematização e, outros, como *regimes de verdades*, deram corpo à constituição do objeto desta pesquisa. Como recorte para a formulação do problema de pesquisa, constato que na organização das práticas em Saúde cada profissional se ocupa de uma parcela do cuidado, delimitado por saberes e práticas que constituem seu exercício profissional, onde estão subjacentes diferentes valorizações sociais. Assim, explico a tese com a qual trilho o caminho de constituição de jogos de verdade na área da Saúde.

Esta é a tese desta pesquisa:

A Organização das práticas em Saúde se dá pela interlocução de saberes instituídos como *verdades*, que constituem e são constituídos por subjetividades, nas práticas acadêmicas e profissionais, bem como, nos espaços em que a Saúde se exerce como prática social.

Proponho, ao longo desta construção:

- Identificar de que modo as relações de saber/poder participam do processo de subjetivação dos(as) profissionais de Saúde em formação e na práxis do cotidiano.

- Conhecer como as concepções de gênero, como verdades institucionalizadas e verdades locais, circulam nas relações sociais entre os(as) diferentes profissionais da Saúde.
- Desenhar limites e possibilidades para a formação de novos profissionais de Saúde.

Como propósito de nortear o que busco nesses objetivos poderia, em síntese, perguntar:

- na dinâmica das práticas em Saúde o que é permitido a cada profissional?
- nessa dinâmica, que saberes e verdades circulam entre homens e mulheres?
- É possível definir limites e possibilidades para um novo agir em Saúde?

Para desenvolver esta tese analiso nuances de documentos que expressam o panorama da Saúde brasileira sobretudo àqueles relativos ao Sistema Único de Saúde, palco de lutas e rupturas de *regimes de verdades*; discursos de profissionais docentes de Saúde que expressam *regimes de verdades* acerca das práticas dessa área e da formação dos seus profissionais; discursos da mídia como mediadores e também instituidores desses *regimes de verdades* que aprisionam os profissionais em determinados saberes e práticas.

Como nos fala Foucault (2002), toda sociedade possui regimes de verdades que instituem identidades, determinam regras, legitimam ou desconsideram práticas, dizem-nos e impõem-nos diferentes valorizações sociais. Neste sentido, problematizo que, no universo da Saúde, o saber médico, legitimado socialmente, aprisiona em suas tramas saberes oriundos de

outras áreas, constituído-se em *status* privilegiado em relação às demais categorias profissionais.

Nesta ótica pretendo analisar *regimes de verdades*, presentes na sociedade, acerca da área da Saúde, que coloca o saber médico no centro das relações e práticas profissionais, aprisionando saberes e práticas construídos em outras profissões dessa área e silenciando-os. Estes *regimes de verdades* são palcos de lutas na convivência profissional, mostrando-se como estratégias de poder para abertura de espaços libertadores, em busca de novos saberes, práticas e subjetivações. A interdisciplinaridade pode ser entendida como estratégia que concede voz a diferentes saberes e práticas, no cenário da Saúde. Entretanto para que estas mudanças se mostrem presentes nos discursos e nas práticas dos profissionais são necessárias, além de motivações (abertura) individuais e coletivas, articulações econômicas, políticas e sociais capazes de legitimação e reconhecimento, pela sociedade, dos múltiplos saberes e práticas.

Descrevo, a seguir, as etapas que constituem o desenvolvimento da pesquisa:

A PRIMEIRA PARTE discute fundamentos teóricos e metodológicos, utilizados ao longo da pesquisa, que se constituem no capítulo: **(RE) DESCOBRINDO MATIZES NAS PRÁTICAS EM SAÚDE**. Este capítulo desenvolve-se em três seções: A primeira: **TECENDO UMA CRÍTICA DO PRESENTE** aborda conteúdos teóricos desenvolvidos por Michel Foucault, como base de sustentação para a análise da pesquisa, com a interlocução de autores estudiosos de suas obras. Articulada a estes pressupostos, a seção segunda trata dos **CONDICIONAMENTOS DE GÊNERO NA CONSTITUIÇÃO DE SUBJETIVIDADES EM FOUCAULT** e a terceira seção aborda **A CONCRETUDE DA PESQUISA: A BUSCA DE UMA CRÍTICA DO PRESENTE, COMO OPÇÃO DA PESQUISADORA**, em que é apresentada a metodologia, a coleta de dados e a realização da pesquisa descritas nas subseções: **Análise de Discurso como Caminho e Discursividades**

nas Práticas em Saúde: rupturas e (des)continuidades. A **SEGUNDA PARTE** é caracterizada pela construção de uma crítica do presente. Este estudo tem, então, como produção do modo de subjetivação em Saúde, três vertentes: a primeira, voltada à constituição do discurso em Saúde que será apresentada no capítulo: **A SAÚDE COMO PONTO DE PARTIDA?** em que são desenvolvidas duas seções: **O SABER ARTICULADO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE** e **AS POLÍTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO COMO MEDIADORAS DA CONSTITUIÇÃO DE SUBJETIVIDADES DOS(AS) PROFISSIONAIS DE SAÚDE** abordadas a partir da ótica e dos modos inscritos em documentos, discursos dos(as) participantes, manifestações selecionadas em eventos, na mídia, entre outros. Trazem o discurso, tanto da ordem do governo onde se articulam as políticas de Saúde e Educação, como de seres críticos que se mostram enredados nessa construção social.

A segunda trata dos rebatimentos desses modos de se constituir subjetividades entre profissionais da Saúde, trabalhando estratégias de poder e descontinuidades entre eles conforme são tratados no capítulo: **PRÁTICAS DE SAÚDE COMO ESPAÇO DE (RE)CONSTRUÇÃO DE SUBJETIVIDADES: ATRAVESSAMENTOS DE SABERES PROFISSIONAIS E SABERES DE GÊNERO.** Este capítulo desenvolve duas subtemáticas: a primeira, **O SABER COMO ESTRATÉGIA DE PODER E (DES)CONTINUIDADES NAS RELAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE,** integrando as seguintes seções: **A fragmentação do saber como estratégia nas relações de poder. A Busca permanente de conhecimento como estratégia nas relações de poder entre o saber acadêmico e o saber profissional e As Instituições de Saúde como espaço de saber, poder e verdade.** e a segunda : **A MÍDIA COMO ESPAÇO DE CONSTITUIÇÃO DE SUBJETIVIDADES** que trata como os discursos da mídia potencializam *regimes de verdade* e, ao mesmo tempo, tornam-se ordens poderosas para instituição de outros.

A terceira, explora possibilidades oriundas das temáticas abordadas nos capítulos anteriores, traçando caminhos para transformações de práticas acadêmicas e profissionais e será tratada no capítulo: **REFAZENDO MATIZES: EM BUSCA DE UMA NOVA TECEDURA?** em que procuro retomar e destacar matizes que, em meu entendimento, necessitam ser discutidos entre os(as) diferentes profissionais. É desenvolvido em duas seções. Na primeira sessão: SAÚDE: DE UMA MÉTAFORA DA DOENÇA PARA UMA MÉTAFORA DA VIDA, procuro tecer alguns matizes em busca de um novo agir em saúde integrando a eles contribuições trazidas pelos(as) participantes da pesquisa; com o mesmo propósito desenvolvo a segunda sessão: DE UM SABER INDIVIDUAL PARA UM SABER CONCILIADOR em que trato de desafios que nos (des)motivam a buscar práticas conciliadoras em prol de um viver em saúde que destitua *verdades* fixas e abriguem positivities com interlocuções dinâmicas e mutáveis.

Para concluir, desenvolvo algumas considerações como ponto de partida para novas problematizações, entendendo que análises não se encerram neste texto, mas se tornam focos de novas análises e construções.

Assim, é minha expectativa que o presente estudo possa desacomodar concepções arraigadas, tanto na formação, como no exercício profissional nas diferentes áreas da Saúde, como ponto de partida de novas interlocuções e reflexões. Propor, dar um novo significado à convivência das diferentes profissões, no cotidiano das práticas de saúde, diluindo fronteiras corporativas, interesses políticos e econômicos particulares que distanciam os profissionais entre si, talvez seja um desafio a ser abraçado. Mas, acima de tudo, permitir e dar voz aos saberes menos privilegiados, quase anônimos e buscar libertá-los talvez seja algo possível de ser feito.

Tenho a convicção de que minha escolha temática é ampla e complexa, passível de questionamentos, uma vez que se espera de uma tese de Doutorado o aprofundamento de um

determinado fato social. Entretanto, assumo os desafios e os riscos de trabalhar com esta complexidade, uma vez que ela expressa meu cotidiano de trabalho, pois entendo que o viver é complexo, simplificá-lo é reduzi-lo. A convivência permanente e profunda com diferentes matizes da saúde me trazem grandes ensinamentos, dilemas profissionais e a sensação cada vez mais presente de que temos de desfazer, ou pelo menos atenuar os limites que separam as diferentes profissões da Saúde, que as tornam individuais, distantes daquelas práticas solidárias e integradoras que se espera dos seus profissionais.

2 (RE) DESCOBRINDO MATIZES NAS PRÁTICAS EM SAÚDE

Entre as razões que nos levaram à opção de estudar referenciais de Foucault está o seu permanente convite para olharmos as coisas, as instituições, as nossas práticas, os nossos discursos, o nosso corpo, os nossos gestos, de maneira diferente daquela que costumamos ver, questionando o que está naturalizado, banalizado no cotidiano, e convidando-nos a buscar novas formas de pensar. Essa aproximação a suas obras deu-se em disciplinas e seminários, ao longo do curso de Doutorado.

Estudar Foucault significou transitar em novos caminhos, percorrendo suas obras em idas e vindas, apoiando-nos em autores(as) e discussões acadêmicas que ajudaram a traduzi-las e a aprofundar nossa compreensão. Assim, propomo-nos a correr riscos, pois acolhemos a idéia de liberdade, de autonomia, não centralizada a uma teoria, não fechada em si mesma, conforme defendido por Foucault, buscando, neste sentido, a aproximação entre teoria e prática.

Neste processo, com sabor de descobertas, aos poucos, fomos construindo este trabalho, desacomodando convicções e verdades, por nós questionadas mas até então silenciadas. Em nosso entendimento, o maior desafio deste trabalho foi buscar novas análises de como se instituem e se organizam as práticas em Saúde, que saberes e práticas expressados nos discursos sociais instituem a subjetividade dos profissionais de Saúde.

Esta foi a preocupação deste estudo: analisar discursos que circulam e são produzidos pelas políticas nacionais de Saúde, pelas instituições desta área, pela mídia, pelas instituições de ensino, sobretudo as universidades, como responsáveis históricas pela (re)produção de

conhecimentos e verdades instituídas na área da Saúde. Optei em dar voz a profissionais docentes que circulam nos espaços de ensino e assistência, bem como, a documentos e discursos que circulam nos meios sociais e, inspirada em Foucault, extrair enunciados que se constituem *regimes de verdades* na área da Saúde. Ao interpretar os diferentes discursos, buscamos regularidades, como aquilo que é naturalizado, inquestionado, que se encontram dispersas em diferentes enunciados, mostrando-se transversalizadas nesses discursos como materialidades desses jogos de verdades.

Foucault nos convida a pensar o impensado na busca da verdade, ou de uma verdade, verdade que não é universal, que não é dogmática, que não é única. A busca de liberdade nos incitou romper com aquilo que estava posto, nas leituras, na análise das grandes metanarrativas. (Re)Pensar a Saúde significou ir em busca de uma outra lógica, para além da ideologia que nos conduziu a fazer determinadas conexões, desfazer outras e, ainda, deixar muitas em aberto, pois Foucault nos convida a olharmos para além das ideologias, uma vez que estamos lidando, ainda, com a dimensão da consciência (em outra lógica ainda). Ele propõe superá-la por uma outra lógica, não ideológica, não dialetizante, não paradoxal.

Para a análise dos saberes, Foucault propõe dois métodos: a arqueologia e a genealogia. A *arqueologia* nos dá respostas de *como* os saberes se constituem se transformam. Para tal, fazem-se necessárias interlocuções discursivas e sua articulação com as instituições. Torna-se o próprio método de análise em que se busca saber o que o discurso produz, ou seja, as práticas produzidas por ele. Através da análise dos discursos procuram-se relações entre eles e sua ligação com as instituições. A genealogia analisa *por que* os saberes se constituem e se transformam. Seu propósito não é descrever suas positivities¹. Pretende explicar o aparecimento dos saberes a partir de condições que são externas aos próprios saberes, mas que

¹ Foucault concebe positividade como, *momento a partir do qual uma prática discursiva se individualiza e assume sua autonomia, momento, por conseguinte, em que se encontra em ação um único e mesmo sistema de formação de enunciados, ou ainda, o momento em que este sistema se transforma.*(2002, p. 211)

são inerentes a eles, situando-os como elementos de natureza estratégica. A genealogia pretende explicar a existência dos saberes e suas transformações, situando-os como peça de relações de poder ou incluindo-os em um dispositivo político. (MACHADO, 2000)

A genealogia é proposta como uma estratégia que permite romper com a centralização do discurso científico, que se institucionaliza e se corporifica em todas instâncias da sociedade. Objetiva, assim, dessujeitar os saberes históricos, tornando-os livres, capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso unitário, formal e científico, [...] contra a hierarquização científica do conhecimento e seus efeitos de poder intrínsecos.(FOUCAULT, 2000a, p.15-16).

Para análise de um discurso, Foucault (1999) nos assinala que devemos nos desvencilhar dos sujeitos constituintes, o que quer dizer chegar a uma análise que possa dar conta da constituição do sujeito na trama histórica:

A eso yo lo llamaría genealogia, es decir, una forma de historia que da cuenta de la constitución de los saberes, de los discursos, de los dominios de objeto, etc., sin tener que referirse a un sujeto que sea transcendente respecto al campo de los acontecimientos o que corre en su identidad vacía, a través de la historia. (p. 47)

Neste sentido os discursos que serão analisados, ao longo desta pesquisa, transcendem a meros acontecimentos, mas conduzem a tramas históricas constituidoras de saberes, discursos e práticas em Saúde que constituem as subjetividades de seus profissionais.

Machado (2000) nos assinala que a *arqueologia* e a *genealogia* não têm o propósito de fundar uma ciência ou constituir uma teoria ou um sistema, mas sim realizar análises fragmentadas e não definitivas. Embora estes métodos nos assinalem dois caminhos distintos, mas não excludentes, propomos em nossa análise, seu entrelaçamento que permita trazer à tona saberes que participam do processo de subjetivação dos(as) profissionais de Saúde, em sua formação, e na práxis do cotidiano. Ou seja, partindo das concepções de Saúde que vêm

sendo instituídas nas políticas brasileiras, que organizam, sistematizam e normalizam as práticas das diferentes profissões e, acoplando-as ao saber constituído na memória dos diferentes profissionais, incluindo neles, atravessamentos de saberes gênero, analisamos o modo como as relações saber/poder participam do processo de subjetivação dos referidos profissionais. Ao transitar entre saber histórico e saber local, em concepções e práticas de discursos documentais e discursos dos(as) participantes, procurar encontrar forças, resistências, contra-resistências, indo em busca dos saberes dessujeitados e, com isso, reinterpretar as práticas dos(as) profissionais de Saúde.

A obra de Foucault, como ele mesmo refere, pode ser definida como um projeto de três domínios genealógicos²:

Primeiro, uma ontologia histórica de nós mesmos em relação à verdade, através da qual nos constituímos como sujeito do saber; segundo, uma ontologia histórica de nós mesmos em relação a um campo de poder, através do qual nos constituímos como sujeitos de ação sobre os outros; terceiro, uma ontologia histórica em relação à ética através da qual nos constituímos como agentes morais. (FOUCAULT, in DREYFUS e RABINOW, 1995, p.262)

Procuramos, a partir de estudos e reflexões acerca de suas obras construir uma análise sobre o foco de estudo desta pesquisa, mais especificamente, a organização das práticas em Saúde, concretizadas nas diferentes profissões.

Na busca de descrever e delimitar o espaço teórico, metodológico e analítico desta pesquisa, este capítulo será desdobrado em dois momentos: inicialmente, abordaremos fundamentos conceituais da obra de Foucault como *ferramentas* para análise e (des-)construção dos discursos presentes nas práticas em Saúde. Estas bases de sustentação

² Em termos gerais pode-se dizer que o primeiro domínio, a *verdade*, foi estudado em o *Nascimento da Clínica e as Palavras e as Coisas*; o segundo domínio, o do *poder* foi estudado em *Vigiar e Punir* e o terceiro, o *ético*, em *História da Sexualidade*.

ajudaram-nos a delimitar cenários dos discursos e participantes do estudo. Assim, na tentativa de demonstrar como se deu este processo, no segundo momento, descreveremos a pesquisa, com nossas opções metodológicas, bem como a apresentação do cenário em que são analisados os discursos sociais.

2.1.TECENDO UMA CRÍTICA DO PRESENTE

A obra de Foucault nos oferece inúmeras possibilidades de criação e nos assinala, que tudo o que criamos como saberes e práticas, como existência, está em permanente processo de transformação. O que criamos não pertence a um eu único, nós nos construímos do outro e com o outro. Foucault (1991) vem nos instigar a promover a pesquisa por meio das críticas e análises que fazemos, a partir do presente, das práticas discursivas que estamos sofrendo, vivendo. Essas práticas vêm nos dizer das *verdades*, dos *regimes de verdade* que, independentemente do que pregam as leis e o desejo das pessoas, de grupos, são suficientemente fortes para, nas relações de poder, se instituírem como inquestionáveis. São naturalizáveis!

Foucault nos oferece *ferramentas* para que possamos compreender, sob diferentes óticas, os problemas da sociedade em que vivemos como ele mesmo nos diz:

Todos mis libros (...)son, si quiere, pequeñas cajas de herramientas. Si las personas quieren abrirlas, servirse de una frase, de una idea, de un análisis como si se tratara de un destornillador o de unos alicates para cortacircuitar, descalificar, romper los sistemas de poder, y eventualmente los mismos sistemas de los que han salido mis libros, tanto mejor (1991,p.88)

Procura desprender-se das teorias que constituem unidades teóricas de discurso a exemplo do Marxismo, da Psicanálise, buscando produção teórica autônoma, não centralizada, longe de ser um regime comum, trazendo um caráter local à crítica, que ele chama de *reviravoltas do saber*. Traz à tona os saberes históricos, fadados ao esquecimento, e o saber das pessoas, desconsiderados cientificamente, nos quais se mostram lutas, resistências e contra-resistências. Para ele, toda a teoria é limitante, no sentido de que está fechada em si mesma. Assim, procura romper com a ideologia, em busca da liberdade.

Para Foucault (2002) o discurso está no centro, pois ele produz a realidade da qual fala. Em sua obra *Arqueologia do Saber*, publicada em 1969, aponta-nos caminhos para a análise histórica de um saber centrado nas rupturas e nas (des)continuidades que o transformam constantemente:

A história do pensamento, dos conhecimentos, da filosofia, da literatura, parece multiplicar as rupturas e buscar todas as perturbações da continuidade, enquanto que a história propriamente dita, a história pura e simplesmente, parece apagar, em benefício das estruturas fixas, a irrupção dos acontecimentos (p.6)

O que Foucault nos fala é que a história de um saber não se dá pela sua continuidade, como um corpo de conhecimento fixo, imutável, mas, antes, pela sua transformação *que vale como fundação e renovação dos fundamentos*. Ou seja, ele considera a provisoriedade da teoria, sua parcialidade e sua dinamicidade.

Ao analisar as linhas e investigação de Foucault que se constituem em análise do saber, a partir das práticas discursivas, a análise do poder como estratégias abertas e a análise das relações pelas quais o indivíduo se constitui e se reconhece como sujeito, Higuera (1999, p. 55), considera as investigações genealógicas de Foucault, como investigações históricas e críticas que têm como ponto comum o estudo dos *jogos de verdade*"(jeux vérité),

Todas ellas estudiam los 'juegos de verdad' (jeux de vérité), sea que lo hagan relacionándolos entre sí, considerando los juegos de verdad en relación com las relaciones de poder o, por último, considerando

los juegos de verdad en la relación consigo mismo y en la constitución de si mismo como sujeto.

No conceito de *jogos de verdade* é que se encontra a base de constituição dos objetos e dos sujeitos. Para Foucault a *verdade* tem uma história, não como algo que vai se constituindo gradativamente, mas no sentido de que se constitui nas relações de poder que estão no seio de uma sociedade. Da mesma maneira que o saber, não existe verdade sem poder, ou seja a verdade é produzida pelas relações que mantém com o poder. (HIGUERA, 1999).

Foucault (1999) nos assinala que cada sociedade possui seus *regimes de verdade, sua política geral da verdade*. A partir de um conjunto de regras, discrimina-se o verdadeiro (bom) do falso (mau) ligando-se ao *verdadeiro* efeitos políticos de poder. As técnicas e os procedimentos são valorizados para obtenção da *verdade*, ou seja aos estatutos que os encaminham para obtenção do que é *verdadeiro*. Em nossa sociedade a *economia política da verdade* pode ser caracterizada por cinco facetas historicamente construídas: a *verdade* está centrada na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem; está submetida a um constante estímulo econômico e político tanto, no que diz respeito à produção econômica quanto ao poder político; é objeto de difusão e consumo que circula em instrumentos de educação e informação (incluo aqui os meios de comunicação); é produzida e transmitida sob controle dominante de mecanismos políticos e econômicos, incluindo aqui as universidades, meios de comunicação e é o centro de todos os debates políticos e sociais denominados *lutas ideológicas*'. Nesta lógica, a verdade está ligada, circularmente, a sistemas de poder que a acompanham, *o regime de verdade*. Então não basta ao intelectual criticar determinadas ideologias, ligadas a determinadas ciências, em busca de transformações para uma prática mais justa, mas, sim, como problema político, saber até que ponto é possível constituir uma nova política da *verdade*. *El problema no es 'cambiar la conciencia' de la gente o lo que tienen en la cabeza, sino cambiar el régimen político, económico, institucional de producción da verdad*. (FOUCAULT, 1999, p. 54/55)

Foucault nos aponta outra lógica para a analisar o discurso, abandonando *os grandes textos*, em busca de uma ação política: a *estratégia*. A *estratégia* está presente na maneira como esta ação política está organizada, pensada e expressada em documentos. Interessa-nos muito mais analisar o modo como estas estratégias se materializam na cotidianidade, instaurando novos *jogos de verdade*.

Para Foucault (2000a), os discursos nos dizem como as coisas são. As sociedades e culturas em que vivemos são dirigidas por poderosas ordens discursivas que regem o que deve ser dito e o que deve ser calado e os próprios sujeitos não estão isentos desses efeitos, pois eles são constituídos e constituidores dessas *verdades* ao aceitarem-nas, no mínimo, como tal. A linguagem, as narrativas, os textos não apenas descrevem as coisas mas instituem *verdades* que, por sua vez, são manifestadas nos discursos.

A crítica foucaultiana centra-se em *como* se instituiu, historicamente, um determinado conhecimento, um determinado saber, uma determinada organização e normalização deste saber na sociedade, que hoje está posta e inquestionada. Partindo dessa crítica, busca indagar como poderia ser diferente. Valendo-se dessas idéias, Fischer (1999, p.1), nos diz: *nós fazemos, sempre a história do presente*, mesmo se trabalhamos o presente ou se nos aproximamos do passado. Ou seja o passado e o presente são objetos de permanente (re)invenção.

Higuera (1999) nos assinala que a crítica em Foucault se concretiza em uma *crítica arqueológica* em que a linguagem, e não o conhecimento, é o objeto principal. Influenciado pelo pensamento nietzscheano, Foucault concentra sua abordagem no problema das relações da verdade e a história. Expressa a idéia de *irrealidade do presente* uma vez que a realidade está situada em acontecimentos históricos que marcam determinadas práticas articuladas a linguagens tornando-se esta, uma realidade histórica. Não se trata de analisar se a verdade de um conhecimento tem correspondência com a realidade, mas, sim, analisar como certas

relações de poder, certas práticas, produzem *discursos verdadeiros* e assim analisar como a realidade se liga a ele. São estas perguntas que Foucault faz aos discursos e às suas verdades : *de que procedimentos dependeis? de que relações de poder procedeis?* (p.132)

Ao desenvolver uma genealogia histórica do saber, na primeira etapa de suas obras: a História da Loucura (1961), o Nascimento da Clínica (1963), as Palavras e as Coisas (1966) a Ordem do Discurso (1971), Foucault, propõe estudar, não a origem dos saberes em seu potencial de desenvolvimento, mas como estes foram se constituindo, agregando-se a outros saberes.

Foucault (2000a) analisa a história dos saberes, não como continuidades, acumulações, mas como rupturas, descontinuidades, que provocaram deslocamentos e transformações. O saber, tal como Foucault o entende em suas relações, produz sujeitos do conhecimento.

Nenhum saber se forma sem um sistema de comunicação, de registro, de acumulação, de deslocamento, que é em si mesmo uma forma de poder, e que está ligado em sua existência e em seu funcionamento, às outras formas de poder. Neste nível, não há o conhecimento de um lado, e a sociedade do outro, ou a ciência e o Estado, mas as formas fundamentais do 'poder-saber'.(FOUCAULT, 1997, p.19)

O poder institui estratégias, sejam elas políticas, econômicas, jurídicas, científicas que fixam normas, regras para se exercer como poder e, ao mesmo tempo para estabelecimento do saber. (FOUCAULT, 2000a)

Desprendendo-se da ideologia e da idéia de poder como repressão, opressão e dominação absoluta, Foucault, ao longo de sua obra, traz-nos novas interpretações sobre o poder. Em sua interpretação, o poder pode ser entendido como uma trama produtiva que atravessa todo o corpo social, ou seja, a família, a escola, as instituições, as profissões enfim, a todos nós, tornando-se mecanismo que sustenta as diferenças sociais. Muito mais que uma força negativa, o poder apresenta-se como força que produz coisas, discursos, saberes, induz certos hábitos a certas práticas mesmo que, ao analisá-las e desconstruí-las, nós as aceitemos

como verdades naturalmente dadas, seja qual for a sua área de influência. A análise do poder deve ser orientada para o âmbito das formas de sujeição, sua conexão aos sistemas locais, bem como ao dos dispositivos de saber que este modos de subjetivação produzem em termos de relações de saber como sujeito de conhecimento e, nesse caso, como sujeito de poder. (FOUCAULT, 2000a)

Afastando-se da conceituação de poder, que o limitaria a um corpo teórico, o autor preocupa-se em conhecer como este poder se articula, em seus mecanismos, em seus efeitos, em suas relações: *de um lado, as regras de direito que delimitam formalmente o poder, de outro, os efeitos de verdade que este poder conduz e que reconduzem este poder. Portanto a tríade: poder, direito e verdade.* (FOUCAULT, 2000a, p. 28)

Esta tríade, tem sua materialidade na constituição das profissões da área da Saúde, que, no Brasil, estão organizadas pelas leis de exercício profissional, leis que regem suas formações (Leis de Diretrizes e Bases para a Educação Superior³, Diretrizes Curriculares⁴) as quais concedem a cada área seu *poder de direito*, delimitando espaços de exercício profissional, instituindo normalizações às práticas e, ao mesmo tempo, legitimando determinados saberes e desconsiderando outros. Por outro lado, na convivência interdisciplinar, circulam diferentes saberes em que se incluem saberes profissionais e saberes construídos nas práticas sociais, instituindo verdades e diferentes valorizações sociais. Essas verdades mostram-se presentes no cenário social das(os) profissionais de Saúde, seja nos discursos, no cotidiano acadêmico e de trabalho, como, também, na organização dos

³ As Leis de Diretrizes e Bases para Educação: Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996 que estabelece diretrizes para a Educação Brasileira. Diz seu Art. I. *A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.*

⁴ As Diretrizes Curriculares integradas às Leis de Diretrizes e Bases definem diretrizes para os cursos de graduação brasileiros.

espaços onde se realizam as práticas de Saúde, e no disciplinamento e normalizações entre as diferentes profissões.

A essas práticas cotidianas também podemos integrar as relações de poder que se estabelecem nas relações profissões/masculinas ou profissões/ femininas ou profissionais masculinos e profissionais femininos. Isto quer dizer que nas relações de poder existentes nas práticas em saúde podemos também visualizar atravessamentos de campos de força que se estabelecem entre homens e mulheres mesclando-se a outros campos de forças ou disputas que não as de gênero.

Louro (1995) nos assinala que, para Foucault, as relações de poder são permeadas de tensão, como *batalhas perpétuas* nos remetendo à idéia de que as práticas cotidianas se fazem em permanente processo que se aplicam às relações que se estabelecem histórica e socialmente entre homens e mulheres.

Para Foucault (2000a, p. 28), em nossa sociedade, *múltiplas relações de poder perpassam, caracterizam, constituem o corpo social*; essas relações de poder produzem e acumulam saberes que circulam e constituem discursos de verdades. Somos submetidos, pelo poder, à produção da verdade e só podemos exercê-lo, produzindo verdades.

Abordar sujeito e subjetividade, na perspectiva de Foucault, considerados, por ele, temas centrais de sua obra, não significa deixar de lado outras possibilidades não menos importantes no universo das Ciências Sociais e Psicologia. Tornar-se sujeito não é uma questão meramente pessoal, psicológica ou existencial, mas, sim, **tornar-se** em relação às práticas que o constituem, que são desconstruídas e o subjetivizam. Nessa perspectiva constituir-se ou subjetivar-se profissional de Saúde significa **tornar-se** a partir das práticas e de determinada formação social que organiza sua relação consigo mesmo e com os outros legitimando-o como lugar de um saber e produtor de *verdades*. É nesse sentido que Foucault

nos coloca que o sujeito não está no centro das relações sociais, portanto desprovido de identidades fixas, constituindo-se nesses emaranhados de práticas, de normas, de regulações situando-o em determinados espaços sociais e, em permanente luta na relação com os(as) outros(as). (in DREYFUS e RABINOW, 1995)

Fischer (1999, p.42) nos ajuda a compreender melhor este tema ao relacionar o sujeito em Foucault aos *modos de subjetivação* os quais dizem respeito à maneira com que as práticas, as técnicas e os procedimentos se organizam, em um determinado campo institucional e em determinada formação social, por meio do que o sujeito se observa como um lugar de saber e produtor de verdades.

Para retomar o que apresentamos, valemo-nos de idéias de Foucault ao propor três diferentes modos de *objetivação que transformam seres humanos em sujeitos*: o primeiro diz respeito àquilo que a ciência institui, tornando-o *sujeito do discurso, sujeito produtivo, sujeito que trabalha, sujeito biológico*; o segundo modo diz respeito ao que denomina *práticas divisoras* que dividem, que classificam o sujeito em relação a outros sujeitos como homem/mulher sadio(a) e doente, homem/mulher bom(a) e mau(á), etc; o terceiro modo, de *objetivação*, diz respeito a como o sujeito constitui a si mesmo, reconhecendo-se como tal. (in RABINOW e DREYFUS, 1995, p.232).

Nesse sentido os seres humanos tornam-se sujeitos de diferentes modos de subjetivação. Foucault refere-se ao sujeito aprisionado, que as tramas históricas do poder e do discurso **tornam** sujeito, ou seja, o sujeito se constitui no interior da história onde estão presentes diferentes saberes, diferentes organizações sociais e está conectado a ela. Sendo o sujeito uma construção social, tornar-se profissional de Saúde significa ir além da formação acadêmica e de seu exercício profissional. Sua constituição se dá nos meandros da sociedade que, por teorias, discursos e práticas os constituem, os organizam(assujeitam) no âmbito da

Saúde para assumir determinados papéis, em que a qualificação dos saberes que circulam suas práticas se mostram sob diferentes abordagens.

Sujeito, então, para Foucault, é assumido neste mundo de subjetivação, em seus dois sentidos: tanto o que faz com que o sujeito se constitua como tal, e, também, o que sobre ele se exerce numa sujeição. Nessa linha é que Foucault quer se contrapor à força da ideologia, pois a mesma se assume como a relação velada ou de determinantes estruturais ou não, que impedem ou circunscrevem a ação do sujeito. Para ele essas relações se fazem por meio do sujeito (relações sociais, políticas e econômicas), que estão para além de uma síntese dialética.

Para explicar como o sujeito se converte em sujeito do conhecimento, Foucault aborda *pensamento como o ato que põe em suas diversas relações possíveis um sujeito e um objeto*. Nesta ótica a análise histórica traz à tona as condições de formação a transformação do sujeito e objeto constituídos em um determinado saber. Para Foucault, subjetivação e objetivação são correlativas e *de seu desenvolvimento mútuo e de seu laço recíproco* nascem os jogos de verdade. Ou seja, a subjetivação re(constrói) o profissional de Saúde e este, como sujeito objetivo, em seus discursos e práticas re(constrói) sua subjetividade (HIGUERA, 1999, p. 55). Como já vimos, os *jogos de verdade* são definidos não pelo ou no descobrimento das coisas *verdadeiras*, mas nas regras segundo as quais são propósitos de certas coisas; o que é permitido ao sujeito dizer relaciona-se a questões do verdadeiro e do falso.

Em suas últimas obras, Foucault centraliza sua análise na constituição do sujeito ético a partir de certas práticas que denomina *práticas de si (pratiques de soi)*, dirigindo sua atenção aos modos históricos em que o sujeito se preocupa com o *governo de si*. Tanto o sujeito do conhecimento, como o sujeito ético são constitutíveis, como fruto de certas práticas ou técnicas, que fazem com que os sujeitos reconheçam a si mesmos e estabeleçam uma

relação consigo mesmos (rapports à soi-même), sugerindo serem estas práticas que dão corpo à subjetividade do sujeito (HIGUERA, 1999, p.53).

Foucault, para abordar a história do *cuidado de si* se reporta a duas temáticas anteriores: na primeira, *a história das subjetividades*, está em pauta o saber que dá origem às separações institucionalizadas na sociedade que separam o doente do sadio, o normal do anormal, bem como aos modos de objetivação do sujeito em determinados saberes a exemplo das Ciências Humanas. Na segunda, *a análise da governabilidade*, é focado poder analisando-o como *um campo de relações estratégicas* que trata de *como* conduz a conduta dos outros por meio de técnicas diversas colocando *o governo de si, por si*, articulado nas relações com o outro. Essas, segundo Foucault, mesclam-se ao termo sujeito, traçando um significado que submete ao controle do outro e a sua dependência; ao mesmo tempo plasmado a sua própria identidade, pela consciência do *conhecimento de si*, reconhece-se como sujeito de determinado espaço social. Ambos os casos sugerem formas de poder que *sujeita* as relações com os outros(as) e *consigo mesmo*. (HIGUERA, p.54)

2.2 OS CONDICIONAMENTOS DE GÊNERO NA CONSTITUIÇÃO DE SUBJETIVIDADES EM FOUCAULT

Ao discutir acerca da constituição de subjetividades como ponto de análise para temática desta investigação integramos a esta discussão os condicionamentos de gênero que se entranham nas práticas sociais e se naturalizam. Ao trazer à discussão a temática gênero não significa enxergá-la separadamente das construções sociais e das relações de poder que circulam nas práticas em Saúde. Ao destacá-la, estamos trazendo à tona determinados saberes

embutidos nessas práticas constituídos e constituidores das subjetividades dos diferentes profissionais de Saúde.

Tomando como ponto de partida idéias de Foucault, constituir-se ou subjetivar-se homem e mulher significa **tornar-se** a partir de práticas, de determinada formação social que as legitimam, como o lugar de um saber e produtores de verdades. Discutir este modo de pensar gênero, indo além do pessoal, do psicológico, do existencial, que Foucault instiga, significa questionar sua organização de gênero no sentido de como poderia ser ou pensado de outro modo. A subjetivação e objetivação de homens e mulheres se constituem em práticas e técnicas tornando-se invisíveis e naturalizadas nas relações sociais, seja na família, no trabalho, na convivência social, nas relações que nos cercam. Saberes alicerçados em *regimes de verdades* nos impõe a assumir determinados papéis um tanto despercebidos que se mesclam ao nosso universo de conhecimento e profissional.

O termo *gênero* vem sendo muito discutido em estudos feministas, referindo-se ao caráter fundamentalmente social das diferenças baseadas no sexo, rechaçando o determinismo biológico e ressaltando aspectos relacionais, decorrentes de definições normativas de feminilidade e masculinidade. Ao encontro destas idéias, Meyer (1996) aponta os estudos feministas como um caminho para questionar verdades instituídas nas relações sociais, que produzem e (re)produzem diferenças hierárquicas entre homens e mulheres.

Os estudos de gênero surgem para teorizar como se constróem as diferenças sexuais que circulam nas relações homem/mulher, nos contextos, nos grupos sociais e nas diferentes culturas. Assim, gênero torna-se categoria de análise na questão das diferenças, articulando-se, também, às Ciências Sociais, nas quais os papéis e as identidades, como oposição entre homens e mulheres, encontram-se engendrados em todas as esferas sociais, étnicas e de sexualidade, pluralizando, assim, as histórias e as identidades coletivas das mulheres.

Ressaltando a importância da historização e desconstrução de conceitos que fixam e tornam naturais as diferenças femininas e masculinas, Scott (1995) afirma que estas se constituem em construções hierárquicas, presentes nas relações sociais. Utilizando a política como espaço de resistência de inclusão da mulher, a autora defende que para explicar ou justificar as posições de poder que se estabeleceram nessas relações se faz necessário o aprofundamento da análise dos diversos usos de gênero. Esta perspectiva analítica propõe, por meio de novas perspectivas históricas, tornar as mulheres visíveis e participantes ativas, estabelecendo uma distância analítica entre a linguagem aparentemente fixada no passado e a nossa própria terminologia.

Ao discutir sobre a necessidade de ampliarmos nossa compreensão acerca de gênero, Louro (1995) nos diz que é necessário que integremos à construção social que nos torna homens/mulheres o pensamento de que gênero é mais que uma identidade a ser aprendida, mas uma categoria que se atravessa nas instituições sociais e nelas podemos incluir as instituições de Educação e de Saúde que em suas práticas expressam relações sociais de gênero.

Bordo (1988), nos assinala a necessidade da (re)constituição de um discurso político sobre gênero que ultrapasse as categorias *opressores e oprimidos* e, para tal, vê em Foucault alguns caminhos iluminadores: conceber o poder como uma rede de práticas, de instituições e tecnologias que mantêm uma relação de domínio e submissão num âmbito particular; conceber poder não como algo repressivo, mas *constitutivo e*, também:

precisamos de um discurso que nos possibilite detectar a 'recuperação' da rebeldia potencial, um discurso que, enquanto insiste na necessidade da análise 'objetiva' das relações de poder, da hierarquia social, do recuo político, etc., nos permita, não obstante, confrontar os mecanismos pelos quais o sujeito se torna às vezes enredado, conivente com forças que sustentam sua própria opressão (p.22) .

Ao integrarmos questões próprias de gênero à discussão sobre constituição de subjetividades nas diferentes profissões da Saúde propomos dar voz a saberes que se mostram enredados nas relações profissionais, instituidores de normas e práticas que se mostram naturalizados e, portanto, imperceptíveis nas relações entre mulheres e homens.

Longe de propor uma síntese simplista e redutora do que Foucault nos fala, a representação, a seguir, é uma tentativa, de demonstrar como se articula um saber a uma prática, ou seja, de enxergar a concretude do que Foucault nos fala, no que se refere à construção social das práticas de Saúde, o que culminou na constituição do Diagrama (Fig 1).

Necessitava visualizar (provavelmente criando minhas próprias regras ou, talvez, esta prática já traga subentendida a sua própria regra) como se dá esse processo: os saberes (e as práticas) em Saúde, tidos como verdades, por meio de relações estratégicas de poder ou técnicas de si, enredam-se às práticas discursivas e não discursivas (e vice-versa) em que circulam relações estratégicas de poder ou técnica de si; por sua vez, (re)constituem as subjetividades dos(as) profissionais de Saúde, que, movimentadas por relações estratégicas de poder ou *técnicas de si*, criam e recriam as práticas em Saúde (e os saberes) que por sua vez se transformam em ordens discursivas (práticas discursivas e não discursivas) e assim por diante. Assim, o poder mostra-se capilarizado a este processo, mobilizando energias, (des)motivações, lutas, conflitos, ao mesmo tempo em que propõe (e concretiza) mudanças, rupturas, (des)continuidades. Na figura abaixo (Fig. 1), a representação deste processo.



Figura 1 – Diagrama: A Expressão das Relações Saber-Poder em Saúde

2.3. A CONCRETUDE DA PESQUISA: A BUSCA DE UMA CRÍTICA DO PRESENTE COMO OPÇÃO DA PESQUISADORA

Para situar esta pesquisa em um determinado lugar social, reportamo-nos ao significado de paradigma, palavra esta que circula nos meios acadêmicos, delimitando espaços, demarcando territórios, rotulando pesquisas e pesquisadores, mas que, em nosso entendimento, significa um ponto de partida e não algo fechado em si mesmo. Em determinados momentos de nossa vida, escolhemos alguns caminhos, o que não significa que devamos limitar-nos a eles, como uma espécie de fidelidade, mas sim elegê-los como pontos de partida para novas idéias, novas maneiras de enxergar o mundo e a vida. Assim, para nós, transitar nas ciências sociais significa um grande desafio, uma vez que, durante uma longa

trajetória, percorremos os desafios das ciências biológicas encontrando, gradativamente, novos rumos, novas interlocuções nas ciências humanas, sobretudo em territórios existencialistas. Propomo-nos, nesse caminho mobilizador de energias e inquietações, a correr riscos, pois pensamos que é assim que crescemos como seres humanos, é assim que podemos dar nossa parcela de contribuição à sociedade, como sujeitos de conhecimento, em nossa relação de poder com o outro e, finalmente, como sujeitos morais, no *cuidado de si*. Este *cuidado de si* intrincado aos demais demarca o terceiro eixo da investigação de Foucault, o ético, e pressupõe relações de saber, de poder e da relação com o outro. Mas não constitui um *cuidado de si* da ordem do liberalismo, do individualismo.

Foucault (2000c) e Deleuze (2001) vêm trabalhar a noção de paradigma como acontecimento, agenciamentos, que nos produzem e sobre os quais produzimos relações de saber, de poder e nos subjetivamos como campos de verdade.

Montero (2002, p.233) considera paradigma *como um modelo ou modo de conhecer, que inclui tanto uma concepção do indivíduo ou sujeito cognoscente, como uma concepção do mundo em que vive, e das relações entre ambos*. Isto supõe aproximar idéias e teorias no agir diário, nas práticas, nas relações, nas interpretações sobre o viver humano, que se realizam em um determinado momento e espaço social. Assim, nossas escolhas teóricas são decorrentes do momento de vida em que nos encontramos, de buscar novas interpretações, novas relações com o universo social da Saúde. Por outro lado, Deleuze e Guattari (1995), avançando nessa idéia, vêm propor paradigma como acontecimento, como produção de acontecimentos que quase sempre são coletivos de enunciações, o que traz como efeitos de sentido a serviços de multiplicidades, de dogma, de abertura ao diferente, de reconstrução, de eterno retorno como nos diz Nietzsche (1997), só que um retorno que é sempre diferente, mesmo que à volta do mesmo. Esse mesmo, seja profissional da Saúde, ao afetar-se no encontro, nos acontecimentos com o outro, já não é o mesmo, sendo uno.

Neste sentido, e reportando-nos à temática da investigação, compreendemos que a pesquisa social é fruto de uma construção humana. Ela se mostra em múltiplas facetas e interpretações, uma vez que se situa em um tempo e um espaço social. Muito mais que um tempo e um espaço a ser pensado, visto, inscrito e descrito em suas relações de saber e de poderes na constituição do sujeito. Ao analisarmos os discursos dos participantes, pinçaremos olhares, sem, contudo, sem a pretensão de esgotá-los.

Como pesquisadora, acreditamos que devemos integrar-nos ao objeto de pesquisa, estabelecendo uma relação com os seus participantes. Nesta relação humana, estão presentes sentimentos, emoções, percepções, próprios de qualquer relação social. Do nosso olhar próprio e singular decorre um modo particular de analisar os dados coletados. Como assinala Bourdieu (1997), independentemente da metodologia que se utilize, a pesquisa se constitui numa relação social, pois, embora tenha como propósito o conhecimento, ela exerce e se funda em implicações sociais. Ao dizer de onde falamos e como falamos, nessa ótica, tornamos transparente nossa relação com o outro.

Como opção metodológica, elegemos a pesquisa de caráter qualitativo, na qual a análise dos dados é realizada através da Análise de Discurso. Nessa abordagem não temos a preocupação de quantificar as informações coletadas nos discursos dos profissionais de Saúde, nos documentos, mas sim (re)descrevê-las, dialogando com as mesmas, utilizando as idéias de Michel Foucault como base do nosso entendimento.

2.3.1 Análise de Discurso como caminho.

Entre os métodos qualitativos, a opção para a análise dos dados centrou-se na Análise de Discurso sob olhar de Foucault.

Mainguenau, (1993, p. 11) nos aponta que o desafio principal da análise de discurso é de *construir interpretações, sem jamais neutralizá-las*. Inserida na escola francesa, a análise de discurso foucaultiana vai em busca de formações discursivas. Como nos refere o autor, sua análise coloca em pauta os enunciados e sua relação mútua com *uma certa posição sócio-histórica* em que o discurso está no centro. Então, não se trata de examiná-lo como *um corpus* produzido por determinado autor ou sujeito, mas de considerá-lo em sua enunciação e como esta se relaciona com determinada *posição sócio-histórica na qual os enunciados se revelam substituíveis*. Ou seja, a análise de discurso não busca no texto sua singularidade nem *corpos tipologicamente pouco marcados dizem respeito verdadeiramente à análise de discurso*.

