

Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva

Integrality and transdisciplinarity in multi-professional teams in collective health

Silvani Botlender Severo¹
Nedio Seminotti¹

Abstract *This article brings about both a discussion and reflection on the activation of integrality in the work process of multi-professional teams in collective health. It has been grounded on the theory of complexity, by Edgar Morin, as well as on the transdisciplinary logic, by Basarab Nicolescu, to understand paradoxes in the collective action of workers when challenged to integrate disciplinary formations with the practice requirement of inter/transdisciplinary processes. Workers have found difficulty in reorienting the health assisting model whenever their logic is focused on illness.*

Key words *Integrality, Transdisciplinarity, Multi-professional teams, Collective health, Subject, Psychiatric reform*

Resumo *Este artigo traz uma discussão e reflexão sobre a ativação da integralidade no processo de trabalho das equipes multiprofissionais na saúde coletiva. Alicerçamo-nos na teoria da complexidade de Edgar Morin e na lógica transdisciplinar de Basarab Nicolescu para compreender os paradoxos na ação coletiva dos trabalhadores no desafio de integrar as formações disciplinares com a exigência na prática de processos inter/transdisciplinares. Os trabalhadores encontram dificuldades na reorientação do modelo assistencial na saúde quando sua lógica está centrada na doença.*

Palavras-chave *Integralidade, Transdisciplinaridade, Equipes multiprofissionais, Saúde coletiva, Sujeito, Reforma psiquiátrica*

¹ Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga 6681, Partenon. 90619-900 Porto Alegre RS. silvanib@hotmail.com

O paradoxo na saúde coletiva e a integralidade da atenção

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

Diversos pesquisadores buscam compreender o trabalho coletivo em equipes multiprofissionais neste contexto sistêmico e complexo do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁻⁹. Outros pensadores estudam as diferentes formas de relação e integração disciplinar¹⁰⁻²⁰. Essas distintas formas de relacionamento entre as disciplinas geram diferentes processos e organizações no trabalho entre os profissionais na saúde.

A organização do processo de trabalho em hospitais e/ou unidades de saúde que operam através de modalidades ambulatoriais tende a apresentar uma integração disciplinar predominantemente multi ou pluridisciplinar, se diferenciando do processo de trabalho realizado em equipes. Exemplificamos essa diferenciação através das equipes do Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que trabalham sob a necessidade de processos inter e transdisciplinares.

Nosso objetivo é refletir sobre o desafio de integrar as intervenções técnicas realizadas no atendimento aos usuários que geram a necessidade de ações simultaneamente interdependentes e autônomas entre os trabalhadores que compõem as equipes multiprofissionais, focalizando nossa atenção nos CAPS, que trabalham com as diretrizes da integralidade e do atendimento psicossocial. Concomitantemente, entendemos que existem as formações disciplinares de cada especialista e os diferentes paradigmas de saúde e doença observados por cada um dos trabalhadores²¹⁻²³.

Essa situação paradoxal emerge a partir do tensionamento entre o desafio da integralidade²⁴⁻³⁰, o trabalho em equipes multiprofissionais e a exigência de um processo interdisciplinar que produza ações/conhecimentos/emergências transdisciplinares em saúde coletiva^{5,6,31,32}. Embora o termo geralmente utilizado no campo da saúde “equipes multiprofissionais” conduza a um pensamento sobre o agir lado a lado, refletimos sobre os processos de trabalho interprofissionais

nas relações de interação e integração entre as disciplinas e entre os trabalhadores no campo da saúde mental coletiva. Este trabalho em equipes na área da saúde é uma estratégia coletiva que visa minimizar o intenso processo de especialização que tem caracterizado as práticas em saúde na contemporaneidade^{1,2,3,7,8,14}.

Atualmente, são reconhecidos como profissionais de saúde pela Resolução nº 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde³³ os assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Na interação entre diferentes profissionais, Peduzzi⁸ observou a predominância da abordagem estritamente técnica. Nela, a atividade de cada área profissional é apreendida como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades no qual a articulação dos trabalhos especializados não é problematizada.

Essa prática segmentada que aparece no processo de trabalho interprofissional das equipes vem colidir com a possibilidade da integralidade, um dos princípios orientadores do SUS. A integralidade, como uma diretriz e também como um conceito central na construção do SUS, quer significar a organização do fazer profissional, a organização do processo de trabalho e da política pública em saúde^{27,28}. Dito de outra forma, um processo de trabalho que compreende a construção de uma política pública traduzida como um sistema co-operativo entre sujeitos trabalhadores, gestores e usuários na realização de diretrizes e ações coletivas organizadas por lógicas voltadas para a garantia dos direitos sociais³⁴.