Utilizando-nos da *arqueologia e da genealogia* como ferramentas que se entrelaçam ao corpo deste trabalho realizamos, análises fragmentárias e transformáveis acerca do que produzem e como são produzidos os saberes que se mostram nas relações sociais entre as diferentes profissões da Saúde. Analisamos determinadas concepções de Saúde que vêm sendo instituídas nas políticas brasileiras, as quais organizam, sistematizam e normalizam as práticas sociais, acoplando-as ao saber constituído na memória dos diferentes profissionais que participaram desta pesquisa. Ou seja, procuramos transitar entre concepções e práticas, sua organização, suas normas, seu disciplinamento, e o discurso dos(as) participantes, encontrando forças, resistências, contra-resistências, indo em busca dos saberes dessujeitados e, com isso, reinterpretar as práticas dos(as) profissionais de Saúde.

A análise foucaultiana propõe descrever os enunciados do discurso que poderão estar expressos de diferentes maneiras: em uma frase, em uma figura, em um ato de linguagem. A partir dos discursos dos participantes, como profissionais de Saúde docentes, da análise dos documentos públicos como legislações, artigos da mídia, jornais e revistas elegemos determinados *regimes de verdades* que circulam na formação dos profissionais e nas práticas

de Saúde, partindo do que foi privilegiado, do que foi falado, do que foi silenciado e do que se falou ao silenciar algo, buscando múltiplos regimes de verdades.

Assim, trazemos para as discussões o que Foucault (2000a) denomina *os saberes sujeitos* os quais se referem a dois sentidos distintos: os saberes eruditos, históricos, subjacentes na organização sistemática das práticas em saúde e o *saber das pessoas*, no caso, os profissionais docentes dessa área.

Medeiros (1999, p. 5), assinala que a Análise de Discurso, à luz de Foucault, preocupa-se com a formação dos saberes, tenham eles caráter científico ou não. Busca conhecer como um determinado saber está constituído como enunciado, como estratégia, como objeto, não sob a ótica científica, mas sob o ponto de vista de como ele se apresenta no cotidiano. Entretanto, esta análise desconsidera qualquer classificação, buscando *estabelecer as condições de existência de um determinado saber- na forma de objeto, de estratégia, de conceitos, de tipos enunciativos- sem dar ênfase à condição de validade do ponto de vista científico, tal como este é tradicionalmente configurado.*

A análise dos enunciados, das práticas discursivas e não discursivas é desenvolvida através de narrativas textuais, nas quais procuramos problematizar as questões de pesquisa, percebendo, dando visibilidade a outro modo possível de tratar o tema. Lançamos idéias e questionamentos que contribuam para um novo pensar e agir em Saúde, mais justo e solidário.

2.3.2 Discursividades nas Práticas em Saúde: rupturas e (des)continuidades

Propomo-nos, em diferentes lugares e discursos (permeados de similitudes), ir ao encontro de meandros, de interstícios que se submergem esta rede complexa que são as práticas de Saúde em que circulam as diferentes profissões, tornando suas práticas algo muito

particular, que, ao mesmo tempo em que se mostram individuais, mostram-se articuladas/inseparáveis a propósitos já estabelecidos.

Para Foucault (1997, p.12) *as práticas discursivas são, pura e simplesmente, modos de fabricação de discursos*, que se formam em enunciados, em teorias, em instituições, na maneira como se organizam determinadas práticas e como são transmitidas.

Entretanto, um discurso não é original, não pertence a um eu único, mas a um nós como nos fala Fischer (1999), apropriando-se das palavras de Foucault:

O que estou falando aqui não se inaugura neste preciso momento. Em nenhum texto, em nenhum discurso, em nenhum acontecimento humano poder-se-ia dizer que há um momento genuíno e puro de inauguração, de origem.[...] não sou eu sozinha que falo, como sujeito individual, único, original, inaugurador pleno de um discurso. Outras vozes 'me falam'.(1999, p.3)

Isso significa dizer que todo discurso é uma construção histórica em que perpassam múltiplas existências, constituídas por saberes e práticas impulsionadas por poderes que habitam naqueles discursos, tornando-os dinâmicos ou seja, em permanente mutação.

Apropriando-nos dessas idéias(este discurso) e, com o propósito de apreender práticas discursivas no âmbito da Saúde foram entrevistados seis profissionais, mulheres e homens, com titulação de doutor(a) e ou em processo de doutoramento, atuantes na docência, nas áreas de Enfermagem, Medicina, Nutrição, Serviço Social e Psicologia. Também consta dentre os(as) entrevistadas(os) um(a) profissional de Saúde representante do Ministério da Saúde. A escolha dos(as) participantes foi intencional, procurando, com ela, eger profissionais docentes com experiência acadêmica e profissional. Esperança, Cidadão do Mundo, Serenidade, Competência, Coragem e Sabedoria são os codinomes dados aos(as) participantes, alguns escolhidos por eles próprios, outros, por nós nominados, os quais, longe de representarem rótulos que fixam suas identidades particulares (incluindo as de gênero) provavelmente expressem *regimes de verdades* impostos aos profissionais de Saúde ao exercerem suas práticas. Como tal, eles falam por si e, simultânea e paradoxalmente falam

com e pelas falas dos outros, ou, tal como defende Fischer (1999), outras vezes *me falam*. Como coleta de dados, foram feitas entrevistas individuais⁵, sob abordagem de história oral.

Justificamos a escolha desses profissionais por representarem uma parcela significativa da área de Saúde. Entretanto, ao não incluir os(as) demais profissionais de Saúde não significa silenciá-los (as) mas, ao contrário, partindo dos discursos e de seu silêncio, trazer à tona saberes que originaram determinadas práticas em Saúde pois, como nos diz Foucault(2000a), são nas práticas discursivas e não discursivas que emergem os enunciados de uma sociedade. Ao referir-se a essas práticas, Foucault expressa que o discurso produz falas, produz coisas e portanto ele está no que escrevemos no que pensamos, no que fazemos, como organizamos nossas vidas nosso agir na relação conosco mesmos e com os outros.

Esta mesma escolha, que busca a regularidade na dispersão das práticas discursivas dos sujeitos da pesquisa está, também, ancorada na defesa de Foucault que pressupõe que a prática, vista, inscrita no discurso não é da ordem da progressividade de um sujeito específico. Ela se instaura como parte de relações estratégicas que formam e são formadas,

⁵ As entrevistas foram agendadas com a concordância dos(as) participantes, em local e horário definido por eles(as). Das entrevistas realizadas cinco se desenvolveram em um encontro único. Uma, em dois encontros. Foram momentos singulares em que percebemos a entrega, a preocupação real dos participantes em dar o melhor de si para a contribuição a esta pesquisa. A coleta de dados se deu em ambientes diversos; em cinco das entrevistas, em locais de trabalho dos participantes, alguns mais privativos, outros com eventuais interferências, mas sem prejuízo ao processo de entrevista. Em uma delas, tendo em vista que a(o) participante não residia em Porto Alegre que, naquele momento estava proferindo uma conferência em um evento científico, e por sugestão dela(e), a entrevista foi realizada em local público, mais especificamente, um restaurante. Momentos de tensão, de tropeços semânticos e epistemológicos parecem naturais quando se tem a responsabilidade e a consciência de se respeitar o outro e manter preceitos éticos e, ao mesmo tempo dar conta do que se propõe na pesquisa. Foram momentos de inspiração e construção conjunta que nos permitiram dar visibilidade a diferentes cenários em que a Saúde se faz, na prática.

As entrevistas, semi-estruturadas, foram conduzidas por nós que, inicialmente, apresentamos os objetivos da pesquisa, os procedimentos éticos incluindo a formalização do aceite, através do documento de “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”(Apêndice A) garantindo a(o) entrevistada(o) a confidencialidade do relato apresentado. Procuramos esclarecer o melhor possível o porquê da escolha do(a) participante, dos propósitos da entrevista, do que esperamos daquela entrevista, procurando assim, aproximar nossa percepção, sobre a pesquisa à percepção do(a) entrevistado(a).

Na condução da pesquisa, inicialmente, solicitamos ao(à) participante que falasse sobre sua trajetória profissional. À medida em que foi relatando suas experiências, fomos questionando ou fazendo intervenções de esclarecimento acerca de suas concepções de Saúde, suas transformações, como elas se exercem em sua prática acadêmica e profissional e como estas concepções se exercem na convivência com os demais profissionais da área.

Os discursos dos(as) participantes foram gravados e, posteriormente, transcritos, para análise. Também foram registradas observações oriundas dos momentos que antecederam as entrevistas, as salas de espera, bem como observações sobre os discursos, o que circulou antes e durante a realização da entrevista, o que foi silenciado, etc.

constituindo modos de subjetivação específicos. Sua análise se faz geralmente no anonimato das práticas por efeito de práticas de ontem, de hoje, que se mostram no presente.

As(os) participantes, a partir de suas trajetórias individuais, teceram depoimentos acerca de suas concepções de Saúde, como elas se exercem na prática, como se expressam nas profissões da Saúde; como estas se articulam na prática pedagógica e profissional; como se instituem na relação com os demais profissionais de Saúde. Também, as interfaces com os modos de como se organizam diferenças entre o gênero feminino e masculino, modos estes vinculados a uma teoria que se assume no que já tem estabelecido, *a priori*: não há um modo? Em Foucault, não. Scott (1994, p.16) nos assinala sobre as contribuições de Foucault e Derrida para uma perspectiva analítica destas diferenças, como relações hierárquicas que vão se construindo e legitimando. A ênfase no '*como*' sugere um estudo de processos, não de origens, de causas múltiplas, ao invés de causas únicas, da retórica ou do discurso, ao invés da ideologia ou da consciência.

Em relação a cuidados éticos que devem ser preocupação constante em pesquisa social, Spink (2000, p. 21) nos assinala que o *anonimato* se constitui um *compromisso ético possível, visto que, nem sempre é possível garantir plenamente a confidencialidade da informação, visto ser o caráter público da pesquisa incompatível com o segredo implícito da confidencialidade*.

A escolha pela história oral tem como propósito registrar como cada participante, em sua trajetória singular, visualiza, (re)inscreve sua vida, sua profissão, suas concepções sobre a Saúde, suas relações profissionais, em determinada parcela ou em sua totalidade. Como foram relatados os fatos, o que foi evidenciado, o que foi silenciado, o que foi censurado, foram dados importantes considerados na entrevista.

Para Santamarina e Marinas (1995), o propósito da história oral é fazer surgir um discurso em que o indivíduo se mostre em relação com a realidade. O indivíduo não está só,

portanto, sua história pessoal se tece na narrativa de todos.

Como nos fala Medeiros (1999, p. 15), Foucault considera o discurso como *um conjunto de regras, dado como um sistema de relações, em sua espessura, e, como tal, descrito multifacetadamente, como um monumento e não como um documento*. Assim, por meio da narrativa dos(as) participantes, oriunda das entrevistas, foi-nos possível transitar em diferentes cenários em que as(os) profissionais exercem suas práticas.

Para aprofundar o foco de discussão, também foram utilizadas fontes documentais, textuais ou iconográficas, documentos de domínio público, como publicações e legislações do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e discursos da mídia como matérias em jornais, revistas, dentre outros⁶.

Analizamos, nestes diferentes discursos, diversos campos de constituição de saberes, o que os regem, como se exercem, na prática, buscando desconstruir suas estruturas fixas e libertá-los. Como nos diz Foucault(2002, p. 31) *trata-se de reconstruir um outro discurso, de descobrir a palavra muda, murmurante, inesgotável, que anima, no interior, a voz que escutamos, de restabelecer o texto miúdo e invisível que percorre os interstícios das linhas escritas e, às vezes a desarruma*.

Estando atenta a matérias de jornais e revistas de grande circulação, cujas temáticas se inserem nos meandros deste estudo procuramos integrar à nossa análise documentos, distribuições formais, manifestações não verbais que pudessem contribuir para o entendimento de como esses processos se instalam como naturais.

⁶Entre os documentos, o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1987), os relatórios das 9a, 10a, 11a. Conferências Nacionais de Saúde; Também são foco de análise legislações que regem o ensino superior, como as Leis de Diretrizes e Bases (BRASIL,1996), Diretrizes Curriculares vigentes, dos Cursos de Graduação, homologadas nas mais diversas áreas da Saúde entre o período de 2001 e 2002, legislações sobre as políticas de Saúde como o Sistema Único Saúde por meio da Lei Orgânica de Saúde, n 8080 e 8142 de1990; projetos lei em tramitação como Projeto de Legalização do Ato Médico: Projeto Lei do Senado n.25 de 2002 (ALTHOFF, 2002), e outros documentos que subsidiem a ampliação da análise dos discursos. Estão incluídos na análise discursos da mídia, em nosso entendimento, pouco explorados nos estudos que envolvem a área da Saúde, sobretudo quanto ao papel da mídia na construção da subjetividade no espaço social da Saúde.

3. A SAÚDE COMO PONTO DE PARTIDA ?

Para nossos olhos já gastos, o corpo humano constitui, por direito da natureza, o espaço de origem e repartição da doença.

(FOUCAULT, 1993)

Ao citar palavras de Foucault, como ponto de partida desta temática assinalamos que, muito do que se pensa, do que está naturalizado, do que transita nos discursos da sociedade acerca da saúde, diz respeito à doença. Nosso pensamento agrega a saúde, imediatamente, à doença: na presença ou na ausência de. Quando nos perguntam se estamos bem de saúde, fica subentendida a pergunta se não estamos acometidos de qualquer mal físico ou mental: a doença: [...] *a doença é muito vigente hoje em dia, e acho que muito a doença, mas não a doença física, a doença social. Eu acho, mais que tudo, a doença afetiva, que vem dessas condições sociais das pessoas[...].* (Serenidade). O bem contrapõe-se ao mal, assim como a saúde contrapõe à doença (ou alia-se a ela), constituindo, nesta ordem, nossa subjetividade. Foucault nos diz que essas concepções, arraigadas ao nosso viver, são uma construção social e, portanto, estão presentes tanto no viver das pessoas como nas práticas dos profissionais de Saúde. São práticas discursivas que instituem regimes de verdades.

Mas a constituição desse saber tão entranhado em nosso viver, tão despercebido e naturalizado, tem na Saúde seu ponto de partida? Foucault nos assinala que não. Embora a área da Saúde se configure, se organize, a partir da história da Medicina moderna, em que esta se torna o *saber científico* central ou seja, que determina as práticas em Saúde, a constituição desses saberes, como saberes científicos ou não, está mesclada a uma ordem, a

certos ordenamentos de pensamento que conduzem a determinadas conceituações, normalizações, modos de vida e de agir em saúde e até a certos aprisionamentos que engessam as práticas e seus profissionais, ou seja, enclausurando-os em determinados espaços da Saúde, tecendo-lhes rótulos sociais, alguns ligados a saberes de gênero, que, como estratégias e jogos de poderes, barram a construção de caminhos impensados de (des)sujeições: [...] *o médico esta preocupado com a sua especialidade[...] a enfermagem tenta, eu acho que dá uma visão mais ampla porque é quem se vê com os problemas[...] o Serviço Social acho que é bem voltado a questões sociais [...] questões sócio-econômicas[...].* (Serenidade). Significa dizer que as diferentes disciplinas que compõem a área da Saúde, concretizadas em profissões e/ou especializações, ao mesmo tempo em que, por seus saberes e práticas constituem-se em micro unidade da Saúde, trazendo-lhe propriedade e poder em relação às outras áreas, ao fecharem-se em si mesmas, perdem a referência da complexidade de sua matriz, a Saúde, bem como, das relações sociais que implicam o agir em saúde, criando barreiras para constituição de novas possibilidades de se pensar e agir em saúde.

Discutir sobre a Saúde, seja mundial ou nacional, significa situá-la em um contexto histórico, social, cultural, político em que estão presentes estratégias, jogos de saberes e poderes que impõem, ou pelo menos, buscam impor e legitimar regimes de verdades. e, desmontar outros: [...] *a partir da década de 80 com a abertura política, os movimentos sociais nos levaram à Reforma Sanitária e ao Sistema Único de Saúde, cuja pretensão era inverter o olhar da saúde, ou seja, trabalhar muito mais o sadio para justamente prevenir a doença.* (Esperança). Isto nos assinala que a Saúde está nas tramas sociais, ela não está isolada das demais organizações sociais e sim articulada a elas.

Os apontamentos e considerações que apresentamos neste capítulo têm como propósito iniciar a discussão acerca da temática desta investigação, partindo de discursos documentais e, ao mesmo tempo, construir um referencial para a análise dos discursos das(os)

participantes da pesquisa. Mesclamos a essas discussões, discursos dos participantes desta pesquisa e contribuições de autores, como sujeitos sociais da Saúde, que com seus olhares nos ajudam a analisar o imenso mar constituído nessa e por essa área.

A amplitude desta temática, levou-nos a eleger determinados recortes da realidade da saúde, como espaço em que os(as) profissionais exercem suas práticas. Assim este capítulo será desenvolvido em duas sessões: O Saber Articulado às Políticas de Saúde e as Políticas de Saúde e Educação como Mediadoras da Constituição de Subjetividades dos(as) profissionais de Saúde.

3.1 O SABER ARTICULADO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE

Como ponto de partida, inspirando-nos em idéias de Foucault, acreditamos que, ao se conceituar Saúde, corremos o risco de enclausurá-la, de reduzi-la a determinados olhares. Consideramos que o conceito de Saúde é inacabado e, reflete a dinamicidade da vida, como expressão de lutas, no intrincado campo das relações estratégicas, onde nos constituímos sujeitos, encontrando, nas práticas sociais e culturais, caminhos para uma qualidade de vida com liberdade, uma estética da existência, como nos diz Foucault. Integrada a estas idéias tentamos fugir de limites ideológicos ou paradigmáticos a exemplo do marxismo em que a saúde se faz como/contra um bem de consumo, força de produção, cujas ações se dão pela divisão social do trabalho, em uma relação de poder de dominação e submissão, ou sob olhar existencialista em que a saúde torna-se vivencial ou seja um *vir-a-ser com o outro no mundo*, cada momento de vida é singular e nele deve-se ir em busca das essências e encontrar significados, produtos da natureza ou da história dos quais emerge a idéia de que *eu sou a fonte absoluta*.

A lógica em que a Saúde está pautada em nossos dias integra-se ao *cuidado de si* a que Foucault (1997) se refere como um conjunto de práticas, *de atividades complexas e reguladas*. O *cuidado de si*, articula-se a estratégias políticas que instituem deveres e obrigações do sujeito como cidadão, de cuidar de sua saúde, do seu corpo; a estratégias pedagógicas que ensinam (determinam) técnicas, hábitos (bons) e a estratégia do conhecimento de si que institui que para cuidar de si, é necessária a ajuda do outro. Com isso poderia dizer que o *cuidado de si*, como nos mostra Foucault, articula-se às práticas em Saúde que determinam deveres e obrigações para que o sujeito seja saudável, que impõem determinados hábitos e práticas sociais como programas de Saúde, a exemplo de programas ligados à Saúde da Mulher que, num discurso de prevenção de doenças, de diminuição de índices de mortalidade, mas de interesse do Estado, impõe às mulheres determinadas práticas sociais, desconsiderando suas crenças, sua cultura, seus saberes, dentre outros.

Entretanto, como também nos assinala Foucault, as relações de poder que se estabelecem a partir dessas práticas também se dão em termos de positividade no sentido de que buscam a transformação desses hábitos e costumes, produzindo outras relações inusitadas como, por exemplo, para melhor qualidade de vida, para o despertar sobre as diferenças de gênero como espaço de liberdade para que as mulheres possam decidir sobre seus corpos, desnaturalizando práticas que, durante muito tempo, estiveram e ainda permanecem em muitas culturas, inquestionadas: [...] *temos trabalhado muito com a questão do cuidado, não só do cuidado do cliente, mas do cuidado nosso enquanto mulheres trabalhadoras, enquanto profissionais da área da Saúde [...]*. (Esperança). E finalmente, o *cuidado de si* coloca o sujeito em permanente dependência do outro (os profissionais de Saúde, sobretudo o médico) como uma exigência obrigatória e naturalizada, como nos mostram constantemente, inúmeras matérias da mídia: uma boa saúde (sem doenças) depende de um acompanhamento constante, sistemático e vigilante do outro, o médico. A esta exigência integram-se estratégias de poder

para garantia de espaços profissionais como ilustra Esperança : *porque, uma criança sadia, se a mãe é bem orientada sobre o seu desenvolvimento, sobre a amamentação, depois faz as vacinas, aí as mães não iam mais para o pediatra. E são nessas coisas que nós temos resistência ainda hoje[..].*

Foucault (2000b, 1991) nos aponta sobre o pensamento em saúde, pautado no normal e patológico (séc. XVIII e XIX), instituindo nessa área, em nossa cultura, a dicotomia entre o *normal e o anormal*, determinando normas e limites entre um e outro, hoje dirigindo seu olhar para diversidades culturais, econômicas e sociais de cada povo. As transformações que se deram na saúde a partir do desenvolvimento da Medicina estão articuladas a regulações econômicas e a um *imperativo de ordem* que cria regras em prol de uma população com saúde e longevidade. Para além de um propósito de força de trabalho, esta transformação está alicerçada a *um esboço de tecnologia da população* que controla, vigia intervém na vida das pessoas, instituindo-se uma articulação entre o corpo do indivíduo e o corpo da população, cuja necessidade de se manterem saudáveis está implicada aos interesses econômicos que os mantêm úteis e produtivos.

A partir da década de 40, após a II Guerra Mundial, o Estado passa a ter o dever de intervir sobre a saúde dos indivíduos e da coletividade. É justamente na década de 40 que surge a Organização Mundial de Saúde (OMS), propondo princípios mundiais de Saúde. Assim, esse período torna-se referência na constituição de um novo direito, de uma nova moral, de uma nova política, de uma nova economia do corpo humano no mundo ocidental, tornando-o um dos grandes objetos de domínio e de intervenção do Estado. Parece que, sob a esses novos princípios, começa a ser instituída uma nova organização das práticas em Saúde, onde se integram ideologias, interesses políticos e econômicos peculiares de cada povo (FOUCAULT, 1993)

Como decorrência, a Saúde passa a fazer parte do cálculo da macroeconomia, integrando-se ao orçamento estatal, tornando-se necessária a redistribuição econômica, e portanto, significando gastos para o Estado. A Saúde se converte em instrumento de socialização dos indivíduos, intervindo sobre seu corpo e seu viver: constituindo-se em nova moral e nova política do corpo que torna-se, na visão de Foucault, em um dos principais objetos do Estado: [...] *vivemos em um regime em que uma das finalidades da intervenção estatal é o cuidado com o corpo, a saúde corporal, a relação entre as enfermidades e a saúde.* (1993, p. 70).

O controle da sociedade sobre os indivíduos se exerce no corpo, tornando-se essa uma *realidade biopolítica* que mantém, como estratégias, as práticas de Saúde. A transformação da Saúde, na atualidade, não se restringe, exclusivamente, ao indivíduo, mas se propõe a exercer efeitos fundamentais nos processos da vida, os quais têm sido causa de mal-estares da sociedade: [...] *se a pessoa está doente e bem alimentada ela tem um prognóstico e uma morbidade. Se ela está doente e mal alimentada, é um outro.*[...] (Competência). Estabelece-se *uma moral do corpo*, em que, a cada indivíduo, é concedido o direito mas também o dever de mantê-lo saudável para que possa estar integrado às demandas sociais. Em nossa realidade podem-se citar as políticas de Saúde que determinam hábitos, costumes, rituais de vida, não só no sentido de beneficiar os indivíduos, mas também para exercer um certo controle sobre o seu corpo, sobre seus hábitos e costumes. (FOUCAULT, 1993).

Ou seja, a Medicina moderna, adquire, segundo Foucault (1993), uma dimensão que ele denomina de *questão da biohistória*: o médico e o biólogo já não trabalham no círculo do indivíduo e começam a fazê-lo no nível da própria vida e de seus acontecimentos fundamentais. Desde Darwin a evolução da vida ou suas leis gerais, davam-se por acidentes, podendo ser vinculadas a origens históricas. Hoje, se descobre que a história do homem e da vida tem implicações profundas: a história do homem não se restringe simplesmente à vida,

nem à reprodução, senão, até certo ponto a um recomeço, e poder exercer vários efeitos fundamentais sobre os processos. Como nos alerta Foucault:

Este és uno de los grandes riesgos de la medicina actual y una de las razones del tipo de malestar que se comunica de los médicos a los pacientes, de los técnicos a la población general, en lo que se refiere a dos efectos de la acción médica. (1993, p.75)

O processo de medicalização da saúde toma forma a partir do século XVIII quando a Medicina passa a assumir um caráter não só clínico, mas também social. Segundo Foucault (1993), foram quatro processos que caracterizaram a Medicina dessa época e que parecem estar presentes nas práticas sociais: o surgimento da autoridade médica, que está além da autoridade do saber, que se legitima como *pessoa erudita*, como pessoa com conhecimento diferenciado. A autoridade médica legitima-se como autoridade social cabendo-lhe decisões relativas a sociedade (na cidade, no bairro, na instituição, etc.). Evidencia-se o surgimento de um campo de intervenção da medicina distinto das enfermidades: o ar, a água, as construções, os terrenos, etc. convertem-se em objeto da Medicina. Introduce-se um aparato de medicalização coletiva que se concretiza com a introdução do novo hospital e o surgimento de mecanismos de administração médica com a inclusão de registros de dados, comparação, estabelecimento de estatísticas, etc. A este modelo em que a Medicina torna-se o centro do saber em saúde é que se colocam lutas nas relações entre as diferentes profissões desta área: *[...] a primeira colocação sempre é de questionar o modelo hegemônico[...] a primeira coisa que ocorre é qual é a área que está mais desenvolvida e como fazer para que as outras também possam chegar naquele ponto[...] (Cidadão do Mundo)*. A luta de saberes parece evidente neste discurso: saberes que se sobrepõem a outros saberes; saberes que se colocam em luta para tornarem-se visíveis socialmente mas que esbarram em construções históricas verdadeiramente legitimadas. Lutas que se colocam também para manter regimes de verdades de uma autoridade natural concedida à Medicina sobre às demais profissões: *[...]a formação*

do médico fica muito voltada para olhar a sua formação como a principal e as outras como acessórias[...] (Cidadão do Mundo).

Com o advento do Capitalismo, o corpo torna-se o primeiro objeto de socialização frente à necessidade de força laboral, passando a ser objeto de controle da sociedade sobre os indivíduos em que se privilegiava o *biológico, o somático, o corporal antes de mais nada*. Como nos diz Foucault: *o corpo torna-se uma realidade biopolítica, a medicina é uma estratégia biopolítica.*(1993, p. 87)

La Medicina de hoy ha llegado a ser consciente de la relatividad de lo normal y de las considerables variaciones que radican en el propio saber médico, en sus técnicas de investigación y de intervención, en el grado de medicalización alcanzado por un país, pero también en las normas de vida de la población, en su sistema de valores y en sus grados de sensibilidad, en su relación con la muerte, con las formas de trabajo impuestas, en fin, con la organización económica y social. En último término la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado.(1993, p.21)

No sentido de buscar reflexões como estas é que Foucault nos incita. A encontrar na história da Medicina novos descobrimentos acerca das práticas em saúde, que vivemos hoje em nosso presente, que libertem verdades ocultas desmontando territórios e métodos tradicionais agregando a outras disciplinas, incluindo as Ciências Sociais. E, neste sentido, ele nos diz:

Hai que intentar -sin que se pueda evidentemente lograrlo por completo- etnologizar la mirada que nosotros dirigimos sobre nuestros propios conocimientos: captar no sólo la forma mediante a cual se utiliza el saber científico, sino también el modo en el que son delimitados los ámbitos que este saber científico domina, así como el proceso de formación de sus objetos de conocimiento y el ritmo de creación de sus conceptos. Hay que restituir, en el interior de una formación social, el proceso mediante el cual se constituye un "saber", entendiendo éste como el espacio de las cosas a conocer, la suma de los acontecimientos efectivos, los instrumentos materiales o teóricos que o perpetúan. De este modo la historia de una ciencia ya no será la simple memoria de sus errores pasados, o de sus medias

verdades, sino que será el análisis de sus condiciones de existencia, de sus leyes de funcionamiento y de sus reglas de transformación.

(1993, p.22)

Foucault nos assinala o desenvolvimento de Medicina Científica, dotada de racionalidade, própria dos homens, como ele próprio sempre se refere aos médicos, no gênero masculino. Onde estariam os saberes que as mulheres há tantos séculos os constituem, integrando-os ao seu fazer doméstico, anônimo no cuidado dos filhos, da família, dos doentes? Não se estaria, na positividade dos avanços da nova Medicina legitimando a negação de um saber próprio das mulheres no cuidado às pessoas em que novas subjetividades estariam sepultando estes saberes? Como nos assinala Foucault: *As formas da racionalidade médica penetraram na maravilhosa espessura da percepção, oferecendo como face primeira da verdade, a tessitura das coisas, sua cor, suas manchas, sua dureza, sua aderência (p.XI)*. Esses saberes que têm sua origem distante dessa época provavelmente tenham nos papéis masculinos e femininos as fontes de sua enunciação: o saber científico racional próprio do homem e o sensitivo, próprio das mulheres. Parece ser sob essa lógica que a Medicina Moderna se faz com o olhar dos homens; às demais profissões compete o apoio a esta área eminentemente científica e racional. O saber científico dá um novo significado a determinadas práticas até então entendidas como domésticas. Por isso necessita migrar do privado para o público mas ainda impregnadas por estas concepções históricas. Nesse processo de saberes e práticas e, a partir de uma necessidade médica é que parecem desenvolver-se as outras profissões da saúde.

À moral e política do corpo integram-se as práticas de Saúde, exercidas por diferentes profissionais, nas quais estão subjacentes organizações, normalizações disciplinares e saberes, remetendo a diferentes papéis e concepções profissionais e sociais já assinaladas anteriormente mas que se mostram em transformação cujas práticas parecem traçar caminhos descentralizados da área médica, ampliando espaços de participação de outros profissionais:

[...]em termos de Saúde, não particularizando[...]mas para todas as profissões, nós avançamos muito, conseguimos avançar apesar de que já poderíamos ter conquistado outros espaços [...] (Esperança). Assim, a Saúde adquire, nos diversos espaços sociais diferentes focos de análise: como um saber científico que adquire determinado corpo de conhecimento e de regulações, como estratégia política, econômica e social, incluindo aqui as regulações das diferentes profissões dessa área e, como espaço de lutas sociais em prol de participação e voz dessas diferentes profissões.

Para Capra (2000), a Saúde é peculiar a cada sociedade em que estão presentes as concepções que se têm de mundo, de indivíduo, de sociedade, de universo, de meio ambiente. Historicamente, o desenvolvimento do modelo *cartesiano-newtoniano* trouxe para essa área a visão mecanicista da vida, originando o modelo biomédico, que ainda alicerça as concepções de Saúde predominantes. Embora reconhecendo o avanço das ciências biológicas, a partir do método cartesiano ou *reducionista*, o referido autor critica-o por reconhecer que ele não dá conta de todas as atividades integrativas da vida e suas interações com o meio. O processo saúde/ doença passa a ser um fenômeno essencialmente biológico: [...] *pacientes não eram pessoas, eles eram a doença traduzida pelo número do leito.*(Esperança). Nesse modelo, a intervenção centra-se exclusivamente no combate aos sintomas e às causas das doenças, desconsiderando outros fatores, como os psicológicos e os sociais, que poderiam interferir no viver da pessoa.

Koifman (2001) aborda que na construção do modelo biomédico, que se iniciou em final do século XV e início século XVI, se dá o deslocamento de um modelo clínico voltado para a cura dos indivíduos, para outro, cujo foco é a doença. Evidencia-se, então, na modernidade, uma nova racionalidade médica em que a vida deixa de ser o foco central da *prática médica* e o ser humano, sob uma ótica mecanizada, passa a ser sede de doenças e de processos patológicos. Citando Luz (1988) a autora nos diz: *na anatomia clínica do século*

XIX, o aprendizado das doenças se fez não pela observação da vida, mesmo que em corpos doentes, mas em corpos mortos, 'traçando-se, a partir da visão da mortes, os limites do trajeto da vida'.(p.5).

Sob enfoque biomédico a área da Saúde dirigiu-se para as especializações, culminando na fragmentação e tecnificação das práticas: [...] *o mercado de trabalho que valorizava a super-especialização[...]Em contrapartida, as políticas de Saúde também valorizavam a especialização, a medicalização[...]* (Esperança). Interesses políticos e econômicos alicerçados em *saberes científicos* trouxeram à saúde práticas fragmentadas, eminentemente técnicas culminando com o desenvolvimento de inúmeras profissões que se ocupam exclusivamente no foco de sua área, reduzindo o sujeito a fragmentos de um corpo biológico, mesmo que tematizem e façam anamnese de outros efeitos de sentido, não só biológicos.

Em termos mundiais, durante várias décadas do século passado, tendo como base Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1964, o significado de saúde restringiu-se ao bem-estar físico, emocional e social do ser humano, em perfeita harmonia com a sociedade (NAÇÕES UNIDAS, 2003). Discutido e criticado por inúmeros autores, dentre eles, Almeida, (1997), Lunardi, (1999b), Pitta, (1996), Testa (1992), este conceito fala muito pouco da dinamicidade da vida, integrada às transformações sociais e culturais.

A organização social e política da Saúde brasileira decorre de movimentos históricos que nos trazem a idéia de processo, envolvendo interesses ideológicos, políticos e econômicos em que circulam relações estratégicas de poder que buscam (des)continuidades e rupturas.

As políticas brasileiras de Saúde começaram desenhar-se na Primeira Republica, com programas de Saúde Pública cuja coordenadoria geral foi exercida por Oswaldo Cruz com o propósito de combater endemias e epidemias urbanas e rurais. Em 1920, teve-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, sob a direção do Médico Carlos Chagas. Somente

em 1930 é que a Saúde, no Brasil, ganhou destaque, com a criação do Ministério da Educação e Saúde. Uma questão a se ressaltar, nesse período, é o surgimento de dois discursos ideológicos, médicos, que se dividem: o sanitarista campanhista, cuja estratégia é o controle policialesco; ao médico é concedido o direito de intervir na vidas dos sujeitos e a impor regras. Monteiro Lobato expressa esse discurso em histórias como "Jeca Tatu". O outro discurso remete ao modelo curativista-privativista, de referencial biomédico, centrado na doença e na cura em que o médico é autoridade do conhecimento científico. Pela força do discurso médico que se estabelece na sociedade, estas duas correntes ainda se mostram presentes nas práticas em Saúde, em uma relação dialética.(SOUTO-DE-MOURA e SOUTO-DE MOURA, 1997)

A Declaração de Alma Ata ⁷, bem como, a Proposta Saúde para Todos no Ano 2000⁸, avalizados pela OMS/OPAS como nos assinala Paim (1987, p. 50), promoveram no Brasil *um conjunto de movimentos sociais em torno da democratização da saúde, que culminou com a bandeira 'Saúde, direito do cidadão, dever do Estado'.*

A adesão do Brasil a essas diretrizes, em nosso entendimento não se dá exclusivamente por expressarem lutas mundiais, mas também porque ela vem ao encontro de movimentos e saberes que já estavam em circulação, envolvendo profissionais de Saúde, sociólogos, pesquisadores, dentre outros. Ao que parece, estes documentos tornam-se estratégias de poder que fazem eclodir lutas ao pouco empenho do País, com a Saúde, uma vez que os deveres do Estado não se formalizavam constitucionalmente. Portanto, fizeram-se necessárias outras articulações das relações saber/poder internas às relações de saber/poder

⁷ A Declaração de Alma-Ata foi firmada durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Consta em seu artigo primeiro: *a Conferência reafirma enfaticamente que a saúde-estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade- é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realidade requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.*

⁸ A estratégia mundial de Saúde para Todos no Ano 2000 propõe à sociedade transformações econômicas, políticas e sociais que viabilizem o direito de saúde a todos (OMS, 1985).

externas para que se pudessem concretizar determinadas estratégias econômicas e políticas na Saúde.

Outros movimentos que se articularam a estes, merecedores de destaque especial foram as Conferências Nacionais de Saúde Brasileiras constituíram-se espaços de discussão política e social da problemática da saúde brasileira mas também expressam um conjunto de relações estratégicas, de lutas e rupturas a interesses particulares, corporativos e/ou do próprio Estado.

Abordando sinteticamente, sem análises profundas, pois nosso foco se centra na 8ª Conferência, podemos dizer que a 1ª e a 2ª Conferência (1941 e 1950) tiveram como propósito delimitar o espaço institucional da Saúde, uma vez que esta estava subordinada ao Ministério da Educação, enfocando a importância dos profissionais desta área; a 3ª Conferência (1963) procurou legitimar um conhecimento prévio sobre situação sanitária da população e definir formas de atuação; a 4ª Conferência (1967), a primeira após o Movimento Militar de 1964, teve sua temática restrita a debates centrados em recursos humanos; a 5ª Conferência (1975) enfocou aspectos doutrinários do setor Saúde conflituados por não promoverem uma visão sistêmica sobre o mesmo; a 6ª Conferência (1977) refletiu o momento de efervescência social e, com ele, o surgimento de concepções mais críticas, maior liberdade, sinais de crise econômica; a 7ª Conferência (1980) integrou-se a influências internacionais de democratização dos serviços de saúde e à necessidade de legitimação política do governo da época; salienta-se a relevância da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) que discutiu e propôs, por meio de resgate histórico da Saúde brasileira, novas concepções de saúde que atendessem aos movimentos sociais e políticos dos últimos anos.(ALBUQUERQUE, 1987). Ao que parece, as conferências nacionais de Saúde se constituíram em estratégias para atender aos interesses políticos, econômicos e sociais de cada época.

Nestas últimas décadas, especialmente nas duas últimas, a Saúde tem sido foco de discussões em diversas áreas do conhecimento, bem como de lutas sociais: *A 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi um referencial para nós. Eu lembro que nós usamos inclusive como subsídios para várias estratégias e desenvolvimento lá no hospital.*(Competência). As discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), tendo referenciais teóricos em Hegel e Marx, acrescem ao conceito saúde novos enfoques, integrando o sujeito da saúde ao seu processo histórico, social, cultural, como ser produtor e transformador da realidade.

Essas discussões e lutas remetem à intenção de uma prática que permita às pessoas melhor qualidade de vida, longe de restringir-se a alterações biológicas, que integre saberes sociais, culturais, ecológicos cujas práticas de sujeição se concretizem na educação, em hábitos de alimentação saudável, em moradia adequada aos princípios de saneamento básico, dentre outros, aproximando os níveis de atenção primária⁹, secundária e terciária.

Este novo projeto abre espaço para a interdisciplinaridade, ou seja, concede a participação dos(as) profissionais de Saúde em geral, rompendo com a centralidade da área médica, ao mesmo tempo em que integra ao saber dos(as) profissionais, o saber local (das pessoas), como uma prática que dá voz (opções e decisões) às pessoas envolvidas: [...] *antes ficava tudo muito canalizado na figura do médico. Hoje já não é mais assim. Todos os profissionais da área da Saúde, hoje nos seus processos de trabalho, têm a esquematização científica.*(Esperança). Evidencia-se uma realidade em mudanças, mas questionamos se as práticas vigentes em Saúde superaram o modelo biomédico e hospitalocêntrico. Há, em nossa realidade, a superação da centralidade médica? e os outros profissionais têm em suas práticas, o reconhecimento social de um saber autônomo do saber médico? Parece que estas mudanças estão também articuladas a estratégias políticas e econômicas que se aliam a lutas

⁹ Atenção primária à saúde é enfatizada pela Declaração de Alma-Ata que propõe o envolvimento de toda sociedade tendo como pontos determinantes: a equidade, participação da sociedade, intersetorialidade, tecnologia apropriada e custos acessíveis(SOUZA, 2001).

corporativas ou se rebelam contra elas, assegurando a legitimidade de algumas práticas e desconsiderando outras. Portanto, para transformar determinada realidade não basta mudar conceitos e práticas mas se faz necessário que esses se integrem a interesses políticos e econômicos que os tornem legítimos socialmente: [...] *as fronteiras profissionais são fronteiras móveis e elas são fronteiras móveis na medida que a gente tem uma equipe.* (Sabedoria). O que significa dizer que o sentido de equipe necessita abarcar novos conceitos, novas relações profissionais legitimadas política e economicamente.

Campos (1992) nos assinala que a predominância da prática médica liberal, associada ao desenvolvimento médico-hospitalar e mercadológico da Saúde acentuaram o aparecimento das especializações que se desenvolveram, dissociadas uma das outras, e cujo modelo centrava-se em *diagnóstico e instituição de terapêutica*. Esta prática permitiu aos profissionais médicos autonomia e independência profissional em relação às instituições privadas, incluindo os modernos hospitais aliando assim, a prática médica liberal às grandes empresas privadas ou estatais que prestam serviços de saúde, o que significa deter um grande poder sobre os processos de trabalho e de investimentos dessas Instituições. A este modelo aplica-se o exemplo dos países Estados Unidos e do Brasil.

Esta lógica de saúde mostra-se mesclada às práticas sociais dos(as) profissionais: [...] *a maioria dos alunos, e até acho que estimulados pelos professores, tinham interesse em que a formação fosse de clínica privada, de ser médicos especialistas[..]* (Cidadão do Mundo). Hoje, há mais de uma década, a realidade é outra? Acreditamos não, embora mudanças estejam ocorrendo sobretudo nas práticas não médicas. Apesar das mudanças propostas nos serviços públicos que priorizam a atenção primária, como preconiza a Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), Art. 198, inciso II: *atendimento integral, como prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*, a tecnologia diagnóstica e terapêutica bem como as indústrias farmacêuticas mostram-se muito presentes, em nosso

meio, em modernos centros privados. Embora esteja em vigor um sistema único de saúde parece haver uma certa dicotomia entre o sistema público, buscando nas diretrizes do SUS a *descentralização dos serviços, atendimento integral e participação da comunidade*, integrando a estas estratégias para novas concepções de saúde, e o sistema privado que embora inserido no sistema único, como prevê a Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) em seu Art. 199: *A assistência à saúde é livre à iniciativa privada* parece estar distante deste. Isto significa que os(as) profissionais de saúde necessitam integra-se a estes dois mundos e, ao mesmo tempo integrá-los a um único sistema:

Sempre quando eu tenho dois níveis de sistema de saúde, isso vai ficar bem demonstrado para todo mundo que tem um bom e outro ruim. Então eu acho que, nesse sentido existe uma importância de principalmente o serviço público de saúde ter uma qualificação em termos de trabalhar em equipe, principalmente porque na atenção privada, quando se busca um atendimento, se, a maioria das vezes tem a visão de um atendimento personalizado, vai buscar um profissional com nome já reconhecido. (Cidadão do Mundo)

O *regime de verdade* de que o serviço público de saúde é *ruim* e o privado é *bom* encontra-se presente na sociedade, como nos assinala o discurso acima: profissionais menos qualificados, múltiplos profissionais, não necessariamente médicos, o que parece trazer embutido um certo grau de desvalorização, descaso para um atendimento personalizado, todos atribuídos à grande demanda social. Por outro lado, profissionais qualificados, reconhecidos, centrados na figura do médico. É este panorama que parece configurar a realidade da Saúde brasileira. Perguntamos: embora estas diferenças sejam contestadas, pois estamos num sistema único de saúde, há interesses econômicos e políticos para fazer dessas, práticas únicas, ou melhor, com princípios comuns? Nesta perspectiva a Saúde privada ampliaria em suas práticas a participação de profissionais não médicos, e sua interlocução com outros serviços públicos e privados para atender aos princípios de *integralidade* preconizados pelo SUS? Há interesses econômicos para que esta prática se efetive? Pensamos que os princípios do SUS também se tornam estratégias para os planos de Saúde privados que buscam no

princípio da *integralidade* , desenvolver ações preventivas em busca de reduções de custos frente às onerosas práticas e tecnologias da assistência hospitalar, ambulatorial e diagnóstica.

Inúmeras análises acerca da Saúde privada têm a crítica voltada para a sua mercantilização que necessita ser profundamente estudado pelas exclusões que gera, decorrentes das diferenças sociais de nosso País o que impõe às Universidades a grande responsabilidade de formar profissionais conscientes dessa realidade social e eticamente preparados para essas diversidades sociais e de princípios profissionais:[...] *a gente tem uma formação que produz a imagem do consultório ou a formação que produz a do hospital no topo, se essa imagem não for mudada pela formação, a gente vai continuar formando esse perfil das profissões. E ai vai falar em equipe?* (Sabedoria). Como é possível formar profissionais mais conscientes se a formação se dá por discursos e práticas que pouco contemplam esta preocupação ?

A 8ª Conferência Nacional de Saúde parece representar um marco nesse processo de rupturas por possibilitar e dar voz, talvez ainda no discurso, a instituições, a organizações profissionais, não exclusivamente à área médica, à sociedade civil , dentre outros, como expressa o relatório final dessa Conferência: as discussões envolveram a participação de 4.000 pessoas, entre as quais 1.000 delegados convidados, representantes de diferentes Ministérios da República, representantes sindicais, representantes das Associações, Conselhos e Sindicatos dos Profissionais de Saúde, representantes de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dentre outras representações. Nesse relatório, fruto das discussões das diferentes representações públicas e privadas constam as novas concepções de Saúde bem como os princípios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde que resultou na criação do Sistema Único de Saúde. Constam, também, neste documento, os discursos formais que circularam ao longo da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Um fato que chamou atenção foi o reduzido número de mulheres que participaram das discussões registradas nos

anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde: Entre 51 participantes, autoridades, conferencistas, debatedores, apenas 3 mulheres. Estaria esta prática assinalando, não somente a restrita participação política da mulher mas, também, a expressão de uma autoridade masculina naturalizada, no âmbito da Saúde?