Nessa dimensão, a subjetividade e a intersubjetividade^{3,9,35,36} podem ser efetivamente aplicadas, tanto do ponto de vista de conceito quanto da perspectiva de cuidado e escuta em relação ao trabalhador e à população em geral^{24,29,30}. Assim, nesta construção de ações, projetos e serviços na coletividade, o processo de trabalho exige dos trabalhadores a convivência com distintos saberes e poderes peculiares às relações interprofissionais, direcionados à alteridade. Sujeitos trabalhadores que produzem saúde e produzem a si mesmo como operadores e como co-operadores na constituição de equipes e na atenção ao usuário. Portanto, a busca da integralidade, “implica uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos e uma afirmação da abertura para o diálogo”³⁷.

Essa proposta associa-se à significação das práticas científicas na pós-modernidade. Tradi-

cionalmente, a ciência, para compreender os fenômenos, necessitou decompor o conjunto em seus elementos básicos, num processo analítico, gerando um olhar que dissocia os contextos históricos, ecológicos, políticos, culturais dos fenômenos estudados. Assim, fragmenta-se o próprio objeto de estudo em diferentes partes a serem analisadas isoladamente. Na prática da saúde coletiva, a integralidade, a visão sistêmica/complexa e o modelo de atenção psicossocial propiciam a dialógica entre as contradições e a emergência de um sujeito complexo.

Nesse fazer profissional coletivo, cada trabalhador necessita estar referenciado à equipe, ao serviço e à rede assistencial aos quais está inserido. É através da reflexão sobre o processo de trabalho e das ações intersetoriais entre trabalhadores que a organização do fazer nas equipes e nos serviços constrói o cuidado integral diferenciado da reprodução de práticas fragmentadas e descontextualizadas.

A ausência de reflexão e diálogo nas equipes multiprofissionais favorece a repetição de lógicas embasadas na separação entre as disciplinas e seus diferentes objetos de estudo e intervenção. Esta prática gera no trabalhador e, consequentemente no usuário, sentimentos de dissociação e desagregação, pois o discurso é da integralidade, mas a prática é fragmentada e fragmentadora de processos e de sujeitos. “A concretização de um sistema integral não passa, portanto, pela aplicação exclusiva dos saberes disciplinares já existentes, mas pela construção incessante de práticas eficazes”²⁹.

A construção de tais práticas dá-se, necessariamente, no âmbito da “saúde coletiva”, expressão que é uma invenção tipicamente brasileira, surgida em fins da década de setenta, constituindo um paradigma “que permitisse uma nova articulação entre as diferentes instituições do campo da saúde”^{38,39}.

Historicamente, a saúde coletiva e, particularmente, a saúde mental coletiva, caracterizou-se como movimento que considera e incorpora os determinantes sociais, gerando práticas psicossociais e, através da participação e controle social dos usuários na construção da política pública em saúde, a integração entre saberes técnicos e populares. Estas são proposições realizadas às práticas em “saúde pública”, onde o sujeito e seu adoecimento tendem a ser descontextualizados e individualizados e as relações, verticalizadas a partir do binômio doença-cura^{1,2,5,21,27,28,40,41}.

Então, o processo saúde-doença começou a ser problematizado como produção social. Essa

idéia difere da abordagem baseada unicamente em sinais e sintomas físicos e refere-se à processualidade do pensar-sentir-querer humanos no seu ambiente contextual. No entanto, as práticas integrais e de produção de saúde no fazer/ser coletivo caracterizam-se por um território marcado por tensões de naturezas epistemológicas, institucionais e, no âmbito das relações interprofissionais, por relações de disputa de poderes em relação aos modelos de atenção. Ocorrem, também, tensões em decorrência da difícil demarcação de fronteiras e da interação entre elas – ciências humanas e sociais, ciências administrativas e econômicas, planejamento em saúde, ecologia e saúde ambiental, epidemiologia, etc.⁶.

Nesta reorientação de modelo assistencial que pressupõe o trabalho em equipes, é proposta uma mudança na cultura institucional que, predominantemente, privilegia a detenção de maior poder/saber por uma especialidade nos processos de atenção à saúde. Quando a atenção está focalizada sobre a doença, geralmente o profissional da área médica pode disponibilizar recursos e/ou tecnologias ao tratamento e, assim, tornar-se o detentor de uma posição de poder/saber hierarquicamente superior aos demais trabalhadores. Este poder se institui designado por outros trabalhadores e/ou pelos usuários, ou seja, uma cultura que se retroalimenta pela delegação a um determinado profissional dos encaminhamentos sobre uma situação de vida. Entretanto, quando a atenção direciona-se à saúde, a partir da lógica transdisciplinar, todos os trabalhadores estão incluídos na potência do processo de trabalho. A atenção às múltiplas dimensões humanas é contemplada, sejam elas a individual, a emocional, a subjetiva, a cultural e a social. Nessas relações, tanto usuários, gestores e trabalhadores podem ser produtores de si e da saúde na coletividade.

Desde essa perspectiva, passaram também a ser relevantes os estudos sobre o planejamento⁴² e os modelos de gestão na política e nos estabelecimentos de saúde, com o reconhecimento do papel central dos profissionais nessas organizações, através da gestão colegiada², e na busca de novos dispositivos institucionais de valorização das subjetividades^{1,4,27-30}.

Essas reflexões sobre os processos de trabalho na saúde demonstram que sua organização pode ser produtora de saúde como de adoecimento. A autonomia e responsabilidade institucional e a coparticipação dos trabalhadores na construção da integralidade estão interligadas ao modelo de gestão. Num modelo de gestão verticalizada, sem abertura para a participação dos

trabalhadores, diminuem as possibilidades de produção de saúde e de sujeitos. Igualmente, modelos de gestão que contemplam colegiados e espaços de coparticipação propiciam a inclusão e valorização dos trabalhadores.

Complexidade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade

O contexto da atenção à saúde é, pois, pautado pela complexidade. Está transversalizado pelas construções de cada disciplina e de cada saber – seja popular ou acadêmico – e pela idéia persistente da dificuldade de diálogo entre os diferentes atores envolvidos no processo.

A dificuldade de por em prática a convivência com a multiplicidade de lógicas, ou seja, a dialógica, nos processos de trabalho entre os trabalhadores, é resultante, em sua maioria, de um pensamento simplificador da ciência, incapaz de conceber a conjunção do uno e do múltiplo, do elo inseparável entre o observador e a coisa observada, anulando a diversidade⁴³. Já no pensamento complexo, exposto de maneira extensa por Edgar Morin, ao conceber o tecido social, exercitamos incorporar processos circulares, hologramáticos e autoeco-organizativos. E, consequentemente, com as incertezas e os emergentes - qualidades que nascem no nível do todo, numa organização que dinamiza a relação entre as partes no sistema. Na simplificação, há a perspectiva do erro pela racionalização (a doença da razão); no pensamento complexo, o erro é compreendido como contradição⁴⁴⁻⁴⁹, que, ao manter a tensão e os antagonismos, engendra a construção de outros saberes.

Para Morin⁴⁶, existem sete princípios que nos auxiliam a compreender a complexidade: (1) princípio da recursividade organizacional, que liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo; (2) princípio “hologramático”, em que a parte está no todo, assim como o todo está inscrito nas partes; (3) princípio do circuito retroativo, em que a causa age sobre o efeito e o efeito age sobre a causa, modificando-a, gerando um novo efeito (retroação autorreguladora); (4) princípio do circuito recursivo, em que os produtos e os efeitos são produtores e causadores daquilo que os produz; (5) princípio da autonomia/dependência entre sujeito/indivíduo/ambiente (autoeco-organização); (6) princípio dialógico – união entre ordem e desordem gera novas organizações (pela convivência entre idéias e ações antagônicas, complementares ou concorrentes, po-

dem-se formar novas sínteses); (7) princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, revelando o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro em uma cultura e época determinadas.

Compreendemos que, para pensar a complexidade, é necessária uma mudança do olhar sobre o nosso próprio entendimento pela “inteligência da complexidade” na religação dos saberes⁴⁴. Uma inteligência que integre dificuldades empíricas e lógicas e compreenda que o que “nos circunda está inscrito em nós” e que não podemos “separar o mundo que conhecemos das estruturas de nosso conhecimento”⁵⁰.

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

Nicolescu¹⁸ afirma que Piaget manteve somente o significado “através” e “entre” do prefixo latino *trans*, devido ao fato de que, na época, o significado “além” representaria um impacto no clima intelectual. Então, em 1985, ele propôs a inclusão de “além das disciplinas”. Esse autor, ancorado nos estudos da física quântica, pensa que “além das disciplinas” expressa a inclusão do sujeito e a interação sujeito-objeto.