Pode-se dizer que as Conferências de Saúde tornam-se espaços que trazem à tona lutas, algumas veladas ou não, nos espaços privados, centrados em de cada profissão, bem como, no cotidiano das práticas em Saúde: : [...] *como cidadãos brasileiros, da área da saúde, temos obrigação, independente de trabalhar em instituição privada ou não, conhecer o sistema e ver o quanto, também, a área privada perde por não ter a visão do sistema.*(Competência). Embora, centrados nos processos de lutas, rupturas e ganhos presentes na concepção de fundo marxista, ainda se percebe, e não por ser fonte desta concepção ou resultado dela, um centrar-se na área médica, mesmo que tenha havido lutas, rupturas para transformá-la em área da Saúde. Ou seja, neste novo espaço de lutas e estratégias concentra-se ainda a centralidade da área médica nos movimentos sociais da Saúde.

Para Demo (2002) a participação grupal não é destituída de poder e sim uma maneira de organizá-lo o que significa dizer que esta dinâmica que propõe a participação dos diferentes profissionais e a comunidade na organização e práticas de saúde é dotada de estratégias que dão origem a outras presentes nas relações de poder entre os diferentes profissionais. Assim é possível visualizar estas estratégias em discursos dos participantes deste estudo: [...] *hoje, nós trabalhamos muito em equipe. Mas é uma equipe multidisciplinar. Cada um na sua, como eu disse. Cada um com seus saberes específicos, mas não integrando ainda muito o saber.*(Esperança). O fortalecimento de saberes individuais parece tornar-se estratégia de poder que garante seu lugar ao sol como profissional de Saúde que será tratado no próximo capítulo o que representa um campo de lutas: [...] *eu acho que o grande desafio,*

agora, para nós, nesse milênio, é realmente definirmos bem o papel de cada profissional.(Esperança)

Arouca (1987, p39), na época, como Presidente da Fundação Oswaldo Cruz e como Presidente da Comissão Organizadora da 8a. Conferência Nacional de Saúde, aborda a temática *Democracia e Saúde*, expressando o verdadeiro campo de batalha que se instituiu em um momento em que se propunha a constituição de novas regulações em saúde.

Há alguns dias atrás, algumas entidades ligadas ao setor privado se retiraram da Conferência, alegando que, como representavam uma grande percentagem dos serviços de saúde prestados no País, deviam ter maior número de delegados. Mas se equivocaram. No meu entender, essa proporção de serviços prestados não corresponde à proporção da população brasileira. E esta é uma Conferência da população brasileira e não uma Conferência dos prestadores de serviços.

Em sua fala, também como expressão de luta, dá voz à sociedade que carece um sistema mais igualitário, desmontando interesses econômicos e mercadológicos particulares. A própria Conferência tornou-se uma prática, ao discurso que vinha sendo construído, na medida em que institucionalizava a participação de diferentes segmentos da sociedade. Perguntamos se a integração de novas vozes a este processo não seria também uma estratégia para fragilizar o modelo hegemônico¹⁰ da Saúde? Que interesses poderiam também advir da agregação de novos profissionais de Saúde, de segmentos da sociedade civil, concedendo força à interdisciplinaridade e desmontando uma centralidade de saber-poder, fechada em si mesma, desconectada das necessidades sociais e, quiçá, políticas e econômicas do Estado? Não teríamos aí, também, interesses políticos e econômicos do Estado, no sentido de buscar

¹⁰ Para Silva Junior (1998, p. 45) *o modelo hegemônico de prestação de serviços em saúde, no mundo ocidental, tem sua gênese nos séculos XVIII e XIX, com as contribuições de Pasteur, Koch e outros no campo da Biologia e Microbiologia[...] os laboratórios passaram a ter caráter estratégico no conhecimento da etiologia das doenças e nas propostas de intervenção. E os hospitais [...] tornaram-se locais de trabalho da chamada Medicina Científica.*

alternativas que pudessem, contrapor aos exorbitantes custos oriundos de um modelo hospitalocentrico, de especializações e tecnologias de ponta que a área Saúde brasileira até então vinha privilegiando e que traz ao Estado sobrecarga em sua macroeconomia?

O termo modelo hegemônico, como modelo hospitalocêntrico sob princípios eminentemente biológicos da Saúde também parece embutir a centralidade da área médica, trazendo uma certa desacomodação nas relações interdisciplinares: [...] *uma coisa que eu não me sinto à vontade quando eu leio assim, o modelo hegemônico, caracterizando como modelo médico, é o modelo que é o que decide, os outros profissionais, os outros tipos de modelo, como vítima.* (Cidadão do Mundo). As lutas de espaços profissionais parecem estar presentes nessas possíveis transformações, justificadas, por práticas sociais que as legitimam profissionalmente:

[...] eu entendo, eu sei que tem uma razão para isso mas eu vejo que o especialista, ele tem, a visão da sua formação não contemplou essa integralidade, acho que isso é provavelmente a razão principal, e também não o inseriu dentro da realidade de um atendimento em saúde pública, de saúde financiada pelo governo, pelo estado. (Cidadão do Mundo).

Perguntamos: Há, na formação médica, uma mobilização concreta, em nível de estratégias, para trazer às práticas a visão da integralidade? Até que ponto a área médica estaria aberta para abrir mão de sua centralidade nas ações em saúde? E os outros profissionais estariam preparados para assumirem novos papéis que transcendam limites e interesses corporativos?

Demo, (2002) nos diz que:

a interdisciplinaridade, como regra, não é proposta individual, mas de equipe. Nesta sim, podemos desafiar vários aportes especializados, supondo que seja formada por especialistas oriundos de várias disciplinas, mormente daquelas, histórica e metodologicamente mais distantes. Individualmente falando, o que pode(deveria) ocorrer é o esforço de alargar a base horizontal do conhecimento por meio de outras leituras, pesquisas e elaborações, para além da especialização verticalizada. (p.9)

Pelas resistências encontradas ficou claro que a implantação do SUS seria palco de novas lutas sociais, como se pode constatar na realidade, pois suas concepções filosóficas e operacionais não eram consenso de grupos interessados em manter hegemonia existente no sistema de Saúde.

Arouca (1986), também chama a atenção sobre uma nova ruptura que vem se constituindo na Saúde: a abertura de um saber-poder, hermeticamente fechado, do setor Saúde a um saber desconsiderado, o saber popular. Ou seja a abertura de um novo jogo de relações estratégicas como integrante do novo processo. Assim, nos diz:

Gostaria de chamar a atenção para o fato de que todos estão de olhos voltados para o que está ocorrendo nesta Conferência. Esta é a primeira vez em que se encontram o setor saúde e a sociedade. Pela primeira vez os usuários estão representados numa Conferência Nacional de Saúde. Então nosso papel na formação da política de saúde é da maior importância. (p. 42)

Este discurso que abre a possibilidade de participação da sociedade nas esferas da Saúde, seja na formulação de políticas, seja na participação das práticas cotidianas parece ser ainda uma intenção encoberta, tímida em iniciativas restritas a determinadas esferas públicas do SUS mas que ainda não se consolidou como prática; não integra a subjetividade dos(as) profissionais e da sociedade e, portanto, não é expressada nos discursos sociais, evidenciando o distanciamento dos(as) profissionais aos saberes próprios das pessoas: [...] *para seres interdisciplinar, tens que abrir o ouvido. Não só o ouvido mas a ti mesma, não só como profissional, mas para tua própria vida para o mundo [...] porque, às vezes, nos abrimos para o colega da outra profissão[...]* (Esperança). Parece que a lógica que ainda prevalece em nosso cotidiano é que a Saúde pertence ao Estado e aos profissionais dessa área. A sociedade deve submeter-se ao que for melhor para ela: [...] *para mim o saber popular tem de estar junto, e isso é o que mais estamos precisando. Às vezes tu estás com dois ou três profissionais, discutindo e tu não ouves a família.*(Esperança). Além da abertura individual dos profissionais, a integração do saber das pessoas requer desmontar pressupostos em que o

conhecimento científico é o determinante único das práticas em saúde. Há portanto a necessidade de reconstrução do significado de conhecimento no âmbito da Saúde para que este se integre aos discursos e práticas, traçando novos caminhos de subjetividade aos profissionais.

A 8ª. Conferência Nacional de Saúde forneceu subsídios para Assembleia Nacional Constituinte, instalada em 1987, e tonou-se estratégia para legitimar a Saúde na esfera legal. Este projeto concretiza-se na Constituição Brasileira de 1988 que concede espaço próprio para a Saúde. Carvalho (1993, p.14), cita que *o SUS é a resposta que brotou da sociedade, de baixo para cima, até legitimar dentro da Constituição, para se criar o novo e trazer uma solução para a crise*. A regulamentação do SUS, por meio de leis que regulamentassem a implantação das diretrizes da Constituição foi efetivada somente em 1990 pela homologação das Leis Federais 8.080/90 e sua lei complementar 8.142/90 denominadas Leis Orgânicas da Saúde. Foi uma vitória de lutas e de *batalha no Congresso Nacional* que articula o discurso de uma nova concepção de saúde a uma prática social e política, como direito de cidadania e dever do Estado.

Embora ainda estejam em processo, os novos projetos da Saúde parecem tomar corpo no universo acadêmico impulsionados por estratégias políticas que os tornam norteadores da formação dos profissionais dessa área, como expressa Sabedoria:

[...]se faz a Educação através, ou por meio da política de Ensino, ela também se faz por meio de outras políticas, e uma delas é da Saúde. Aí tem uma característica que é a própria da legislação do SUS. O SUS é ordenador da formação de recursos humanos. É uma atribuição constitucional e não tem que questionar se faz ou não faz. Faz, é uma atribuição constitucional. É a única política da área social identificada como de relevância pública. É o único sistema que é tomado pelo único.

Medeiros (1999, p. 18) em suas análises ao pensamento foucaultiano nos instiga a pensar sobre como se constituem *novos saberes*. Para tal é necessário que detectemos *'como o*

poder intervém materialmente na produção do poder e do saber'. Para autora, Foucault nos desafia a:

(1) detectar o discurso científico (seja verdadeiro ou não) como a forma geral de modalidade de apresentação de saberes; (2) detectar como essas mesmas práticas e saberes/poderes instituídos se constituem como necessários ao funcionamento econômico e político; (3) detectar a constituição dessas práticas em objetos de consumo institucional (sendo um tema frequentemente trazido à tona em qualquer discussão); (4) detectar finalmente, como estas práticas estão, permanentemente, em foco das discussões e debates nas diversificadas e incompatíveis lutas e enfrentamentos sociais (por suposição, a educação faz parte do discurso de partidos políticos antagônicos em suas propostas, assim com a idéia de cidadania, de reforma agrária, entre outros), como se não existissem diferenças e todos buscassem a real transformação.

Entre as diretrizes políticas consolidadas pela Constituição de 1988, estão os fundamentos de uma radical transformação que apresentava uma situação caótica de descaso social no sistema de Saúde brasileiro. Como base nas propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição estabeleceu, pela primeira vez, uma sessão sobre saúde em que trata de três aspectos principais e considerados como princípios filosóficos e operacionais do SUS:

1. A incorporação de um conceito mais abrangente de Saúde, passando a ser concebida como:

resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde(...) O resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.(...) Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (BRASIL, 1986,p.383).

2. A legitimação do direito de todos, sem discriminação, universalidade e equidade de acesso às ações de saúde, em todos os níveis, como responsabilidade do Estado.

3. O estabelecimento do SUS formado por uma rede de serviços descentralizada, regionalizada e hierarquizada e sob controle de seus usuários. Quando necessário os serviços privados podem ser contratados ou conveniados, devendo estar subordinados ao SUS.

Ao analisar esses princípios, em primeiro lugar, referindo-nos ao conceito de saúde corroboramos com Lunardi (1999b) que, apesar dos avanços decorrentes nessas concepções, parece pretencioso conceder à Saúde o eixo principal e norteador das transformações sociais, colocando-a no centro da organização política e social. Neste sentido, Foucault (1993) alerta sobre as implicações da centralização da ação médica, exercendo efeitos fundamentais sobre os processos da vida. Segundo ele, esse é um dos grandes riscos da Medicina atual e uma das razões do mal-estar que a sociedade experimenta.

Ao mesmo tempo em que se atribui ao Estado o compromisso de garantir condições para a saúde, sua legitimidade necessita ser conquistada por lutas sociais para que sua realidade seja dotada de condições adequadas de moradia, de alimentação de empregabilidade, de educação e assim por diante, para uma melhor qualidade de vida. Passa a apreender, em sua complexidade, as desigualdades sociais e portanto, como seria possível a universalidade e equidade em meio a tantas diversidades, a tantos interesses econômicos, políticos, incluindo interesses de corporações profissionais?

O artigo 196 da Constituição Brasileira de (BRASIL, 1988) nos diz: *a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

A universalidade proposta nas políticas de Saúde, diz respeito, à garantia do Estado, de que todos os indivíduos têm o direito de usufruírem os recursos científicos, tecnológicos e humanos disponíveis na Saúde. Na mesma medida a equidade garante a todos os indivíduos o acesso a estes serviços. Parece evidente que a intenção deste princípio de justiça social seja

louvável, mas com ele esbarramos nas imensas diferenças sociais da população brasileira, nos diferentes modos de acesso das classes sociais, em serviços públicos e/ou privados. Outra questão a ser considerada é a inversão de olhares, no sentido de que, quando pensamos em serviços de saúde, o hospital ainda é o grande representante, o que significa dizer que ainda vivemos um modelo essencialmente curativo e, se olharmos a assistência da população como um processo eminentemente curativo, consumidor de altas tecnologias estaremos inviabilizando tais princípios sejam eles em nível de serviços públicos e até privados, se nos detivermos nos seguros saúde privados. Portanto, estes princípios têm, em seu significado, um modelo que privilegia a atenção primária e propõe uma nova ótica e organização das práticas em saúde que implicam também em novas definições de papéis profissionais: [...] *agora na perspectiva de saúde coletiva*¹¹ *tu vislumbras claramente o trabalho do assistente social[...] então fica muito claro esse nosso trabalho, nesse social, que acompanha a vida desse jeito, que não é só um corpo não é só uma doença.* (Coragem). Essa nova organização de práticas concede voz a saberes até então anônimos.

Sobre o processo de transformação da saúde alicerçam-se diretrizes como nos diz o Art. 198 da Constituição Brasileira (Brasil, 1988):

As Ações e Serviços públicos de Saúde integram rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I¹². descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos Serviços assistenciais; III. participação da comunidade.

Neste artigo, a Constituição Brasileira dá voz prioritária à atenção primária o que nos assinala a intenção de ruptura ao modelo biomédico e curativo, mas também podemos

¹¹ Silva Júnior (1998, p. 22) define o campo de Saúde Coletiva no Brasil, segundo Donnangelo e Campos (1981): *'...no esforço de superação do Projeto da Medicina Preventiva em sua imediata subordinação ao objeto da clínica. Em consequência, numa reorientação possível do coletivo, não mais reduzido necessariamente ao conjunto de influências sociais que incidem sobre o indivíduo. O deslocamento da ênfase posta na questão saúde/doença para a questão prática de saúde sob distintas perspectivas (da administração dos serviços à análise das práticas sanitárias em suas articulações políticas e ideológicas).'*

¹² Gerou a Emenda Constitucional n. 29 de 2000.

entender que se busca nos princípios de universalidade e equidade uma forma de controle social que vêm ao encontro de necessidades e interesses políticos e econômicos do Estado. Ou seja, ao se privilegiar a atenção primária deixa-se, em segundo plano, a atenção secundária e terciária que inclui todo o arsenal de práticas e tecnologias hospitalares e ambulatoriais, com elevados custos econômicos, portanto, requerendo um certo controle do acesso da população. Essa realidade promove um certo embate entre interesses políticos que necessitam viabilizar economicamente a saúde e interesses econômicos que lutam para ampliação de tecnologias de ponta, técnicas extremamente onerosas tanto para o setor público quanto para o privado.

Outra questão a ser considerada é que quando se fala em legitimação do direito de todos, sem discriminação, em universalidade e equidade de acesso, em ações de saúde em todos os níveis, como responsabilidade do Estado, de que lugar estamos falando? A quem estamos nos referindo? A quem o Estado vai legitimar este direito? Estes princípios são fruto de discussões sociais em que perpassam interesses múltiplos: econômicos, políticos, sociais. Ao se falar em legitimar estamos falando que a saúde não se constitui um direito de todos. Se estamos lutando para conceder um direito a todos, significa que há excluídos. Quem seriam os excluídos? Logicamente não seriam os que dispõem de recursos econômicos, melhores condições de vida, de moradia e de educação.

No Brasil, nesse início do milênio, as preocupações com a saúde são expressadas cotidianamente por milhares de pessoas, particularmente porque o desemprego, a miséria, a pobreza são causas de exclusão, assim como o aparecimento de novas doenças infecciosas, como a AIDS, aumentam consideravelmente a morbi-mortalidade do povo brasileiro. A reorganização do modelo assistencial, trouxe mudanças no atendimento ao usuário do SUS, como por exemplo, a porta de entrada do Sistema de Saúde, que até então prevalecia nas instituições hospitalares, passou a se dar por meio das Unidades básicas de saúde, localizadas nas comunidades e em Distritos Sanitários correspondentes., exigindo-se previamente a

adscrição da população ao posto de saúde que passa a ser responsável em referenciá-la aos níveis secundário e terciário do Sistema de Saúde, conforme o tipo de necessidade de atenção requerida, ou seja de acordo com sua condição saúde-doença.

Nesta perspectiva preconiza-se que os profissionais atuantes na área hospitalar, cujo contexto assistencial de saúde insere-se nos níveis de atenção secundária e terciária, integrem, em sua prática, orientados pelo princípio da integralidade, ações de atenção primária como orientadores permanentes ao longo do processo de intervenção assistencial, estabelecendo uma rede de ações que serão acompanhadas pela Unidade Sanitária do Distrito. Institui-se, assim, uma lógica que integra as práticas preventivas às práticas curativas. O hospital, as unidades sanitárias são espaços com características próprias pertencentes a um sistema único: a Saúde: *o SUS é ordenador da formação de Recursos Humanos.[...] Tem características regionais, tem características locais, mas ele é único como sistema, não tem separação.* (Sabedoria). Esta dinâmica proporciona a vinculação contínua dos profissionais, incluindo as Instituições de Ensino, principalmente as Universidades e a comunidade, participando de sua construção político- social e sanitária. Esse novo modelo em saúde propõe ruptura a outros historicamente construídos no País, com ênfase na atenção médico hospitalar, essencialmente curativos e tecnicistas.

[...] parece-me que principalmente as assistentes sociais, se identificam com os princípios do Sistema Único, no sentido de realmente mudar um pouco a realidade da Saúde nesse País. Este grupo, juntamente com o grupo da Enfermagem, são, em meu ponto de vista, os grupos mais mobilizados para as atividades básicas nas instituições e para a mudança do contexto de Saúde. Percebo também que a Medicina mudou um pouco, mas em sua formação permanece a ênfase para a clínica privada. (Esperança)

O distanciamento entre os serviços de atenção primária, que são as unidades sanitárias e os serviços de referência secundária e terciária, que são os serviços hospitalares e ambulatoriais (hospitais) parece ser uma construção histórica, como discutimos anteriormente.

Campos, (1997) nos assinala que nas práticas sociais da área médica ainda predomina a valorização dos componentes biológicos do processo saúde-doença, o que os distancia dos propósitos de programas integrais de atenção à saúde e, por conseguinte, de propósitos interdisciplinares que requerem o olhar de diferentes profissões. Neste sentido, o autor chama a atenção para o fato de que esta é uma das dificuldades dos programas de saúde que propõem, a partir de práticas interdisciplinares, atenção integral à saúde. Parece haver diferenças epistemológicas que impedem que os profissionais enxerguem que estas diferenças, acreditamos complementares, sejam visualizadas num mesmo espaço: a Saúde.

Mas, além das diferenças epistemológicas, estas diversidades presentes nas práticas em Saúde nos assinalam que o cotidiano profissional é permeado por concepções próprias de cada área que trazem embutidas raízes históricas, interesses particulares, políticos e econômicos, bem como por concepções que regem as políticas de Saúde. Nessa tecitura social as relações de saber/poder fervilham em prol de interesses particulares, nestes incluindo corporativismos e interesses femininos e masculinos, bem como, interesses institucionais, políticos, econômicos que movimentam e tornam estas práticas em permanente transformação.

Carvalho (1993, p. 22), ao discorrer sobre *O momento atual do SUS...a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*, refere-se aos profissionais de Saúde como *o grande problema atual da saúde e por outro lado, o único caminho para se chegar à solução..* Neste sentido, o autor refere que os profissionais estão insatisfeitos devido a má remuneração e falta de condições de trabalho. Relata, também, que muitos deles *estão despreparados ao desempenho de suas funções, principalmente nos serviços básicos*, restando ainda uma questão principal: *o conhecimento de nossa realidade, das propostas do setor de Saúde, do seu inserir-se na sociedade, de seu comprometimento com a sociedade.*

Neste contexto constitucional, os profissionais de Saúde muitas vezes não integram as equipes juridicamente ligadas ao SUS, pois seus serviços são apenas conveniados. Isso repercute na qualidade do atendimento necessário e na própria avaliação da eficácia do tratamento e realização profissional, visto que nessas circunstâncias não há encontros interdisciplinares para ser discutida a organização do método terapêutico a ser aplicado ao paciente cidadão SUS.

O novo modelo assistencial valoriza o trabalho dos profissionais de Saúde, propõe um Plano de Cargos, carreira e salário justos, com aperfeiçoamento continuado, no que se refere tanto ao saber profissional, como ao conhecimento filosófico do Sistema de Saúde e às relações humanas desencadeadas visando ao comprometimento de todos com a sociedade.

Porém, sabemos que a política de recursos humanos em vigor, constitui-se em obstáculo à implementação do SUS, principalmente devido à inexistência de isonomia salarial, de jornada de trabalho entre os diferentes profissionais com formação em nível superior, nas instituições municipais, estaduais e federais. Outra situação administrativa de descontentamento que tem se evidenciado na equipe médica é o fato de a coordenação das unidades básicas e centros de saúde ser exercida por outros profissionais não médicos.

As duas questões acima descritas são motivos de conflitos e incluídas nas justificativas de pauta de greves e outros movimentos que implicam conflitos interprofissionais:

[...] o stress do médico[...] nessa relação com outros profissionais é uma relação também muito difícil, ele já percebe essa necessidade de entendimento dos processos de saúde e doença, dos determinantes, não só biológicos, mas dos aspectos sociais, biológicos, psicológicos e de bioética.[...] no afã do dia-a-dia das relações, até porque [...] tem um salário maior para o médico, as relações de atrito são muito desgastantes para os dois lados. (Cidadão do Mundo).

Parece que a estas questões estão presentes nas relações de saber/ poder que trazem embutidos regimes de *verdades de um saber* reconhecido e consolidado socialmente que é o saber médico, como saber matricial dos saberes das demais áreas e portanto, em um mundo

em que o saber é mercantilizado, lhe é atribuído um grau de valor. Então, tornam-se naturais as diferenças salariais entre a área médica e os demais profissionais, até porque, como veremos mais adiante, esse saber médico adquire um certo diferencial na própria formação acadêmica: maior carga horária acadêmica, obrigatoriedade de Pós-Graduação, que legitima este diferencial em relação a outras áreas: [...] *o médico ocupa o seu espaço dentro da sociedade no momento que ele consegue ser aprovado numa faculdade de Medicina, tanto pública quanto privada [...].* (Cidadão do Mundo) Nesta perspectiva, também parece natural que a coordenação deste processo se dê por quem é originário dos demais saberes: a área médica.

Estas questões estão capilarizadas nos serviços de saúde e nas práticas cotidianas: por exemplo, de maneira geral a organização de um serviço de atenção em saúde centra-se no atendimento médico, que são consultórios, enfermarias, sala de reuniões, sala de estudos, sala de pesquisas, sala de prescrições, etc. Os demais serviços considerados como complementares, se mostram, na organização de espaços, como áreas de apoio ou executoras técnicas como por exemplo, posto de enfermagem, área de nutrição, de atendimento do Serviço Social, da Psicologia, etc. Estas questões estão presentes também no pagamento aos serviços conveniados, incluindo o próprio SUS: o pagamento aos serviços médicos é distinguido dos demais serviços que se constituem em serviços de apoio, incluindo as práticas de Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, dentre outros. Parece que a Reforma Sanitária propõe desconstruir e reconstruir, dentro do possível, esta organização social que parece não se limitar ao saber em saúde.

Campos (1992) ao referir-se sobre a implantação do novo Sistema de Saúde defende que o sucesso da Reforma Sanitária brasileira é de *natureza política*. Ele nos diz:

O elemento decisivo para esta vitória é a consolidação de um bloco de forças sociais, capaz de construir uma nova proposta de ordenação de modos de vida e de atenção à saúde e de, ao mesmo tempo, difundi-la, transformando-a em senso comum, até o ponto em

que venha a substituir o antigo modo de produção de serviços de saúde e a consciência sanitária dos brasileiros. (CAMPOS, 1992, p.109).

O que esse autor nos assinala parece ser um projeto para a constituição de uma nova *episteme* que não se limitaria à Saúde, mas se capilarizaria como um novo estilo de vida, de relações sociais, de produção de conhecimento incluindo aqui as relações interdisciplinares e estas em relação com a sociedade. A Saúde é apenas um dos pontos de referência, mas esta mescla-se ao universo de relações sociais, políticas, econômicas, culturais, ecológicas, biológicas, físico-químicas, epidemiológicas etc,. Segundo Foucault (2002, p.217) a *episteme* pode ser entendida como uma visão de mundo, um segmento da história:

comum a todos os conhecimentos e que imporia a cada um as mesmas normas e os mesmos postulados, um estágio geral da razão, uma certa estrutura do pensamento a que não saberiam escapar os homens[e as mulheres] de uma época- grande legislação escrita, definitivamente, por mão anônima .

Seguindo nesta lógica, será possível a concretização do novo sistema de Saúde sem que haja uma mudança processual nas relações sociais que impliquem novas práticas discursivas nas áreas biológicas, sociais, políticas, econômicas? Nesse caso, estas discussões poderiam se restringir a movimentos da saúde? Como este projeto se faz presente em outros espaços da sociedade, como por exemplo na Educação, nas Ciências humanas, jurídicas, exatas, dentre outras, para que ele se legitime como um novo modo de se enxergar o mundo, as ciências? A comentar sobre uma assessoria, que prestou a uma Pesquisa da área de Letras, envolvendo crianças hospitalizadas, uma pesquisadora da área da Saúde diz: *fiquei surpresa sobre como esse projeto oriundo de uma área tão distante da Saúde possui similitude aos novos referenciais que estamos imprimindo nas práticas em saúde*¹³. Parece que este projeto não se restringe a algo local, mas surge como um movimento que parece se capilarizar em

¹³ Conversas informais com professores da área da Saúde na PUCRS.

diferentes áreas. A Declaração de Alma Ata, bem como, a Proposta Saúde para Todos no Ano 2000, avalizados pela OMS/OPAS expressam a intenção de novos modelos, novos estilos de vida, ao proporem princípios comuns de saúde articulando-as a outros segmentos da sociedade. Os Fóruns Sociais Mundiais também expressam uma estratégia em que se articulam a diversos segmentos da sociedade civil, entidades políticas, culturais, dentre outras, contrapondo-se aos Fóruns Econômicos Mundiais cujos discursos reforçam a importância do poder econômico sobre as práticas sociais em que poderíamos incluir as relativas às práticas em saúde.

No que se refere a nossa realidade local, a população usuária tem apresentado insatisfações, muitas expressadas através da mídia. Constata-se a falta de consultas, exames e medicamentos disponíveis, com a brevidade necessária, bem como a existência de longas filas, principalmente em serviços especializados. Alguns serviços têm, inclusive, adotado sistemas de ouvidorias a fim de captar estas queixas e saná-las o mais rápido possível, abrindo este espaço como meio de controle social: [...] *pacientes que necessitam de atendimento imediato, permanecerem em uma fila de emergência e o médico olha para o relógio constata que faltam cinco minutos para concluir seu plantão e ele se nega em atendê-lo.* (Esperança). Diante deste paradoxo, os(as) profissionais vivenciam, por um lado, os serviços de Saúde ligados ao SUS com superlotações e muitos em condições precárias de atendimento qualitativo e quantitativo. Por outro, o número cada vez mais significativo de serviços privados, sobretudo na área clínica e hospitalar, em que se evidencia a tecnologia de ponta e trazendo aos(as) profissionais oportunidades seletivas.

As políticas públicas precisam dar conta de todo um referencial de universalidade e equidade a uma população extremamente deficitária no âmbito social e de saúde e neste sentido propõe a ampliação de espaços profissionais dos diferentes profissionais para que se possa dar conta desta demanda.

[...] os profissionais da área da Saúde que não são médicos, estão, cada vez mais conscientes do seu papel social. Antes ficava tudo muito canalizado na figura do médico. Hoje já não é mais assim. Todos os profissionais da área da Saúde, hoje nos seus processos de trabalho, têm a esquematização científica. [...] também não ficamos só fazendo aquilo que o médico prescreve. E isso tem levado a uma maior resolução e uma melhor qualidade da assistência. (Esperança)

Parece que esta ampliação movimenta as regulações profissionais e ameaça transformar o mercado de trabalho, o que se reflete tanto na área pública como privada. Por exemplo: ao se regular determinadas ações de prevenção e promoção da saúde para profissionais como enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, até então entendidas como exclusivamente médicas, está se reconfigurando o mercado de trabalho da área médica com reflexos na área pública e privada.

Citamos como exemplo o Programa da Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde, em 1994. Muito além de um programa, constitui-se em estratégia de saúde coletiva para esta mudança paradigmática de saúde, com o propósito de reorganização das práticas em saúde tendo a família como centro de suas ações: *[...] vai ser um grande desafio porque se nós não partirmos para uma proposta, no mínimo multidisciplinar, com muita conversa, com muito a compartilhar, com muito trabalho em conjunto, com muita capacitação conjuntas, não vamos atingir determinadas metas.* (Esperança)

Para Souza (2001, p.23) a estratégia de Saúde da Família no Brasil,

fortalece o movimento de descentralização da saúde, baseada na concepção de que as instituições de saúde devem oferecer cuidados de atenção básica na comunidade, aproximando-se dos usuários, estendendo os serviços para as localidades onde não estão disponíveis e introduzindo a assistência domiciliar, nos casos em que se faz necessária.

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua: *[...] o Programa da Saúde da Família, isso está tendo uma diferente história, um resgate desse elo da atenção primária.* (Cidadão do Mundo).

O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde¹⁴) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, a equipe e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. A meta do Ministério da Saúde até 2006 é ampliar para cerca de 32 mil o número de equipes de Saúde da Família, atendendo, assim, 100 milhões de pessoas, ou cerca de 77 % da população brasileira. (Ministério da Saúde, 2004)

Sendo o PSF uma estratégia para mudança do modelo em saúde, à medida que envolve uma parcela dos(as) profissionais gera estratégias como caminhos de luta para a inserção de outros profissionais neste universo.

Dada a amplitude desta temática e mesmo correndo o risco de entrar em problemáticas tão diversas pensamos que é oportuno fazer um parêntese para abordar algumas repercussões das transformações sociais e econômicas brasileiras no mercado de trabalho e regulação das profissões da saúde.

Girardi e Carvalho (2002, p.221-222) nos assinalam dados importantes: o crescimento acelerado do número de empregos e rendas salariais na área da saúde, representando, na última década, acréscimo de 10% de empregos e renda salarial formal brasileira; acréscimo dos gastos públicos com relação à saúde, girando em 18% da receita orçamentária. Para os autores essas mudanças são decorrentes de dois movimentos na regulação das relações de trabalho as quais dizem respeito a:

flexibilização do emprego na economia privada e a adoção das normas do Regime Jurídico Único na economia pública. Esta última exerceu seu impacto mais fortemente na primeira metade da década de noventa, expressando-se principalmente pela conversão de

¹⁴ Os agentes comunitários em saúde *entram nesse círculo vicioso- encontro famílias/comunidades serviços locais de saúde-com o saber popular, de alma aberta, sem trazer conceitos pré-formados da área da Saúde, colocando-se como interlocutor privilegiado de ambos, imprimindo o sentido de pertencer entre eles, e, o que mais forte, valorizando o capital humano e social de sua origem.* (SOUZA, 2001, p.40)

vínculos celetistas em vínculos estatutários. No mais o principal impacto de ação conjunta destas estratégias parece ter sido o crescimento da tercerização e das diversas formas da ocupação não regulamentada do setor. Mais recentemente, a regulamentação dos seguros de saúde, as novas estratégias de qualificação profissional e regulação profissional, e a adoção de políticas de responsabilização dos gestores públicos, a exemplo da Lei de Responsabilidade Fiscal, se somam a essas regras, produzindo novas configurações sobre o mercado de trabalho do setor e das profissões da saúde. Um dos resultados desta mudança foi o aumento dos conflitos distributivos, entre setores da esfera de governo, segmentos do mercado e corporações profissionais, no que tange à formulação e implementação das políticas públicas para o setor Saúde em nosso país.

A análise desses autores nos assinala um movimento de efervecência na área social e econômica do País com repercussões importantes na formação dos diferentes profissionais da Saúde e na regulação das profissões. Ou seja novos saberes remetem a novas práticas, com novas regulações e subjetividades. O surgimento de novas profissões e especialidades na área da Saúde desacomoda mercados de trabalho, até então restritos a determinados profissionais, com conseqüentes reações corporativas, para retenção ou apropriação desses mercados. Isso significa dizer que é o saber próprio de cada área, de cada especialidade que se coloca como estratégia de poder mostrando-se em permanente luta nos espaços em que as práticas de Saúde se exercem, mas ao mesmo tempo, nestas lutas impingindo transformações, como rupturas e descontinuidades.

Na análise sobre o percentual de empregos dos profissionais de Saúde, por setor e especialidade, em 2000, observou-se que o principal empregador era a administração pública, com 40,4 % dos vínculos de emprego, com acréscimo de 6,6 % comparado a dados de 1995. Este fato decorre do acréscimo do número de profissionais de Saúde empregados no setor público municipal. A área hospitalar apresentou redução de 4,5 % dos empregos dos profissionais de saúde entre os anos de 1995 e 2000, sinalizando certa *des hospitalização dos profissionais de saúde*. (GIRARDI e CARVALHO, 2002, p.245)

Estes autores questionam que impactos o acréscimo de empregos no setor público gerou para a área da Saúde a exemplo do Programa da Saúde da Família e da ampliação de serviços ambulatoriais municipais embora, no tocante ao mercado de trabalho, essas transformações tenham repercutido mais no âmbito das(os) enfermeiras(os) a exemplo do PSF que representa 15% do contingente desses profissionais.

Parece que estes dados nos assinalam, de maneira concreta uma faceta da realidade, decorrente da implantação das políticas de Saúde que fornecem uma nova configuração das instituições e das práticas em saúde com repercussões no mercado de trabalho dos seus profissionais.

3.2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO COMO MEDIADORAS DA CONSTITUIÇÃO DE SUBJETIVIDADES DOS(AS) PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Após as discussões apresentadas que envolvem diferentes nuances acerca das políticas norteadoras da Saúde brasileira, em nosso ponto de vista, entendidas como campo de relações estratégicas de saber e poder, envolvendo esferas sociais, políticas e econômicas, cabe neste segundo momento, buscando a dispersão desta temática tão complexa e multifacetada, analisar a articulação dos elos Saúde e Educação. Podemos entendê-los como uma das estratégias para implantação destas novas políticas: o SUS. Como vimos anteriormente, a implantação do SUS que ganhou legitimidade constitucional e legal, pela Constituição de 1988, efetivada somente em 1990, pela homologação das Leis Federais 8.080/90 e sua lei complementar 8.142/90 denominadas Leis Orgânicas da Saúde, respectivamente, propõem uma política de Recursos Humanos para atender aos princípios definidos. Conforme consta no Relatório Final Conferência Nacional de Saúde esta política pressupõe, dentre outros:

a capacitação e reciclagens permanentes dos profissionais e a composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades das demandas de atendimento de cada região, em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial. (BRASIL, 1987, p.385)

Portanto parece natural que este desafio, ao pretender pôr em circulação novos saberes, articulando-os a novas práticas, necessite da constituição de novas subjetividades: subjetividades que apreendam um sistema de Saúde com diversidades mas com princípios únicos:

[...] o propósito de colocar o aluno/ profissional no cenário da realidade[...] eu vejo que a formação é sempre muito só em serviços públicos. Eu acho que como existe na nossa sociedade serviços privados, por que não também desenvolver a capacitação para serviços privados? (Cidadão do Mundo).

Profissionais e sociedade necessitam incorporar em seu discurso, em suas práticas, esta nova ótica de pensar e fazer Saúde. Para tanto a Educação mostra-se, também, como estratégia para a constituição dessas novas subjetividades: a formação de novos profissionais de Saúde. Assim, a esta análise se mostram dois mundos: o acadêmico que se preocupa com a formação de sujeitos sociais para a área da Saúde cuja relação de poder se estabelece eminentemente no saber científico e o mundo profissional delimitado por regulações que conformam espaços de trabalho e estabelecem relações de poder-saber-fazer, nas instituições de saúde.

Ou seja, a este movimento que envolve Saúde e Educação sob a dimensão de diferentes profissões ou diferentes corporações, articulam-se relações estratégicas de saber/fazer que se mostram presentes em discussões e fóruns político-acadêmico-profissionais. Uma das discussões e movimentos atuais diz respeito à carga horária do cursos de Graduação. Historicamente, à carga horária dos Cursos associam-se relações de saber/poder: quanto maior carga horária melhor a qualificação do profissional. É neste universo que também a Medicina se distancia dos demais profissionais: no mínimo seis anos,

os demais, de quatro a cinco anos. Não entraremos no mérito desta questão, mas o que assinalamos é que, hoje, estas diversidades mostram-se naturalizadas e pouco questionadas no contexto social e nos assinalam *regimes de verdades* que ditam níveis de complexidade diversos entre as diferentes profissões. Neste caso, a construção do saber parece estar definida numa circunstância espaço/tempo de formação como se isto fosse suficiente para dar conta da complexidade que envolve as práticas em Saúde de qualquer área.

O documento preliminar que propõe a duração de Cursos para ensino superior nos assinala conflitos permanentes entre a Educação e Corporações decorrentes de políticas contrárias, uma vez que:

O diploma é considerado como passe profissional, necessário à obtenção da licença profissional, por várias leis, de hierarquia idêntica à LDB, que regulam as profissões e criam normas e ordens para sua fiscalização, destarte, ensejando, senão criando, a existência de conflitos de competências sobre conjunto de problemas com enorme área de inserção.(BRASIL, 2003, p. 3)

Isso que significa dizer que há necessidade de intervenção do Conselho Nacional de Educação, no sentido de exigir da formação desses profissionais princípios norteadores, no caso da Saúde, de suas políticas, bem como pressupostos de Educação que proponham princípios de flexibilização preconizados pela LDB, de modo a *conciliar a contradição entre a flexibilidade educacional, a rigidez normativa das corporações e a natureza formal da CLT.*(BRASIL, 2003, p.4)

Essas observações nos assinalam efervescências que transitam em interesses políticos, econômicos e corporativos, presentes desde a formulação de legislações que conformam e regulam as diferentes formações e profissões da Saúde.

Adotamos o termo formação de profissionais por entendermos que as regulações que circundam seu agir profissional, oriundas de um saber, ao mesmo tempo em que lhe concedem apropriação desse saber, com concessão de *status* social, determina formatos, classificações e enclausuramentos, aqui entendidos como separação, controle, disciplina,

como nos assinala Foucault. Ou seja, as diferentes profissões são objetos de separação de saberes, de controle e de diferentes classificações sociais, concretizadas no processo de educação acadêmica, tendo suas ações reguladas em saberes e práticas que se legitimam em estatutos e leis, dentre eles os códigos de Deontologia.

Cada profissional é formado para pensar(saber) e fazer o que lhe compete, para olhar a si mesmo e aos seus pares, a perpetuar sua profissão, como algo sagrado, algo a ser mantido e perpetuado mesmo que em discursos acadêmicos e profissionais seja expressada a preocupação de cada área em ter consciência de seu compromisso social, que implicaria a dissolução de interesses particulares e de fronteiras corporativistas. É sob esta ótica que os profissionais de Saúde se formam e formam outros profissionais.

Nesta realidade, são estabelecidos princípios para a formação dos(as) profissionais da Saúde, em nível de Graduação, alicerçados na Lei n. 9394/1996 que estabelecem diretrizes e bases para Educação Nacional (BRASIL, 1996) e em que estão subjacentes as políticas vigentes, perpassando conceitos e concepções de saúde bem como, as leis de exercício de cada profissão. Cada área tem seus limites (territórios) e especificidades demarcados, papéis e designações sociais para darem conta das demandas oriundas da assistência em saúde.

Nas diretrizes curriculares para a formação dos(as) profissionais da Saúde (Parecer CNE/CES 1.133/2001, 7/08/2001), é proposta a articulação entre a Educação Superior e a Saúde,

objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade (BRASIL, 2001, p.3).

A aproximação entre as políticas de saúde e as políticas de educação, com concepções interdisciplinares, traz às novas diretrizes desafios para a formação de um novo profissional de saúde em que está presente não só a dimensão da especificidade de cada área mas esta,

integrada ao sistema como um todo. Parece haver uma intenção de que a formação dos(as) profissionais ultrapasse os limites impostos pelas leis de exercício profissional, em busca de uma trans(formação) integral para a Saúde.

[...] As diretrizes têm um componente que é próprio de cada profissão, mas elas antes de entrar no componente próprio de cada profissão, tem as concepções. E as concepções, elas são as mesmas para todas as profissões da saúde: a atenção integral, a lógica de sistemas, a lógica de educação permanente, a relação ao trabalho. Isto é igual em todas as profissões. Na medida em que isso é diretriz, isso ajuda muito que a construção dos currículos concretos, se faça de uma forma mais comum, mais parelha entre as profissões. (Sabedoria)

As competências gerais constantes nas diretrizes curriculares das profissões da Saúde, dentre elas, a Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia, embasadas nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõem a articulação destas profissões ao longo de sua formação, promovendo um certo enquadramento ou um eixo condutor nas práticas, em relação à atenção à saúde, à tomada de decisões, à comunicação, à liderança, à administração e ao gerenciamento e à educação permanente: *[...]as concepções, elas são as mesmas para todas as profissões da saúde[...]. Na medida em que isso é diretriz, isso ajuda muito que a construção dos currículos concretos, se faça de uma forma mais comum, mais parelha entre as profissões.*(Sabedoria). Diretrizes comuns na formação de profissionais trazem o significado de que são necessários novos matizes na concretude das práticas em saúde. Isto implica em uma abertura interdisciplinar e até transdisciplinar ¹⁵ como nos diz o discurso de Sabedoria:

[...]a gente tem entendido, é de que a construção transdisciplinar, vamos chamar assim, ela ocorra desde o início do curso de Graduação. Construindo atividades de pesquisa que são .de vários cursos, atuação em estágios coordenados, porque vão professores de

¹⁵ Transdisciplinaridade aqui é entendida como saberes que transcendem aos limites ou territórios de cada profissão da saúde, como algo que se constrói destes diferentes saberes mas se concretizam pela sua originalidade.

vários cursos, mas eles podem ir de forma planejada, ao mesmo tempo, nos campos de estágio.

Competências gerais a todos(as) os(as) profissionais, propostas pelas Diretrizes Curriculares, também sugerem eixos comuns, abrindo espaços para atividades ou programas conjuntos entre as diferentes áreas. Contudo, parece que sua concretização se dará muito mais por motivações/iniciativas institucionais do que por necessidade social de se buscar essa mudança de maneira mais profunda:

[...] a construção dos espaços comuns é muito importante desde a graduação(...)para romper com essa imagem que o sistema de saúde tem de que exista uma hierarquia entre as profissões, de que existem profissões com maior, e outras com menor autonomia.(Sabedoria).

Os *regimes de verdade* que determinam hierarquias entre as profissões da saúde parecem circular nos discursos sociais e mostram-se presentes nas instituições acadêmicas e de saúde. A *construção de espaços comuns* na Universidade seriam suficientes para transformar essa realidade? Penso que ajudariam mas se não houver entre os professores, que transitam entre o universo acadêmico e profissional, motivações para seu engajamento a essas propostas, em busca de transformações conceituais e de práticas e de relações interdisciplinares, esta prática seria apenas mais uma maquiagem ao modelo hoje vigente:

[...] penso que falta mais problematização eu acho como agentes de formação problematizamos pouco; também eu acho que também a gente fica muito no papel de se preocupar, assim que tem que ser competente, ele tem que responder a demanda do mercado[...].(Coragem).

Essas práticas também implicariam que os(as) professores(as) transitassem por diversas áreas: estaríamos preparados para tal feito uma vez que estamos acostumados a olhar para outras áreas como alguém que está fora delas?

O discurso das Diretrizes Curriculares desenham uma nova abordagem de atenção à saúde que procura romper com a dicotomia entre a atenção a saúde individual e coletiva,

saindo do modelo curativo, hospitalar, para o modelo de atenção à saúde da pessoa em sua integralidade. Ao propor ultrapassar os limites de cada área de conhecimento, integrando as ações preventivas, de promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual, como coletivo, busca-se, como nos diz Morin (2000), *o homem todo*, ou seja, resgatar em todo o processo de educação dos profissionais de Saúde a condição humana do conhecimento e do cuidado.

As práticas de Saúde adquirem um eixo comum que deverá estar transversalizado na formação dos diferentes profissionais. O discurso agrega esse eixo às especificidades próprias de cada área. Perguntamos: Que estratégias estão sendo pensadas, nas Universidades, para que realmente esta proposta seja incorporada à formação dos diferentes profissionais? E os profissionais docentes como se vêem neste processo? Este desafio é refletido e discutido com seus alunos, como agentes de mudanças nas atividades teóricas-práticas acadêmicas? São, oportunizadas aos futuros profissionais experiências conjuntas como um ensaio para a constituição de novas práticas? Em uma matriz de separações, como se pode sonhar com integralidade, ações integradas, etc?