Ao longo dos tempos, muitos são os autores e os estudos referentes ao tema; no entanto, uma data marcante foi 1994, quando foi realizado o I Congresso Mundial de Transdisciplinaridade⁵¹, no Convento de Arrábida, Portugal. Edgar Morin, Basarab Nicolescu e Lima de Freitas escreveram a Carta da Transdisciplinaridade: “A transdisciplinaridade não procura o domínio sobre as várias outras disciplinas, mas a abertura de todas elas àquilo que as atravessa e as ultrapassa” (art. 3º).

No II Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, ocorrido em 2005, no Espírito Santo, Brasil, por meio da “Mensagem de Vila Velha/Vitória⁵²”, os participantes do evento reiteraram a premência em desenvolver a atitude, a pesquisa e a ação transdisciplinar, evitando conceber a transdisciplinaridade como uma hiperdisciplina.

Morin, conversando com Basarab Nicolescu sobre complexidade e transdisciplinaridade, em

transcrição de Badescu⁵³, afirma que a dialógica é justamente o terceiro termo incluído (T). É a viga mestra da obra do físico e filósofo Stéphane Lupasco, criador de uma lógica energética que coloca o dinamismo contraditório na própria natureza e estrutura do lógico. Seguindo esse princípio da complexidade e especialmente o da dialógica, observamos que o diálogo entre trabalhadores expressa diferentes lógicas sobre saúde e políticas públicas, e as contradições resultantes dessas interações podem ser integradas na ação transdisciplinar a partir da reflexão sobre o processo de trabalho.

Assim, a transdisciplinaridade supõe a possibilidade de não haver prevalência de uma única lógica, mas sim a integração dos saberes, a partir de três axiomas^{16,18}:

. Axioma ontológico (Figura 1): há, na natureza e em nosso conhecimento da natureza, diferentes níveis de realidade do objeto e, correspondentemente, diferentes níveis de percepção do sujeito;

. Axioma lógico: a passagem de um nível de realidade para outro é verificada pela lógica do

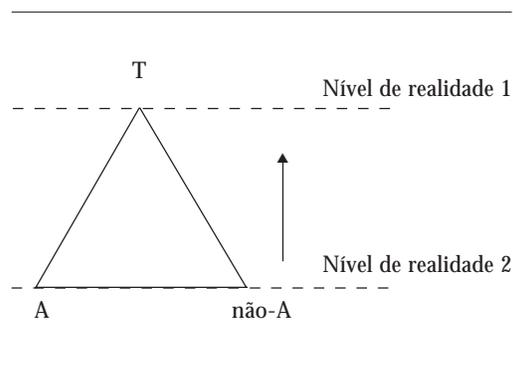


Figura 1. Representação dos níveis de realidade. Fonte: Nicolescu⁵⁴.

terceiro termo incluído, que se distingue da lógica clássica (Quadro 1):

. Axioma da complexidade: a estrutura da totalidade dos níveis de realidade ou percepção é uma estrutura complexa; cada nível é o que é, por que todos existem ao mesmo tempo.

A partir desse entendimento, há, consequentemente, uma distinção entre o conhecimento disciplinar e o transdisciplinar (Quadro 2).

Na complexidade e no conhecimento transdisciplinar, a compreensão humana transcende a explicação. A explicação responde às questões intelectuais e objetivas das coisas anônimas ou materiais. A compreensão humana comporta um conhecimento de sujeito a sujeito, em que há uma identificação com o outro – *ego alter* e que se torna *alter ego*. Sendo intersubjetiva, inclui, necessariamente, um processo de empatia, de identificação e de projeção⁵⁵. Assim, no estudo dos processos complexos, a compreensão que une o saber e as contradições do pensamento humano, no enfrentamento de dificuldades empíricas e lógicas, transcende as explicações a partir da unidimensionalidade científica e da separação sujeito e objeto.

Filiamo-nos, assim, à idéia de Almeida Filho⁵⁶, que propõe que a concepção da transdisciplinaridade deve passar por uma redefinição, baseando-se na possibilidade de comunicação, não entre campos disciplinares (entidades míticas), mas entre agentes em cada campo – sujeitos. Sujeitos que permitem o questionamento a partir do outro na interação transdisciplinar, por meio do exercício da tolerância e do rigor científico. ***Depende de que pensemos muito mais em intersubjetividade que em subjetividade, que consideremos, em outras palavras, o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidade como indivíduos e grupos***⁵⁷.