Sabedoria nos assinala a necessidade de (re)construir a lógica que temos a respeito de equipe como algo que desenha o individual de cada profissão, coletivamente:

[...]As fronteiras profissionais são fronteiras móveis e elas são fronteiras móveis na medida que a gente tem uma equipe. Elas não são fronteiras móveis como se os profissionais atuassem sozinhos.[...] é de trabalhar como equipe mesmo[...] tem um espaço protegido que é configurado pelo próprio conceito de equipe. Então se as profissões, ou esses profissionais detêm conhecimento, com tudo que eles detêm de conhecimento eles podem servir, podem atuar. Como isso é pactuado numa lógica de equipe ninguém estaria, em tempo algum invadindo o território funcional do outro. (Sabedoria)

(Re)Construir uma lógica que traga às relações profissionais novos caminhos parece ser um dos desafios a serem enfrentados pelos profissionais e docentes: [...] *eu vejo que a formação é sempre muito só em serviços públicos. Eu acho que como existe na nossa*

sociedade serviços privados, por que não também desenvolver a capacitação para serviços privados (Cidadão do Mundo). Também implicam a concretização de novas relações éticas implícitas em cenários públicos e privados, em um novo olhar para relações que cristalizam cada área em um isolamento corporativo.

4. PRÁTICAS EM SAÚDE COMO ESPAÇO DE (RE)CONSTRUÇÃO DE SUBJETIVIDADES: ATRAVESSAMENTOS DE SABERES PROFISSIONAIS E SABERES DE GÊNERO

As questões abordadas até o momento apresentam determinados recortes da organização das práticas em Saúde, apontando estratégias importantes para concretização de novos projetos, como por exemplo a implantação do sistema Único de Saúde, implicando a constituição de novas subjetividades aos profissionais de saúde. A este processo integram-se os rebatimentos desses modos de se constituir subjetividades entre profissionais da Saúde, como estratégias de poder e (des)continuidades.

Como foco para análise, assinalamos que a constituição de subjetividades se dá nos discursos e práticas sociais, alicerçadas em saberes profissionais e, ao mesmo tempo, por atravessamentos de saberes, invisíveis entre eles, concepções de gênero historicamente construídas. Isto significa dizer que para além das profissões ditas *femininas* ou *masculinas*, estes saberes se capilarizam nas relações e práticas sociais e profissionais cotidianas. Ou seja as diferentes técnicas presentes nas instituições de ensino como práticas pedagógicas e instituições de Saúde como: organização de práticas por profissões, uso de uniformes, normas rotinas etc., instituem saberes e constituem *verdades* participando do processo de subjetivação de seus(as) profissionais. Nesta análise procuramos integrar esses atravessamentos, na tentativa de mostrar que não estão à margem mas que se mesclam a outros saberes tornando-se quase imperceptíveis, mas também determinadores de relações e de práticas sociais.

É com o propósito de abarcar esta temática que este capítulo terá dois enfoques: o primeiro: O SABER COMO ESTRATÉGIA DE PODER E (DES)CONTINUIDADES NAS RELAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, que trata de lutas que circulam entre os diferentes saberes, abrigando saberes específicos de cada área, atravessados por outros saberes como diferenças de gênero que se mostram presentes nas práticas em saúde. A esta análise integram-se três sub-temáticas. A primeira: **A fragmentação do saber como estratégia nas relações de poder** que trata da luta dos saberes particulares de cada área como campos que garantem diferenciação e poder de determinados saberes sobre outros. O poder como algo que constrói mas, ao mesmo tempo, isola cada área em um nicho particular, em um certo enclausuramento; a segunda: **A busca permanente de conhecimento como estratégia nas relações de poder entre o saber acadêmico e o saber profissional**, em que discutimos estratégias de poder que se estabelecem entre instituições acadêmicas e de saúde instituindo a necessidade de que os profissionais estejam cada vez mais próximos às academias para legitimar seu reconhecimento e *status* diferenciado em relação a outros profissionais; a terceira: **As instituições de saúde como lugar de saber, poder e verdade** que discute sobre múltiplas técnicas institucionais que (trans)formam subjetividades e assujeitam profissionais de Saúde a determinadas práticas sociais e, ao mesmo tempo, reproduzem saberes e práticas sociais que estão além das práticas em saúde tais como saberes de gênero.

O segundo enfoque: **A MÍDIA COMO UM ESPAÇO DE CONSTITUIÇÃO DE SUBJETIVIDADES** que trata como os discursos da mídia potencializam e instituem *regimes de verdades* acerca dos(as) profissionais e das práticas em Saúde..

4.1 O SABER COMO ESTRATÉGIA DE PODER E (DES)CONTINUIDADES NAS RELAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A concepção de educação como garantia de *status* ou ascensão social parece estar presente em nossas vidas. Desde a tenra idade aprendemos que necessitamos de educação para sermos alguém. Quem de nós não ouviu esta expressão ao longo da infância? [...] *no segundo grau eu fiz aqui [referindo-se a Porto Alegre] em função de que eu estava fazendo no interior e, esta escola que era muito reconhecida, a escola pública [...]* (Coragem). Assim, a educação como um processo que diferencia nosso viver está presente em nossa sociedade levando muitas pessoas a migrarem para grandes centros em busca de diferenciais e determinado *status* social: [...] *vim a Porto Alegre em função de meus pais acharem que teria melhores condições de ensino.* (Cidadão do Mundo)

O ingresso à Universidade, que remete à escolha profissional, parece ser o coroamento deste diferencial. A escolha profissional muito mais que um projeto de vida, traz embutido um significado de auto-realização e de auto-sustento onde também se escondem papéis socialmente construídos que sugerem, por exemplo, profissões mais masculinas e outras mais femininas. Embora as transformações sociais tenham rompido obstáculos acerca de diferenças de gênero na escolha profissional essas ainda parecem arraigadas em nosso viver. Como nos assinala Scott (1990), o estímulo à formação das mulheres em nível superior e Pós-Graduação abriu novos espaços para elas nas profissões intelectualizadas, embora sempre houvesse relatos de discriminação, fundamentada na diferenciação sexual e, como decorrência, diferentes oportunidades profissionais e hegemonia política masculina nas instituições.

A escolha profissional perpassa conceitos e ideais construídos no viver da pessoa em que estão embutidos, também, um saber próprio de gênero: [...] *eu reconheço a presença de*

uma escolha profissional na infância que era de querer ser professora. Eu me lembro que eu era pequena e das brincadeiras que fazia com os meus irmãos e primos.(Coragem).

Desde a tenra infância aprendemos a assumir determinados papéis sociais que integram o mundo lúdico das crianças passando a se tornarem desejos concretos na adolescência e vida adulta.

Louro (2000) nos assinala que, no Brasil, as pedagogias foram o primeiro e, por tempo, o único espaço concedido às meninas no ensino público embora também estivessem integrados a determinantes de classes sociais e étnicos. As justificativas deste processo de educação sempre estiveram alicerçadas ao seu papel materno. A ampliação da educação da mulher ao final do século XIX mescla-se à modernização da sociedade, à necessidade de instituição de medidas de higienização da família buscando a prevenção de doenças e à construção da cidadania dos jovens. Nesse processo pode-se visualizar, ao longo da história da educação das mulheres, a instituição de doutrinas, representações e práticas sociais constituidoras da subjetividade masculina e feminina, na sociedade brasileira, mostrando, nessas raízes, práticas sociais atuais: [...] *eu acho que isso tem a ver com o gênero [...] algumas profissões são mais femininas, tem a ver com a própria escolha que dá. [...] acima de tudo ela [a mulher] tem um consenso, um consenso coletivo que é de cuidar.*(Competência).

Strey (1999) nos assinala que, nos dias de hoje, homens e mulheres vivem profundas transformações, tanto no âmbito do trabalho como no familiar. O trabalho constitui-se um dos aspectos fundamentais para a mudança na vida das mulheres. Hoje já não se tem mais clareza a respeito de trabalho masculino e feminino embora, como assinala a autora: *ainda hoje existem resquícios de idéias, atitudes, hábitos e leis mesmo no mundo ocidental capitalista, de que existem trabalhos de homens e trabalhos de mulher, ainda que isto não seja considerado politicamente correto.*(p. 41)

A crescente profissionalização da mulher, nas últimas décadas, abriu-lhes diferentes espaços na área da Saúde, da Educação, da Tecnologia, da Administração dentre outras. Nesse universo do trabalho conformam-se discursos e práticas que se dirigem a diferenças de natureza feminina e masculina: ao desempenho profissional da mulher integram-se *regimes de verdades* acerca de características próprias do gênero feminino, como sensibilidade, dependência, percepção, a subjetividade e, aos homens a inteligência, a segurança, a objetividade, naturalizadas no desempenho profissional masculino. Essas diferenças concretizam-se no universo do trabalho: [...] *uma coisa que me chama atenção é que poucas mulheres têm um cargo de chefia [...]*(Cidadão do Mundo).

Nos discursos e nas práticas em Saúde repousa um saber que impõe às profissões eminentemente femininas uma certa submissão àquelas consideradas eminentemente masculinas. É algo que está preso aos discursos e às práticas, exercendo-se de maneira desapercibida e inquestionada.

Para Scott e Tilly (1984) a evolução do trabalho feminino bem como de seus direitos legais e políticos deu-se de maneira gradual, cuja garantia promoveu transformações de valores culturais, ampliando o espaço de participação da mulher no trabalho e na área política.

A partir da década de 70 as mulheres ocupam significativamente espaços de trabalho fruto de transformações culturais e movimentos sociais, a exemplo do feminismo, implicando em mudanças significativas na organização familiar: o crescimento gradativo de mulheres chefes de família, o que ocorria em 21% das famílias brasileiras, em 1995; o controle de natalidade de 4,4 em 1970 passa para 2,5 em 1995. (BRUSCHINI 2003). Questionamos até que ponto essas mudanças rompem com saberes que impõem certa organização social na relação homens e mulheres, concedendo a eles o universo do trabalho e a elas o doméstico e familiar? Ao se analisar essa nova realidade sob o enfoque de *chefe de família* não se estaria

perpetuando e/ou deslocando relações hierárquicas de gênero, separando, mais uma vez, universos femininos e masculinos?

Transitando entre o universo profissional e o doméstico, as mulheres e os homens convivem com dilemas impostos pelo regime de verdade de que há incompatibilidade entre família e trabalho. *[...] tem tanta solicitação que as vezes eu não sei que lado eu vou. [...]Ta muito difícil ser mulher hoje em dia.* (Serenidade). A sobreposição de papéis, do espaço público ao privado, para dar conta das múltiplas funções socialmente construídas, naturaliza a prática de que as mulheres, em determinados períodos de suas vidas, abdicam de determinados compromissos ou desenvolvimentos acadêmicos e profissionais em prol da família o que as coloca em situação de desvantagem em relação aos profissionais homens sejam eles colegas de profissão ou de profissões afins: *[...]enquanto a mulher tinha que buscar os filhos na escola e fazer coisas, os afazeres, era o momento que os homens se reuniam no “happy hour” [...] os homens têm espaços em comum para tomar decisões e que geralmente acabam as mulheres não optando.* (Cidadão do Mundo)

Ao homem é atribuído o *regime de verdade*, de autoridade, do saber e de comandar, legitimado no espaço político e social: *[...] alguns homens que têm uma sensibilidade maior, mas outros que usam demais a racionalidade. A média usa muito mais a racionalidade do que a percepção* (Competência). A profissão e o trabalho, como necessidade de provisão familiar, torna-se um dos focos em que se exerce relações de poder e autoridade na tomada de decisões. Transpondo para a área da Saúde, a quem é designado o poder decisório, a quem é dada a voz de autoridade e de domínio do saber? *[...] há muito preconceito quando a mulher é cabeça de alguma tarefa de alguma atividade [...] A própria atual Secretária Municipal de Saúde, a primeira matéria do jornal da AMRIGS era: 'não médica'[...], para não dizer, não homem, mas vem junto [...]* (Coragem).

A contestação expressada neste discurso nos assinala certas rupturas que vêm se evidenciando no cenário da Saúde mas que ainda se encontram em processo, mostrando-se fortemente arraigadas nas relações sociais. Concepções que se entrelaçam: os diferentes papéis de gênero mesclados aos diferentes papéis dos(as) profissionais de Saúde, em que circulam relações sociais, relações de saber/poder impondo a centralidade médica no âmbito da Saúde. Parece que se esses *regimes de verdade* estão além do universo profissional, tornando-se uma prática social. Não estariam implícitos também, nas profissões eminentemente femininas, o emaranhado das ininterruptas práticas de cuidado, o atendimento de necessidades do outro, cabendo ao homem o poder decisório e determinante dessas práticas? [...] *por exemplo, em casos de pacientes em isolamento severo, onde o cônjuge pode entrar para cuidar. Os homens não cuidam das mulheres, das esposas, e as esposas cuidam dos maridos. Os homens não cuidam, eles mandam. As mulheres cuidam.*[...] (Serenidade). Como sair deste emaranhado de práticas sociais? Como lutar para tal?

As escolhas masculinas abrigam saberes em que o homem se constitui a figura de provedor da família e também de quem detém o poder decisório: (...) *o que eu vejo nas equipes é que sempre o homem manda* (...).(Serenidade). Para as mulheres é necessário o que já lhe é próprio e natural, o desenvolvimento para o cuidado do outro, em que está implícito o cuidado dos filhos e da família: [...] *eu acho que aqui, a formação cultural do homem é de ele ser o provedor e a mulher mais a, esta mais afeita às raízes da casa, pelo menos historicamente* (Cidadão do Mundo). Questionamos, mais uma vez, até que ponto essas mudanças assinalam rupturas aos saberes de gênero ou são meras necessidades sociais mas que mantêm escondidos esses saberes sob novas roupagens?

Embora se evidencie a participação de homens e mulheres no universo do trabalho, os atravessamentos de gênero estão presentes nas práticas sociais, sejam em profissões diferentes ou na mesma profissão. Os caminhos traçados entre homens e mulheres parecem diferentes. O

trabalho provedor, como propósito masculino, parece contrapor-se ao trabalho que busca auto-realização, como propósito feminino. Aqui a auto-realização parece tornar-se uma estratégia em que a mulher busca mostrar sua capacidade de exercer papéis sociais no espaço público. A dedicação, o envolvimento no mundo do trabalho parecem transcender ao retorno financeiro: [...] *eu acho que os homens deram uma estancada, acho que eles pararam no tempo e no espaço.. Tu vê o crescimento da Nutrição, o crescimento dessas áreas onde têm mais mulheres.[...]. Eu acho que as mulheres elas vão mais além.* (Serenidade).

Isto significa que a naturalização masculina ao mundo do trabalho não exige dos homens esforços adicionais para manterem-se legitimados nesse espaço social . Embora, esta análise seja terreno fértil para outras interpretações, acreditamos que a provisão e a auto-realização sejam pontos a se considerar nas diferenças laborativas entre homens e mulheres. Como a realidade da saúde brasileira possibilita oportunidades laborativas em diferentes instituições, sejam elas públicas ou privadas, podemos constatar, nessa prática, o *regime de verdade* de que o homem tem [...] *uma preocupação maior em aumentar o seu rendimento ou não se satisfazer com um ou dois empregos, de buscar mais opções,* ao passo que a mulher, *se satisfaz, não que se satisfaz, mas aceita o trabalho para ser suficientemente remunerada.* O trabalho constitui-se uma obrigação social do homem: [...] *o homem busca uma necessidade.*(Cidadão do Mundo). Como, socialmente, não cabe à mulher a responsabilidade de provisão familiar, sua renda pode ser complementar e, portanto, em um mundo capitalista de diferente valoração econômica, podendo haver outras razões que justifiquem estas diferenças valorativas de remunerações entre homens e mulheres. Embora persista este *regime de verdade* a realidade apresenta mudanças pois, como mencionado anteriormente evidenciase o significativo aumento de famílias chefiadas por mulheres.

Ao aproximar esta discussão ao foco desta pesquisa procuramos trazer à tona lutas que se exercem no espaço público e privado entre homens e mulheres: o *regime de verdade* de que o trabalho é inerente ao papel masculino tornando-se acessório, facultativo e complementar no espaço feminino torna o cotidiano profissional um campo fértil de estratégias de poder que movimentam, tanto o trabalho masculino como o feminino. De um lado, as mulheres, tentando a superação de suas funções profissionais, com amplas jornadas de trabalho em busca de reconhecimento de sua competência; por outro, os homens, em busca de exercer seu papel legítimo de liderança profissional e também no universo familiar. Surge então a pergunta: Com a ampliação do espaço de trabalho feminino, com o número significativo de mulheres que chefiam suas famílias, como ainda hoje estes *regimes de verdade* persistem? Que estratégias a sociedade tem desenvolvido para mudanças de rótulos que libertem homens e mulheres desses caminhos tão paralelos? Não seria a análise de atravessamentos de gênero, nas práticas sociais, uma alternativa em busca de novas subjetividades masculinas e femininas?

Ao trazer à tona os atravessamentos de gênero nas práticas em Saúde entendemos que se torna possível visualizar que toda a construção social é tecida por tramas históricas constituidoras e constituintes de regimes de verdades que organizam e normalizam as práticas sociais. É sob esta ótica que parecem se mostrar as diferentes profissões da Saúde.

O cuidado, como saber científico, tem sido discutido sob diferentes abordagens em diversas profissões da Saúde. Fonseca (1996) ao discutir gênero e trabalho no âmbito da Enfermagem, refere que cuidar é *trabalho de mulheres* e, portanto, necessita, de atribuições que estão fora das técnico-científicas, pois requer atributos de *natureza feminina* como *paciência, perspicácia, autocontrole, auto-sacrifício, abnegação, lealdade, docilidade, coragem, dentre outros*, desconsiderando-se nestes atributos a *inteligência e a criatividade* requerendo da (o) profissional enfermeira(o) um estatuto eminentemente relacional

distanciado da exigência do conhecimento científico, como aparece, por exemplo, na Medicina, como exigência primordial.

Nas profissões da Saúde, ditas femininas, o *cuidado de si* que Foucault (1997) nos assinala, parece adquirir dimensões estritamente voltadas para a execução, para o controle de hábitos e costumes, ditos saudáveis como a extensão de cuidados maternos, que necessitam da vigilância dessas(es) profissionais, mas que parecem se distanciar do lugar político que institui esses deveres e obrigações: [...] *as profissões são mais femininas sim[...]ela tem um consenso coletivo que é de cuidar: eu cuido se comeu bem, eu cuido se tu tá caminhando direitinho, eu cuido se tu tá respirando direitinho, eu cuido se tu já tomou o remédio certo, eu cuido se teu curativo tá trocado, te ajudei no banho* (Competência) Isto significa dizer que estas práticas tornam-se apenas uma reprodução de práticas sociais, de normas e rotinas exercidas por essas profissionais, que pouco têm acesso às políticas de Saúde que as determinam. Isto poderia sugerir que decorrem de saberes superiores que as determinam, tornando-as dependentes deles. Mas também se mostram como espaços que lutam pelo reconhecimento de um saber científico que as libertem do anonimato: [...] *este “eu cuido” ele significa toda uma bagagem de conhecimento em cada uma dessas profissões[...]*. (Competência).

O cuidar aparece como algo inerente ao papel das mulheres, que requer dedicação, desprendimento, zelo e esquecer-se de si própria. Nesta perspectiva, o cuidar parece abrigar muito mais um saber atitudinal, socialmente construído, do que um saber científico. Ou seja, parece haver um distanciamento/separação entre conhecimento científico, próprio da razão e o cuidado como algo intuitivo, ligado a sensibilidade: [...] *de dar conta do sofrimento humano, dos problemas, do que a doença causa de impacto na vida das pessoas foi essa coisa assim que me chamou a atenção.* (Coragem).

Ser cuidador(a) implica estar disponível e pressupõe abnegação, ou seja, estar sujeito às necessidades do outro, podendo-se incluir aqui necessidades de outros profissionais, e, ao mesmo tempo, de torná-lo sujeito das práticas que decorrem dessas necessidades. Ou seja, o colocar-se disponível à necessidade do outro também pode ser analisado como estratégia de poder que cria a dependência, ou a complementaridade, ou a necessidade do outro: [...] *é inerente ao feminino o cuidar, pela condição reprodutora também* (Competência). Ao mesmo tempo em que o cuidado, como prática eminentemente feminina de determinadas profissões decorre de outras práticas sociais, a exemplo da prática médica, esta interdependência coloca em jogo permanentes estratégias de poder.

É usual ouvirmos que a mulher ou que as profissionais de Saúde mulheres, a exemplo das enfermeiras, nutricionistas, as médicas são mais acolhedoras, mais envolvidas com o social, ao passo que profissionais homens são mais objetivos, decididos e impositores de limites que tornam suas práticas menos envolventes e mais resumidas. Mas estes *regimes de verdade*. se dão exclusivamente nas diferenças de gênero? [...] *tu convives muitas vezes com aquele profissional que atende na unidade básica a um paciente, um usuário do SUS em 5 minutos e no seu consultório privado ele atende em 40 minutos ou até mais.* [...] (Esperança). Na realidade das instituições de Saúde, com superlotações, dos serviços públicos, ou com atendimentos mais personalizados, dos serviços privados, o agir de homens e mulheres centram-se, exclusivamente, nas diferenças de gênero? Não estariam embutidas também nessas práticas matizes econômicas que as conduzem para determinado agir?

Essa discussão pode ser assim resumida: as práticas em Saúde, ordenadas por interesses políticos e econômicos estão alicerçadas em conhecimentos profissionais aos quais se atravessam saberes de gênero, desenhando diferentes matizes nas relações sociais e, ao mesmo tempo como campos de força ou de poder entre os(as) profissionais da mesma área ou de áreas diferentes. Ao saber científico integram-se saberes próprios de cada área os quais

mostram-se mesclados a saberes que conformam discursos e práticas sociais. Nesta interpretação o saber científico articula-se à construção social de gênero, traçando trajetórias diferenciadas nas relações de poder dos profissionais de Saúde.

Ao longo da História, em nossa sociedade, a Medicina constitui-se no saber matricial da área da Saúde, instituindo-se o que Foucault denomina de *biopoder*. Este saber capilariza-se nas diferentes nuances do viver humano, em seus hábitos, costumes e culturas sendo constituidor de práticas sociais e também constituído por meio destas. Ao adquirir esta dimensão social e visibilidade, a Medicina concede aos seus profissionais *status* diferenciado em relação a outras profissões da Saúde. Provavelmente esta seja uma das principais razões que faz com que esta área ainda se constitua em uma das mais procuradas nos concursos vestibulares, tanto em universidades públicas como privadas. Podemos visualizá-los, por exemplo, em relações saber/poder que circulam na escolha profissional: [...] *é claro que a família sempre faz pressão para que se faça Medicina. (Esperança)*. Ao regime de verdade de que o saber médico dá origem aos demais saberes em Saúde traz à Medicina uma certa propriedade em relação às outras áreas dando-lhes uma visibilidade de dependência, onde se escondem ou se diluem saberes, nesta perspectiva, desprovidos de originalidade.

Este enunciado se manifesta em diferentes discursos sociais, presentes também no discurso médico, como por exemplo, o que é relatado no artigo *Por que uma Lei para o Ato Médico?* publicado no Jornal do Conselho Federal de Medicina (2002). Consta no artigo: *de fato a Medicina é uma profissão multimilenar e suas atribuições parecem estar em todas as consciências individuais e culturais.* (MEDICINA, 2002, p.3)

O discurso nos remete a uma certa apropriação da Medicina em relação aos indivíduos e à sociedade. Nessa perspectiva, estaria a Medicina no centro das organizações sociais? Caberia à Medicina, a solução de todos os problemas que se referem ao viver humano? Se

assim fosse como seria tratada a questão da pena de morte? Não seria, portanto, pretencioso conceder a esta área tal poder?

Para que se possa compreender melhor como se estabeleceram tais *regimes de verdade* na sociedade, Carneiro (1999) ao estudar Foucault, nos assinala que um discurso, para tornar-se hegemônico, deverá estar alicerçado em multiplicidades de micropoderes, uma vez que o poder não se exerce num ponto único e singular. A aceitação de um discurso decorre da repetição e da dispersão dos enunciados ou seja são inúmeras as fontes de linguagens que constróem os enunciados e que podem ser visualizados em diferentes discursos sociais a exemplo da mídia, no meio acadêmico e profissional. Assim, com o desenvolvimento da Medicina moderna, seu saber foi se plasmando às relações sociais, políticas e econômicas tornando-o imperativo ao saber em Saúde.

Um outro aspecto a ser considerado é que a grande procura pela área médica leva muitos(as) candidatos(as) a buscarem outras profissões da Saúde como segunda opção. Em pesquisa realizada, Baptista e Barreira (1997) assinalam que 70% dos alunos matriculados no Curso de Enfermagem de sua Instituição, somente ingressaram nesta área por não conseguirem classificação em outra; em sua maioria, a Medicina aparecia em primeira opção. Foi o caso de Esperança: *ai coloquei Enfermagem em segunda opção e realmente passei em Enfermagem e resolvi conhecer, eu não tinha nem noção do que era Enfermagem.*

Parece presente em nossa sociedade que o ingresso a determinadas áreas se dá para além de projetos profissionais, ou seja como escolhas ocasionais de alguém que pouco conhece a área, como alguém de fora, que traz concepções, algumas de não valorização daquela área, mas que ingressa por determinada circunstância como, por exemplo, receio em não ser aprovado no concorrido vestibular de Medicina, ou por ter tentado outras vezes e não ter conseguido aprovação ou ainda como um caminho para chegar à sua área de escolha que geralmente é a Medicina. Optar por outra área da Saúde, que não a Medicina, poderá se

constituir em estratégia para galgar este espaço, entendido como diferenciado, o que também poderá se constituir em um caminho de descobertas para (des)construção de (pré)conceitos, culminando na decisão de mudança de área.

Quando o aluno passa no vestibular da Medicina ele já adquire um certo status e também um lugar ao sol (Cidadão do Mundo). O ingresso ao curso de Medicina concede o(a) aluno(a) o status de médico ou seja a própria seleção torna-se uma estratégia nas relações de saber/poder que diferencia os(as) futuros(as) profissionais médicos(as) dos(as) futuros(as) demais profissionais, integrando-se a este o estatuto de (pré)conceitos que imperam como regimes de verdades: alunos(as) mais inteligentes, mais cultos(as), que tiveram preparos diferenciados, conseguem vagas nos cursos mais concorridos e portanto se constituem-se nos melhores profissionais, mantendo naquela profissão o status diferenciado e, portanto, garantindo a qualidade profissional. [...] o espaço ocupado pelo estudante de Medicina é uma conquista, tanto na pública quanto na privada. [...] são pessoas que se dedicam muito na sua área.(Cidadão do Mundo).

O ingresso à área da Medicina é uma conquista que garante um diferencial em relação às demais áreas. Assim se mantém este *regime de verdade* embora, como veremos mais adiante, criam-se outras estratégias de saber/poder com novas regras que o reforçam, a exemplo das especializações e super-especializações. Da mesma forma a outras profissões da Saúde o ingresso é permeado por concepções acerca de um(a) aluno(a) com menor nível cultural, socioeconômico. Ao tecer estes comentários consideramos que esses *regimes de verdade*, embora ainda presentes na sociedade, apresentam mudanças decorrentes das práticas propostas pelas novas Políticas de Saúde e, também, por interesses econômicos, que serão tratados mais adiante, mas que fazem emergir saberes e valorizar outras práticas sociais, a exemplo de profissões como a Fisioterapia, que desponta com certa visibilidade social, pois

integra em sua prática um arsenal crescente de tecnologias, despertando interesses econômicos que a colocam em certa evidência.

Os apontamentos nos assinalam que o ingresso à Universidade institui, a partir desses *regimes de verdade*, diferenciais entre as várias profissões que se transversalizam na formação e no contexto profissional, diferenciais esses que também aparecem marcados por diversidades institucionais que rotulam profissionais, inclusive da mesma área: Universidades públicas formam profissionais mais críticos, mais competitivos e mais comprometidos:

[...]alunos da Instituição privada e pública [...]. Têm diferença, marcante[...]acho que uma das diferenças também é a baixa auto-estima [...].a competição que tem na universidade pública é uma competição muito maior e uma exigência muito maior.(Cidadão do Mundo)

A partir do ingresso à Universidade começam a se delinear caminhos entre as diferentes áreas, cuja matriz é a Saúde, mostrando-se em permanente luta para constituição de saberes próprios. Ao ingressarem na Universidade os(as) alunos(as) trazem consigo saberes com referenciais no saber da Medicina e buscam, neste universo, o lugar ao sol e a especificidade de cada área. O futuro médico encontra sua legitimidade social e profissional a partir de seu ingresso na Universidade : *eu acho que o médico, nesse sentido, até pela história da profissão, os próprios clientes percebem bem qual é o papel do médico.* Em relação às outras áreas, esta legitimidade, como reconhecimento social torna-se um longo caminho ser percorrido, não somente na Graduação mas ao longo da vida profissional: *[...]eu vejo assim, muitas vezes nos outros profissionais de saúde, quando iniciam a sua atividade, algumas vezes têm um tempo até perceber qual é a sua especificidade [...].* Isto significa que dizer que profissões não médicas têm seu saber e sua prática ainda encobertos e presos à área médica. Este *regime de verdade* parece ser um grande mobilizador de lutas das diferentes áreas que buscam libertar e dar voz aos seus saberes*[...] até definir bem o seu espaço ficam sempre numa situação de conflito.*(Cidadão do Mundo).

Que significado nos traz a expressão definição de papéis profissionais? Ao tentarmos definir qual o papel de cada profissional da saúde, não estaríamos recortando as áreas em saberes que garantem determinados poderes nas relações sociais? Ao nos dizer que *, até pela história da profissão, os próprios clientes percebem bem qual é o papel do médico,* não estaria nos assinalando a luta para a permanência da centralidade médica no contexto da saúde, como algo que a história garante? E ao referir-se sobre a dificuldade, tanto dos profissionais como da sociedade, em definir o papel dos outros não estaria nos assinalando que ele está imerso ao papel do médico? ou seja, saber legitimado historicamente desconsidera a possibilidade de saberes em Saúde que não estejam plasmados ao saber médico.

As lutas de saberes embutidas nas práticas em Saúde parecem apresentar diferentes estratégias de poder e, nelas podemos incluir estratégias de gênero, que se fazem presentes nas diferentes áreas da saúde: [...] *o homem médico, [...] ele não reconhece o poder dos outros profissionais. A mulher médica, [...] ela compartilha mais o poder*(Competência). Condutas mais autoritárias, condutas mais dialógicas mas a luta permanece, em essência, têm propósito comum de continuidade ou de ruptura ao que está posto. Ao mesmo tempo em que os saberes de gênero rotulam as práticas sociais, parece que estes mesmos rótulos se tornam estratégias de poder por meio de lutas mostrando-se presentes nos espaços de trabalho. Ao se designar às mulheres determinadas práticas sociais elas encontram nas próprias práticas, estratégias de poder que podem, por exemplo, ser visualizadas nos controles de espaços de trabalho, nas rotinas presentes nos espaços de cuidado, como passagem de plantão, planejamentos de rotinas e cardápios dietéticos que, ao se tornarem saberes próprios, adquirem certa autonomia criam a dependência do outro. Entretanto, as lutas de gênero parecem perpassar as profissões. A liderança parece ser atributo natural masculino: (...) *por exemplo, o fisioterapeuta: se têm quatro homens e oito mulheres, os chefes são homens. (...)*

considero que as mulheres ainda tenham um aprendizado no exercício do poder[...] (Competência). Então, as lutas saber/poder entre os(as) profissionais de Saúde parecem se atravessar por saberes científicos e saberes de gênero.

Por que se torna difícil a definição de papéis de profissionais não médicos na área da Saúde?

[...] Houve uma equipe [médica] que mudou o protocolo no sentido de que a enfermeira não pedisse mais exames, mas houve mudança interna da equipe com novos integrantes[...]. E aí fizeram uma mudança. As enfermeiras continuam atuando no programa, mas não solicitando exames, porque vai ser pedido já na primeira consulta médica. (Esperança)

Um foco que podemos considerar são forças que, por um lado, conduzem à centralidade do papel do médico e, por outro, à organização de práticas que estão em processo de delineamento, de saberes que buscam libertar-se do domínio médico, e conquistar reconhecimento social. Estas forças, quase antagônicas, mostram-se presentes no cotidiano acadêmico e profissional em que as relações se expressam como verdadeiros campos de batalha. O desenvolvimento e autonomia de determinados saberes não incorreria na (re)construção de papéis entre os profissionais, sobretudo da área médica? Não estariam então estes regimes de verdade a serviço da perpetuação de uma realidade? Quando se fala em implantação de políticas de Saúde, na formação de novos profissionais para atender a estas novas demandas, como se pensa em trabalhar, se é que se pensa, esta (re)organização de práticas? Estes movimentos nos assinalam que determinados saberes estão em busca de voz, de tornarem-se visíveis nas práticas em Saúde uma vez que sua libertação está agregada à constituição de um corpo de conhecimentos que os tornem científicos e, assim instituírem novos regimes de verdade. Neste sentido, Sabedoria nos faz pensar que, muito além do saber científico, próprio de cada profissão, está a constituição de um novo agir voltado para uma compreensão ampla de Saúde que conceda voz às diferentes profissões em prol de uma atenção integral: [...] *então as negociações elas não são negociações formais, elas são*

negociações éticas elas são negociações ali naquele espaço. Então a pergunta: Quem é que prescreve, não prescreve, quem é que diagnostica, não diagnostica?. Nenhum profissional de Saúde existe sem fazer algum diagnóstico e alguma prescrição[...]. O termo *negociações* traz embutido o significado de lutas para legitimar determinadas práticas aos(as) diferentes profissionais.

Essas lutas também parecem estar capilarizadas nas relações pedagógicas, com professores e alunos, tendo em vista que mesmo dentro de uma mesma área os *regimes de verdade* são aceitos e perpetuados por uns e contestados por outros, buscando suas transformações. O conhecimento como objeto que concede poder e reconhecimento social está presente no universo acadêmico e profissional, tornando-se foco de lutas, presentes em todas as relações sejam elas pedagógicas ou profissionais: [...] *não queríamos somente fazer procedimentos isolados, em diferentes pacientes. A valorização do exercício profissional era péssima. Foi um período de grandes mudanças e evolução de conhecimentos.* (Esperança) Ao encontro do poder como algo construtivo, como Foucault nos fala, acredito que as lutas de saber/poder são necessárias, são salutares porque mobilizam forças, movimentam saberes, discursos e práticas, promovem rupturas e nos trazem perspectivas de novas práticas descentralizadas e participativas.

A luta para dar voz a estes saberes que repousam em práticas historicamente designadas às mulheres, trazem, também, embutidas concepções de Saúde centradas na doença de um corpo biológico: [...] *reivindicamos que, durante o período de estágio, os alunos atendessem, de maneira integral, a três ou quatro pacientes. Isto gerou uma espécie de revolução na Faculdade. Nós éramos tachados de revolucionários.* (Esperança).

As práticas sociais em Saúde, que mantêm o regime de verdade de que o saber centra-se no conhecimento científico, têm em evidência o conhecimento biológico. Neste sentido, o agir profissional fragmenta o sujeito a um viver biológico, centrado na doença e em

procedimentos técnicos, não contemplando a integralidade do viver da pessoa, que se sujeita a mecanismos de reparos, desprovida de identidade social, de opinião própria, de emoções e sentimentos cujo propósito se torna o de elucidar o processo da doença: [...] *os pacientes não eram pessoas, eles eram a doença traduzida pelo número do leito. Quando íamos para os campos de estágio realizávamos, por exemplo, a lavagem de cabelo de um paciente, uma sondagem em outro paciente e assim por diante.* (Esperança). Nesta perspectiva, a realização de procedimentos alia-se à execução de tarefas dentro de um modelo fayolista de automatismo que distancia o profissional da pessoa.

O *regime de verdade* de que é o conhecimento, como saber científico que legitima determinada prática mostra-se presente no cotidiano profissional. Então, fazem-se necessárias estratégias que agreguem à relação profissional/paciente o conhecimento, como objeto de sustentação, legitimidade e reconhecimento social daquela área. A busca do conhecimento científico parece ser uma estratégia nas relações de poder entre diferentes profissões da Saúde e também na relação com a sociedade, no sentido de que venha a constituir interesses políticos, econômicos e sociais e apreendam em seus discursos e normas, as práticas oriundas destes saberes. O conhecimento como algo que diferencia as profissões parece estar presente como estratégia de poder ora para domínio do saber (doenças) ora para domínio do fazer (o cuidado): [...] *e o cuidado na nossa cultura ocidental esta muito vinculado à mulher e eu acho que nas opções, mesmo que exista agora uma tendência grande também na área médica, mulheres, praticamente 50% são mulheres* (Cidadão do Mundo). O domínio do saber como algo que determina o fazer parece ser a lógica presente na sociedade como algo pertencente à Medicina, entendida como área matricial; o domínio do fazer como algo determinado pelo saber matricial parece estar presente nas outras áreas.

Ou seja, ser bom profissional médico significa ter domínio, sobretudo, do saber, em outras áreas da Saúde, o domínio do fazer, como expressou um professor da *área básica* que

ministra disciplinas para diferentes cursos da Saúde¹⁶: [...] *em minha experiência os alunos da medicina, por questões de competitividade entre si, procuram dominar ao máximo o conhecimento sem preocupação da relação com a prática profissional (saber como poder); as outras áreas preocupam-se mais com o conhecimento necessário para executar sua prática (fazer como poder). A denominação área básica traz embutida o regime de verdade de que a área da Saúde se faz sob embasamento essencialmente biológico. Este regime de verdade atravessa as diferentes formações de profissionais sejam eles das ciências humanas, sociais, biológicas e outras.*

A análise expressada pelo professor à primeira vista parece confirmar o que se percebe no cotidiano acadêmico e profissional. Uma certa hierarquia de saberes tida como verdade no meio acadêmico. Mas será que é isto mesmo? Não estaríamos incorrendo no risco de reforçar a idéia de que na área da Saúde há profissionais que pensam e outros que fazem? É possível que uma prática, seja destituída de saber? Não se trataria então, de olhar esta questão no sentido de como e por que os saberes embutidos nessas práticas estão sendo des(considerados)? O que está expressado nesta constituição social? Que relações estratégicas, no âmbito político e econômico abrigam? De que saber estamos falando ou qual estamos privilegiando? Não estaríamos, nesta análise, privilegiando, mais um vez, o saber historicamente reconhecido em detrimento de saberes que ainda estão se constituindo?

Assim, os *regimes de verdades* que estão presentes em sala de aula, na relação entre alunos, nas relações profissionais parecem encobrir saberes ou atribuir-lhes diferentes qualificações. Reportamo-nos a um seminário de professores da área de Enfermagem¹⁷ em que discutíamos sobre a aproximação dos saberes da área biológica, ainda denominada área básica e a área de Enfermagem. Dizia um(a) dos(as) professores(ras):

¹⁶ X Seminário de Professores da Faculdade de Enfermagem Fisioterapia e Nutrição/PUCRS realizado em Jan/2004

¹⁷ X Seminário de Professores da Faculdade de Enfermagem Fisioterapia e Nutrição/PUCRS realizado em Jan/2004

[...]em sala de aula eu procuro trazer exemplos da prática profissional da enfermagem. Eu digo a eles(elas), por exemplo, o banho do leito, claro que não é a enfermeira que faz, é a atendente, mas a enfermeira pelo menos tem que saber a fisiologia, a microbiologia, aprender a fazer para poder ensinar a fazer[...].

O que esta fala nos transmite, a primeira vista, é a desqualificação de um saber que gera uma certa hierarquia na concretização do fazer. A aparente desqualificação deste saber parece se refletir em sua exclusão da prática cotidiana das(os) enfermeiras(os) e que se mostra também no processo acadêmico em que a(o) aluna(o) a desconsidera como um saber relevante e integrante de sua prática. A desqualificação de saberes parece estar presente em diferentes profissões: [...] *o que eu me mobilizava muito para concentrar meu tempo na beira de leito. Eu sempre fui o inverso das minhas colegas da época, que concentravam o tempo na cozinha e na área de produção, cuidando o cardápio e calculando dietas* (Competência), abarcando concepções de uma prática acessória não pertencente a um corpo de conhecimentos que lhe traga propriedade profissional.

Mas parece-nos que nossa análise necessita ir além: que *saberes* estão embutidos nesta prática social e historicamente construída em que o cuidado se constituía (e provavelmente ainda se constitua) atributo das mulheres ? Será que uma prática de banho no leito ou de atendimento a pacientes na beira do leito envolvem conhecimentos de menor complexidade do que uma consulta de Puericultura, por exemplo? Há interesses econômicos e políticos em tonar esta prática (um tanto feminina e doméstica) um saber científico, de consumo? Ocorrenos que ao desconsiderar esses saberes as(os) profissionais expressam uma forma de luta de valorização profissional que as(os) fazem delegar ou colocar em segundo plano estas práticas. Mas o que significa valorização profissional senão uma atribuição de valor que têm embutido interesses econômicos e políticos?

Sob a mesma ótica, referimo-nos a área da Nutrição cuja origem também se dá no espaço privado(doméstico) feminino, constituindo-se, ainda hoje, uma profissão

eminentemente feminina. Seu saber, por muito tempo silenciado(ou pouco evidenciado) nos espaços hospitalares, de alimentação coletiva, dentre outros, eclode para torna-se presente nos discursos da mídia, em grandes matérias de jornais, revistas, dentre outros. Programas televisivos, de grande audiência nacional, bem como jornais de grande circulação regional e nacional com freqüência abordam temas sobre hábitos alimentares, dirigindo o olhar para a beleza, a estética, a longevidade, o gosto pela gastronomia. Também matérias voltadas a interesses como o Programa Fome Zero. Não questionamos aqui a importância dessas matérias para a sociedade, o que salientamos é que são estes interesses, ora econômicos, ora políticos ou ambos que vão se articulando às práticas, tornando-as visíveis e reconhecidas socialmente. A esses interesses abrem-se novas oportunidades e espaços de reconhecimento social: [...] *defendeu-se inclusive junto aos convênios e implantamos também como uma inovação de que os convênios remunerassem a Nutrição(Competência).*

Parece que a formação dos profissionais de saúde articula-se ao *regime de verdade* de que conhecimento é atributo histórico da área médica, e o fazer técnico, algo que decorre das ações médicas, atributo dos(as) demais profissionais. Neste sentido nas relações interprofissionais circulam o saber e o fazer como estratégias de poder. A luta pela ruptura deste processo é freqüentemente manifestada pelos(as) alunos(as) que questionam por que determinados cursos, a exemplo da Medicina, possuem maior aprofundamento teórico em disciplinas comuns aos currículos das diferentes profissões da Saúde. Em contrapartida, os(as) próprios(as) professores(as) reforçam, em seus discursos, esta dicotomia, ao longo do processo de ensino, pois, em determinadas áreas, como por exemplo a Enfermagem, evidencia-se a preocupação com o domínio do fazer em seu exercício profissional. Parece haver entre o exercício da Medicina e da Enfermagem uma certa dicotomia entre saber e do fazer. Em nossa realidade esta dicotomia estende-se também entre as diferentes categorias de trabalho na área de Enfermagem: cabe às(aos) enfermeiras(os) o trabalho administrativo ou

procedimentos, que pressupõem saberes mais complexos, que lhes confere um certo *status*; aos demais profissionais (técnicos e auxiliares de enfermagem) são conferidos procedimentos eminentemente técnicos em que se incluem a higiene, conforto, alimentação dos pacientes, atribuições estas historicamente designadas às mulheres. Concebida como uma profissão com pouca autonomia e com pouca valorização social a Enfermagem é para muitos(as) um caminho para chegar até a Medicina.

Para Foucault (1997, p. 11), as práticas discursivas estão articuladas a teorias, instituições, esquemas de comportamentos, pedagógicas e, ao mesmo tempo instituindo e mantendo verdades: *caracterizam-se pelo recorte de um campo de projetos, pela definição de uma perspectiva legítima para o sujeito do conhecimento, pela fixação de normas para elaboração de conceitos e teorias que prescrevem escolhas e exclusões.*

Na atualidade, muitas discussões tem-se presenciado em relação ao exercício profissional e autonomia das profissões da Saúde. Este movimento parece contrapor a um discurso hegemônico na sociedade que diz respeito à liderança natural da área médica sobre as ações em Saúde e, por conseguinte, sobre os demais profissionais: *[...] quando eu fui diretora técnica, eles não aceitaram, a parte dos médicos, por que eu era não médica[...]. Não médica e mulher. Então eles lançaram uma série de processos via Conselho Regional de Medicina.* (Coragem)

A conquista de certa autonomia em determinada profissão pode significar perda de espaços profissionais em outra: *[...] antes era o médico que era o único que era o secretário, que era o diretor que era o único que planejava que, era o único que assessorava, que era o único que era epidemiologista, sabe? E na verdade hoje varias profissões estão ocupando esses lugares [...]* (Coragem).

O desenvolvimento de saberes que aos poucos parecem se desprender do domínio médico e, ao mesmo tempo, determinam outros domínios ou seja, em suas práticas impõem

nova dependência: [...] *então eu inaugurei algumas coisas na minha instituição, assim, do tipo, colocar para o médico, redigir, tipo qual era a conduta (Competência)*. Isto nos assinala a constituição de redes de interdependência que parecem decentralizar práticas contrapondo-se a forças que procuram mantê-las centralizadas à área médica.

Ao fazer uma genealogia sobre a política de saúde no século XVIII, Foucault (1991) o faz sob o olhar de que a Saúde está alicerçada aos caminhos traçados pela Medicina ou seja a constituição de uma política médica com efeitos fundamentais na vida dos indivíduos, suas famílias e sociedade em geral, a *medicalização*. O médico passa a ser e ainda o é em nossos dias, legitimado pela sociedade, o grande expert sobre a Saúde e seu saber e poder encontra-se imbricado nas estruturas sociais da Saúde a ponto de que aos demais profissionais são concedidas segundas vozes.

É neste movimento de lutas de espaços profissionais que nasce Projeto Lei, de n. 25 em tramitação no Senado Federal, denominado Projeto de Legalização do Ato Médico, propondo garantia de espaços profissionais para a área da Medicina como expressa o fragmento do discurso que integra a matéria sobre o ato médico no boletim do Conselho Federal de Medicina (ALTHOFF, 2002):

[...] a regulamentação em lei das atribuições privativas dos médicos constitui uma salvaguarda importante para a população e para os próprios médicos [...]. Desde o início do século, os médicos estão perdendo de maneira e lenta e progressiva seu mercado de trabalho. Por essa razão devem ter bem definido o que é o ato médico para preservarem sua atuação profissional e darem aos pacientes a amplitude de ser médico. (p.5)

Este discurso nos assinala a estratégia de que a competência profissional, para salvaguardar a saúde das pessoas, tornou-se atributo exclusivo da área médica, colocando em posição secundária os demais profissionais. A hegemonia médica é legitimada pela sociedade na medida em que a Saúde está centrada no saber eminentemente médico. Portanto, integrar o

discurso do ato médico à salvaguarda da sociedade parece uma estratégia que se mostra presente nas manifestações sociais como estratégia de poder em relação a outras áreas.

Como nos aponta Carneiro (1999), para Foucault em toda dominação a resistência se faz presente. Ao mesmo tempo, todos os sujeitos estão livres para, de alguma maneira, responderem às diferenças que se mostram nas relações de poder.

Há portanto, nas mudanças e nas ameaças de mercados de trabalho o surgimento de estratégias de poder como o Ato médico (ALTHOFF, 2002), buscando garantir espaços profissionais e também a manutenção do saber médico no centro das ações em Saúde. Estabelecem-se lutas entre a área médica e os(as) demais profissionais da Saúde: [...] *Eu acho que nós, de maneira nenhuma, podemos retornar ao modelo de Saúde anterior. E acho que é um retrocesso. Todos os profissionais que estão aí são imprescindíveis para que a qualidade da assistência se dê da maneira adequada.* (Esperança). Há que se considerar, também que essas lutas centram-se, em ambos os lados, em interesses de mercados de trabalho sejam eles nos setores públicos ou privados.

Na percepção dos diferentes profissionais o Ato Médico busca nova regulação profissional que aprisiona e consolida a dependência dos demais profissionais de Saúde à área médica, embora nas práticas sociais esta ainda seja a realidade: [...] *esse movimento do ato médico é um movimento muito bem articulado pela sociedade médica brasileira[...] ele está muito vinculado à perda de status dos médicos nos últimos anos[...] à perda de espaços administrativos em algumas instituições.* (Esperança)

Ao desenvolver uma arqueologia sobre a Medicina Moderna, Foucault nos assinala que o médico torna-se, na sociedade, a autoridade não só no campo da Saúde mas também nas práticas que cercam o viver humano.

As políticas de Saúde em seus princípios de ações interdisciplinares parecem propor uma certa ruptura à centralidade da autoridade médica, concedendo espaços intocados a

outros(as) profissionais a exemplo de cargos gerenciais e administrativos: [...] *historicamente era designado ao médico a coordenação de posto, a gerência de posto, a gerência de hospitais*[...](Esperança).

Ao centrar-se em interesses de classes profissionais, essas estratégias adquirem cunhos políticos que se mostraram compactuados ou resistentes a outro projeto político, no caso as Políticas de Saúde. A década de 80 foi decisiva para que se desse início à mudança paradigmática da saúde brasileira. A 8ª. Conferência Nacional de Saúde, em 1986, teve papel fundamental no sentido de propor novas concepções de saúde, com importantes repercussões nas práticas interdisciplinares ou seja ampliando a participação dos demais profissionais antes centrados em ações medicalizadas. Isto significa dizer que as Políticas de Saúde também mostram-se como estratégias de poder para que determinadas profissões redesenhem suas práticas tornando-se foco de interesses próprios. Sob a mesma ótica, em outras profissões, estas mesmas políticas mostram-se como ameaças a territórios até então intocáveis, inquestionáveis, que implicam, inclusive mudanças de mercado de trabalho: [...] *então há a questão do poder, mas também estão subjacentes questões financeiras. Assim, vejo que nesta nova perspectiva há uma profunda transformação no mercado de trabalho na área da saúde*.(Esperança).

Essa nova conformação de participação dos(as) profissionais nas práticas sociais em Saúde implica a circulação de múltiplas estratégias de poder entre as relações da área médica com os(as) demais profissionais de Saúde: [...] *na verdade o pediatra fazer puericultura, poderia não só o médico, até o próprio enfermeiro poder ocupar isso. O que evidentemente eles vão defender até o fim que isto é uma questão até de mercado para os pediatras* (Cidadão do Mundo). Então, a organização destas novas práticas se dá com a circulação de lutas em busca de apropriação de demandas que venham atender aos interesses individuais de cada profissão: [...] *quanto mais resolutividade tiver o nível básico, quanto mais o nível básico,*

secundário e terciário se integrarem, e quanto mais as pessoas tiverem resolutividade nos seus problemas de saúde, muito menor será a demanda nos consultórios privados.
(Esperança)

Como aponta o relatório final da 8ª Conferência Nacional da Saúde (BRASIL, 1987) o Sistema de Saúde para uma reformulação de suas políticas, por meio do Sistema Único de Saúde prevê a integralização das ações, rompendo a dicotomia entre ações preventivas e curativas com atuação *multiprofissional*. Determinadas mudanças implicam a transformação das práticas individualizadas das profissões de Saúde: [...] *Quando as enfermeiras começaram a fazer atenção primária à criança em nível ambulatorial, [...], de cuidados da criança sadia, os consultórios dos pediatras no hospital começaram a esvaziar. [...] As mães não iam mais para o pediatra.* (Esperança). Essa realidade parece propor um certo rompimento na dependência da população à área médica, mas, até que ponto esta mudança implica constituir subjetividades sociais com condições para o auto-cuidado à saúde? Não se estaria simplesmente transferindo a outros profissionais relações de saber/poder, sob a mesma organização aprisionando as pessoas a outros nichos mercadológicos? É importante salientar que nesta análise não desconsideramos a importância dos saberes profissionais no viver das pessoas, mas questionamos determinadas ações que criam uma certa dependência da sociedade a vigilância permanente dos profissionais de Saúde, correndo o risco de serem tachadas de negligentes com sua saúde e a de sua família. Até que ponto o saber dos profissionais de Saúde está sendo compartilhado com a sociedade, tornando-se uma estratégia de saber/poder entre os profissionais bem como para com a sociedade em geral, garantindo-lhes, sobretudo à área médica, *status* diferenciado e um certo domínio social ?

A implantação do Sistema Único de Saúde, iniciada no início da década de 90, tem se mostrado um permanente desafio pois requer dos(as) profissionais de Saúde apreensão de seus referenciais e pressupostos bem como engajamento entre as diferentes profissões

assinalando assim, profundas transformações tanto nas instituições públicas como privadas. Integradas às Políticas de Saúde, as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da área da Saúde (BRASIL, 2001) propõem a formação de profissionais com competências gerais comuns que tenham, em sua prática, a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde¹⁸, requerendo então destes profissionais competências para comunicação, tomada de decisões, administração, gerenciamento e para o desenvolvimento de atitudes que o mobilizem para sua educação permanente. Essa perspectiva de formação parece propor ao universo dos profissionais de saúde possibilidades de relações de trabalho igualitárias que necessitam ser construídas na academia e concretizadas nas práticas cotidianas. Contudo, diferentes concepções e objetivos parecem estar transversalizados nas práticas profissionais e acadêmicas constituindo-se em divergências e estratégias de lutas entre os(as) profissionais. O modelo biomédico, sob enfoque essencialmente curativo parece ainda estar presente no âmbito pedagógico e profissional e torna-se fulcro de contestação e de lutas de poder, para que, fundamentados nas políticas de saúde, possam promover mudanças:[...] e *isso realmente dá uma grande distorção de objetivos. Nós sabemos que o currículo da Medicina está mudando até por uma exigência do MEC, para que os alunos tenham uma formação em atenção básica*(Esperança). Perguntamos: Esta prática permanece exclusivamente na Medicina? Será que na formação das outras áreas, esta etapa já foi vencida? Acreditamos que não, mas parece haver uma maior sensibilização das demais áreas da Saúde alicerçadas também, por interesses próprios, conforme mencionamos anteriormente.

A ética do *cuidado de si* para Foucault relaciona-se às condutas das pessoas em relação ao *código moral* determinados a elas. Ele chama de ética *o tipo de relação que se deve ter consigo mesmo, 'rapoort à soi' e que determina a maneira pela qual o indivíduo deve*

¹⁸ Níveis de atenção primária, secundária e telerária.

se constituir a si mesmo como o sujeito moral de suas próprias ações.(FOUCAULT in DREYFUS e RABINOW, 1995, p. 263).

O significado de saúde traz embutido um *código moral* presentes nos códigos de ética de cada profissão tendo em Hipócrates (460 a.c) seus fundamentos: preceitos da honestidade, da caridade e da ciência (MOLINA, 1973). Estes preceitos parecem requerer dos profissionais um agir que se fundamente no conhecimento científico mas seja também permeado de abnegação e espírito caritativo. Transcende, portanto, ao universo econômico, presente no mundo capitalista em que vivemos que traz à saúde o significado de bem de consumo, como algo que se mede pelo dinheiro, conforme refere o discurso já citado anteriormente: [...] *tu convives muitas vezes com aquele profissional que atende na unidade básica um paciente, um usuário do SUS em 5 minutos e no seu consultório privado ele atende em 40 minutos ou até mais[...]* (Esperança). Que concepções de saúde estão presentes neste discurso? Não estariam elas articuladas a concepções econômicas que diferenciam o agir dos profissionais em espaços públicos e privados? Embora as prescrições morais de Hipócrates pareçam estar presentes como determinantes morais dos profissionais até que ponto elas se concretizam nas práticas profissionais? É possível, em nossa cultura capitalista, que o agir profissional seja destituído de valor econômico?

Estes questionamentos nos assinalam a necessidade de reconstrução de princípios morais que dêem conta das diversidades presentes em nossa cultura e que transformem *o cuidado de si* dos profissionais na sua relação com o(s) outro(s): [...] *eu vejo principalmente na área da Medicina há grande resistência para a área da saúde mais pública[...]* Os médicos ainda hoje, *formam-se, predominantemente, com a visão de uma medicina privada e com a visão da especialidade* (Esperança). O discurso de Esperança nos assinala a contestação de um agir que não se enquadra ao que está determinado ao profissional, pois em nossa realidade parece haver diferenciações, no agir profissional quando se trata de instituições públicas e

instituições privadas. O *regime de verdade* assinalado por Esperança, citados também por Serenidade, Competência, Cidadão do Mundo, e Sabedoria parecem evidenciar o distanciamento da Medicina com as demais profissões da Saúde. Cabe perguntar: Onde então estariam as demais áreas? Teriam ultrapassado o universo das especialidades ou estariam à margem de interesses de uma saúde privada? O que estaria atravessado nessas diferenças? Seriam interesses exclusivamente mercadológicos? Acreditamos que não, embora o *regime de verdade* presente na sociedade, nos diga isto, há interesses políticos onde estão também interesses econômicos que determinam a opção ou não por determinadas práticas.

[...] imagina como é que se sente um médico quando se tem X leitos na UTI, muitas vezes, na maioria das vezes um terço dos leitos são leitos do SUS, estão todos ocupados e os demais leitos são privados não estão ocupados. Tem uma pessoas para internar, com necessidade de internar na UTI e o médico não tem condições de interná-la nesses outros leitos privados. A angioplastia que é uma técnica muitas vezes indicada, o SUS não remunera, então o médico não deve fazer esse procedimento para o SUS. (Cidadão do Mundo).

Os possíveis interesses não estariam ligados a oportunidades econômicas para esta prática? Embora amarrados a interesses políticos e econômicos parecem circular entre o universo público e privado estratégias de poder entre os diferentes profissionais: o público dentro de preceitos de uma ética de *justiça social* torna-se a bandeira de luta de determinadas profissões; o privado também torna-se estratégia de poder que mantém vivas as especialidades e o desenvolvimento de tecnologias e práticas privadas. Estas diversidades nos assinalam portanto, desafios na convivência entre os(as) diferentes profissionais que são tratados na sessão, **a fragmentação do saber como estratégia nas relações de poder**, deste Capítulo.

No Ministério da Saúde, estratégias políticas parecem mobilizar os diferentes profissionais para reorganização de práticas em Saúde, o nível de *negociações formais*, de interesses particulares, tornando-se *negociações éticas, daquele espaço*. Ou seja, propondo desenvolver no agir dos profissionais, práticas que venham ao encontro das possibilidades e necessidades das sociedades locais, transcendendo assim interesses profissionais. O agir

profissional volta-se para interesses sociais. Esta nova ótica de organização de práticas em Saúde coloca as diferentes áreas sob bases comuns uma vez que a cada uma compete determinada parcela para resolução dos problemas em saúde: [...] *então a pergunta: quem é que prescreve, não prescreve, quem é que diagnostica, não diagnostica? Nenhum profissional de saúde existe sem fazer algum diagnóstico e alguma prescrição. Não existe essa possibilidade [...].* (Sabedoria). Este discurso nos acena lutas que circulam entre as diferentes profissões para o pertencimento de determinadas práticas a exemplo da consulta, do diagnóstico, da prescrição ações restritas a determinadas áreas, a exemplo da Medicina.

Castro (1975), citando Lima, expressa a luta da Enfermagem brasileira, já na década de 20 do século passado, visando legitimar a consulta em suas práticas cotidianas, embora se mostre complementar à área médica. A autora cita atividades realizadas pelas enfermeiras na área de Saúde Pública, no programa pré-natal: *a entrevista com a gestante para coleta de dados, preparo para a consulta médica, encaminhamentos as serviços especializados, colheita de material para exames e aplicações de tratamentos prescritos.* (p.78).

A consulta parece trazer às profissões um *status* diferenciado que remonta a uma certa autonomia profissional, ou seja, o(a) profissional de Saúde a partir da consulta, como entrevista individual, avalia, diagnostica ou detecta problemas e, posteriormente, propõe ou prescreve ações que buscam elucidá-los. Esta prática, tão naturalizada traz em si um saber medicalizado que está difuso e capilarizado na sociedade. Foucault (1993) nos faz refletir sobre como são atualmente os princípios de saúde, de higiene, de alimentação, de condições de trabalho, senão uma série de regras estabelecidas e codificadas por um saber médico, ou quando não estão na própria autoridade médica seus princípios de elaboração. É portanto, nesta perspectiva que os saberes de outras áreas também têm em sua práticas a capilarização do saber da Medicina, como ordenador, determinador de práticas ou bloqueador de outras mesmo quando estas se mostrem distanciadas da avaliação da autoridade médica.

O distanciamento entre o saber profissional e o saber das pessoas que buscam resolução de problemas de saúde parece ser um regime de verdade ainda presente na sociedade, embora as políticas de Saúde abriguem, em seus princípios, a construção de relações que mesclam esses diferentes saberes nas práticas em Saúde: [...] *existe a prescrição autoritária, existe diagnóstico autoritário. Esses têm que modificar inclusive na relação com o usuário, não é só na compreensão da equipe[...].* (Sabedoria). Isso significa destituir do profissional de Saúde a apropriação de um saber como verdade única, inquestionada, como autoridade legítima que dita sobre o viver das pessoas:

[...]se a gente pretende desenvolver a autonomia do usuário, também tem tanto de conhecimento que tem que sair da mão do profissional. E não é só sair da mão do profissional para habilitar um usuário a cuidar-se, também é para dar ao usuário instrumentos de discordar, duvidar, colocar questões sobre o diagnóstico e a conduta que o profissional recomendou [...]. (Sabedoria).

Embora este movimento de mudanças tenha, nas Políticas de saúde, através do SUS, referenciais para a construção de novos *regimes de verdade*, estas novas práticas também necessitam de adesão das diferentes profissões bem como o desenvolvimento de um agir que transcenda os limites profissionais, abarcando saberes de outras áreas, bem como os saberes próprios do viver humano e social. Perguntamos: O que estas práticas trazem para o cotidiano profissional? Muitos questionamentos e críticas de práticas passíveis de mudanças, desacomodação de saberes, a necessidade de abertura para maior aproximação dos(as) profissionais com a população em geral. Mas, diante dessa efervescência, ela se torna possível tanto no sistema público como privado?

Foucault (1991) nos assinala que a Saúde, como espaço político, provém de uma estratégia global. Isto significa dizer que a *Medicina Privada e Medicina Social* integram um processo político-econômico. Para ele, o desenvolvimento da Medicina no séc. XIX não pode ser separada da organização de uma política de Saúde que se instalava naquela época propondo soluções de problemas de saúde da população e, neste sentido, envolvendo decisões

globais. Assim, tanto a Medicina privada como a Medicina social nasceram de uma necessidade recíproca e de uma *estratégia global*.

Sob esta ótica, consta no artigo 199 da Constituição Brasileira: *A assistência à saúde é livre à iniciativa privada* (BRASIL, 1988). No parágrafo primeiro deste artigo nos é assinalado que a Saúde privada não está dissociada das políticas nacionais de Saúde: *as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.*(BRASIL, 1988)). Portanto, a iniciativa privada integra-se à estratégia global das políticas de saúde brasileira e parece necessitar desta compreensão pelos(as) diferentes profissionais.

Nas instituições de Saúde, sejam elas públicas ou privadas, a convivência entre as diferentes profissões nos assinalam caminhos de luta para trazer visibilidade a determinadas práticas profissionais. Parece que isto somente se torna possível em espaços de liberdade: [...] *A luta para uma maior autonomia do enfermeiro e de outros profissionais em relação à área médica, dentro do Hospital, foi muito grande* (Esperança). O *regime de verdade* de saberes hierarquizados circulam nas práticas em saúde e impõe que novas práticas estejam submetidas a aceitações e adesões da equipe médica e não como algo inerente ao processo de transformação do cotidiano em Saúde: [...] *houve muitas resistências como, por exemplo, receio de que acontecesse alguma coisa com os pacientes, uma vez que não conheciam o trabalho da enfermeira, ou seja, o que enfermeira podia fazer, as condutas e procedimentos na unidade de internação* (Esperança).

A centralidade do saber médico parece estar presente em nossa sociedade, tornando secundários e dependentes os saberes dos demais profissionais. O distanciamento e o isolamento entre as diferentes profissões, parece ser uma estratégia de poder na tentativa de constituir um corpo de conhecimento próprio. Entretanto, este isolamento é relativo à medida

que provoca movimentos de descontinuidades e rupturas nas ações interdisciplinares, embora o próprio discurso nos assinala que esses saberes somente serão reconhecidos se forem validados pela área médica ou seja somente se farão uso deles mediante solicitações das equipes médicas: *Hoje,[...] nós não damos conta das solicitações de equipes médicas que têm enfermeiras na equipe multidisciplinar trabalhando com eles [...]*(Esperança).

Esperança é alguém que fala de um lugar de iguais? Seu discurso não estaria nos trazendo a idéia de saberes e práticas que necessitam da aprovação do outro para se legitimarem? ou então serão estas práticas legítimas ou estão a serviço de um saber/fazer auxiliar? Estas práticas sociais não estariam atravessadas por construções sociais de gênero?

A análise de gênero nos ajuda a entender como e porque subjetividades masculina e feminina se entrelaçam nestas diferenças, legitimando regimes de verdade e constituindo outros. O *regime de verdade* que concebe o saber científico em Saúde, como saber eminentemente médico, mostra-se legitimador de discursos e práticas, articulando-se a interesses políticos e econômicos. A estes saberes mesclam-se outros naturalizados nas relações sociais, dentre eles papéis de gênero que se transversalizam nessas práticas. Como já abordamos anteriormente, o saber médico, captura os demais saberes tornando-os quase anônimos ou dependentes desta área. Mas não estariam embutidas também, nessa análise, concepções femininas presentes em práticas que apoiam, que auxiliam, que mantêm anônimos seus autores sociais, trazendo a esta análise uma interface com gênero?

Os discursos nos apontam que determinadas práticas, envolvendo diferentes profissionais se concretizam a partir de necessidades da área médica. Entretanto, também podemos analisar esta dependência como estratégia de poder daqueles que buscam, ao aliarem-se à área médica, um caminho para sua autonomia e valorização profissional e social. *[...] a Psiquiatria veio para cá, e como [...] psicólogas clínicas, nós fomos convocadas a também atender o ambulatório, junto com a psiquiatria porque [...] eles precisavam testes*

psicológicos(Serenidade). Ou seja ações geradas por necessidades pontuais, também criam novas demandas que dependizam a área médica a essas ações, gerando novas práticas e transformando o saber/fazer em saúde. Gerar novas conformações de práticas significa suprimir outras ou abrir novos espaços profissionais o que pode significar a perda de espaços para outros.

Quando se fala em integrar, deixa-se subentendida a idéia de que só é possível se houver aceitação da área médica. O que esta idéia nos traz é que ficamos na condição de aceitação do outro, para instituímos determinadas práticas. Ao mesmo tempo, na abertura de espaços, mesmo que seja a partir de concepções acessórias, a(o) profissional não deixa de aderir à estratégia que lhe dá propriedade de determinado conhecimento com certa visibilidade social.

Para Foucault (1997), os saberes se formam em sistemas de comunicação, de registros, de acumulação, de deslocamentos, que são em si mesmos formas de poder, que ligam em sua existência, em seu funcionamento outras formas de poder. Em contrapartida o poder se exerce pela extração, apropriação ou retenção de um saber.

O termo autonomia tem suas origens no pensamento de Kant para *designar a independência da vontade em relação a qualquer desejo ou objeto de desejo e determinar-se em conformidade, com uma lei própria que é a razão.* (ABBAGNANO, 2000, p.97)

Eu acho que uma das coisas é a autonomia. Eu acho que a autonomia é uma coisa de respeitar a autonomia, porque tem formas de perceber se a pessoa tá contribuindo ou não no serviço.(...) eu percebo é que o fato de teres capacidade de decidir o que é importante para ti fazer naquele momento é uma coisa que os colegas de trabalho têm que entender. Então a autonomia eu acho que é uma coisa fundamental (Cidadão do Mundo)

Ao referir-se ao termo autonomia não estariam as(os) profissionais enfermeiras(os) referindo-se a estratégias que buscam na construção de novos saberes uma relação de poder que reconhece estes saberes e os mostra em evidência na sociedade? Em nossa cultura a

palavra autonomia nos remete à idéia de independência, de estar livre, de desprender-se das outras práticas que nos engessam e nos ameaçam. Será que nas práticas em saúde é possível ser autônomo em relação a outros profissionais ou em relação às pessoas que se beneficiam de nossas ações uma vez que integramos cada vez mais em nosso discurso, o desejo de integralidade da assistência? Contudo parece-nos que podemos ir além do significado da palavra autonomia se a entendemos como libertadora de saberes que se encontram aprisionados nas tramas de outros saberes, ou seja, encobertos e desconsiderados e, neste sentido, discutir acerca da idéia de hierarquização de saberes.

Talvez este seja um ponto nevrálgico. Será que poderíamos falar em hierarquização de saberes quando procuramos em nosso discurso, em nossa prática, agregar a integralidade? Ao enxergarmos os saberes das diferentes áreas da Saúde de maneira verticalizada, hierarquizada não estaríamos embutindo nesta interpretação um pensamento reducionista de causa e efeito e uma concepção de saber como poder, em termos de dominação e submissão, que nos impede a enxergar a complexidade que circunda o conhecimento em Saúde?

Novas práticas surgem mas com abertura e consentimento da área médica, o que não parece ser uma redistribuição de ações e sim uma espécie de delegação: [...] *Então têm sido desenvolvido protocolos clínicos, [...] é um campo para enfermagem, é o programa que se denomina Qualidade de Vida, que é uma consulta de enfermagem para identificar problemas de saúde e desenvolver estratégias de intervenção [...]* (Cidadão do Mundo).

A consulta, como prática historicamente médica, parece ser uma estratégia em busca de espaços socialmente visíveis, e novas oportunidades profissionais. A consulta em saúde parece oferecer *status* ao profissional, tendo como referencial a figura do médico: [...] *inclusive um dos professores tem enfermeira no seu consultório particular, contratada para fazer um trabalho semelhante ao que é feito aqui [...]* (Esperança).

Nesta prática não estariam também embutidos saberes relacionados à condição de gênero? Vejamos: Esperança refere-se ao médico como gênero masculino, a enfermeira como gênero feminino. Portanto, *regimes de verdades* que colocam profissões femininas como auxiliares, complementares às profissões masculinas, tornam-se invisíveis nas práticas profissionais em geral, independentemente da condição de gênero de cada profissional. Como desconstruir esta realidade? Se em nossas práticas acadêmicas e profissionais elas se tornam caminhos ou camisas de força nas relações cotidianas, como algo arraigado nos saberes em Saúde, é possível nos desvincilharmos das diferenças de gênero que estes *regimes de verdades* nos impõem? Será, exclusivamente, a circulação destes *regimes de verdades* que determinam diferentes valorizações sociais entre as profissões da Saúde?

Pensamos que o olhar para as diferenças de gênero nos mostra mais uma faceta das redes de estratégias de poder que se mostram nas relações das diferentes profissões da Saúde. Quando Esperança refere: [...] *tomara que nós consigamos mobilizar todas essas profissões. [...] nós da Enfermagem temos algumas questões que não conseguimos avançar por ficarmos no detalhe, e ao invés de conseguir superar aquela crítica, aquele momento, valorizamos aquilo que estão nos colocando[...]*, procura justificativas em *regimes de verdade* que a amarram a questões próprias do gênero feminino a fragilidade, instabilidade emocional, presa a detalhes, distante de uma analítica racional, própria da característica masculina.

Parece haver um distanciamento entre a valorização do saber masculino e feminino inclusive: [...] *O que eu vejo nas equipes é que sempre o homem manda. [...] há situações em que tem dois médicos na equipe, um homem e a mulher. Embora ela possa ter mais experiência profissional do que ele, embora ela seja uma pessoa competente e tudo, quem manda é ele [...]*. (Serenidade). A naturalização da autoridade masculina parece estar presente nos discursos e práticas sociais. Com frequência nos deparamos com discursos da mídia que nos revelam esta *verdade*, mas como algo em transformação. Citamos uma crônica que lemos

em um jornal de grande circulação de Porto Alegre, com o seguinte título: *A delicadeza*. O tema aborda o *impressionante avanço profissional da mulher. Ela não só mantém sua supremacia nas profissões que antes dominava como vai tomando os espaços dos homens nas atividades que eram a estes destinadas com exclusividade.*(SANTANA, 2003, p..59). A virtude feminina da delicadeza torna-se, nesta perspectiva, uma estratégia que transforma o universo do trabalho. Que concepções estariam embutidas nas afirmações do autor? Não estariam subjacentes concepções que nos dizem: *para as mulheres profissões de mulheres, para homens profissões de homens?* Será que estas concepções não estão presentes no cotidiano profissional? Em cada profissão sejam elas concebidas como masculinas ou femininas parece haver uma organização de funções que legitimam diferenças de gênero em suas práticas.

O saber próprio de cada profissão parece constituir barreiras de isolamento, como estratégia de poder que se consolida na formação acadêmica:

[...] o que eu percebo, na verdade é que, como a formação é isolada, o médico não sabendo como é que é a formação do enfermeiro, não sabendo como é que é a formação do psicólogo, vice-versa, não, quando eles estão num cenário de trabalhar em conjunto, ficam sem saber como trabalhar em equipe, então se dá muito o conflito porque a formação fica cada um desenvolvendo uma formação isolada e não vivenciando desde o seu período de formação em ambientes de equipe [...] (Cidadão do Mundo).

Esta prática pouco discutida no âmbito acadêmico, em busca de transformações parece ser histórica e naturalizada. O que implicaria a interdisciplinaridade no meio acadêmico? provavelmente a extinção ou transformação dos fechados departamentos, a transversalização de práticas nas formações dos(as) diferentes profissionais, a destituição de pertença de determinados saberes, a extinção de disciplinas com temáticas comuns e criação de outras, etc. Isto implicaria uma verdadeira revolução na formação de profissionais agregadores de práticas mas também na reformulação de outras, tentadas a fecharem-se em si mesmas.

Estariamos portanto, nas Universidades, abertos e preparados para tais mudanças? E se elas viessem a acontecer como as relações de saber/poder se configurariam? É importante considerarmos que o saber, próprio de cada área, não se constitui isoladamente no meio acadêmico. Ele se legitima por redes sociais, econômicas, legais que, como camisa de força, o mantém em espaço profissional. Portanto, não basta a formação acadêmica ser interdisciplinar, mas também fazem-se necessárias transformações políticas, econômicas e sociais que legitimem a interdisciplinaridade como prática.

[...] eu percebo, em todas as áreas, uma tendência a ficar naquele espaço sócio- ocupacional determinado a reproduzir as práticas ditas como específicas, as de natureza próprias, essências, aquela, então, nos tínhamos várias dificuldades com os assistentes sociais, com os enfermeiros , com os psicólogos, com os médicos, a gente na verdade foi assim, bem complicado[...] (Coragem)

Políticas de Saúde que propõem integralização da assistência, Diretrizes Curriculares, que propõem formações com competências comuns entre as diferentes profissões parecem ser estratégias políticas para perspectivas de um novo perfil profissional. Indagamos, se as regularidades dos discursos citados não nos indicam que esta realidade ainda se mostra distante?

[...] a linha de frente do cuidado, da assistência, está avançando mais. Muito mais do que a própria academia. E acho que até pela contingência de estar com o paciente, às vezes tens que conversar muito mais. Dentro dos nossos estágios, também temos essas oportunidades. Mas acho que ficamos mais isolados [...].(Esperança).

Parece que a formação se ainda mantém-se afastada da realidade dos Serviços de Saúde, nos quais o diálogo entre as diferentes profissões torna-se obrigatória pelas necessidades oriundas de uma prática multifacetada. Até que ponto as academias sentem-se integradas a este processo? O saber torna-se, na academia, estratégia de poder que enclausura professores e alunos a uma prática distante de sua profissão e das outras áreas. Assim, as

relações interdisciplinares, apesar dos conflitos e lutas permanentes, parecem ter avançado mais no mundo profissional do que no universo acadêmico.

4.1.1 A fragmentação do saber como estratégia nas relações de poder

Ao desenvolvermos esta sessão procuro problematizar fatos de uma realidade que apresenta múltiplas facetas, fruto da fragmentação do conhecimento que se instalam a partir do desenvolvimento da Medicina Científica, no século XVIII sobre a qual Morin (1998, p. 77), nos assinala:

As sociedades científicas multiplicaram-se, depois, no século XIX, a ciência instalou-se na universidade, criando aí seus departamentos e laboratórios. Em torno de 1840, o termo 'scientist' aparece na Inglaterra, e a ciência profissionaliza-se. No século XX ela se implantará no coração das empresas industriais e depois no aparelho de Estado.

Nessa organização, com saberes próprios, embora interdependentes, mas distanciados, as profissões da Saúde foram instituindo-se na Sociedade: nos diferentes departamentos das universidades, nos diferentes papéis sociais designados a cada área, em diferentes instituições de saúde e dominados pelo conhecimento científico que legitima cada área. Como nos diz Morin (1998): *o conhecimento científico domina cada vez mais o desenvolvimento social, econômico e técnico, mas se torna cada vez mais integrado política, administrativa, social, econômica e tecnicamente.*(p.77).

Silva Junior (1998), citando Mendes, toma como marco da Medicina Científica o Relatório Flexner, em 1910, decorrente de uma avaliação da Educação Médica no Canadá. Em síntese, propunha:

Definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos; introdução do ensino laboratorial; estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; vinculação das escolas médicas a Universidades; ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; vinculação da pesquisa ao ensino; estímulo a especialização médica; controle do exercício profissional pela profissão organizada (p. 44/45).

A educação médica, bem como os demais profissionais tiveram nestes princípios alicerces da formação acadêmica: ensino e pesquisa eminentemente biológicos, formações com ensinos laboratoriais, ênfase na formação clínica e hospitalar, ênfase à especialidades e o fortalecimento de organizações profissionais: *A Medicina Científica impôs-se sobre as outras práticas médicas, acadêmicas e populares, construindo-se o mito da eficácia, 'cientificamente comprovada', de suas práticas [...].* (SILVA JUNIOR, 1998, p. 46).

Embora as políticas de Saúde e Educação proponham romper com o modelo biomédico e integrando princípios interdisciplinares, nas universidades, a formação dos(as) diferentes profissionais se dá de maneira isolada, reforçando individualismos corporativos

[...] Em minha experiência na Universidade o ensino se desenvolve muito dentro do departamento e isolado em cada disciplina. Portanto, não vejo integração [...]. Precisamos integrarmos com os diferentes profissionais como enfermeiras, com psicólogas, com médicos, mas não nos envolvemos com os estudantes destas áreas [...]. (Esperança).

O discurso nos apresenta uma realidade pouco preocupada com discussões interdisciplinares acerca das práticas em Saúde. As Diretrizes Curriculares assinalam necessidades de ampliações conceituais acerca da Saúde e Educação mas pouco garantem quanto a interlocuções disciplinares ao longo da formação dos(as) diferentes profissionais. Cada profissão é pensada e discutida de maneira isolada com o propósito de garantir interesses individualizados: *[...] percebo que tem o aspecto curativo e o aspecto de cuidado. E a formação do médico valoriza muito o aspecto curativo, tipo aquele "Plantão Médico" assim, a pessoa que salva vidas. E as outras profissões são muito mais voltadas ao cuidado, à*

promoção de saúde [...] (Cidadão do Mundo). Se a interdisciplinaridade não integra a formação dos futuros profissionais como podemos exigir-lhes ações interdisciplinares em sua prática profissional ?

Morin (2000) expressa que o conhecimento se desenvolve sobretudo pela capacidade de *contextualizar e englobar*. A cultura do conhecimento está separada entre a cultura das humanidades e a cultura científica. A cultura das humanidades é genérica, possibilita reflexão e a integração pessoal do conhecimento; a cultura científica se detém ao universo técnico-científico, com suas teorias geniais, que fornecem certo status social e possibilitam conhecimentos fragmentados pouco reflexivos e pouco conectados aos problemas humanos e sociais. *A fragmentação das ciências biológicas anula a noção de vida e a fragmentação das ciências humanas anula a noção de homem*(p.41). Nessa perspectiva, a fragmentação do saber, presente nas diferentes nuances de nosso viver social, integra nossa subjetividade como cidadãos e como profissionais.

A supremacia da doença, a idéia de que a saúde está dissociada do sujeito individual e social parece estar presente já na escolha profissional. Ao expressar: *eu gostava de aspectos biológicos da relação humana que faz buscar a Medicina*, Cidadão do Mundo traz o enunciado de que pensar em Medicina significa pensar na biologia do corpo e da saúde/doença, suas alterações e seus mecanismos funcionais. A fragmentação do saber, traz para as diferentes profissões da saúde, práticas simplificadoras e segmentárias, tornando-se *verdade* em um cenário pouco questionado, não somente pelos profissionais, mas também pela sociedade. Na escolha profissional podemos visualizar a fragmentação do ser humano no âmbito biológico, humano e social: [...] *eu já me imaginava fazendo psicologia e muito por que eu tinha uma relação com as pessoas de ser chamada para dar conselhos para ouvir as pessoas*.(Coragem). Os *regimes de verdade* expressados nestes discursos acerca dos saberes da área médica e da Psicologia, ambos integrantes do universo da Saúde nos assinalam a

fragmentação do ser humano nas práticas profissionais: ou é das ciências humanas, ou é das ciências biológicas.

Outra questão a ser levantada é que, com freqüência ouvimos nossos alunos questionarem ou reivindicarem, nos diferentes cursos de Graduação da Saúde uma aproximação mais precoce com os *pacientes*: [...] *nos primeiros anos da Faculdade de Medicina não se tinha nenhum contato com pacientes.*(Cidadão do Mundo). Pensamos que neste discurso está subjacente a idéia de que temos que nos aproximar o mais cedo possível da doença para realmente nos sentirmos profissionais. Deixamos para um segundo plano a necessidade de problematizar sobre a complexidade de ser saudável começando conosco, com as pessoas com quem convivemos em sala de aula, nos serviços de Saúde, com nossos familiares e amigos.

É esta realidade , embora permeada de rupturas e discontinuidades, fruto do que se instalou a partir do XVIII, com o desenvolvimento da Medicina Moderna em que o corpo humano, seus mecanismos, a partir de observações sensoriais, mostram-se em evidência. É o que Foucault nos aponta:

o espaço de configuração da doença e o espaço de localização do mal no corpo só foram superpostos, na experiência médica, durante curto período: o que coincide com a medicina do séc. XIX e os privilégios concedidos à anatomia patológica.(...) o mal se articula exatamente com o corpo e sua distribuição lógica se faz, desde o começo, por massas anatômicas. (1998, p.1,2)

Aprendemos a olhar a saúde e a vida sob a lógica do bem e do mal. A doença é um mal que nos acomete, sua ausência ou sua extirpação representam o bem. Assim, o viver humano, aqui sob olhar da saúde, transita entre o bem e o mal. É sob essa lógica que traçamos nossos planos de vida e desenvolvemos nossas ações profissionais: [...] *lembro quando eu tinha aula de radiologia [...]. Não pode começar vendo pelas alterações [...]. Tu perdes o todo quando tu vês o específico. E também a própria cultura da população [...]. Quando tu tens um problema de saúde, tu queres ir para o melhor especialista daquele problema [...]*

(Cidadão do Mundo). Na relação profissional, na busca da intercorrência, o mal está em evidência que torna, nessa relação, um viver fragmentário: ou se está bem e ou se está mal. Nessa lógica o viver humano estaria centrado na *presença* ou *ausência* de doença o que parece ser algo já ultrapassado nas políticas de Saúde que propõem a romper com essa lógica, trazendo em evidência o viver social. Perguntamos: Com as mudanças assinaladas, essa lógica ainda persiste nas relações profissionais? Pensamos que já podemos visualizá-las em matizes profissionais que agregam saberes humanos, biológicos, sociais, mas ainda nos perguntamos se é possível romper com essa lógica que entranha nossa subjetividade.

Ao longo de décadas, o ensino, na área médica e posteriormente nas demais áreas da Saúde, foi se organizando nesta perspectiva: seriam necessários conhecimentos profundos nas áreas embaadoras da doença como Anatomia, Fisiologia, Bioquímica enfocando alterações patológicas para que, posteriormente, os alunos pudessem agregar este conhecimento a um corpo biológico: [...] *eram enfocadas as ciências básicas [...]. Não se tinha noção do que era ser médico nos primeiros anos de Faculdade.* (Cidadão do Mundo)

Assim, o conhecimento se constrói de maneira dissociada, separada ou seja só a ciência básica não faz o profissional de saúde; este se faz em contato com a prática refletida, estudada. A teoria e a prática não se restringem a conhecimentos, essencialmente biológicos, tão enfatizados nos primeiros anos de Universidade, mas fornecem subsídios para que possamos nos libertar de regras, de mecanismos que dirigem nossos olhares sob determinados focos, que não integram nossa personalidade e a personalidade do sujeito em questão.

Morin (1991, p. 20) nos desafia a enxergarmos a complexidade do conhecimento como um problema a ser resolvido pela sociedade e não como uma solução, e requer que nos desprendamos dos limites impostos por determinadas teorias que determinam verdades únicas e fragmentárias: *a doença da teoria está no doutrinário e no dogmatismo, que fecham a teoria sobre ela própria e a petrificam.* Sob este olhar parece haver um movimento de

mudanças, presente, também nas, políticas de Saúde e Educação vigentes. Entretanto questionamos se estas estratégias são suficientes para que possamos enfrentar esta ampla mudança? Parece haver, nesse processo, outros interesses que o tornam uma luta permanente.

Mudar significa romper dicotomias que separam saberes biológicos, humanos e sociais, significa apreender a integralidade da pessoa antes de enxergá-la como um fragmento de um corpo biológico. Será que esta realidade está realmente mudando ou está se buscando novas roupagens para dar conta de novas legislações, atender, de maneira simplista, determinadas obrigações sociais e legais que estão presentes em discursos mas que se distanciam cada vez mais do agir profissional e assim manter interesses individuais que trazem à Saúde um lucrativo campo mercadológico?

Em determinadas profissões, a exemplo de Medicina, Odontologia, Psicologia parece estar presente o *regime de verdade* de certo enfoque clínico em que é privilegiada a saúde (doença) privada como consultórios, clínicas que concedem aos profissionais autonomia para buscarem iniciativas particulares e privadas. Em outras áreas como Enfermagem, Serviço Social, parece haver um certo enfoque que privilegia o social, trazendo embutido o *regime de verdade* de dependência de demandas oriundas das políticas de saúde, porém sem autonomia própria.

[...] eu olhava para ela numa perspectiva de formulação e execução de política pública, é nesse recorte, nunca foi na perspectiva mais da clínica, não. Nunca tive, essa, não me identifiquei neste lugar, na verdade eu sempre olho nessa perspectiva o que mais os agentes sociais precisam estar fazendo para dar outro significado de que as políticas públicas sejam dignas, valorizem e dêem conta de cidadania, que tenha ética na verdade é[...] (Coragem).

Parece estabelecer-se, nas diferentes profissões uma dicotomia, que se instala no discurso e na prática entre a abordagem clínica e social da Saúde. A clínica parece limitar-se ao olhar individual, desprovido de consciência social. A abordagem social parece distanciar-se do indivíduo; portanto, para se proporem mudanças políticas, sociais necessita-se estar

vinculado a abordagem social. Quem é da clínica não é do social e vice-versa. Parece instalarem-se dois mundos distintos: o clínico sob, enfoque predominantemente privado, que pouco se preocupa com o social e o enfoque social, mais presente no universo público, com ênfase em comunidades menos privilegiadas. Nessas distinções de universos profissionais também se exercem lutas que ora procuram salvaguardar e fortalecer o domínio privado, ora procuram estratégias de fortalecimento dos serviços públicos para melhoria de condições de saúde, sob enfoque de uma população mais carente.

É sob essa organização que se dá a formação dos(as) diferentes profissionais de saúde oferecendo diferentes caminhos ou opções decorrentes dessa fragmentação: [...] *A maioria dos alunos, e até acho muito estimulados pelos professores, tinham interesse em que a formação fosse de clínica privada, de ser médicos especialistas*[...] (Cidadão do Mundo). Opção significa escolha mas também, ao escolher determinada área da Saúde corremos o risco de enclausurá-la em determinados fragmentos do viver humano e social. É o risco em que incorremos, como profissionais e como educadores em um sistema de Saúde que se organiza em áreas que nos parecem distantes: a saúde sob enfoque social e a saúde clínica ou individual; ou seja, ao optar pelo social se estaria excluindo ou pondo em segundo plano a clínica, o individual? Não poderiam estas caminharem juntas, uma vez que a Saúde é um processo social e individual? Nessas opções parecem instalarem-se forças que ditam exclusão; ou se é profissional da área social, sobretudo, na rede pública, ou se é da área clínica ou especializada com forte presença da área privada em Saúde.

Ainda parece estar presente o *regime de verdade* de que a formação de determinadas profissões da saúde como Medicina e Odontologia, se dá com ênfase à clínica privada e às especialidades. Perguntamos, então: se os(as) formadores(as) são especialistas ou seja se há prevalência de especialistas em determinado cenário social é possível que a formação seja diferente? O que parece é que nas práticas em Saúde se assinalam dois mundos distintos: o

das especialidades, sob enfoque privado e o do social, como se a especialidade fosse destituída do social. Ser da área social significa ser diferente de ser especialista. Estaria esta interpretação nos remetendo à idéia de ações antagônicas, excludentes? Parece que sim como nos mostra o discurso de Cidadão do Mundo: [...] *durante a Faculdade, eu acho que eu sempre tive uma opção pelo social[...]. E o que me lembro[...] eu era uma exceção.* Ser diferente significa ser a minoria, não integrar-se a um universo hegemônico, instituidor de práticas naturais. É assim que a especialização parece estar em nosso meio. Quando temos qualquer problemas de saúde é natural nos dirigirmos às especialidades médicas. Este discurso também parece expressar uma regularidade presente no discurso dos profissionais de saúde: [...] *Os médicos, ainda hoje, formam-se, predominantemente, com a visão de uma Medicina privada e com a visão da especialidade.* (Esperança).

Para nos ajudar a interpretar esta realidade que se foi construindo na Medicina Moderna, Foucault (1991) assinala dois caminhos: o desenvolvimento da Medicina privada e, com ele, o desenvolvimento de uma rede de pessoas para intervenções mais qualificadas e com isso o aumento de demandas de cuidados. Embora Foucault em seus escritos refira-se exclusivamente à Medicina, é compreensível que nesta organização social da Saúde desenvolvam-se profissões como Enfermagem, Odontologia decorrentes da necessidade de práticas e conhecimentos especializados requeridos pelas novas demandas. O segundo caminho apontado pelo autor é a emergência de uma organização das ações médicas *fortemente centralizada em torno do exame, do diagnóstico e da terapêutica individual, a exaltação explicitamente moral e científica (secretamente econômica) do “colóquio singular”* (1991, p89) Este caminho nos remete a refletir sobre como se organizam as práticas de Saúde. Em todas as áreas estas etapas, sob diferentes enfoques, mostram-se presentes, suscitando questionamentos e conflitos, principalmente com a área médica, por sugerir apropriação de determinados saberes ou fazeres, no exercício profissional.