Esses estudos entendem que não há campo científico mais justificadamente transdisciplinar

Quadro 1. Comparação entre lógica clássica e lógica transdisciplinar.

Lógica clássica	Lógica transdisciplinar
O axioma da identidade: A é A	O axioma da identidade: A é A
O axioma da não-contradição: A não é não-A	O axioma da não-contradição: A não é não-A
O axioma do terceiro excluído: não existe um terceiro termo que é ao mesmo tempo A e não-A	O axioma do terceiro termo incluído (T): A, não-A e T no mesmo momento do tempo.

Fonte: Nicolescu¹⁸

Quadro 2. Comparação entre conhecimento disciplinar e conhecimento transdisciplinar.

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

Fonte: Nicolescu¹⁷.

do que a saúde coletiva^{5,31,33,56}. Contudo, na prática, as ações transdisciplinares revelam contradições porque subvertem o “eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos”³¹.

Nessa discussão, a partir de um processo dialógico, observamos que a contribuição da transdisciplinaridade na questão da saúde coletiva e no princípio da integralidade é paradigmática. É necessário que a saúde seja entendida como sistema^{58,59} aberto, complexo e autoeco-organizado. O sistema aberto, desde a ótica tanto do sujeito observador/conceptor/ator quanto do sujeito observado/concebido⁴⁷, é caracterizado por diferentes níveis de realidade, percepções, idéias e conceitos. Como decorrência, emerge a concepção da integração sujeito-objeto e o entendimento de que o sujeito não pode ser capturado por uma única disciplina. É necessário lidar com as contradições, em que níveis de realidade são privilegiados, respeitando-se a multidimensionalidade e a multirreferencialidade dos contextos¹⁸.

“Nada como desafios impostos pela vida (mundo empírico) para estimular sujeitos a reconhecerem pontos de quebra ou de contradição em suas teorias”².

Estas reflexões colocam-nos frente à possibilidade de processos interdisciplinares nas equipes multiprofissionais no SUS, pois, diante de um contexto complexo e multifacetado, o trabalho necessita da integração pelo terceiro termo incluído (T) resultante do diálogo entre diversos atores e seus saberes disciplinares. Dito de outro modo, é a ação modulando o saber e o fazer²⁹ por um sujeito coletivo.

Embora haja vários estudos sobre interdisciplinaridade, utilizaremos aqui o entendimento de Pombo¹⁹. Em sua busca de definição para a integração entre os saberes, alerta para o fato de que temos quatro palavras semelhantes: multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. A interdisciplinaridade é compreendida como uma etapa de um processo contínuo:

. Que inicia na pluri/multidisciplinaridade, supondo o pôr em conjunto, isto é, profissionais

trabalhando juntos e com paralelismo de pontos de vista;

. Avançando para uma combinação, convergência e complementaridade disciplinar, ultrapassa a dimensão do paralelismo e caracteriza-se num processo interdisciplinar;

. E, quando se aproxima de um ponto de fusão e unificação, nos conduz a uma perspectiva holista.

Em relação ao holismo, distinguimos que o produto transdisciplinar, resultante de um processo interdisciplinar e dialógico, traz a emergência do terceiro termo incluído (T), em que a fusão ou unificação não se traduz numa unidimensionalidade, mas na abertura para um conjunto de diferentes níveis de realidade e níveis de percepção. Morin⁴⁵ distingue complexidade de holismo, pois este último procura a explicação no nível da totalidade, podendo gerar uma simplificação, diferentemente do princípio da recursividade organizacional em que o todo é maior e menor que a soma das partes.

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

Nossas inquietações sobre esse trabalho complexo estão ancoradas nas experiências profissionais e em alguns dados sobre o amplo uso e entendimento de que o trabalho em equipes multiprofissionais é adequado ao campo da saúde coletiva⁷⁻⁹.

Até o ano de 2006, haviam sido cadastrados 1.011 CAPS⁶⁰, operando por meio de equipes multiprofissionais. Outra proposta semelhante do SUS é a Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual o trabalho coletivo também acontece em equipes multiprofissionais na lógica da integralidade da atenção, conjuntamente com as Equipes de Saúde Bucal (ESB) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os Programas de DST/HIV/AIDS e Programas de Saúde do Trabalhador⁶¹.