[...] o posto assistencial abriga todos os profissionais, inclusive médicos, que é uma briga grande, que eles querem um lugar só pra eles. Nós não damos. Porque o pressuposto nosso, é de que a área física comum... pelo menos, se tu tem a disposição, tem a oportunidade. Se tu não tens a disposição e o outro tem, tu te educa para. Estando nessa área, o médico também passa as orientações e discute a conduta quando precisa, também, de informação. E foi uma forma indireta de induzir as pessoas a trocarem (Competência)

A socialização da saúde parece contrapor-se à especialidade, uma vez que implica em redirecionamentos de práticas públicas e privadas: [...] *A saúde comunitária[...] conflita com os especialistas, mesmo, que seja a prática muito vinculada ao SUS, tem um risco de o médico geral diminuir a sua clínica privada já que resolve a maior parte dos problemas comuns que busca em ambulatório [...].* (Cidadão do Mundo).

Nessa fragmentação do saber observa-se também no discurso o distanciamento entre o sistema público de Saúde, mais voltado para abordagem social, e o sistema privado mais voltado para a clínica e para a especialidade, como referimos anteriormente, dissociado de seu contexto social. De um lado, a preocupação com regulações que privilegiam níveis de atenção preventivos, em busca de um sistema de Saúde viável aos cofres públicos; de outro, o incentivo de programas ou convênios privados que oferecem altas tecnologias, privilegiando modelo curativo. Também, traz embutida a idéia de que as pessoas privilegiadas são destituídas de problemas sociais e pessoas mais carentes, marginalizadas de análises e intervenções individuais. A clínica privada, não sendo pública, não necessita de consciência social e sim de atender a interesses particulares(mercadológicos). Quer dizer que quem tem mercado de trabalho privado não necessita de trabalho público. Não estaríamos nesta colocação, em ambos os casos dirigindo o olhar público ou privado para interesses eminentemente políticos e mercadológicos ? O que abordamos aqui são lógicas distintas que se instituem entre serviços públicos e privados que, em nosso entendimento necessitam de redimensionamentos reflexivos de seus profissionais de Saúde: como cidadãos usuários tanto de instituições públicas como privadas necessitamos de consciência social para usufruirmos e

também contribuirmos para a transformação de uma realidade com tantos paradoxos e tão complexa a fim de que possamos superar interesses particulares das diferentes profissões da Saúde.

Como exemplo, citamos o desenvolvimento da cirurgia plástica no Brasil, tornando-o um dos países com maior índice de cirurgia plástica estética, no nível mundial. Essa prática, em nosso meio, parece instituída, naturalizada. O corpo necessita estar o mais perfeito possível. Perguntamos: que discussões sociais têm sido realizadas para que as pessoas usuárias ou motivadas a esta prática, geralmente de melhor poder aquisitivo, tenham consciência social da mesma? Será que para termos saúde basta termos um corpo nas condições que nossa sociedade nos impõe? Que interesses a tornam uma prática um tanto velada e distante de discursos sociais, no sentido de se discutir acerca desta exigência estética determinista de hábitos e costumes em nossos dias, embrenhando-se em nossa cultura nas diferentes classes sociais? Assim, como já mencionamos, o saber especializado, como área que se fecha em si mesma, torna-se uma estratégia de poder para introduzir, legitimar e tornar visíveis novas práticas sociais.

Determinadas Universidades oportunizam a seus alunos maior ênfase na área social, em relação a outras Universidades, o que não significa que a especialização não esteja presente. Historicamente, as Universidades públicas expressam em seus discursos a ênfase no social, mas de maneira geral, para as essas instituições o desenvolvimento tecnológico traz *status* diferenciado: equipamentos, múltiplas especializações representam poder que motivam e incentivam a vinda de futuros candidatos a diferentes profissões. Para os profissionais galgar este *status* significa alcançar o desejo de fazer parte desta realidade. Esperança parece expressar em sua fala esta verdade instituída na Saúde:

[...]os médicos, ainda hoje, formam-se, predominantemente, com a visão de uma medicina privada e com a visão da especialidade. A procura para a medicina comunitária, coletiva parece ser restrita,

privilegiando-se a medicina privada. Também os dentistas se formam com esta concepção [...] (Esperança).

Embora esse *regime de verdade* se apresente com mais evidência em determinadas profissões e instituições de ensino, o enfoque social traz embutida a idéia caritativa, que requer de seu profissional desprendimento econômico, abnegação e portanto aos olhos de um sistema que busca resultados econômicos, relegado a exclusão. Sob essa lógica, ser profissional de saúde da área social significa quase abdicar do mundo terreno, longe dos benefícios e das sedutoras tecnologias e aparatos terapêuticos sob a supremacia dos profissionais de saúde especializados. Negar a especialidade, a tecnologia seria negar a dinamicidade do conhecimento, seu aprofundamento em prol da vida, mas, alertamos sobre os riscos que corremos de, ao deixarmos-nos seduzir pela excessiva especialização perdermos a referência sobre a complexidade do viver humano em nossas ações profissionais.

Autores como Fazenda (2001), Demo(2002), Severino (2000), dentre outros, têm discutido acerca da necessidade de ampliarmos nossa compreensão sobre a construção do conhecimento, como algo que abriga diferentes saberes ocultos necessitando, portanto, do estabelecimento de interdependências entre as diferentes áreas, trazendo-os à tona em busca de novas construções e interlocuções.

A interdisciplinaridade nasce como estratégia para dar conta da fragmentação do saber, na pós-modernidade, como nos assinala Severino, (2000); ela busca dar unidade ao saber nas diferentes práticas sociais: *a autonomia, a identidade própria de cada especialidade científica, não pode ser levada ao extremo, sob pena de isolar, de forma inadequada, uma parte, um aspecto da realidade humana [...](p.19).*

Parece que o discurso e a prática que desponta na área da Saúde sobre a intenção de se fazer interdisciplinaridade se dá não somente como estratégia para aproximação de disciplinas e saberes científicos mas também como um espaço que legitima lutas para (re)construir relações de poder presentes nos saberes profissionais e de gênero: [...] *nosso grande desafio*

será aprender a trabalhar de uma maneira interdisciplinar [...] Não será fácil porque ainda predomina muito essa questão do poder médico, como profissão maior entre as profissões de Saúde.(Esperança). Então a interdisciplinaridade pode ser entendida como estratégia política para dar voz a saberes e práticas que transformam não somente o conhecimento científico, mas também as relações sociais: *[...] veio um professor conversar conosco[...] ele nos disse: assumam-se como disciplinares.* (Esperança). A prática discursiva do professor traz embutido: seja forte, mostre-se mas dialogue. O que isto nos diz para a área? Seria uma questão de governamentalidade?: temos que saber para não sermos pátio de manobras de outras decisões que se julga interdisciplinares.

Serenidade ilustra que a interdisciplinaridade mostra-se distanciada do processo de ensino e, ao mesmo tempo, aponta-nos que os limites disciplinares são salvaguardados por professores e alunos:

[...] E acho que é uma coisa um pouco “esquizóide”, assim, que cada galinha com seus pintos e que os coitados dos pintos não conseguem mais interagir com as outras galinhas. É que fica cada um com seu feudo, como se o resto não existisse[...] acho complicado, coitadinhos dos alunos [...] para o paciente é mais complicado ainda[...].
(Serenidade)

Estariam esses alunos tão distantes de um processo de autonomia que os fariam vítimas de um processo fragmentário? Ou estariam também subentendidas, nessas atitudes de professores e alunos estratégias de poder para que, no enclausuramento de suas áreas, garantam determinados espaços profissionais?

[...]É aluno de Nutrição para um lado, é aluno de Medicina para o outro, aluno de Serviço Social para outro. Os alunos de Serviço Social e da Psicologia, nos estágios curriculares convivem mais com as atividades principalmente dos grupos que as enfermeiras fazem. Mas eu não vejo uma ação. É tudo muito pontual, muito contingente. Não é algo estratégico de órgãos formadores e de instituição[...].
(Esperança)

Muito mais que uma aproximação de saberes também implica rupturas e transformações de relações hierárquicas de saberes. O saber historicamente masculino, o saber médico, necessita dar voz e libertar saberes das outras áreas para que possam ser exercidos de maneira igual. A interdisciplinaridade busca desacomodar fronteiras instituídas, separadas reduzindo as fortalezas de poder que se estabelecem no saber de cada área. Perguntamos: a desconstrução de fronteiras de saber em prol de um agir interdisciplinar também não implicaria em uma desconstrução das fronteiras que conformam papéis femininos e masculinos? Ao se proporem ações interdisciplinares entre diferentes profissões da Saúde que implicariam relações igualitárias e democráticas, não estaríamos também reconstruindo relações sociais de gênero implícitas nas profissões historicamente masculinas e femininas da área da Saúde?. A essas reconstruções, homens e mulheres procuram estratégias para tornar possíveis relações profissionais que superem diferenças de gênero? [...] *são vários homens e eu nas tomadas de decisão. Então, tipo, eu tenho um acordo. Que quando eu bato o pé e que eu... eu expresso isso: “ Olha gente, hoje eu não posso mais, porque tudo o que eu sei dizer tá dito[...]. (Competência). Parece que essas relações ainda se embasam em confrontos de uma autoridade natural a uma autoridade que avança, que dialoga, que recua, tentando encontrar brechas para um posicionamento legítimo.*

Funções administrativas ou gerenciais de serviços de Saúde parecem conceder aos diferentes profissionais oportunidades de ampliação nas relações interprofissionais. Entretanto, parecem mobilizar, nas diferentes profissões, estratégias de poder, de maneira velada ou explícita, no cotidiano de trabalho, como forma de contestação e luta ao que não está em concordância: [...] *porque era sempre reunião para toda a equipe. E, se criou um espaço de convívio só dos médicos para que tenha esse espaço, que não tenha a participação dos outros profissionais [...]. (Cidadão do Mundo)*

Como a área médica, que dominava, com exclusividade, o saber e as relações de poder, acata e aceita que outras áreas, a exemplo da Enfermagem, assumam determinados papéis administrativos no âmbito da Saúde? Estariam estes papéis legitimando um certo grau de autoridade desses profissionais? Pensamos que nessa aceitação estão embutidas outras estratégias de poder, dentre elas o isolamento, uma vez que tais práticas não vêm ao encontro de princípios historicamente determinados que concedem ao médico o gerenciamento natural dos demais profissionais de saúde. Parece que o enclausuramento e o reforço de relações corporativas se constituem em estratégia de poder ou como estratégia para ludibriar espaços de poder administrativos que mobilizam ou que conflituam relações interprofissionais. [...] *coordenação, geralmente é uma pessoa que não fica com o enfoque, , mas eu acho que de uma maneira geral, não tem uma percepção de querer conversar individualmente com as pessoas[...]* (Cidadão do Mundo).

Outra questão a ser analisada é que fragmentação do saber como estratégia de poder se dá nas relações profissionais sejam elas com outros profissionais sejam nas relações das práticas em saúde. A fragmentação dos saberes remetem a uma certa organização das práticas em saúde que aprisionam seus profissionais e os serviços a certas conformações que limitam ações interdisciplinares ao mesmo tempo em que garantem a cada área seu isolamento como estratégia de poder: [...] *mas na verdade é muito fragmentado, a maneira como foram criados os serviços, cada um se sente com autonomia, as decisões, muitas vezes, não são nem do nível local, são muito erráticos do ponto de vista de quem está dirigindo [...]*. (Cidadão do Mundo).

O conhecimento científico como legitimador de um saber parcelado fragmentário parece deixar o ser humano em segundo plano. Como nos diz Morin (1998, 281)

Ao dissociar o mundo da cultura humanista do mundo da cultura científica, ao opor o domínio da alma, do coração da sensibilidade, da poesia, ao mundo da razão, da técnica, da eficácia, da manipulação, criou a possibilidade de uma dialógica em que o próprio conflito entre termos antagônicos torna-se produtor e criador.

Como nos assinala Fazenda (2001, p.12), *a interdisciplinaridade pauta-se numa ação em movimento. Pode-se perceber este movimento em sua natureza ambígua, tendo como pressuposto a metamorfose, a incerteza o que significa dizer que a interdisciplinaridade desacomoda as fronteiras que aprisionam mas ao mesmo tempo garantem aos(às) profissionais um determinado poder que os sujeita a determinadas práticas e papéis sociais:*

[...]Eu penso que hoje, tem uma outra questão também. Que o próprio sistema hoje, vai obrigar os profissionais a... porque, por exemplo, um fisioterapeuta hoje, a recuperação de uma função, seja motora, seja pulmonar, ela é tão importante tanto na questão do pós-operatório, ou mesmo do paciente clínico. Hoje o convênio agora indo para um outro aspecto, de gestão. O convênio te determina que tu tenhas uns dois dias de internação, ou três [...]. (Competência)

O discurso nos assinala a organização de uma prática fragmentada mas que legitima a necessidade de intersecção de diferentes áreas, embora elas se exerçam separadamente. Parece haver uma força de interesses econômicos que as empurram para uma aproximação funcional, e não em nível de constituição de saberes. Ao biopoder que se exerce dos profissionais de Saúde sobre as pessoas, determinando procedimentos, intervenções, apropriando-se de seus corpos e de seu contexto de vida ainda, parece sobrepor-se o poder econômico. O processo de assistência se reduz a determinismos temporais: somos obrigados, como profissionais de Saúde a resolver, o mais breve possível, o problema das pessoas, como se não devêssemos considerar a singularidade de cada sujeito, de cada pessoa. Ao mesmo tempo para dar conta disto nos apropriamos da vida dessas pessoas, de suas famílias. A que fica reduzido o viver das pessoas que se fazem ou que são feitas à mercê desses poderes? Fragmentos de uma realidade de jogos de poderes imperceptíveis e naturalizados e que parecem estar presentes nas diferentes instituições de Saúde, sejam elas públicas ou privadas, são ilustradas neste discurso:

[...] Se não és efetivo em reabilitação motora, em reabilitação nutricional num pós-operatório, tu deixa... tu larga esse paciente em que condições para ir para casa? Porque o cirurgião, o cirurgião

fecha a barriga, ele pouco sabe do resto. Quem é que entende de função? É o nutricionista, é a enfermeira, é o próprio farmacêutico[...] (Competência).

Estaria neste discurso subentendido o *regime de verdade* de que o médico, como autor da intervenção, coloca-se ou é colocado (como estratégia de poder) à margem do processo e da complexidade que implica a assistência à saúde? Ou estaria este discurso nos assinalando uma nova prática descentralizadora que se constitui na mescla de diferentes saberes, como limites cada vez mais tênues? Que repercussões teriam, nas relações sociais, se os limites profissionais de cada área se atenuassem? Pensamos que são questões que ultrapassam a dimensão do conhecimento pois implicam também transformações de mercado de trabalho e, portanto, fulcro de lutas interprofissionais. Práticas interdisciplinares requerem dos(as) profissionais a construção de atitudes de desprendimento de sua área específica, para enxergar além dela: [...] *hoje já não sei mais trabalhar sozinha, eu não consigo[...]* Mas parece também que se faz presente sobretudo no setor público: [...] *a gente montou uma equipe também que tinha: psiquiatra, psicólogo, sociólogo, assistente social, enfermeira [...]*. (Coragem).

A apropriação de saberes que as especialidades nos impõem nos apresentam dilemas, pois ao sairmos da especialidade de nossas áreas deixamos de pertencer a um domínio de relações saber/poder e passamos a exercê-las em outro plano de relações políticas, econômicas e sociais. No transitar entre saberes especializados e globais parece haver forças que ora nos mobilizam a nos fortalecermos como áreas próprias de um determinado conhecimento, ora nos impulsionam a sair dela em busca de novas conformações:

[...] uma das razões por eu fazer Doutorado em minha área é por que eu gosto muito da minha profissão, eu realmente entendo, que ela tem muito a contribuir, eu acho extremamente rica, mas estava sentindo falta do convívio com os meus pares. Porque é complicado isso, então ao mesmo tempo que eu não quero ficar restrita a essa área de conhecimento específica [...] eu acho que é fundamental tu ampliases, mas também não quero perder a identidade [...].(Coragem)

Sair da especificidade da área significa compartilhar determinado saber com diferentes áreas e refazer ou reconstruir novas relações de saber/poder que reduzem os limites de uma identidade fechada em si mesma, o que incorre, também, no dilema de não pertencimento daquele saber, mas de apropriação de um saber que agrega complexidades. É como se caminhássemos em busca de uma outra lógica

Para Morin (1991, p. 13) na organização de nosso pensamento habitam *princípios ocultos que governam a nossa visão das coisas e do mundo sem que disso tenhamos consciência*. Nesta perspectiva ele nos assinala que todo o conhecimento se organiza seletivamente em que estão implícitas separações que distinguem uns saberes dos outros; uniões ou junções que associam determinados saberes a outros; hierarquizações, caracterizando saberes *principais e secundários* e saberes centralizadores que nos trazem idéias nucleares do conhecimento.

A apropriação de saberes e práticas, que garantem a cada profissão determinado espaço social, parece ser palco de conflitos em uma realidade em que este *regime de verdade* é pouco discutido por incorrer em riscos aos competitivos mercados de trabalho: [...] *o médico esta preocupado com a sua especialidade.[...] A Enfermagem tenta, eu acho que dá uma visão mais ampla porque. é quem se vê com os problemas [...] durante a internação. [...] O Serviço Social acho que é bem voltado a questões sociais mesmo.*(Serenidade). Diante de uma realidade de práticas de Saúde parceladas, as lutas de apropriação de saberes, favorecidas por sua fragmentação, parecem distanciar-se de preocupações ou de estratégias que convergem para práticas integradoras.

4.1.2 A Busca permanente de conhecimento como estratégia nas relações de poder entre o saber acadêmico e o saber profissional (assistencial):

Nessa sessão propomos discutir acerca de estratégias de poder que circulam em instituições acadêmicas e de Saúde instituindo a necessidade de que os profissionais estejam cada vez mais próximos das academias para serem reconhecidos e galgarem *status* diferenciado, em relação a outros profissionais: [...] *O professor vem aqui, abre o ambulatório, vai embora deixa os alunos com o contratado que tem que ensinar.[...] Então ele faz uma tentativa de educar, de agradar, porque daqui a pouco ele quer fazer o concurso e ser professor também, porque ele não vai ficar aqui.*(Serenidade).

O saber acadêmico, como saber que detém a *verdade*, que legitima teorias e práticas em novas *verdades*, parece estar distante do universo profissional o que incita a migração de profissionais para a área de ensino; quando se é da área de ensino se é mais que profissional: [...] *uma das razões que eu acho que eu optei nessa vida mais acadêmica, [...] porque tu acabas percebendo que tem coisas que tu não gosta muito* (Cidadão do Mundo). Esta premissa nos aponta que, em nossa sociedade institui-se uma certa hierarquização entre o saber da academia, entendido como atualizado, inovador, liberto de qualquer engessamento institucional e o saber das instituições de Saúde entendido como eminentemente prático, voltado exclusivamente a interesses institucionais, e no âmbito do ensino, como saber secundário ou *auxiliar*:

[...] os profissionais [...] não podiam só ficar na área assistencial, principalmente numa instituição como a nossa, que em termos de reconhecimento acadêmico é muito pequena. Ela não é uma instituição universitária e não compete com instituições de assistência-ensino, fica como Instituição auxiliar. E ali eu percebi e realmente a gente percebe, por mais que tenha melhorado ao longo desses anos, ela ainda continua sendo muito limitada em termos de investimento na área de ensino e de pesquisa.(Cidadão do Mundo).

Como nos assinala o discurso, estabelece-se um diferencial entre instituições, cujo foco está centrado no ensino (serviços de saúde/escola) e demais instituições de Saúde. A condição de ser instituição de saúde-ensino além de propiciar recursos econômicos governamentais para esse fim, traz a ela e aos seus profissionais um *status* diferenciado no universo da Saúde tornando-se cenário de atuação de profissionais-docentes-pesquisadores e, portanto, legitimadores de saberes e práticas.

Nesse cenário diverso evidenciam-se relações de saber-poder entre os(as) profissionais-docentes e os(as) profissionais assistenciais, alicerçadas no *regime de verdade* de que a educação permanente dos(as) profissionais torna-se obrigatoriedade no cotidiano de trabalho. Institui-se certa hierarquização entre os saberes dos profissionais-docentes como representantes das academias e os saberes dos demais profissionais: [...] *As chefias dos serviços eram os professores da Instituição de Ensino, [...] para conseguirmos uma integração maior entre as equipes. [...] conseguirmos ter um local em que a experiência prática traduzisse a filosofia de nossa Instituição de Ensino.* (Esperança). A hierarquização do ensino sobre a assistência parece presente neste discurso em que a academia, não somente lidera o processo assistencial na Instituição, mas determina e impõe determinadas *verdades* que são inquestionadas no universo profissional. Como nos assinala o discurso, para que se dê a integração é necessário que os(as) professores(as) assumam a liderança dos Serviços.

Concluir a Graduação e ser bom profissional, não parece ser suficiente. A Educação torna-se um caminho permanente incita os(as) profissionais a buscarem no universo da Pós-Graduação, como caminho especializado, oportunidade de reconhecimento, pelos seus pares e, em determinadas profissões, reconhecimento social. Em profissões como a Medicina, as especializações tornam-se exigências sociais instituídas historicamente e, em outras áreas como Enfermagem, Nutrição, Serviço Social, Psicologia parecem ser iniciativas mais individuais voltadas a interesses de um *status* diferenciado ainda não legitimado socialmente:

[...]depois de todo o investimento de uma formação para ter a título de mestre, no dia seguinte vai ser, continuar trabalhando exatamente a mesma coisa (Cidadão do Mundo). O saber acadêmico concede à área assistencial uma certa libertação de saberes que se cristalizam no cotidiano de trabalho mas parece não transcenderem aos limites institucionais nem trazerem diferenciais que os aproximem daquele reconhecimento concedido à academia.

A aproximação dos profissionais de Saúde ao saber da academia parece ser uma prática que legitima determinados saberes especializados: *[...] uma pessoa próxima sempre me dizia, que para Medicina geral se desenvolver os profissionais dessa área tinham que se envolver na academia.. (Cidadão do Mundo). A dinamicidade do conhecimento impõe aos profissionais a busca de diferenciais como estratégia de poder para galgar espaços profissionais e sociais: [...] o professor foi para a Espanha, fez Doutorado em Farmácia Clínica, voltou encantado, está desenvolvendo toda uma abordagem .também para olhar, para a pessoa.(Serenidade), incluindo nessas estratégias a busca de Pós-Graduação em outros países, o que parece trazer um diferencial aos profissionais, sobretudo nos países em que a área das Saúde se torna nossa referência, legitimando saberes mesmo que estes ainda não se mostrem evidenciados na sociedade. Sob esta ótica, saberes locais necessitam de validação externa, ou seja, de saberes considerados superiores que os legitimem como científicos assinalando uma organização de saberes hierárquicos: saberes locais necessitam de validação de saberes superiores, incluindo nesses, saberes de países economicamente superiores; saberes em Saúde necessitam de validação dos saberes acadêmicos.*

Os Cursos de Pós-Graduação constituem-se um caminho para este diferencial, não só no mundo acadêmico mas como prática que legitima certo *status* profissional e social: *[...] fiz algumas formações que foram extremamente significativas na minha vida e que penso que mudou radicalmente [...].(Coragem).*

Conflitos de propósitos parecem também estar presentes no universo acadêmico e profissional. Academia impõe demandas e saberes que julga necessários e prioritários, concedendo aos serviços vozes secundárias, fulcro de determinações acadêmicas: [...] *quando busquei o mestrado, a saúde era uma coisa que não existia eu não conseguia orientador [...] porque ninguém queria trabalhar comigo.[...] quando eu entrei eu fui buscar uma coisa e eu não encontrei aquela coisa.* (Serenidade). Parece haver distanciamentos de objetivos que tornam distintas as instituições de ensino e as de saúde. Esta dicotomia que se instala entre o ensino e a assistência, entre a teoria e a prática, tornam-se palco de lutas e contestações: [...] *deixa eu te dizer uma outra coisa de academia. Nós estamos recebendo pessoas para especialização nessa Instituição [...] formandos. [...]Estão saindo pessoas muito, muito, muito mal formadas das universidades.*(Serenidade). A contestação de Serenidade traz à tona questionamentos sobre uma *verdade* pouco problematizada acerca das universidades: até que ponto as universidades, sozinhas, podem dar conta da complexidade da formação de diferentes profissionais? não existiriam neste universo outras instituições capazes de, ao integrarem-se às universidades constituir novos saberes e formações?

A supremacia das ações de ensino sobre as assistenciais mostram-se uma realidade A hierarquização que se estabelece entre os saberes acadêmicos e profissionais parece estar atravessada pelos matizes que conformam cada profissão em que as relações de saber-poder e relações de gênero estão em permanente efervecência, sejam com profissionais da mesma área ou profissionais de diferentes áreas: [...] *quando fiz mestrado fora, eu tinha uma orientadora [...], ela disse: Olha, uma das coisas que tu vai notar é que aqui machismo não tem muito a ver, não tem espaço* (Cidadão do Mundo). A esse *regime de verdade* Scott(1990) nos diz que o estímulo à formação das mulheres em nível superior e Pós-Graduação abriu novos espaços para a mulher nas profissões intelectualizadas, embora sempre houvesse relatos de

discriminação, fundamentada na diferenciação sexual e, como decorrência, diferentes oportunidades profissionais e hegemonia política masculina nas instituições.

A autoridade natural masculina e médica parece transitar em diferentes espaços acadêmicos e profissionais:

Os velhos professores, em sua maioria homens, reconhecem alunos de qualquer disciplina. Isso é diferente, eu fui vindo com o passar do tempo. Se é com os alunos da graduação, que eu faço muita atividade, de circular. Se eles pararem um professor para pedirem qualquer coisa, que eles viram no crachá que é aluno, eles param e dão toda satisfação. E eu acho que isso é uma coisa interessante. Independente de qualquer coisa. (Serenidade)

O ato de ensinar mostra-se como relação de poder pois, ao mesmo tempo em que abre a possibilidade de compartilhar seu saber, legitima e reforça a autoridade profissional, política e social como professor homem e médico. E se não forem alunos, será que isso ocorre? Parece que o discurso nos deixa essa interrogação o que sugere, mais uma vez, a circulação de relações hierárquicas entre ensino e assistência.

Ao abordar a política de Saúde no século XVIII e XIX Foucault (1991) refere-se exclusivamente à política médica e seus efeitos fundamentais na organização da família, e na medicalização dos indivíduos. Quem eram os outros profissionais dessa época? Que lugares abrigam esses saberes? E hoje, quem são os outros profissionais? Foucault nos fala da organização de uma política de Saúde em um tempo em as responsabilidades de administrar, de governar e de produzir conhecimentos constituía-se atributo masculino: *El médico se convierte en el gran consejero y en el gran experto si no en el arte de gobernar al menos en el de onservar, corregir, mejorar el 'cuerpo'social y mantenerlo en un estado permanente de salud.*(FOUCAULT, 1991, p.101).

Com matizes de saberes científicos e saberes de gênero, a educação permanente além de significar atualização parece garantir ao profissional um diferencial em relação a outros profissionais. O conhecimento representa um *status* que garante seu espaço como profissional

de Saúde. A dicotomia entre a saúde coletiva (comunitária) e a individual (clínica) ou especializada/hospitalar parece estar presente nas relações entre os profissionais dessas áreas criando-se mecanismos de resistência e de distanciamentos entre os(as) profissionais. O conhecimento especializado passa a ser estratégia de poder para o universo competitivo do mercado de trabalho garantindo limites profissionais e legitimidade social:

E muitas vezes, eu vejo que os profissionais de outras áreas da Saúde, começam a época da competição, que é uma coisa que para o estudante de Medicina começou lá na opção, começa no momento do mercado de trabalho. Então ele começa a pensar, buscar o seu espaço no local de trabalho, no seu emprego, com outro profissional que é valorizado [...] que já tem uma história dentro da história das civilizações.[...] mas também, está com a auto-estima baixa[.]. Tem a sua auto-afirmação, até em termos de atualização, muito comprometida. E aí, dá um embate muito em função disso, a competição é muito grande, e muito mal encaminhado pelas lideranças. (Cidadão do Mundo).

Este discurso nos assinala um *regime de verdade* que legitima diferenças em que o conhecimento está em evidência: reconhecimento histórico, formações diferenciadas e a obrigatoriedade de uma educação permanente. A diferenciação presente na formação profissional naturaliza-se no universo da Saúde: diferentes cargas horárias de curso, número de anos mínimos de formações diversos assinalam estratégias que também diferenciam os profissionais em formação. Determinadas pós-graduações, no nível de especialização, como por exemplo as residências médicas também mostram-se como estratégias de saber-poder que se integram ao ensino de graduação. A residência, como especialidade, é tradicional e reconhecida no âmbito da Medicina inclusive com legislações próprias do Ministério de Educação, que designam verbas e incentivos às Universidades, sobretudo às públicas: [...] *as histórias das residências que estão a mais tempo com sustentabilidade são aquelas que são vinculadas a hospitais e à especialidades. (Cidadão do Mundo).*

O desenvolvimento da Residência médica instituiu o *regime de verdade* de que a graduação não se mostra suficiente para o exercício profissional do médico. Traz, também,

embutida a idéia de que esta formação distancia-se da formação dos demais profissionais de Saúde. O conhecimento especializado não parece ser requisito fundamental para que os demais profissionais de Saúde exerçam funções assistenciais. Ou seja institui-se, aos demais profissionais exigências muito mais fundamentadas na prática, no fazer do que propriamente do saber, remetendo-nos à idéia de dicotomização e hierarquização de práticas em que o saber distancia-se do fazer.

As residências nascem nos Estados Unidos, sob influência germânica, no final do século XIX a partir de uma necessidade de especializações na área da Medicina, sobretudo na área cirurgica hospitalar, sistema este desenvolvido por Willian Halsted, a partir de 1889. No Brasil, sob mesmo modelo, as residências passam a se desenvolver, em meados da década de 40, tendo franca expansão na década de 70, em decorrência a expansão de Escolas de Medicina. (FERREIRA,1984).

A especialização que a Residência confere ao(à) médico(a) o(a) torna proprietário(a) de um saber diferenciado no exercício profissional:

Em nível de especialização[...] o interesse deles é aprendido para ganhar dinheiro quando forem especialistas. E isso é o que é ensinado para eles [...] tem pouca vinculação como profissional que está sendo formado com recursos públicos, que no caso da residência, muitos deles vêm de universidades públicas. Então quando eles se tornam especialistas, eles têm interesse de aprender a técnica, seguindo aquela carreira para resolver o seu problema como profissional liberal. (Cidadão do Mundo).

Parece natural que as residências, como especializações, tenham seu foco na área hospitalar pois seu modelo previa que o médico residisse no hospital. Residir sugere morar, apropriar-se do espaço, significa dedicação, vigília, controle permanente do ambiente. Embora esteja relacionada à busca de experiências profissionais, o conhecimento aparece como objeto primeiro e fundamental de suas práticas que pode ser visualizado em documentos que definem e organizam as residências, a exemplo do relatório do II Congresso da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR),1967, citado por Ferreira(1984, p.3):

uma forma de ensino de Pós-Graduação, que permite ao médico recém-formado aperfeiçoar-se nos diferentes ramos da atividade médica, trabalhando numa organização hospitalar de bom padrão, em regime integral e devotamento exclusivo, por prazo suficiente e sob supervisão de colegas mais experientes(10).

Com o aumento significativo das escolas de Medicina entre as décadas de 60 e 70 as residências passaram a ser uma complementação obrigatória na formação dos médicos recém-formados, tornando-se requisito fundamental para que fosse considerados de *alto nível* profissional e também um requisito indispensável para a ampliação de sua Pós-Graduação em nível de *stricto-sensu* (mestrado e doutorado) para que pudessem também exercer a função docente e de pesquisa (FERREIRA,1984).

Embora nasça da necessidade de ampliação da prática profissional ao integrar-se à Universidade, evidencia o saber e, portanto, constituiu-se em estratégia em que o saber, como especialização, mostra-se como poder nas relações entre os pares e demais profissionais: A legitimidade desta estratégia se dá pela legislação própria, do Ministério de Educação, mas com repercussões que extrapolam a área de ensino como nos aponta Ferreira (1984), a Residência Médica torna-se oficializada, criado-se a Comissão Nacional de Residência Médica(CNRM) através do Decreto n.80.281, de 5 de setembro de 1977.

Instituindo-se, oficialmente, na organização das práticas em Saúde as residências concedem à área médica um espaço diferenciado na sua formação profissional, incluindo incentivos financeiros governamentais: o sistema de Residência Médica oferece cerca de 3000 bolsas por ano sendo o maior volume de bolsas concedido pelo Ministério de Educação aos cursos de Pós-Graduação, além de outras duas 2000 bolsas concedidas pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo, tornando a Residência além de especialização, oportunidade atrativa aos recém-graduados, postergando sua inserção ao mercado de trabalho.(LOPES E BAPTISTA, 1999)

A esta realidade parece que estratégias vêm sendo construídas, envolvendo iniciativas de associações de classe que buscam suas regulamentações no sentido de oportunizar a outros profissionais formação semelhante à Residência Médica.

Novas modalidades de Residência com iniciativas locais, mas projetos de ampliação em nível nacional, parecem ser frutos de estratégias que buscam reinventar o cenário de formações hierarquizadas no âmbito da Saúde. Ceccin & Ferla (2003) relatam sobre a criação da Residência Integrada em Saúde¹⁹ na Escola de Saúde Pública de Porto Alegre com o propósito de capacitar profissionais da saúde para a atuação no SUS. São projetos e práticas que permitem colocar em evidência diferentes saberes:

[...] no programa de Residência Integrada interdisciplinar (...) foram muito ricos os impasses, por que eu particularmente comecei a me dar conta e levar para reflexão com os colegas assistentes sociais, primeiro de que o nosso trabalho, na minha opinião e hoje ainda continua, ele estava sufocado, porque temos muito pouco a contribuir (Coragem).

Diante do discurso de Coragem podemos constatar que em um cenário com tantas necessidades sociais determinados saberes são desconsiderados ou encobertos, provavelmente em nome de um saber maior ainda presente no cotidiano da Saúde. O que significa sentir-se sufocado? Significa não poder mostrar-se, não ter voz, ser anônimo em meio a outros emaranhados de saberes? Que outros saberes também estariam perpetuando essa realidade? Pensamos que, como já manifestado anteriormente, são saberes que não mostram interesses econômicos para fazê-los eclodir, assim como interesses corporativos que os tornam auxiliares e secundários a uma prática centralizadora. Neste sentido, pensamos que residências interdisciplinares, embora ainda estejam a caminho de um espaço político legítimo representam uma estratégia e uma oportunidade de fazer emergir saberes e recriar práticas no universo da Saúde. Como nos dizem Ceccin & Ferla (2003, p. 214-215):

¹⁹ Criada pela Portaria SES/RS n. 16, de 1o de outubro de 1999, e pela Lei Estadual n.11.789, de 17 de maio de 2002.

Ao supor que a atenção integral se faz por um 'modelo' de saberes e de práticas, pela configuração de um 'logos' da assistência, estariam-se as aprendizagens, as descobertas e as inovações. Qualquer modelo se define pelo esforço da permanência ou imposição de vigência, donde sua resistência à mudança. Quando se fala em educação dos profissionais de saúde, há necessidade de ousar uma resistência aos modelos identitários e a abertura à criação.

Lopes e Baptista (1999), ao analisarem a trajetória de Residência em Enfermagem no Brasil referem um certo desestímulo, uma vez que a formação específica é pouco considerada na contratação de enfermeiros, inclusive em concursos públicos, o que difere da área médica.

As residências interdisciplinares parecem ser iniciativas institucionais, alicerçadas no modelo médico, cujo reconhecimento legal se restringe aos Conselhos de classe e ao equivalente aos cursos de especialização *lato sensu*.

A Residência médica, com no mínimo dois anos, estendendo-se para mais tempo conforme a área, torna-se para o profissional uma obrigatoriedade para que possa ser reconhecido socialmente e exercer sua área de interesse, diferentemente dos outros profissionais em que a experiência e o domínio da técnica parecem ser suficientes para o exercício profissional. O conhecimento parece estar em evidência em determinadas áreas como assinala o discurso de uma professora da área de Enfermagem que comentava sobre os alunos da área de Direito. Ela dizia: *eles precisam ler muito*. Perguntamos: em que áreas os alunos não necessitam de muitas leituras? A expressão utilizada pela professora nos traz um enunciado de que em determinadas profissões o conhecimento e a atualização permanente são obrigatórias. Em algumas, a autoridade do conhecimento é legitimada, em outras ele se torna mero acessório.

Transitando em saberes oriundos de Pós-Graduação sejam no nível de *lato sensu* ou *stricto sensu*, constrói-se uma rede de competitividade entre os profissionais, como estratégias de poder para migração do universo assistencial ao universo acadêmico: [...] *Sou funcionária da Instituição X e dou aula lá na Universidade, como professora convidada. Pensei em fazer*

o movimento que a Enfermagem faz, que a Farmácia faz, mas isso não aconteceu, [...] (a Faculdade), não me acolheria, [...] principalmente por causa da idade.(Serenidade). O caminho seletivo das instituições de Saúde para as instituições de Ensino parece permeado de outros saberes que não somente o conhecimento científico legitimado pelos cursos de Pós-Graduação, mas também, perpassa construções sociais e, ao mesmo tempo, nos reforça a idéia de distanciamento e separação entre essas duas instituições. Serenidade nos mostra isto quando justifica porque não foi para a Universidade [...] *eu não consigo sair da minha escola [...] sair da minha escola.* Estaria sua instituição tão distante da Universidade que está presente em seu cotidiano? Serenidade nos fala como docente que está fora da Universidade : *acho que muito precária a formação, mas as Universidades, os cursos têm Psicologia comunitária e muitos não tem Psicologia hospitalar.* Ao olhar sobre suas mazelas parece colocar-se à margem de possíveis contribuições e não enxergar-se como agente de transformação. Por outro lado, está a Universidade aberta para ouvir profissionais e discutir acerca de seus saberes e contribuições para re(pensar) seus projetos de ensino, pesquisa e extensão? Da mesma forma, estão os profissionais abertos para enxergar que processos acadêmicos integram suas ações assistenciais, como construção cotidiana, com múltiplos saberes e verdades, que se movimentam e nos trazem, a cada dia, o sabor da singularidade?

4.1.3 As Instituições de Saúde Como Espaço de Saber, Poder e Verdade

Ao abordar as instituições de Saúde referimo-nos aos diferentes espaços em que as(os) profissionais exercem suas práticas enfocando unidades de atenção básicas, ou seja os postos de saúde, e hospitais, como instituições públicas e privadas, de espaço de assistência e ensino. Como nos assinala Sabedoria essas instituições pertencem a um sistema único mas ainda se

mostram em oposição: [...] não dá para pensar uma oposição entre o hospital e a atenção básica. Eu acho que a atenção primária ela fez isso. [...] ela diz: tem que sair do hospital e ir para comunidade [...]. O discurso nos assinala regimes de verdade que ditam hierarquizações de serviços, tecendo relações de saber/poder diferenciadas entre os profissionais, fruto da fragmentação de saberes e práticas, como abordado anteriormente:

[...] tem uma imagem do sistema [...] imagem clássica da pirâmide, onde a gente teria uma atenção básica ampla, resolvendo a maioria dos planos de saúde e lá no topo o hospital universitário resolvendo os problemas mais graves. Se ele está no topo, então ele é superior à atenção básica, ele é mais sofisticado que a atenção básica, ele é melhor que a atenção básica.(Sabedoria)

Práticas mais especializadas, com maior poder tecnológico são concebidas, tanto no universo da Saúde como na sociedade, como práticas que elitizam profissionais. Práticas que implicam abordagem mais sociais, voltadas sobretudo a populações carentes parecem ter valorização secundária. [...] a imagem é a do topo e se produz uma expectativa dos profissionais, diz que eles são muito bons ao alcançarem o topo. (Sabedoria). Práticas mais racionais, contrapõem-se a práticas mais sociais, onde o universo masculino e o feminino parecem também estar presentes.

O discurso de Sabedoria vem ao encontro de regimes de verdade que hierarquizam saberes e instituições de Saúde: saberes altamente especializados em instituições especializadas concedem aos profissionais status diferenciados. Nesse cenário as tecnologias parecem ganhar um destaque em relação a práticas que têm como recursos, quase que exclusivamente, as relações interpessoais e o conhecimento. A especialização e seu suporte tecnológico parecem contrapor-se ao estatuto que garante a integralidade da pessoa em seu contexto sócio-histórico:

[...] a comunidade ela se coloca como um lugar em oposição ao hospital. Porque a mudança tem que ocorrer no hospital, tem que ocorrer no espaço próximo às populações mas tem que ser um serviço

capaz de resolutividade. Não pode ser um serviço com baixa resolutividade e nem com baixa responsabilidade (Sabedoria).

A (des)construção dessa dicotomia que separa subjetividades, parece ser um dos grandes desafios a ser enfrentado pelos(as) profissionais de Saúde como partícipes de um sistema que necessita transitar nessas diferentes áreas, mas sob olhar de um sistema único.

Eu acho que nós vamos dar uma evoluída de trazer os acadêmicos para dentro da área privada, principalmente, não só como estágios, mas inseri-los mais no processo [...]. Porque eu acho que eles perdem muito de poder interagir já com aquilo que vai ser a realidade deles no mercado de trabalho. E por que eu estou dizendo isso? Porque o aluno, o acadêmico, ele ainda chega com a visão, com o foco na sua área [...].(Competência)

Instituições públicas e privadas constituem o universo da Saúde. Por que, nas práticas de ensino, centramos nossas ações em instituições públicas? Instituição pública é para *pobres*, podemos submetê-los a atendimentos diferenciados desde que estejam vinculados à experimentação, alunos são falíveis, profissionais não? Instituições privadas são para *ricos* ou pessoas mais favorecidas portanto, necessitamos dar-lhes voz e a opção de práticas experimentais parecem distantes. As práticas privadas não são experimentais? Quando realizamos um procedimento em um(a) paciente privado(a) não o experimentamos, se olharmos a singularidade de cada pessoa? Práticas em instituições públicas não necessitam de consentimento tanto quanto nas privadas? Parece haver, portanto, diferenças éticas no agir público e privado. Como as(os) alunas(os) sentir-se-ão preparados para atuarem em um sistema único se ele não estiver suficientemente presente e discutido em sua formação?

Falar em relações de *saber, poder e verdade* nas instituições de Saúde implica visualizar o espaço em que cada profissão se exerce como prática em que estão embutidos saberes, ditos científicos, saberes constituídos socialmente a exemplo de saberes de gênero.

Remetendo-nos ao espaço mais tradicional da Saúde, o hospital, Foucault (2000b) nos assinala que o nascimento do hospital moderno se deu no séc. XVIII, como instrumento

terapêutico de intervenção sobre as doenças e os doentes, ou seja, voltado para a cura. Os primeiros novos hospitais surgiram a partir de necessidades militares: a necessidade premente de força de trabalho e de investir no corpo, sobretudo dos soldados. A organização administrativa e política dos novos hospitais se faz por meio de uma tecnologia política: a disciplina, buscando-se a eliminação dos efeitos maléficos dos hospitais da época. O médico, como detentor do saber, torna-se o principal responsável pela organização hospitalar. A disciplina como tecnologia levou à individualização dos espaços (separação dos espaços, camas individuais, alas separadas por tipos de doenças, que passam a ser um instrumentos de cura), ao controle, à vigilância e ao contínuo registro dos pacientes.

Na efervecência da Medicina Moderna, em meados do século XIX, na Inglaterra, nasceu a Enfermagem Moderna, com Florence Nightingale cujo modelo é influenciado por concepções disciplinares britânicas, com regras rígidas, baseadas em costumes militares e morais, preconizados nos monastérios. A partir de bases estatísticas, seus conhecimentos e preocupações com medidas de higiene, nutricionais e ambientais levaram à reformulação de hospitais militares bem como à administração sanitária do exército. Como referência em assuntos sanitários, participou na elaboração de políticas internas e externas da Saúde, lançando bases mundiais para a Enfermagem como profissão. (Lunardi, 1998)

Nessa época, as mulheres de classe média ampliavam as estatísticas como força de trabalho feminino, trazendo-lhes oportunidades de uma educação qualificada para dar conta de uma nova demanda decorrente do desenvolvimento urbano e industrial, possivelmente gerando fontes de trabalho em alguns setores pouco tradicionais, onde as mulheres desenvolviam atividades similares às domésticas, a exemplo das profissões de cuidado. (Scott e Tilly, 1984).

Em um período de revoluções sociais, Florence Nightingale trouxe profundas transformações ao conceito *nurse* daquela época, concedendo-lhe nova identidade

profissional, com diferentes conceitos, rituais, disciplinas, simbologias, relações de poder e princípios morais religiosos presentes na cultura familiar europeia e que permanecem impregnados na profissão, em nossos dias. De extrema dedicação à sua profissão, ao decidir não se casar reforçou a idéia da incompatibilidade entre família e profissão, como cita em seu diário: *Deus falou comigo e chamou-me para o meu trabalho*. (Miranda, 1996,125). A relação da Enfermagem com o hospital se dá no controle, na vigília, na abnegação, abdicação de si para estar à disposição dos outros: sejam eles pacientes ou profissionais. Sob outro olhar, a Enfermagem parece constituir, nessa mesma relação, estratégias de poder na apropriação desses espaços que criam certa dependência dos demais profissionais.

Nightingale (1859/1989, p.11), em sua obra *Notes of Nurses*, como primeiro escrito da Enfermagem Moderna, retrata a realidade das mulheres na Inglaterra vitoriana. Ao prefaciar o livro, diz a autora: *todas as mulheres, ou pelo menos quase todas, na Inglaterra, assumem, em algum período de sua vida, a responsabilidade pessoal pela saúde de alguém, criança ou invalido- o que significa que todas exercem a enfermagem*.

Escreve sua obra para as mulheres nos assinalando diferentes papéis masculinos e femininos sociais no âmbito das práticas em Saúde, daquela época, e, de certa maneira, sua natural subordinação à área médica:

Os homens muitas vezes afirmam que não é certo ensinar normas de saúde às mulheres, porque começarão a medicar, e já existe amadorismo demais na medicina, o que é verdade[...].Uma enfermeira competente e observadora não faz, não se automedica e nem medica outras pessoas (p.145).

Com esses comentários, embora dirigidos especificamente à Enfermagem, procuramos trazer à tona saberes que integram as profissões que se organizaram a partir da Medicina Moderna. Alvim (1959) aborda, as estreitas relações entre a Enfermagem e o Serviço Social, questionando se ambas não deveriam ser exercidas por um só profissional: *É ponto pacífico*

que a saúde e os aspectos sociais estão intimamente relacionados e esta é a razão por que na prática, quando se cogita de um indivíduo ou de uma família, não é possível dividir esta unidade em duas partes distintas: problemas de saúde e problemas sociais (p. 175). Esse discurso já presente na década de 50, apresenta-nos dilemas e estratégias em busca de conciliação de ações inseparáveis que se concretizam em diferentes profissões.

Foucault nos assinala que mecanismos disciplinares, sobretudo na área hospitalar, foram rigorosamente introduzidos partindo de uma nova epistemologia médica, em que a doença torna-se um fenômeno natural, ou seja o homem/a mulher sofrem influências ambientais e podem adoecer. Portanto, é necessário um certo controle sobre o ambiente circundante, o que determinou novas características de localização dos hospitais, integradas ao sistema sanitário das cidades e, também, a um ambiente interno que favorecesse melhor possibilidade de cura, o que traz, em evidência, as contribuições de Florence, mas não lhe concede a originalidade desse saber.

Históricamente o hospital institui-se como espaço de saber, como espaço de ensino. Os hospitais-escola nasceram para atender às necessidades do ensino em decorrência a expansão das escolas de Medicina e posteriormente escolas de Enfermagem, muitas destas anexadas aos hospitais mas também subordinadas às Escolas de Medicina.

A organização dos hospitais mantém-se sob princípios disciplinares que exigem de seus profissionais o cumprimento de normas rígidas, rotinas com o propósito de atender às necessidades de saúde: [...] *sobre o impacto do que é o trabalho em hospital que é extremamente pesado[...] penso que é uma das atividades que mais desgasta o trabalhador.* Contraopondo-se a pressupostos rígidos de controle, as instituições de Saúde comunitárias, a exemplo de unidades sanitárias parecem fornecer a seus profissionais espaços de liberdade, longe das tecnologias, das normas e procedimentos que exigem vigilância permanente. Algumas instituições propiciam a seus profissionais espaços de criação de práticas que se

conformam na relação dialógica, com as pessoas e suas famílias embora se concretizem populações mais carentes esses espaços restringem-se a universos distantes da área hospitalar: [...] *achei interessante ter uma experiência diferente, comunitária, [...] eu queria me sentir um pouco, eu acho num espaço de liberdade, de maior criatividade do que dentro de um hospital* (Coragem)

Para Nunes(1990) ao longo de muitas décadas, em nosso País, as instituições de Saúde foram um espaço importante de trabalho das mulheres estando ao encargo de escolas religiosas. Ampliavam-se espaços de participação social da mulher ao trabalho, com a criação de instituições educativas, de assistência aos doentes, às crianças e aos velhos. A mulher que se compadece dos outros é o oposto da mulher ameaçadora, traçando *regimes de verdade* de que impõem às mulheres quesitos de docilidade, de abnegação. Até a década de 60 do século XX, os hospitais, as instituições de assistência, como asilos, manicômios tornaram-se locais de trabalho e moradia para as mulheres, constituindo-se em espaços de normas rígidas, de obediência e penitências. A partir dessa década as transformações sociais marcantes trouxeram novas configurações a esta realidade e as freiras passaram a morar em casas ou apartamentos. Foi necessária, então, a profissionalização das religiosas para que pudessem exercer as profissões de professora, enfermeira, assistente social, etc.(NUNES, 2000).

Integrados a esses mecanismos disciplinares e normas os(as) profissionais de Saúde, homens e mulheres, exercem suas práticas onde circulam relações estratégicas de poder em busca de visibilidade e reconhecimento social: saberes em permanente luta por um lugar ao sol. Para Barreira (1999), princípios militares foram incorporados às práticas de Saúde, com base na organização, na ordem, na hierarquia e na disciplina, organizando-se por hierarquias: comandos e obediências, deveres e obrigações em que estão transversalizados saberes de gênero. Estariam esses princípios ainda sob essa ordem? Sob estratégias de lutas, apresentam-se encobertos nas relações e práticas cotidianas mantendo, em parte, seus estatutos que podem

ser visualizados em espaços físicos que privilegiam determinadas áreas, cargas horárias e salários diferenciados, concedendo um enunciado de relações profissionais hierárquicas: *[...]no afã do dia-a-dia das relações, até porque [...] os salários são diferentes, tem um salário maior para o médico, as relações de atrito são muito desgastantes para os dois lados.* (Cidadão do Mundo) As diferenças que se mostram como estratégias de poder parecem se transversalizar, tanto nas relações profissionais como acadêmicas. *[...] já ouvi alunos da Enfermagem questionarem sobre privilégios de estudantes de Medicina. Por exemplo: os alunos da Medicina do último ano, por estagiarem em regime de internato, têm o almoço grátis no hospital e os de Enfermagem não tinham. Com isso conseguiu-se um custo menor para esses alunos.* (Esperança). Pequenas rupturas despontam, mas como são trabalhadas no mundo acadêmico e profissional? São rupturas de aproximação ou de distanciamento entre as profissões? Até que ponto essas mudanças são refletidas como mudanças conceituais de equipe, como vimos anteriormente? ou ações pontuais que se tornam apenas mera concessão?

Relações de trabalho que parecem fecharem-se em estatutos e estratégias de poder que se manifestam nas relações cotidianas: disputas por salários trazem também embutido o estatuto do conhecimento, da autoridade, do *status* diferenciado. *[...] um colega [...] estava se sentindo muito desconfortável, que trabalhava quatro horas por dia, ganhava por seis horas, mas as quatro horas ele ficava lá atendendo, e que a enfermeira que era a chefe ganhava por oito horas um salário melhor que o dele e passava em reunião.* (Cidadão do Mundo). Nas atribuições cotidianas quem detém, quem exerce o conhecimento científico tem, ou deveria ter direitos privilegiados. Ações que não integram esse *regime de verdade* como ações gerenciais parecem estar sob o estatuto de suporte ou de apoio e, portanto, com conotação auxiliar. Sob essa ótica pode-se sugerir que as ações gerenciais dos profissionais não médicos não destituem a legítima autoridade médica mas estão a serviço dela. Em busca de

descontituidades desses estatutos é que as políticas de Saúde procuram conformar nova relações de trabalho:

E eu acho que enfermeiro, [...]eu acho que o chefe, o coordenador, ele tem que perceber que as pessoas estão constantemente, principalmente junto ao coordenador que tem um poder, eles tinham um poder de chefia.[...] eu acho que a pessoa que tem uma certa ascendência como coordenação, ele tem que perceber que são formas de expressar[...] o coordenador, ele tem que colocar as pessoas mais à vontade, de não ter esse papel de cobrança, mas ter o papel de colaborador [...], mas na verdade, muitas vezes, eu acho que continua esse exercício de poder [...].(Cidadão do Mundo).

Como o discurso nos aponta, relações de chefia pressupõem relações hierárquicas. Como é possível se pensar em equipe se mantemos viva essa relação ? Parece que nessa relação existe um caminho de uma via, as iniciativas, as propostas precisam partir da chefia.

Vemos, em nossa realidade, a ampliação de profissionais não médicos que assumem funções gerenciais. Mas perguntamos: Quem detém as grandes decisões nas instituições de saúde em geral? A quem estas funções gerenciais que os(as) profissionais de outras profissões assumem, tanto nos hospitais, como em outros serviços, estão servindo?. Seriam estratégias para dar uma nova roupagem ao papel servil dos demais profissionais à área médica?

O saber médico, mostra-se legitimador de discursos e práticas nas instituições, sobretudo as hospitalares, cujos interesses políticos e econômicos mostram-se em evidência: interesses mercadológicos de tecnologias de ponta, de indústrias farmacêuticas dentre outras. Como já abordamos anteriormente, o saber médico, captura os demais saberes em saúde tornando-os quase anônimos ou dependentes desta área. Sob propósito de desmontar o estatuto de um saber que detém liderança natural e de saberes auxiliares ou complementares é que as relações profissionais mostram-se em permanente efervescência.

O hospital como instituição de Saúde, exige a vigilância permanente dos seus profissionais. A quem é designada a vigilância ininterrupta, impregnada de abnegação, de força quase desumana para enfrentar longas noites de vigília? À Enfermagem coube

historicamente este papel concretizado no simbolismo da lâmpada de Florence Nightingale que heroicamente vigiava seus pacientes.

[...] o enfermeiro deveria ter conhecimento, porque nós sempre achamos que o enfermeiro é [...] o que mais detém todas as informações, [...] é o guarda – chuva de todas as demandas do paciente e é quem tem e passa de um plantão para outro. É quem está na unidade... e quem está na unidade detém um poder maior do que os demais em termos da aplicabilidade das condutas dos diversos outros profissionais.[...]. depois da Enfermagem, surgiu a Nutrição e logo em seguida surgiu a Fisioterapia (Competência)

Vigiar na busca da intercorrência, do inusitado e na expectativa de que, se houver intercorrência, é necessário recorrer a quem repousa. A decisão em chamar ou não o/a outro/a, o/a médico/a também implica riscos e julgamentos e, portanto, não passível de autonomia decisória mas de dependência de aceitação, o que significa dizer que a/o enfermeira/o é passível de represálias caso sua decisão de chama-lo/a ou não reverta em prejuízo ao paciente.

[...] quando tu vais muitas vezes chamar o plantão, na madrugada. Aí entram as questões de gênero e de relação poder: cito como exemplo as muitas situações em que a profissional enfermeira chama um médico que está dormindo; ele, muitas vezes, contestando por não julgar relevante a situação a ponto de chamá-lo.[...] (Esperança).

A responsabilidade da vigilância do outro torna-se algo exclusivo da equipe de Enfermagem e ao mesmo tempo desprovido de autonomia: ao mesmo tempo que necessita vigiar permanentemente necessita da legitimação e aprovação de sua prática pela área médica.

Sob outro ângulo se poderia visualizar a vigilância como uma estratégia de poder que diferencia a Enfermagem das demais profissões da Saúde. Questionamos, para quem e por quem esta prática se concretizou? Que saberes estão embutidos nesta prática? Os saberes que colocam ao outro ou a outra, a mulher, em vigília permanente a exemplo do cuidado dos filhos, da família, enquanto o homem, provedor, detentor do saber descansa para ter condições

de melhores decisões. Esta lógica não estaria embutida nesta prática embora em ambas profissões os gêneros masculinos e femininos estejam presentes?

A passagem de plantão não deixa de ser uma estratégia que garanta a vigília permanente; embora seja uma prática em todas profissões, na Enfermagem parece adquirir uma conotação especial caracterizando a vigília como uma maneira de controlar permanentemente o ambiente, as pessoas que a rodeiam sejam elas pacientes, familiares, profissionais de Saúde, etc: [...] *De o médico chegar, pedir educadamente o prontuário[...] , realmente ele tem de pegar o prontuário agora. E a colega dizer: não, nós estamos em passagem de plantão, o senhor aguarde um pouquinho.*(Esperança). Embora tenha se tornado um ritual inquestionado nas práticas em Saúde um ritual que mantém embutido relações de saber/poder, a esta prática circulam conflitos e mal-estares que se mesclam a outras relações para desmontar estas.

As relações saber/poder das instituições hospitalares parecem diferenciar-se de outras a exemplo das unidades de atenção básica. Nessas instituições transita-se entre cenários privados e públicos. O hospital, com altas tecnologias, detém o poder do saber; as unidades sanitárias trazem vivas concepções de saberes abertos, libertados em que os profissionais lutam de maneira aberta por espaços profissionais; no hospital, parece que essas lutas tornam-se mais veladas. Relações mais igualitárias nas relações profissionais tornam os conflitos mais visíveis:

[...] as pessoas principalmente quando não têm uma boa capacitação e não se satisfazem, não têm vocação para atender pacientes, para estar ali no posto de saúde, vivenciar o sofrimento humano, ficam, até muitas vezes, até por indicação política, e até por não estarem muito afim de estar trabalhando com pacientes, ficam donas da verdade, uma reunião atrás da outra [...] mas são as que estão mais próximas do sofrimento das pessoas, e muitas vezes não são ouvidas no planejamento, porque não têm tempo, porque estão lá atendendo o paciente.(Cidadão do Mundo).

Seriam esses profissionais vítimas de um sistema ou de outros profissionais? Seriam os outros profissionais vilões, sob o exercício de uma prática carente de competência e de humanidade? Parece-me que ambos são fruto de construções sociais: de um lado, decorrem de um sistema, seja nas instituições de saúde ou de ensino, que pouco problematiza as relação de trabalho, o estatuto do conhecimento como algo que determina práticas e verdades, que desconsidera outros saberes humanos relacionais imprescindíveis para as relações profissionais e assistenciais; de outro lado, por centrarem suas análises em olhares eminentemente corporativos, com interesses particulares buscando neles estratégias de poder em ações sejam elas assistencias, gerenciais, entre outras.

As relações interdisciplinares, como nos mostra o discurso, parecem acenar para o outro. Olhar o outro a partir de suas normas, seus limites, suas dificuldades parece relativamente fácil, mas olhar para si mesmo(o) considerando a positividade do olhar do outro torna-se um grande desafio. Deveríamos perguntar mais uns aos outros, profissionais e usuários, como vêm nosso trabalho, como vêm nossos saberes, em que poderíamos mudar? Criar, sob olhar do outro, também parece um caminho que nos mantém imunes das formas cristalizadas de nossas áreas, de nossa Instituição, de nosso trabalho.

[...] em relação á Enfermagem, a gente fazia toda uma discussão de que por que aquela rotina da unidade tinha que ser daquela forma, por que não podia ser de outro jeito? Eu estou falando da experiência lá. Por que tinha que levantar às 5 da manhã? Por que que tinha que tomar banho até às 6? Para tomar o remédio, para ir depois para o café e aí. Depois [...] a conclusão que eu cheguei é que na verdade é muito mais que uma organização do trabalho dos profissionais, para dar conta das suas necessidades, do que os próprios pacientes[...](Coragem).

Coragem faz isso, coloca seu olhar em normas, em rotinas, questionando-as, trazendo movimentos. Estamos realmente preparados para acolher e permitir esse tipo de desacomodação? Ao assinalarmos tais dificuldades não estaríamos imprimindo uma ética de solidariedade tanto para com os profissionais como para com os pacientes?

[...] E depois eu tive uma oportunidade, assim... de confronto com os outros profissionais, dessas idéias e começar a defender. E encontrei uma enfermeira na liderança... assim, muito sensível, que me ouviu. E aí não começamos juntas a desenvolver alguma coisa em comum[...].(Competência

O acolhimento ao olhar do outro, á sua crítica, parece um caminho de abertura, embora reconheçamos que nela as relações de poder também borbulham, mas não podemos negar que ela transforma nossa prática e nossas relações sociais.

[...]Eu já participei de experiências cotidianas de uma unidade sanitária em que as reuniões de serviço contavam com a participação de toda a equipe, inclusive da pessoa da higienização. Mas não uma participação para servir o cafezinho. Mas uma participação como trabalhadora de Saúde daquela unidade que iria entrar em contato com usuário, como alguém que opina e que é capacitada para fazer, para receber, para ter vínculos, para acolher aquela pessoa que procura o serviço, participando de atividades, opinando em mesmo nível que qualquer outro profissional[...].(Esperança)

A saúde sob âmbito social, como a saúde comunitária que nasce a partir da necessidade de atender a população carente, parece ter uma atenção maior de profissões ditas femininas contrapondo-se a outras, a exemplo da Medicina, em que a especialidade clínica privada está em evidência tornando-se, estratégia de poder em busca de novos espaços, de constituição de liberdades.

[...]Porque me parece que os profissionais que trabalham com Saúde Pública, em geral sejam de qualquer área, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeuta, assistente social, médico, enfermeira, conseguem trabalhar mais de igual para igual, todos dentro de um único objetivo e com as mesmas metas (Esperança).

O atendimento incondicional, extrapolando os limites de carga horária parece ser uma prática própria dos papéis femininos de desprendimento, de doação incondicional. O controle sobre o outro também parece estar nas relações interprofissionais

As relações de saber-poder entre os profissionais, no âmbito de instituições de Saúde parecem diferenciar-se das relações destes mesmos profissionais quando atuam no âmbito do

ensino. Embora diferenças hierárquicas de saberes estejam submersas também no mundo acadêmico, nas instituições de saúde parece não haver distinção de privilégios entre os diferentes profissionais-docentes. Ou seja, o que está pautado é o saber da Universidade que impera sobre o fazer dos serviços de saúde onde habitam diferentes profissões. Há sempre uma expectativa de que professores e alunos sejam agentes propulsores de mudanças, de rupturas à sofrida realidade da Saúde.

[...] Nas unidades sanitárias em que eu já tive a oportunidade de estagiar, e faço isso até hoje, também não vejo. Já sofri muito isso até anos atrás, mas eu acho que com a municipalização da Saúde em Porto Alegre, essas relações melhoraram muito.(Esperança).

O discurso de Esperança nos assinala a presença de hierarquias veladas entre as diferentes profissões no âmbito acadêmico mas nos assinala mudanças que se refletem na prática cotidiana das(os) alunas(os) e professores em campos de estágio. Lembro-me de uma situação relativamente recente de que uma aluna da Enfermagem havia feito um registro no prontuário do paciente e que foi descartado, no lixo, por um aluno da Medicina. Esta atitude nos mostra que a valorização de saberes interdisciplinares ainda requer um longo caminho a ser des(construído) pelos profissionais em geral.

[...] Eu uso um termo muito popular aqui, eu acho que ninguém tem que querer enricar com a Saúde. Ficar rico com a Saúde. Eu acho que se limpamos isso de campo acharemos espaço para todo mundo. E há esse espaço. Eu tenho uma palavra chave na minha vida que é o que me move esse tempo todo, que é a esperança.(Esperança)

Esperança refere-se à *ética do cuidado de si* que instiga os profissionais, integrados às políticas de Saúde, a instituírem hábitos e costumes na vida das pessoas articulados ao controle permanente dos profissionais de Saúde cujo apoderamento se dá não somente na positividade dessas práticas mas também em interesses individuais e corporativos.

Higuera (1999) nos diz que, para Foucault, as relações de poder constituem tanto objetos como sujeitos, estando inerentes à relação do conhecimento. É neste sentido que

colocamos que as relações de gênero, como relações de poder constituem sujeitos e práticas sociais engendradas nas relações profissionais e nas práticas em Saúde. As palavras de Foucault na primeira conferência do Rio de Janeiro em 1973, citadas por Higuera (p.46) nos ajudam a entender melhor este processo:

Mi objetivo será mostrar a ustedes cómo es que las prácticas sociales pueden llegar a engendrar dominios de saber que no sólo hacen aparecer nuevos objetos, nuevos conceptos, nuevas técnicas, sino que hacen nacer además formas totalmente nuevas de sujetos y de sujetos de conocimiento. El sujeto de conocimiento posee, él mismo, una historia; la relación del sujeto con el objeto, o mas claramente, la verdad misma tiene una historia.

É neste sentido que não podemos separar nas relações profissionais o conhecimento científico, na maneira como se exerce no mundo profissional, dos demais saberes construídos nas relações sociais, incluindo nessas as relações de gênero.

Por outro lado, aparece a supremacia do saber sobre a prática. A Universidade impera seu saber e o impõe sobre a prática. Parece instituir-se uma hierarquia em que a academia por meio de suas teorias, dita a prática que deve ser executada pelos profissionais responsáveis pela assistência. Portanto, as relações de saber e poder não se restringem à relação entre diferentes profissionais mas também mostram-se evidentes na relação entre academia e instituição de Saúde. Instituições de saúde/ensino parecem ter nas relações interprofissionais estratégias com maior força em busca de autonomia, diferentes de instituições privadas em que as relações hierárquicas são pouco questionadas ou pouco abertas a questionamentos.

Lutar, significa criar possibilidades do novo o não somente em uma contraposição àquilo que está posto, mas saindo dele, experimentar o novo em uma fazer original. É assim que encontraremos caminhos para nova subjetividades nas práticas institucionais em Saúde.

4.2 A MÍDIA COMO UM ESPAÇO DE CONSTITUIÇÃO DE SUBJETIVIDADES

A área da Saúde tem sido um dos focos privilegiados nos espaços da mídia seja na divulgação/apresentação de matérias que apontam práticas consideradas adequadas para um melhor viver, seja no sentido de nos expressar e legitimar quais são os autores desses saberes embutidos nas práticas. Portanto, os impactos acerca das transformações da saúde e sua repercussões, se expressam nos discursos da mídia.

Fischer (2001) nos aponta que a mídia, os meios de comunicação possuem participação decisiva na formação do sujeito contemporâneo. Ou seja: por um lado, o que é expressado pelos meios de comunicação está alicerçado em saberes, em *regimes de verdades* que trazem significações e sentidos a determinadas práticas sociais como, por exemplo, as práticas de Saúde, ao mesmo tempo em que a expressão de novos discursos sejam eles visuais, escritos ou auditivos induzem a constituição de novas práticas e novos *regimes de verdades*. Isso significa dizer que os saberes não são cristalizados; eles sofrem rupturas e transformações constituindo-se novos saberes, novos discursos e novas práticas em saúde envolvendo mudanças nas relações interprofissionais.

Então, os meios de comunicação também se constituem em um lugar que nos ensina o que é saúde, que práticas de saúde estão presentes, como *são* ou *devem ser* os diferentes profissionais e que papéis *assumem* ou *devem assumir* na organização dessas práticas. Citamos, como exemplo, a matéria *A Medicina pode vencer a morte?* escrita pelo médico e professor universitário Miguel Srougi (2004) e publicada na Folha de São Paulo. O artigo aborda o processo de envelhecimento dos seres humanos influenciados por fatores biológicos, genéticos e *por influências do mundo em que vivemos*. Ao abordar a temática, discorre sobre a injustiças que impõem diferentes privilégios e benefícios acerca do desenvolvimento científico e tecnológico, chegando a discorrer sobre as conseqüências de uma possibilidade

remota de imortalidade. Mas no âmago de sua discussão o autor nos coloca: *postando-nos à margem desta discussão e obedecendo à obsessiva demanda da sociedade, a ciência médica vem desenvolvendo esforços extremos no sentido de prolongar a existência humana.*

Perguntamos: estaria esta evolução exclusivamente a cargo da Medicina? Onde ficam os biólogos, psicólogos, nutricionistas, sociólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, odontólogos, físicos, químicos, dentre tantos outros?

Seu discurso, iniciando pelo título da matéria nos instiga e refletir sobre a centralidade da Medicina na área da Saúde, assumindo vozes de diferentes saberes naturalizados como de seu domínio, mesmo que vozes anônimas se tornem autoras; outra questão presente diz respeito a certa onipotência, *natural e verdadeira*, que a Medicina, como saber, imprime sobre a sociedade a ponto de, a partir de suas prática, pensar a desafiar a morte mesmo como questionamento. E a sociedade, e as pessoas não são partícipes dessas importantes transformações e decisões vitais?

Naturalmente, este discurso remete um olhar de um médico sobre a Medicina instigando interpretações diversas de outros profissionais, entre os quais nos colocamos. Inspiradas nesta perspectiva, apontamos que, inúmeras matérias de jornais e revistas, de grande circulação e periodicidade, revelam conceitos e concepções de determinadas práticas em Saúde, questionando, inclusive, competência para o exercício profissional de determinada área por não estar reconhecida socialmente.

Na ótica de Foucault (1997), para a transformação das práticas discursivas seria necessária a introdução de novos conceitos, o acúmulo de novas informações e sua integração a outras práticas discursivas, articulando-as às relações políticas, institucionais.

Neste sentido, em análises acerca da mídia, Fischer (2001) nos aponta que os discursos, produzidos nos diferentes saberes e práticas sociais, que regem nosso agir, adquirem força diferenciada nos espaços de meios de comunicação.

...todas as 'dicas' médicas, psicológicas ou até de ordem religiosa ou moral,, comunicadas através de inúmeros especialistas de todos esses campos de conhecimento, a respeito daquilo que devemos fazer com o nosso corpo e nossa sexualidade, ao se tornarem presentes no grande espaço da mídia, não só ampliam seu poder de alcance público como conferem à própria mídia, ao próprio meio, um poder de verdade, de ciência, de seriedade. (p.50).

Atividades que dão projeção social, que mantêm *regimes de verdade* são expressadas pela sociedade e pelos profissionais: AMRIGS, (...) *o dia do fumo é no shopping e no Brique, bem uma população para sair na Zero Hora (...)* (Cidadão do Mundo). A articulação de discursos a práticas, legitimados pela mídia, mantém a visibilidade da Medicina na sociedade, tornando-se estratégias de poder para a perpetuação de um saber hegemônico.

Podemos também visualizar nos saberes em saúde e nas práticas profissionais expressadas pela mídia, o atravessamento de gênero. Ao analisar a temática mulher e trabalho, Strey (1999, p.41) nos diz que, nos dias de hoje, homens e mulheres vivem profundas transformações, tanto no âmbito do trabalho como no familiar. O trabalho constitui-se um dos aspectos fundamentais para a mudança na vida das mulheres. Hoje já não se tem mais clareza a respeito de trabalho masculino e feminino embora, como assinala a autora: *ainda hoje existem resquícios de idéias, atitudes, hábitos e leis mesmo no mundo ocidental capitalista, de que existem trabalhos de homens e trabalhos de mulher, ainda que isto não seja considerado politicamente correto.*

A crescente profissionalização da mulher nas últimas décadas abriu-lhe diferentes espaços na área da Saúde, da Educação, da Tecnologia, da Administração dentre outras. Entretanto, a naturalização das diferenças feminina e masculina é evidenciada nos discursos que se referem às práticas sociais, rotulando e emitindo mensagens que reforçam características de vulnerabilidade, sensibilidade e dependência, naturalizadas no desempenho profissional da mulher e, em contrapartida a inteligência, a segurança, a objetividade, naturalizadas no desempenho profissional do homem. Como salienta Strey, (2002) apesar de

todas as conquistas da mulher, na sociedade contemporânea, prevalece sua posição histórica de inferioridade em relação ao homem, uma vez que as transformações sociais apenas acrescentaram novos papéis aos deveres já instituídos.

Para ilustrar esses discursos, Rocha (2002).em seu artigo, em um jornal de grande circulação de Porto Alegre: "Toque feminino no comando" apresenta o tema com o seguinte chavão: *Pesquisador alerta as mulheres em cargo de chefia: traços que elas sempre consideram como qualidades, como intuição e sensibilidade, podem prejudicar suas carreiras quando mal empregados.* A temática do artigo é apresentada tendo como figura de fundo a obra de Boticelli (1434): *O Nascimento de Vênus* onde o pintor representa a criação da mulher. Na figura apresentada pelo jornal, a mulher está usando vestimentas tradicionalmente masculinas, sugerindo a necessidade de buscar, na figura masculina, *traços* ou características para que possa assumir determinadas funções, consideradas atribuições do homem. Como a própria temática sugere, cabe à mulher apenas acrescentar um *toque*, que parece ser um detalhe, em um universo que já está constituído como masculino. Estas análises nos apontam atravessamentos de saberes de gênero nas relações interprofissionais, incluindo nas relações entre as diferentes profissões da saúde.

Sob outra ótica e, como espaço de expressão dessas lutas nas relações interprofissionais da saúde, citamos o Projeto de Lei, de n. 25, em tramitação no Senado Nacional, denominado Projeto de Legalização do Ato Médico (ALTHOFF, 2002), que tem suscitado matérias em jornais e meios de comunicação. Seu discurso expressa lutas de saberes como caminhos e vontades de (des)continuidades, como manutenção/transformação das práticas em Saúde, que têm suscitado mobilizações e mal-estares entre os(as) profissionais de Saúde. O referido projeto propõe regulamentar o exercício profissional da área médica o que implicará a reorganização do exercício profissional das outras áreas, já regulamentadas. Inúmeros temas e contestações têm sido foco na mídia, reivindicando espaços e autonomia

profissional . Entretanto, essas mobilizações restringem-se a preocupações corporativistas e pouco se tem discutido sobre como aproximar os diferentes profissionais para darem conta das demandas da Saúde.

Outro exemplo a ser citado refere-se a matéria da Revista Isto É (BOCK e TARANTINO, 2002), onde é apresentada a temática, com o título expressivo *Guerra Branca*, tendo como figura ilustrativa uma mulher, caracterizada como enfermeira, com olhar ameaçador, preparando-se para realizar procedimentos. A matéria trata da disputa de espaços entre médicos(as) e enfermeiros(as) partindo de normas do Ministério da Saúde que autorizam o(a) enfermeiro(a) a realizar determinados procedimentos considerados, atributos exclusivamente médicos. A temática expressa a luta pela disputa de espaços profissionais, questionando a competência dos(as) enfermeiros (as) e sugerindo ameaças à população. Embora a matéria conceda voz às duas profissões, detalha o tema com matéria anexa: *triste experiência*, em que relata a situação trágica de uma mãe, falecida em trabalho de parto, e que estava sob cuidado de enfermeiras, sugerindo que o fato decorreria da falta de competência profissional para assumir tais atribuições. A reportagem nos aponta o enunciado de uma profissão naturalizada feminina, a Enfermagem que se opõe à outra, a Medicina, de quem o conhecimento, a autonomia e competência são atributos exclusivos.

Neste caso, observa-se que a Saúde brasileira não foi contextualizada, no que se refere às políticas ou aos problemas enfrentados pela população, como também à necessidade de participação dos(as) diferentes profissionais no processo de transformação da Saúde. As discussões estão pautadas essencialmente na atuação individual de cada área, não enfocando a necessidade de atuações interdisciplinares para que as práticas possam se desenvolver com melhor competência e resolutividade, reforçando a autoridade médica.

Para Testa (1992), cada profissão implica um modo particular de aquisição do saber, em que o desenvolvimento de competências e habilidades específicas são necessárias ao

reconhecimento legal para o exercício do trabalho. Entretanto, para se garantir assistência integral, como preconiza o Sistema Único de Saúde, é necessário trabalho conjunto, solidário e competente que pressupõe, na formação profissional o desenvolvimento de saberes voltados para a integralidade.

Neste sentido, Pitta (1996, p. 38) salienta que os(as) diferentes profissionais deveriam em suas ações, através de esforços de, *natureza ética*, transcender os limites de sua área de conhecimento e encontrar no ser humano o sujeito de sua prática profissional. A hierarquização do conhecimento e a decorrente divisão intelectual do trabalho, na área da Saúde, ao mesmo tempo em que fragmentou o ser humano, *produziu imperialismos biológicos, psicopatológicos, sociológicos* que necessitam ser enfrentados para que se desenvolva uma assistência integral.

São inúmeras e freqüentes as matérias que a mídia nos apresenta, em (tele)jornais, revistas, programas televisivos que dirigem nossos olhares a determinadas facetas da Saúde. Citamos, como exemplo, a matéria de jornal apresentada em 31 de dezembro de 2003 que aponta o balanço da Saúde no decorrer do ano que se encerrava naquela data. Constava na temática da matéria: *Saúde tem problemas agravados*. A matéria abordava a crise da Saúde, sobretudo na área hospitalar:

A saúde enfrentou um ano de crise. Paralisações em hospitais e postos e emergências lotadas, falta de medicamentos, mortes, por infecção nos hospitais. O problemas são históricos e a falta de recursos dificulta os investimentos (SIMAS, 2003,IV).

O discurso apresenta uma realidade que sugere um modelo de Saúde em que o hospital mostra-se como o centro de suas ações. A solução para as mazelas presentes nessa área centra-se na ampliação de recursos humanos e tecnológicos para a área hospitalar. Esta prática daria conta de toda problemática social que repercute na área da Saúde? O discurso também nos leva a pensar que estamos vivendo um período de rupturas, muito doloroso e dilemático

em que se estaria buscando a construção de um novo olhar acerca da Saúde (saber) e de novas práticas que ainda não se mostram visibilizadas nos discursos. Por outro lado, outras forças políticas e econômicas parecem se colocar em lutas no sentido de trazer *problemas históricos* como justificativas estratégicas mas que hoje não se mostram os mesmos por fazerem parte de novos projetos, novas abordagens sociais que procuram conformar a saúde a uma outra organização. Portanto, interesses diversos parecem distanciá-los dos espaços da mídia.

Como nos aponta o Relatório da 11ª Conferência nacional de Saúde (1996)

A mídia reforça a lógica do tratamento das doenças por meio de ações especializadas e centradas no modelo hospitalar. O próprio poder público investe em estratégias de comunicação que favorecem determinadas ações, especialidades e projetos que lhe asseguram maior visibilidade política. (p.52)

Então, os discursos apresentados também expressam estratégias de poder articuladas a interesses políticos e econômicos que colocam no Estado a responsabilidade de provisão de recursos financeiros como se essas estratégias fossem as únicas capazes de solucionar as mazelas presentes na sociedade.

Sob a dimensão da Saúde brasileira, Almeida (1997, p.55) aponta para o distanciamento dos(das) profissionais, das políticas de Saúde, tanto na teoria como nas práticas diárias, seja no ensino, como na pesquisa e na assistência. O que se evidencia são práticas essencialmente técnico-científicas, centradas no modelo biológico, curativo (normal/patológico), desprovidas de consciência social e crítica sobre a Saúde brasileira, bem como dos movimentos desta em termos mundiais. Na ótica da autora *o trabalho na saúde é tomado do lado da arte, do sacerdócio com um corpo de conhecimento técnico-científico que tem um lugar seletivo do ponto de vista da ciência e não se mistura com as outras práticas sociais* em que prevalece a valorização social da área médica.

Neste sentido, o cuidado à saúde assume uma dimensão estritamente técnica incorrendo no risco de ser reduzido à mera realização de procedimentos padronizados em normas e rotinas, centradas na doença, distante da integralidade do viver humano.

A reportagem da revista *Veja*, em entrevista com o cantor Marcelo Yuka (2001), concede voz a um usuário do sistema de Saúde em nossa realidade. Naquela ocasião, o cantor acabava de vivenciar o assalto que o deixou paraplégico. Suas palavras ilustram a realidade da saúde de nossa época, permeada pela mecanicidade, pela fragmentação do ser humano, reduzindo-o a um corpo sem subjetividade e singularidade.

Ao referir-se sobre o ocorrido, o cantor desabafa:

Tudo o que eu mais queria era segurar a mão de alguém.. Aprendi, que num Hospital, por mais que ele seja bom, você passa a ser um número. Sofri muito com isso. Chega de manhã, o cara tem de dar banho em você e em mais trinta. Então ele me lava como se estivesse lavando um banheiro... Vira de um lado, vira de outro, e pronto... Lá teve um 'enfermeiro' que para lavar meu sovaco, me puxou pelo ferro ortopédico, que tive que colocar no braço esquerdo. Quase morri de dor...

O entrevistado nos mostra, a partir de sua vivência, a mecanicidade do agir dos profissionais remetendo-nos a pensar que cuidar de pessoas que vivenciam situações de saúde/doença significa vincular-se ao seu processo de vida, participar de seus ganhos e perdas, de suas incertezas, de seus conflitos pessoais, familiares e sociais, de seu universo físico e emocional. Que cuidar significa estar presente e atento à problemática social que interfere no processo saúde e doença e não reduzi-lo exclusivamente a ações curativas descontextualizadas.

Parece-nos que ajudar uma pessoa a viver, a encontrar um novo sentido para sua vida, independente de sua condição de saúde provavelmente se constitua no propósito primeiro dos profissionais de Saúde. Eis mais algumas palavras do cantor entrevistado que nos remete a reflexões neste sentido:

O problema é que todo o mundo tem preocupação em me recuperar. Eu não tenho só esta preocupação. Quero viver, ser feliz. É difícil fazer que as pessoas entendam que eu não sou só um corpo que precisa de reparos. Por isso sinto uma solidão enorme. Estou trabalhando para viver andando, mas se não der não volto para a cama de jeito nenhum. (p.14)

O discurso apresentado por esta matéria nos aponta uma prática em transformação em que o usuário começa a ter voz no processo de cuidado, remetendo aos profissionais a responsabilidade de integrar a pessoa e sua respectiva família à escolha de possibilidades ao processo mutável de saúde.

Ao discutir sobre a necessidade de transformação da prática dos profissionais de Saúde, Campos (1997, p.181) nos assinala que *na assistência individual o sujeito que sobre algum tipo de intervenção é quase sempre tomado como se fosse um objeto inerte, passivo, como um ser incapacitado de esboçar qualquer tipo de reação, positiva ou negativa, às ações do agente que trata da cura.* Embora a passividade dos indivíduos não se mostre realidade nas prática dos serviços cabe ressaltar que o objeto de participação deste indivíduo, sua família ao processo terapêutico tem sido pouco considerado e refletido tanto na formação como nas práticas profissionais.

Os (as) agentes comunitários consolidam a participação da comunidade em práticas em Saúde, o que se constitui em ruptura de uma prática cujo saber mostrava-se hermeticamente fechado ao encontro de saberes negados, desconsiderados.

Muito mais que conceder voz ao usuário, esta reflexão deve transcender corporativismos profissionais que nos tornam *senhores do saber* e proporcionar aos indivíduos e comunidade *intercâmbio de saberes sobre a história da doença e da saúde* com o propósito de mudanças comportamentais tanto dos profissionais quanto das pessoas. Neste sentido Campos (1997) nos coloca:

Essa diretriz objetivaria ampliar a autonomia dos pacientes, dos grupos, da coletividade, reforçando sua condição de sujeitos sociais, capazes de se autocuidar e de cobrar das instituições o atendimento

às suas necessidades. Não acredito em geração espontânea de consciência sanitária, e vejo seu conhecimento qualitativo vinculado a esse intercâmbio conflituoso de distintas lógicas: a popular, técnico-clínica, epidemiológicas...etc. (p.192)

Esta temática por si traria oportunidades para novos estudos, entretanto, o que procuramos assinalar são movimentos que se mostram ora para a manutenção de um modelo já consolidado, ora para a construção de um nova lógica da saúde que se expressa em diferentes discursos teóricos mas que começa ter visibilidade em práticas discursivas. Os apontamentos expressados nesta sessão, merecedores de aprofundamentos teóricos futuros nos assinalam que a mídia se constitui e um importante espaço de expressão e ao mesmo tempo de constituição de *regimes de verdade*. As relações saber-poder que se expressam nos discursos da mídia como verdades nos assinalam subjetividades em permanente transformação como profissionais e usuários de um sistema de saúde. Ao mesmo tempo, como nos assinala Fischer (2001) a mídia, na expressão de *regimes de verdades* em saúde torna-se um espaço de constituição do sujeito contemporâneo.

5 REFAZENDO MATIZES: EM BUSCA DE UMA NOVA TECEDURA ?

Ao iniciar esse capítulo reportamo-nos ao desafiador processo de construção dessa temática pela sua amplitude, pela complexidade de matizes que conformam, normalizam, organizam, os saberes e práticas assujeitando as relações sociais em Saúde. Foucault ensinou-nos que a experiência nos renova, nos fortalece e nos mostra determinadas *verdades* passíveis de múltiplas reconstruções, presentes na capilaridade das relações que se mostram na cotidianidade. Nesse transitar ouvimos também a voz de Medeiros²⁰: *Deleuze, por exemplo, nos instiga a fletir-nos sobre nós mesmos e sobre nossas práticas* o que permite colocarmo-nos em permanente processo de transformação. Lágrimas, descobertas, (des)ânimo, criação, solidariedade, solidão, alegria, medo, foram alguns matizes que perpassaram os momentos de construção dessa tese, na busca de aproximação de referenciais que se mostravam distantes de nossa subjetividade como profissional e educadora. Transformar modos de subjetivação implica imprimir novos matizes, em sair de determinados formatos, de buscar novas formas de dizer, de olhar as coisas, de fazer e de conviver. Implica sair do que está posto para o desafio do impensado e do ineditismo. Aprendemos que no ineditismo e no detalhe das ações comuns, ordinárias, habitam redes de saberes construídos em nossa sociedade. Assim, descobrimos que não somos autores individuais(originalis?), mas autores sociais. Olhamos para esse processo com a satisfação de ter tido a coragem de fazê-lo em busca do novo, mesmo sob mazelas peculiares de uma pesquisadora que se inicia em temáticas foucaultianas. Perguntamos o quanto nós profissionais de Saúde, no cotidiano,

²⁰ MEDEIROS, Marilu. Diálogos informais de orientação.

questionamos nossas práticas, imersas no universo da família, do trabalho, do ensino, da pesquisa ou nos olhamos para nos perguntar: a que ordens pertencemos? queremos mantê-las sob essa mesma ordem e/ou, o que fazemos para mudá-las? Ou ainda, ao olhar só para si, onde ficaria o outro ou a outra? Vivemos em uma tecedura social que nos torna inseparáveis uns dos outros. Como profissionais de Saúde como vemos essa questão? Podemos ser profissionais separados dessas relações? Como e por que acontecem dessa ou daquela maneira? O termo conciliação vem em busca de conexões permanentes, mas transformáveis, permitindo movimentar o imenso universo de saberes e práticas sem cristalizá-los ou torná-los fechados em si mesmos. Tomando por exemplo a formação dos(as) diferentes profissionais é possível estabelecer tais conexões? Pensamos que os profissionais de Saúde necessitam, com urgência, integrar, ou pelo menos pensar integrar ao seu discurso científico, tão necessário e importante para o viver humano, o discurso ético tornando-os vigilantes de suas ações para com a sociedade para não procederem como intelectuais universais que ditam regras em abstrato mas sim torná-las concretas em seu cotidiano.

Nesse momento, precisamos dar conta do que refletimos, dos nossos discursos e de um propósito de novas práticas. Sim, precisamos saber em o que Doutorado nos fez avançar, que contribuições trazemos para a área da Saúde, após tanto investimento? Perguntamo-nos se em nossos discursos é possível encontrar caminhos e possibilidades para novas práticas em Saúde? O temor de que nossas contribuições caiam no vazio, dá lugar, mais uma vez, à motivação de nos colocar como alguém que transita por diferentes áreas da Saúde e a constatação de que não há *verdade* única e de que ela sempre é transitória.

Nessa viagem, foi possível ver que, em nossa sociedade, somos movidos por *regimes de verdade* que nos sujeitam, nos dirigem a determinadas escolhas, sejam elas profissionais, de hábitos de vida, de como, por exemplo, devemos e podemos ter ou não ter saúde, ser ou não felizes, ser ou não solidários. Essas determinações integram nosso cotidiano

desapercebidamente e não nos damos conta de que são passíveis de mudanças. Os apontamentos procuram trazer determinados olhares críticos sobre a saúde, longe de reforçarem separações, tão vivas entre os(as) diferentes profissionais, mas, ao olhar a realidade buscando caminhos de conciliação, de criação de novas possibilidades de relações sociais mais humanizadoras e solidárias, como mencionado anteriormente, uma estética da existência como nos dizem Foucault e Deleuze. Nossas contribuições conciliam-se também com contribuições trazidas pelos(as) participantes da pesquisa, em seu discurso, pois, como profissionais de Saúde, comungamos com regularidades ?, que se exercem em *regimes de verdade e* que nos inquietam, nos inconformam, nos fazem lutar para uma prática diferente.

Ao tecer sínteses à construção desta tese procuramos representá-las no diagrama (Fig. 2) trazendo em evidência matizes que trabalhamos ao longo das análises que se entrelaçam na sociedade, compondo o universo da Saúde. Tais matizes movimentam-se em estratégias de poder que circulam as relações sociais, alicerçadas em *regimes de verdade* colocando profissionais, saúde e sociedade imersos neles.. Com o olhar voltado para os propósitos da pesquisa e *transitando* entre discursos e práticas sociais procuramos identificar de que modo as relações de saber/poder participam do processo de subjetivação dos(as) profissionais de Saúde em formação e na práxis do cotidiano, bem como outros matizes presentes nas relações sociais como saberes de gênero que se entrelaçam em discursos e práticas sociais e lançando mão desses cenários encontrar possibilidades ou não de constituição não de novas *verdades* mas de possibilidades transitórias e transformáveis.

Ao resgatar tais propósitos centramo-nos na tese que se constitui o objeto dessa pesquisa: **A Organização das práticas em Saúde se dá pela interlocução de saberes instituídos como *verdades*, constituídos por e constituidores de subjetividades nas práticas acadêmicas, profissionais, bem como, nos espaços em que a Saúde se exerce como prática social**, em que procuramos tecer nossa crítica, desprendendo-nos de caminhos

teóricos e de dualismos que compõem o viver humano incluindo nesta as práticas em Saúde. Reinventar caminhos e práticas em um universo tão complexo parece ser um desafio a ser enfrentado a cada dia, por todos: profissionais de Saúde e sociedade. Novos matizes que transformem nossa subjetividade dotando-a de autonomia e liberdade. Perguntamo-nos se ao encontro com múltiplas *verdades* não teríamos encontrado nova enunciação? Como nos diz Foucault (1991, p. 239), o papel do intelectual não é determinar aos outros o que devem fazer ou determinar *vontades políticas* a eles senão questionar o que está posto, determinado em hábitos, pensamentos e práticas, *dissipar as familiaridades admitidas, retomar a medida das regras e as instituições a partir desta re-problematização*. É sob esse olhar, como já mencionamos anteriormente, que construímos esta tese acreditando na transitoriedade dos saberes e suas *verdades* que se concretizam nas relações sociais como produtores e produto de nossa subjetividade. Na Fig. 2, representamos o entrelaçamento de saberes e verdades que circulam no universo da Saúde e que se movimentam sob o estatuto do biopoder.

BIPODER

saber em saúde

Saberes femininos e masculinos

Fragmentação do
saber

Saberes profissionais

Hierarquização do
saber

Saber científico

Saberes
institucionais

POLÍTICAS
ECONÔMICAS

estratégias de poder

POLÍTICAS
SOCIAIS

Dependização do outro

Cuidado de si

Práticas e costumes

Direitos e obrigações

diferentes vozes profissionais

BIPODER

Olhar que curva para si mesmo ?

Figura 2 - o entrelaçamento de saberes e verdades que circulam no universo da Saúde

5.1 SAÚDE: DA METÁFORA DA DOENÇA PARA A METÁFORA DA VIDA

Reconhece-se a vida na doença, visto que é a lei da vida que, além disso, funda o conhecimento da doenças

.(FOUCAULT, 1993)

A Saúde brasileira contemporânea nos apresenta um cenário com paradoxos diversos imersos em políticas sociais e econômicas, na fragmentação de conhecimentos próprios de nossa cultura ocidental, fulcro de permanentes estratégias de lutas e efervescências sociais.

A crise da Saúde parece ser uma temática comum e cotidiana em nosso contexto, expressa nos discursos sociais sejam eles nos serviços de Saúde, nas academias, nos meios de comunicação, na sociedade em geral. Como vimos ao longo das análises, construir uma crítica da saúde significa tecer uma rede complexa e multifacetada que abrigam saberes ocultos trazendo determinadas conformações a essas práticas sociais. É buscando determinados fios dessa tecedura que procuraremos constituir os comentários a seguir.

Inspirando-nos em análises de Foucault, vivemos em uma sociedade em que o *biopoder* parece estar presente nas relações sejam elas assistenciais, acadêmicas, profissionais. Para Foucault (2002a) o *biopoder* é a *assunção da vida pelo poder* o que significa dizer que estamos enredados em tecnologias que orientam nosso viver, nossas práticas como seres humanos embutidas em uma política social e individual nas quais os(as) profissionais de Saúde também encontram-se mesclados. Nesse sentido, os profissionais de Saúde não somente exercem o *biopoder* mas também são constituídos por ele.

O saber em saúde têm em seu discurso e, presumimos, em suas práticas o saber médico que coloca em sua ingerência o *biopoder* com práticas inquestionáveis, herméticamente fechadas ao olhar das pessoas diretamente envolvidas. Sob essa ética ainda vemos em nossos dias o exercício das práticas das diferentes profissões. Poderes com múltiplas positivities parecem encobertos a esse estatuto nos assinalando a necessidade de repensarmos nossas ações; ações essas que necessitam de abertura para novos saberes, novas práticas para o questionamento se o saber científico é o único estatuto que nos garanta um viver saudável. Olhar a saúde sob a dimensão da vida e não da doença requer novos modos de subjetivação que rompam com concepções dicotômicas do viver e do exercício profissional: ou se está bem, ou se está mal, ou se está doente ou se está sadio; ou se é enfermeiro, ou se é nutricionista, ou se é médico ou se é assistente social. O viver e a saúde necessitam conciliarem-se no sentido de que a cada dia conquistamos o direito e o dever de sermos saudáveis, mesmo estando acometidos por determinadas doenças. Da mesma maneira, ser determinado profissional não exclui a condição de ser um(a) profissional de saúde, de ser um(a) cidadão (a) portanto, pertencente a um universo com propósitos comuns a outras profissões e à sociedade.

O modelo biomédico, embora em transformação, mostra-se em evidência em nossa realidade. A racionalidade que evidencia a doença sobre a vida parece ter perpassado a formação e a prática das diferentes profissões da Saúde. Que perspectivas vemos para o resgate à vida como razão primeira de nossas ações profissionais? Como podemos redesenhar esta realidade se estas concepções ainda se mostram fortemente presentes na formação? Ao ingressarem na Universidade os(as) alunos(as), nos primeiros semestres, têm nestas raízes sociais a perpetuação desta realidade: aulas de Anatomia com cadáveres nos assinalam que o primeiro contato com a vida se dá através da morte; perpetua-se o olhar para o corpo como um mecanismo inerte, desprovido de identidade singular e social. O corpo, como mecanismo

biológico parece permanecer em evidência. Laboratórios frios, altamente equipados, pouco humanizados parecem compor um cenário que dá início a formação destes profissionais. Nesses e tantos outros espaços de ensino como laboratórios de Microbiologia, Bioquímica, Patologia estes mecanismos parecem articular-se a um corpo eminentemente biológico. O *regime de verdade* de que saber biológico traz poder e traz diferenciais na formação das diferentes profissões também se faz presente: quanto mais profundos os conhecimentos nesta área mais um profissional se diferencia do outro. Neste universo de espaços comuns, os laboratórios tornam-se os primeiros espaços de convivência interdisciplinar. Nestas experiências interdisciplinares circulam e fervilham relações de saber/poder entre os(as) diferentes acadêmicos. Espaços comuns mas com diferentes aprofundamentos trazem embutidos *regimes de verdade* que hierarquizam saberes e práticas. Sob o olhar de saberes que diferenciam formações que as colocam hierarquicamente, os(as) acadêmicos(as) e professores(as) se vêem enredados a esse processo, normalizando seus discursos e práticas e em permanentes batalhas para a convivência de relações profissionais igualitárias e conciliadoras.

Não poderíamos começar a construir uma relação de unidade na diversidade? Utilizando-nos de idéias de Morin (2000) a Saúde e suas práticas necessitam contemplar a condição humana em sua singularidade e sua permanente estranheza em relação a múltiplas *verdades* nos dirigindo a ações de mutualidade que implicam respeito e conciliação.

As concepções sobre a Saúde entrelaçam-se nas tramas sociais históricas como Foucault nos assinalou ao longo desta pesquisa, imprimindo em nosso cotidiano determinados saberes e práticas que articulados ao *cuidado de si* organizam e determinam ou orientam nosso viver. Sob esses estatutos nossas práticas como profissionais se concretizam impregnadas de *verdades*. Os saberes científicos são nosso porto seguro para essas *verdades* sob a égide de um saber central, o saber médico. Saberes múltiplos, muitos silenciados nas

tramas do saber médico trazem no cotidiano dos(as) profissionais conflitos permanentes. Parece-nos que a libertação desses saberes silenciados pressupõem a constituição de uma nova ética em que o saber próprio de cada área concilia-se ao propósito comum da Saúde. Que interesses políticos e econômicos tornariam possíveis tais práticas? Pensamos que uma ética agregadora, multiplicadora de práticas de educação para um viver saudável e de resolutividades de problemas de Saúde trariam para a sociedade grandes benefícios, reconstruindo interesses políticos e econômicos, porém distanciados de novas normalizações e integrados à dinamicidade das relações sociais. Embora sejam propósitos um tanto na contramão e talvez ingênuos, o que trazemos à tona são reflexões que buscam um novo tom ao conflituado campo de relações de poder que, em nome do *cuidado de si*, isolam cada profissão em um nicho de saber, reduzindo as práticas em Saúde a ações fragmentadas, muitas vezes desconexas das necessidades sociais sejam elas no âmbito da Saúde pública ou privada.

Essas práticas sociais Saúde nos assinalam mudanças mesmo que ainda incipientes ampliando a participação da população às práticas normalmente impostas pelos profissionais e, ao mesmo tempo abrindo possibilidades de práticas agregadoras mesmo que ainda pontuais no universo da saúde, parecem assinalar mudanças que aos poucos se capilarizam nas relações sociais, sejam em instituições de ensino e de Saúde. Práticas pontuais, significam a circulação de discursos pontuais que estão se construindo e transformando ações sociais.

Vivemos em um momento de transição de um modelo na Saúde: de um modelo eminentemente biológico, curativo, para um modelo que busca a integralidade não somente entre os níveis de atenção primário, secundário e terciário mas uma integralidade da pessoa, seja ela usuário dos serviços de Saúde ou profissionais. Práticas altamente especializadas contrapõem-se a práticas integralizadoras. Não parece haver movimentos de conciliação nessas práticas que em suas positivities se complementam, preocupação essa pouco presente, sobretudo nas academias que formam novos profissionais. Serviços públicos,

serviços privados parecem ser dois universos desconexos no âmbito da Saúde; práticas fragmentadas em saberes profissionais isolados, em instituições hospitalares, ambulatoriais e de atenção básica.

Em nossa sociedade a área da Saúde parece tornar-se abrigo e cenário para expressão de inconformidades sociais, de indignações às diferenças sociais, que tomam corpo nos espaços da saúde, nas diversidades de práticas públicas e privadas. A sociedade parece buscar na Saúde um porto seguro e, ao mesmo tempo um espaço de expressão das vozes sociais. Estamos preparados para enfrentar e acolher tais vozes provindas de mazelas sociais? Não estaríamos, pelas reivindicações que se refletem na área da Saúde também sendo porta vozes de outras áreas a exemplo da Educação? Esta se expressa na transformação de conhecimentos, de hábitos, de costumes, do próprio pensamento que conforma o viver social. Nessa ótica, como abordamos no capítulo 3, não se estaria perpetuando *regimes de verdade* que colocam a área da Saúde na centralidade do viver humano e social? Olhar a saúde sob essa dimensão parece conceder-lhe certa hierarquização em relação aos demais saberes sociais. Assim, discutir com a sociedade, suas mazelas e suas práticas, superando departamentalizações que remetem a críticas redutoras do cenário social brasileiro talvez sejam caminhos a serem construídos em nosso viver como cidadãos e cidadãs. Ser profissional não parece ser suficiente. É necessário que conheçamos a tecedura de nossa sociedade, como redes sociais que nos interligam, nos tornam inseparáveis das práticas sociais, das instituições, sejam elas na Saúde, na Educação, na Sociologia, na Tecnologia e assim por diante.

5.2 DE UM SABER INDIVIDUAL PARA UM SABER CONCILIADOR:

Práticas interdisciplinares parecem integrar os discursos profissionais, e concretizando-se, entretanto, em instituições pontuais. Estamos caminhando em direção a uma relação interdisciplinar no sentido de conciliar saberes e práticas? No âmbito do ensino, vivemos um momento de efervescência de mudanças curriculares. As Diretrizes Curriculares da Saúde nos impõem mudanças, abordadas anteriormente, que procuram sair de um modelo eminentemente curativo, hospitalocêntrico e biomédico, para um modelo em que a saúde está em evidência em todos os processos do viver humano. Esse novo olhar, integrado a interesses políticos e econômicos vem, também, ao encontro de uma prática universal e integralizadora entre as diferentes profissões. Perguntamos: como, nas universidades, esses projetos pedagógicos estão sendo construídos? Há mobilização entre os diferentes cursos ou faculdades no sentido de se discutir como repensar seus projetos pedagógicos diante de mudanças tão importantes, encontrando eixos comuns para a construção de uma relação interdisciplinar legítima e conciliadora? Projetos construídos isoladamente, sem ampliar discussões ao universo da Saúde, podem trazer, embutidas, estratégias de poder: um currículo diferenciado, no âmbito da universidade ou até da sociedade pode exercer relações de poder em relação a outras áreas. Projetos enclausurados em si mesmos reforçam saberes corporativos, individuais. Como cada curso trabalha, por exemplo, seus códigos deontológicos? Não seria esse um momento importante para que as diferentes áreas pudessem discutir sobre práticas que serão a realidade dos futuros profissionais no universo do trabalho? Colocar na mesa as relações de poder encobertas em determinadas práticas seriam também estratégias para a construção de uma ética conciliadora que renovem crenças acerca da vida, não como *verdades* dadas, mas como possibilidades de criação e de inovação de práticas

salutares que apreendam novos sentido de vida e de viver. Subjetividades que lancem mão do que está posto para criação de novos caminhos de relações.

Também se mostra necessária a instituição de práticas que promovam discussões sobre como vêm se instituindo as relações interdisciplinares dos profissionais de Saúde em seu cotidiano de trabalho. Algumas iniciativas particulares e locais parecem presentes como, por exemplo, a discussão sobre o Ato Médico, abordada anteriormente, mas parecem ser discussões restritas a delimitações profissionais e não como iniciativas que proponham a construção de novas relações éticas entre os diferentes profissionais. Discutir sobre as relações de poder que circulam nas práticas de Saúde, e trazê-las à tona, significa conceder voz igualitária, aos(as) profissionais das diferentes áreas, que, em seu cotidiano, vivenciam os desafios dos serviços de Saúde. Acreditamos que essas reflexões e mais ainda, esta postura interdisciplinar deva ser (re)construída e vivenciada no mundo acadêmico e profissional com os docentes, alunos(as), profissionais dos serviços de Saúde e sociedade.

Saberes hegemônicos que se contrapõem a saberes anônimos, silenciados no universo da Saúde parece ser uma análise um tanto comum que traz à tona hierarquias de saberes. Mas, como questionamos anteriormente, não estaríamos legitimando, sob essa ótica, saberes superiores e saberes inferiores? Nessa caminhada de reconstruções, não teríamos que buscar uma outra lógica de intersecção de saberes? Pensamos que, para isso, faz-se necessária a construção de uma nova ética que institua nas relações sociais o estatuto da liberdade e da autonomia.

Liberdade, autonomia, são palavras que se apresentam como regularidades, não somente no discurso das participantes dessa pesquisa mas também nos discursos sociais. Em que estatutos se fundamentam? É possível sermos livres ou autônomos em uma prática social como a Saúde, ou em qualquer prática social? Em nosso entendimento, tal como propõe Foucault, essa noção se assume junto à idéia de um *cuidado de si*, de uma estética da

existência (retirando dessa a noção de um moral, a priori). Ainda, liberdade pressupõe respeito, solidariedade, ser oportunizado à criação de suas práticas e colocá-las na relação com o outro. Parece que na área da Saúde, nós, profissionais, vivemos em mundos diferentes, pensamos nossa liberdade e nossa autonomia sob a ótica de interesses principalmente individuais. A idéia de liberdade parece pressupor desamarras, (des) e (re)conexões ao universo social. Como nos diz Deleuze (2002, p,89), *o homem [a mulher] não nasce livre mas torna-se livre ou liberta-se. A liberdade está conectada a nossa relação social mas o homem/a mulher é livre quando entra na posse de sua potência de agir, ou seja, quando seu 'conatus' é determinado pelas idéias adequadas de onde decorrem afetosativos, que se explicam por sua própria essência (p.90)*

A autonomia nos traz a idéia de independência, de auto-determinação sintonizada a nossa racionalidade. Perguntamos: é possível sermos independentes e autodeterminarmos práticas em Saúde, em que está em foco o ser humano e seu viver social? É possível sermos livres e autônomos em práticas que articulam diferentes profissões a um propósito comum que é a saúde? Acredito que a liberdade é algo que nos permite deixar emergir nossa potencialidade de (re)criação de nossas práticas profissionais e sociais.

Rupturas, discontinuidades parecem permear nossa sociedade. E na Saúde não parece diferente: profissionais, docentes, alunos, usuários, famílias parecem ter suas subjetividades enredadas a esse processo. Penso que é inacabado, pois vivemos em uma sociedade com diferenças, com diferentes classes sociais, com culturas e etnias diversas e como pensar que esse processo poderia dar fim? a tanta efervescência de saberes e de práticas? Em meio a tantas práticas que nós, profissionais da Saúde chamamos de *verdadeiras* encontram-se outras historicamente silenciosas, que o saber científico as desconsidera. Essas práticas silenciosas em que repousam saberes de pessoas de diferentes culturas, etnias que não são consideradas ou, pelos menos, ouvidas por nós profissionais. Em nossa prática cotidiana, naturalizamos

prescrições de hábitos, cuidados, determinações sobre o viver das pessoas e pouco sabemos sobre seus saberes e suas práticas, que poderiam transformar nosso saber e fazer cotidianos. Em nosso entendimento esse é um dos avanços que as políticas de Saúde trazem à sociedade: a aproximação das pessoas, das comunidades ao universo da Saúde. Aprendemos a construir nosso conhecimento como se nos pertencesse exclusivamente, tornando-o a nossa *verdade* pois ele nos traz poder, nos diferencia, nos traz recompensas econômicas e sociais. Assim, ao nos apossarmos do conhecimento que imprimimos em nossa prática e que a fundamentamos deixamos de compartilhá-lo com o outro, de integrar novos matizes que transformem permanentemente essas verdades. É sob essa ótica que percebemos o quanto nós, profissionais de Saúde, em nossa prática cotidiana, nos mantemos distantes dos(as) usuários(as) das instituições de saúde, de suas famílias, dos demais profissionais.

As Políticas de Saúde nos ajudam a (re)desenhar práticas mas parece que são apreendidas e concretizadas isoladamente, tendo como pano de fundo as práticas e rituais já institucionalizados. Em algum momento estas práticas são questionadas ou trabalhadas em conjunto com as diferentes profissões? O que parece é que as práticas giram, quase que exclusivamente, em torno de papéis, que cada área necessita cumprir, que se inter cruzam nas relações de poder, sejam elas ligadas ao saber como conhecimento científico ou como prática social. Falamos constantemente da necessidade de trabalharmos de maneira interdisciplinar. Mas o que oferecemos na formação dos profissionais de Saúde? Formações isoladas, voltadas para si mesmas. Vemos nas universidades espaços para redesenhos dessas práticas, tanto no âmbito da Educação como da Assistência?

No âmbito profissional, transformar concepções de saúde significa agregar às práticas os saberes oriundos da pessoa (suas experiências, sua cultura, seu modo de vida), aos saberes profissionais, instituindo-se novos modos de sujeição que concede voz, a participação das pessoas, instituindo-se uma construção de aprendizados mútuos e solidários.

Diante das transformações sociais e corroborando com Lunardi (1999b) defendamos a importância de refletirmos, como profissionais de Saúde, sobre aquilo que normaliza um viver saudável e feliz para que não nos utilizemos de interesses particulares e corporativistas em nome da saúde das pessoas. O distanciamento de uma crítica acerca da saúde brasileira dos seus profissionais parece ser um limitador para que possam inserir-se em um processo crítico e transformador da saúde. Práticas eminentemente técnicas, distantes de contextualizações sócio-históricas parecem ser uma realidade nas diferentes profissões da Saúde: algumas mais próximas, outras mais distantes, seduzidas por procedimentos e tecnologias parecem traçar, nos universos de seus profissionais, diferentes práticas e subjetividades.

Colocar em circulação, nas práticas sociais em Saúde, temáticas e discussões acerca dos corporativismos profissionais e dos interesses individualizados de cada área que se mostram presentes no cotidiano da Saúde e ao longo da formação dos profissionais de Saúde, talvez seja uma estratégia a ser construídas em diferentes espaços sociais, incluindo neles a mídia, em prol de uma assistência integral e humanizadora. Refletir acerca da organização das práticas em Saúde, das concepções que atribuem diferenças às práticas profissionais das mulheres e dos homens, instituindo desigualdades sociais.

Não questionamos aqui sobre a necessidade de que os(as) profissionais de Saúde tenham jornada de trabalho e salários diferenciados para que com qualidade de vida possam melhor cuidar da saúde humana; o que trazemos são ideais essencialmente individuais, que se restringem a interesses mercadológicos, estimulados pela formação de profissionais e com propósitos de garantirem diferenciado *status* social a esses profissionais.

Morin (1991) nos assinala um dos grandes desafios dos profissionais de Saúde: a reconstrução de um pensamento complexo que perpassa os saberes e as práticas, remetendo a uma subjetividade profissional mais solidária. A problematização parece ser um caminho que nos faz transitar pelo universo do conhecimento complexo, ajudando-nos a construir análises

e críticas transformativas no universo da Saúde. Ela nos faz sair dos limites de nossas áreas, das imposições reduzidas do mercado de trabalho para constituir subjetividades dotadas de liberdade, de autonomia para transitar nos dilemáticos cenários da Saúde.

Há portanto, na discussão sobre a fragmentação do saber em Saúde oportunidades para que os(as) profissionais, em práticas dialógicas, ampliem sua compreensão sobre diferentes interfaces que se mesclam aos diferentes saberes e que necessitam de interconexões que coloquem em evidência o cuidado de si com o outro, seja este profissional ou usuário do serviço de Saúde. Há necessidade também de tornar as práticas em saúde uma construção conjunta que possa ser compartilhada em um mesmo espaço físico e temporal com diferentes profissões, o que ainda parece distante de nossa realidade. Em nossas práticas acadêmicas centralizamos nosso olhar para os objetivos que temos que cumprir em determinadas disciplinas de nossas áreas, sobre as atividades que os(as) alunos necessitam realizar para o cumprimento desses objetivos e pouco refletimos sobre o quanto essas atividades, realizadas isoladamente das demais áreas, deixam de ser potencializadas ou, muitas vezes, o quanto elas desconsideram a real necessidade das pessoas, como usuárias dos serviços de Saúde. Em muitas situações submetemos essas pessoas a anamneses, a entrevistas de maneira repetitiva em que cada área se preocupa exclusivamente como seu foco de atuação. Esta prática, e quase invisível em instituições de Saúde/ensino e em instituições de Saúde públicas em que as pessoas ainda permanecem à margem da participação

Trabalhar, também, com atravessamentos de gênero que se mostram nas relações sociais significa dar voz a saberes quase imperceptíveis em nosso cotidiano, mas que conformam relações sociais, foco de estudo de diferentes correntes feministas, que buscam, em suas análises, respostas e proposições nas relações entre homens e mulheres. Nesse sentido, e corroborando como Machado (1998), acreditamos na possibilidade de reconstruirmos relações entre homens e mulheres rompendo não somente com determinismos

biológicos mas com determinismos que agregam diferenças ou universalismos, hierarquizando relações sociais tanto no âmbito público como privado. Não nos damos conta, mas esses saberes perpassam nossa relação com homens e mulheres. As diferenças de gênero engendram resistências, lutas, constituindo-se em nossa subjetividade como caminhos unilaterais, que ditam hierarquias sociais mas que se constroem nas relações de poder, não como algo cristalizado mas que se movimenta nessas relações. E esse movimento parece estar presente em nosso cotidiano da Saúde: *regimes de verdade* que ditam profissões masculinas e femininas, mesmo estando estas como conformações fora desse determinismo, parecem tornar-se camisas de força nos espaços de Saúde: homens que são discriminados por estarem em espaços de mulheres; mulheres que assumem espaços de homens parecem ser linguagens anônimas e silenciosas nessas relações.

Diante dessas considerações apontamos alguns desafios entendidos como transgressões a essas *verdades* instituídas, *coisas* que não estão dadas, algumas até na contramão do instituído, como uma outra estética da existência na área da Saúde, mas não como novas *verdades*. Acreditamos que restringir projetos e proposições à área da Saúde também significa legitimar a fragmentação do sujeito social contemporâneo, o que implica a necessidade de reinvenção de práticas integradoras e solidárias. É sob esta ótica, que tecemos as seguintes proposições:

No âmbito social:

Reinventar práticas que proponham unidade, em sua complexidade, das políticas sociais. Práticas que entrelacem diferentes projetos políticos tornando o ser humano e a sociedade integrantes de um único universo.

Reinventar práticas sociais que tragam novos olhares sobre o viver humano permitindo tecer conexões e romper com dualismos que nos separam, nos estigmatizam, nos excluem, nos naturalizam, sob diferentes maneiras, nas práticas sociais.

Reinventar instituições e práticas laborais que nos tornem profissionais-cidadãos, integrantes de um único universo social.

Reinventar práticas educativas em que o viver humano transcende o universo da Saúde, corroborando, portanto, com práticas que agreguem a complexidade do viver biológico, humano, social, tecnológico, dentre outros.

Integrando a essas proposições ao universo da saúde propomos:

Fazer circular no âmbito acadêmico e profissional espaços abertos para discussões acerca do viver humano e social.

Reinventar, no universo acadêmico, práticas de Saúde que agreguem as diferentes áreas tendo como eixo comum a problematização da Saúde e da realidade social, local e brasileira.

Fazer circular no universo acadêmico e, especificamente nos projetos pedagógicos das diferentes graduações da Saúde, bem como no âmbito de instituições de Saúde temáticas interdisciplinares para discussão de práticas, invisíveis no cotidiano, como: passagem de plantão, chamado de plantão, consulta, diagnóstico gênero nas relações profissionais envolvendo práticas de cuidado, como estratégias de poder, fulcro de conflitos e distanciamentos profissionais que perpassam tais práticas; tornar visíveis tais discussões no âmbito da comunidade e nos meios de comunicação.

Realizar fóruns permanentes a serem desenvolvidos na área da Saúde integrando a abordagem clínica, social, pública, privada, não como práticas dicotômicas, mas integrantes de um sistema único, as quais envolvem práticas individuais contextualizadas em um sistema político, econômico e cultural. Fóruns esses, não como atividades pontuais mas como movimentos que se fazem presentes no cotidiano social da Saúde.

Realizar fóruns de discussões, envolvendo os projetos pedagógicos da área da Saúde bem como a comunidade local, buscando interfaces comuns a serem problematizados no âmbito dos saberes e práticas.

Realizar fóruns comuns, envolvendo professores e alunos das cursos da Saúde, profissionais de serviços e vozes da comunidade local a fim de problematizar as políticas de Saúde e Educação vigentes, como construção de uma crítica transformativa.

Fazer circular, nos diferentes cursos, temáticas comuns que busquem a compreensão do saber do(a) outro(a) em busca de desconstrução de saberes hierarquizados.

Colocar à tona, como práticas discursivas no cotidiano profissional e acadêmico, os atravessamentos de gênero que se mostram presentes nas relações sociais, incluindo nestas as relações profissionais.

Estas proposições e tantas outras nos assinalam que novas estratégias de lutas necessitam integrar nosso cotidiano. Lutas para (re)construção permanente de nossas práticas como profissionais de Saúde. Contudo, sua expressão foge da completude ou da determinação de novas prescrições, mas propõe criar possibilidades de práticas sociais inusitadas e dinâmicas.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- ALBUQUERQUE, Otávio Clementino. Apresentação. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8.; 1986, Brasília, DF. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430 p.
- ALMEIDA, Hilberto Corrêa de. O ato médico. **CORREIO DO POVO**. Porto Alegre, 9 abr. 2002.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel. A enfermagem e as políticas de saúde. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 53-62, jul. 1997.
- ALTHOFF, Geraldo. **Projeto de Lei nº 25/2002**. Disponível em: <<http://www.chapauniaioerenovacao.hpg.ig.com.br/2502.html>>. Acessado em 08 out. 2002.
- ALVIM, Ermengarda de Faria. Atribuições e inter-relações do serviço de enfermagem e do serviço social, e dêstes com o serviço médico, em saúde pública. In: CONGRESSO SUL-RIOGRANDENSE DE HIGIENE, 2.; 1959, Porto Alegre, RS. **Anais...** Porto Alegre: Selbach, 1959. p. 175-81.
- AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. Democracia e saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8.; 1986, Brasília, DF. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 35-42.
- BAPTISTA, Suely de Souza; BARREIRA, Ieda de Alencar. **A Luta da enfermagem por um espaço na Universidade**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997.
- BOCK, Lia; TARANTINO, Mônica. Guerra branca. **ISTO É**, São Paulo, n. 1722, 2 out. 2002.
- BORDO, Susan R. O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault. **Revista Gênero, Corpo, Conhecimento**, p. 20-41, 1988.
- BOURDEAU, Pierre. **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8.; 1986, Brasília, DF. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 430
- _____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88>>. Acessado em 08 out. 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Relatório. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9.; 1992, Brasília, DF. **Anais...** Brasília: UNB, 1992. 181 p.
- _____. Ministério da Educação. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/home/ftp/LDB.doc>>. Acessado em 08 out. 2002.

- _____. Ministério da Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11.; 1996, Brasília, DF. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1996. 47 p.
- _____. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em enfermagem.** Brasília: Ministério da Educação, 2001.
- _____. Ministério da Educação. **Duração de cursos para Educação Superior.** Brasília: Ministério da Educação, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.ministeriodasaude.gov.br>>. Acessado em 30 maio 2004.
- BRUSCHINI, Cristina. Maternidade e trabalho feminino: sinalizando tendências. In: REFLEXÕES SOBRE GÊNERO E FECUNDIDADE NO BRASIL- FAMILY HEALTH INTERNACIONAL, Campinas, SP. **Resumos...** Campinas: Núcleo de Estudos de População- UNICAMP, 2003. Disponível em: <<http://www.fhi.org>>. Acessado em 08 out. 2003.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9.; 1992, Brasília, DF. **Anais...** Brasília: UNB, 1992. p. 109-16.
- _____. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997.
- CAPRA, Fritjof. **Ponto de mutação.** São Paulo: Cultrix, 2000.
- CARNEIRO, Vera Clotilde Garcia. **Profissionalização do professor de matemática: limites e possibilidades para a formação inicial.** 1999. Tese (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.
- CARRARA, Sérgio. Entre cientistas e bruxos- ensaios sobre dilemas e perspectivas de análise antropológica da doença. In: ALVES, Paulo César, MINAYO, Maria Cecília (Org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- CARVALHO, G. de C. M. O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Revista de Saúde de Sociedade,** São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-24, 1993.
- CASTRO, Ieda Barreira e. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Rio de Janeiro, v. 28, n. x, p. 76-94,. 1975.
- CECCIN, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a motagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS RA (Orgs). **Construção da Integralidade, Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde.** Rio de Janeiro, UERJ/IMS: ABRASCO, 2003.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. **Porque uma lei para o ato médico?** Brasília: CRM, ano XVII, n. 139, nov. 2002.
- DÂMASO, Romualdo. Saber e práxis na reforma sanitária avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma sanitária em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez, 1995.
- DELEUZE, Gilles; GUATARRI, Félix. **O que é filosofia.** São Paulo: Ed. 34, 1995.
- DELEUZE, Gilles. **Nietzsche e a filosofia.** Tradução: Antônio M. Magalhães. Porto: RÉ S Editora, 2001.
- _____. **Espinoza: filosofia prática.** São Paulo: Escuta, 2002.

DEMO, Pedro. **Complexidade e aprendizagem**: a dinâmica não linear do conhecimento. São Paulo: Atlas, 2002.

DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. Construindo aspectos teórico-metodológicos da pesquisa sobre interdisciplinaridade. In: FAZENDA, Ivani Catarina Arantes (Org.). **Dicionário em construção**: interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2001.

FERREIRA, H.B. A residência médica no Brasil. **Residência Médica**, Brasília, v.6, n.1/2, jan/jun, p. 2-12, 1984.

FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira; BRITO, Dyla Tavares de Sá; BOTAZZO, Carlos. Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 753-63, 2003.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e o desejável conhecimento do sujeito. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 39-59, jan./jun. 1999a.

_____. Foucault: Um pensador na “Linha Feiticeira”. In: SEMINÁRIO A ANTROPOÉTICA DE LÉVI-STRAUSS, 1999, Porto Alegre, RS. **Resumos...** Porto Alegre: mimeo, 1999b.

_____. **Televisão e Educação**: fruir e pensar a TV. Belo Horizonte: Autêntica. 2001.

FONSECA, T. M. G. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: LOPES, Marta Julia Marques, MEYER, Dagmar Estermann, WALDOW, Vera Regina. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 63-75.

FOUCAULT, Michel. **Saber y verdad**. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta, 1991.

_____. **La vida de los hombres infames**. La Plata: Caronte Ensayos, 1993.

_____. **Resumo do cursos do Collège de France 1970-1982**. Tradução Andréa Daher. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. Teorias e instituições penais (1971-1972). In: _____. **Resumo do cursos do Collège de France 1970-1982**. Tradução Andréa Daher. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. Hermenêutica do sujeito (1981-1982). In: _____. **Resumo do cursos do Collège de France 1970-1982**. Tradução Andréa Daher. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

_____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2000a

_____. **Microfísica do poder**. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000b.

_____. **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000c.

_____. **A arqueologia do saber**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

GERGEN, Mary McCanney. **O pensamento feminista e a estruturação do conhecimento**. Tradução Angela Melim. Brasília: Rosa dos Ventos, 1988.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristiana Leite. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: NEGRI, Borges; FARIA, Regina; VIANA, Ana Lúcia d'Avila. **Recursos humanos em saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: UNICAMP.IE, 2002.

- GONZÁLEZ-REY, F. Epistemología cuantitativa y subjetividad. **Revista Interamericana de Psicología**, cidade, v. 32, n. 2, p. 139-167,. 1998.
- GRAÇA, Luiz. **Textos sobre saúde e trabalho** (História dos Hospitais). Disponível em: <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos_papers.html>. Acessado em 07 out. 2002.
- GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna S. **Naturalistic inquiry**. Newbury Park: Sage, 1985.
- HIGUERA, Javier de la. **Michel Foucault: la filosofía como crítica**. Granada: Comares, 1999.
- IANNI, A. M. Z. Saúde e meio ambiente na periferia da metrópole. **Revista de Saúde de Sociedade**, São Paulo, v. 9, n. 1/2, p. 97-109,. 2000.
- KOIFMAN, Lilian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História , Ciências, Saúde**. Manguinhos,, v. VIII(1): 48-70, mar-jun, 2001.
- KERGOAT, Danièle. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, Marta Julia Marques, MEYER, Dagmar Estermann, WALDOW, Vera Regina. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 19-27.
- LEFÈVRE, Fernando. Saúde: este obscuro objeto de desejo. **Revista de Saúde de Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 1, jan./jul. 1997.
- LOPES, G. T.; BAPTISTA, S.de S. A trajetória da residência de Enfermagem no Brasil. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 58-71, abr. 1999.
- LORO, G. L. Gênero, história e educação: construção e desconstrução. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 101-32, jul./dez. 1995.
- LOURO, Guacira Lopes. Mulheres na sala de aula. In: DEL PRIORE, Mary (Org). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto. 2000. p. 443-81.
- LUNARDI, Valéria Lerch. A sanção normalizadora e o exame: fios visíveis e invisíveis na docilização dos corpos das enfermeiras. In LOPES, Marta Julia Marques, MEYER, Dagmar Estermann, WALDOW, Vera Regina. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre e escola e prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 79-108.
- _____. **História da Enfermagem: rupturas e discontinuidades**. Pelotas: Ed. e Gráfica Universitária- UFPel, 1998.
- _____. **A Ética como cuidado de si e o poder da pastoral em enfermagem**. Pelotas: UFPel, 1999a
- _____. Problematizando conceitos de saúde a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 26-40, jan. 1999b.
- MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.
- MALIK, A. M.; NERO, C. del, e ZUCCHI, P. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 9, n. 1/2, p. 127-50,. 2000.
- MEDEIROS, Marilú Fontoura de. **Análise de discurso à luz de Foucault: para além de uma metodologia**. Porto Alegre: FAGED/PUCRS,1999.

- MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- MERRIAN, Sharan B. **Qualitative research and case study applications in education**. 2nd San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1998.
- MEYER, Dagmar Estermann. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: LOPES, Marta Julia Marques, MEYER, Dagmar Estermann, WALDOW, Vera Regina. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 63-78.
- _____. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: LOPES, Marta Julia Marques, MEYER, Dagmar Estermann, WALDOW, Vera Regina. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- MIRANDA, Cristina Maria Loyola. O Risco e o Bordado: Um estudo sobre a formação da identidade profissional. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 1996.
- MOLINA, Maria Tereza. História de la Enfermería. Buenos Aires: Inter-médica, 1973.
- MONTERO, Maritza. Sobre la noción de paradigma. In: MERCADO, Francisco J., GASTALDO, Denise, GADERÓN, Carlos. **Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud**: una antología iberoamericana. México: Universidad de Guadalajara, 2002.
- MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1991.
- _____. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma e reformar o pensamento. Rio de Janeiro: BCD União de Editoras, 2000.
- _____. **O método 4 as idéias**: habitat, vida, costumes, organização. Tradução Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 1998.
- MOTTA, Manuel Barros da. Apresentação. In: FOUCAULT, Michel. **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Tradução: Elisa Monteiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- NIETZSCHE, Friedrich. **O livro do filósofo**. Tradução de Ana Lobo. Porto: RÉ-S-Editora, 1997.
- NIGHTINGALE, Florence. Notas sobre Enfermagem. Original. 1859. Trad.: CARVALHO, Amália Correia de. São Paulo: Cortez. 1989.
- NUNES, Maria José Rosado. Freiras no Brasil. . In: História das Mulheres no Brasil. DEL PRIORE, Mary (Org). São Paulo: Contexto. 2000.
- NAÇÕES UNIDAS. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata**. Brasília: UNICEF, 1979.
- _____. **Estratégia mundial de salud para todos en el año 2000**. Ginebra, 1985.
- ORLANDI, Eni Puccinelli. **A linguagem e seu funcionamento**: as formas do discurso. 4. ed. Campinas: Pontes, 1996.
- PAIM, Jairnilson Silva. Direito à saúde, cidadania e estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8.; 1986, Brasília, DF. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 45-59.
- PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

- PITTA, Ana Maria Fernandes. Equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 5, n. 2, 1996.
- RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert L. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- RIBEIRO, Eduardo Mendes. **Universalidade e singularidade no campo da saúde**. Disponível em: <<http://www.humaniza.org.br>>. Acessado em 25 out. 2002.
- ROCHA, Patrícia. Toque feminino no comando. **Jornal Zero Hora**. Revista ZH Donna, p. 1, 10-12, 07 de abril de 2002.
- ROSENDO, Célia Alves; COLLET, Neusa. A década de 90 e a enfermagem brasileira. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, dez. 1999. p. 63-73.
- ROSO, Adriane. Grupos focais em psicologia social: da teoria à prática. **Revista PSICO**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 155-69, jul./dez. 1997.
- SÁ, E. N. de C.; DIMITROV, P. Funções da Secretaria de Estado de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) de São Paulo. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 2; p. 1-22, 1993.
- SABAT, Ruth. Quando a publicidade ensina sobre gênero e sexualidade. In: SILVA, Luiz Eron da. **Século XXI: qual conhecimento? qual currículo?** Petrópolis: Vozes, 1999. p. 244-61.
- SANTAMARINA, C.; MARINAS, J.. História de vida e história oral. In: DELGADO, Juan Manoel; GUTIÉRREZ, Juan. **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales**. Madrid: Síntesis Psicología, 1995.
- SANTANA, Paulo. A delicadeza. **Jornal Zero Hora**. Coluna. Porto Alegre, 27 jun. 2003, p. 59.
- SCOTT, Joan; TILLY, Louise A. El trabajo de la mujer y la familia en Europa durante el siglo XIX. In: NASH, Mary (Org). **La historia de la mujer**. Barcelona: Seibal, 1984.
- _____. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.
- _____. História mulheres. In: BURKE, Peter. (Org.) **A escrita da história: novas perspectivas**. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: UNESP, 1992.
- _____. A gender and politics of history. **Cadernos Pagu**. Campinas, n. 3, p. 11-27, 1994.
- SERRES, Michel. **Filosofia mestiça**. Tradução Maria Ignez Duque Estrada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- SEVERINO, Antonio Joaquin. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: SÁ, Janete Liasch Martins de (Org.). **Serviço social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.
- SIMAS, Carine. Saúde tem problemas agravados. In Correio do Povo- Restrospectiva, Porto Alegre, 31/12/03 e 01/01/04.

- SOUTO-DE-MOURA, Luiz Cezar; SOUTO-DE-MOURA, Gisela Maria Schebella. Notas de aula sobre a evolução histórica das políticas de saúde do Brasil. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 94-103, jul. 1997.
- SOUZA, Maria Fátima. **A Cor-Agem do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- SPINK, Mary Jane P. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Revista PSICO**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 7-22, jan./jul. 2000.
- SROUGI, Miguel. A Medicina pode vencer à morte? **FOLHA DE SÃO PAULO**. Caderno Tendências/Debates. São Paulo, 11/02/2004, pg. A3.
- STREY, Marlene Neves. Mulher e trabalho. In STREY, Marlene Neves (Coord.); ROSO, Adriane; MATTOS, Flora Bonjuga; WERBA, Grasiela. **Gênero por escrito: saúde, identidade e trabalho**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999. p. 41-57.
- _____. Aprendendo a ser inferior: as hierarquias de gênero. In: STREY, Marlene Neves; LIRA, Angela Villachan; XIMENES, Lavínia de Melo S. **Gênero e questões culturais: a vida de mulheres e homens na cultura**. Recife: Universitária, 2002. p. 21-32.
- TAYLOR, S.J.; BOGDAN, R. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación**. Barcelona: Paidós, 2000.
- TEIXEIRA, Carmen. Um pouco de história...reconstruindo o debate sobre modelos de atenção à saúde do Brasil. In: TEIXEIRA, Carmen; PAIM, Jairnilson Silva; Ana Luiza Vilasbôas. **Promoção e vigilância em saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. p. 12-9.
- TESTA, Mário. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TOQUE FEMININO NO COMANDO. **ZERO HORA**. Caderno Donna. Porto Alegre, capa, p. 12, 7 abr. 2002.
- TOSI, Lúcia. Caça às bruxas, o saber das mulheres como obra do diabo. **Revista Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 20, p. 35-42, set./out. 1985.
- _____. A ciência e a mulher. **Revista Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 75, p. 26-32, ago. 1991.
- VEIGA NETO, Alfredo. Ciência e pós-modernidade. **Epistême**, Porto Alegre, v. 3, n. 5, p. 143-56, 1998.
- YUKA, Marcelo. Entrevista. **Revista Veja**, São Paulo: Ed. Abril, 17 de janeiro de 2001, p.11-13.

APÊNDICE

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I PROPÓSITO DO ESTUDO

Conhecer as concepções de saúde subjacentes nas práticas pedagógicas dos profissionais de saúde docentes, como se exercem na prática profissional e como estas influenciam as relações sociais entre os profissionais de saúde.

II PROCEDIMENTOS

As entrevistas serão gravadas, transcritas e posteriormente analisadas para os propósitos acima descritos. Caso seja necessário, e se houver concordância do entrevistado, poderão ser realizados novos contatos para complementação de dados.

III PROCEDIMENTOS COM OS DADOS DA ENTREVISTA

Os dados coletados nas entrevistas serão utilizados para o estudo piloto para o projeto de pesquisa do Doutorado em Psicologia/PUCRS. Os dados também poderão ser utilizados para a elaboração da tese de doutorado.

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informada(o), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que, em conjunto com as pesquisadoras, serão realizados; da garantia de que receberei esclarecimentos sobre dúvidas e outros assuntos relacionados à pesquisa; da liberdade em retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar deste estudo; da segurança do caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade; de que serei informada(o) a respeito das contribuições dos dados coletados.

IV DOS BENEFÍCIOS E RISCOS:

Os benefícios do estudo está relacionado à interdisciplinaridade e humanização das práticas sociais em saúde.

Não há riscos relacionados a não ser eventuais desconfortos nos relatos.

Pesquisadoras Participantes:

Profa.Dra. Marlene Strey: Orientadora

Profa. Ms Beatriz Sebben Ojeda: Pesquisadora

Entrevistada: _____

Pesquisadora: _____

ANEXO

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA PUCRS



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE PESQUISA

Senhor(a) Pesquisador(a):

É dever do CEP acompanhar e zelar pela realização da pesquisa da forma como foi aprovada, solicitando relatórios aos pesquisadores. De acordo com o item VII.13.d., da Resolução CNS 196/96, tais relatórios deverão ser anuais (parciais ou finais, em função da duração da pesquisa). Nos trabalhos sobre "Fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos ou não registrados no país" (área temática especial número 03), os relatórios deverão ser semestrais (Resolução CNS 251/97, item V.1.c). Portanto, solicitamos a Vossa Senhoria encaminhar ao CEP, relatório de sua pesquisa conforme situação da pesquisa acima discriminada.

Titulo do Projeto:

"Concepções de saúde e de gênero: discursos de uma prática".

Pesquisador: Enf Beatriz Sebben Ojeda

Aprovação CEP: 18/08/03

Aprovação CONEP: data: x.x.x.x.x.x.

Relatórios Entregues:

Relatório(s) do pesquisador responsável previsto(s) para:

Data: 18/002/04

Relatório 1: data:

Relatório 3: data:

Relatório 2: data:

Relatório 4: data:

Tipo de Pesquisa:

SIM NÃO

Residente Médico HSL Projeto multicêntrico: Fase: Não se aplica
Doutorado: Professor Nacional:
Mestrado: Internacional: Trabalho conclusão:

1. Situação atual do projeto

Não iniciado

Retirado data:

Em execução: Data início:
Data término:

Interrompido temporariamente data:

Encerrado data:

2. Nº de pessoas pesquisadas:

Pessoas Previstas:

Pessoas incluídas:

Pessoas em outras Instituições:

3. Nº de participantes excluídos:

4. Eventos adversos graves:

No centro: em outros centros:

5. Recursos financeiros necessários:

Ainda não disponíveis

Já disponíveis

Insuficientes

6. Observações:

7. Parecer CEP:

Obs: Confira e atualize os dados acima, referentes ao seu Projeto de Pesquisa, e encaminhe nesta mesma folha para o CEP.

Ass. Pesquisador

Coordenador do CEP



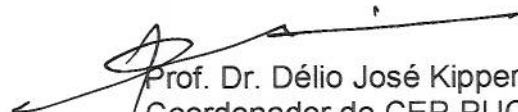
Ofício nº 498/03-CEP

Porto Alegre, 18 de agosto de 2003.

Senhor(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "Concepções de saúde e de gênero: discursos de uma prática".

Atenciosamente,


Prof. Dr. Délio José Kipper
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Enf Beatriz Sebben Ojeda
N/Universidade