Embora esse volumoso contingente de trabalhadores da saúde caminhem na direção da construção de saberes interprofissionais na busca da integralidade da atenção, indicando que há uma proposição desta estratégia de trabalho em equipes como um dispositivo de contemplar os

processos interprofissionais, não há uma correspondente discussão relativa a este método no sentido de desenvolver competências no trabalho coletivo. Assim, discutimos aqui as práticas integrais na saúde mental coletiva, compreendendo que ela se estende a outras temáticas na saúde que operam com equipes multiprofissionais na reorientação do modelo assistencial e na reorganização dos serviços de saúde^{2-5,62,63}.

Convém contextualizar algumas questões sobre a atenção à saúde mental para que possamos refletir: após cerca de dezesseis anos da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica nº 9.716/1992 no Rio Grande do Sul, sete anos da Lei Federal nº 10.216/2001 e dos diversos investimentos e financiamentos para a mudança no modelo de atenção, os trabalhadores percebem dificuldades/potencialidades na mudança de reorientação do modelo assistencial. Uma dificuldade, apontada pelos trabalhadores, é a integração disciplinar através do trabalho coletivo, pois, na maioria das vezes, o trabalho em equipe reproduz práticas fragmentadas. Por outro lado, uma das potencialidades é esta necessidade de superar lógicas que embasam o modelo hospitalocêntrico e manicomial – envolvendo, assim, a clínica ampliada e o desenvolvimento de uma rede de cuidados progressivos em saúde mental.

Essas leis (federal e estaduais) que propõem o fechamento dos hospitais psiquiátricos e sua substituição pela construção progressiva de redes de cuidados, recebem críticas e movimentos opostos. Esta discussão não está colocada meramente nas diferenças das estruturas físicas institucionais, mas essencialmente na mudança da organização do modelo assistencial. Um modelo que incorpore novas relações de cuidado, tanto ao usuário quanto ao trabalhador em saúde. Novas configurações organizativas que possibilitem a inclusão destes atores relacionais: usuários, gestores e trabalhadores, através do “pensar o pensamento” nas relações de atendimento individual e/ou grupal, nas práticas dos serviços e nos coletivos que constroem as políticas públicas.

Nossa experiência neste campo da saúde mental indica que há maior convivência de diferentes profissionais, agregando-se a ela uma trajetória intensa de saberes e tecnologias advindas da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Sanitário, na busca da integralidade das ações. Queremos dizer que trabalhar com a “loucura” através da atenção psicossocial exige a ruptura dos processos e olhares fragmentadores/fragmentados na atenção ao usuário, mobilizando os trabalhadores na saúde mental para a reorganiza-

ção de suas práticas. Percebe-se que esta exigência em integrar subjetividades, projetos coletivos e serviços organizados a partir de equipes multiprofissionais e seus processos inter/transdisciplinares gera contradições, mal-estares e sofrimento psíquico aos trabalhadores³⁶. Este contexto impulsiona a busca de novas tecnologias, contribuindo para que haja grande proliferação de saberes, estratégias e invenções.

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

Assim, a experiência de trabalho na saúde mental coletiva sugere que devemos buscar novas estratégias e dispositivos que possam se configurar em práticas eficazes de humanização e acolhimento aos trabalhadores em saúde. O desafio é compreender/explicar esse processo de circuito cognitivo-prático do qual faz parte o trabalhador. Na intencionalidade de ativar o processo da integralidade, deparamo-nos com a complexida-

de de integrar sujeito-objeto, teoria-prática, saber-fazer, pessoal-político, privado-público, local-global, individual-coletivo. Para isto, torna-se necessário uma permeabilidade entre as fronteiras disciplinares que incorpore a multidimensionalidade dos sujeitos e dos contextos.

Com esse objetivo, descrevemos a seguir um esquema/diagrama (Figura 2) que busca dar visibilidade a nossa imagem/representação/lógica desse contexto complexo e dialógico de interações, inter-relações e articulações entre elementos, concepções, teorias e paradigmas relacionados à questão da integralidade e transdisciplinaridade na saúde mental coletiva, no trabalho interprofissional dos trabalhadores no SUS e que pensamos ser aplicável a outras estratégias em saúde.

Agora, o desafio da transdisciplinaridade lança-nos ao “desafio da complexidade”. E esse processo encaminha-nos a pensar que a integralidade exige que o sujeito trabalhador exercite um movimento de autoeco-organização. Ou seja, o trabalhador necessita conceber-se um sujeito em relações intersubjetivas e em situação de autonomia/dependência com o contexto, com sua prática e com a organização dos serviços e outros elementos do sistema. Torna-se produto e produtor de si e da saúde.

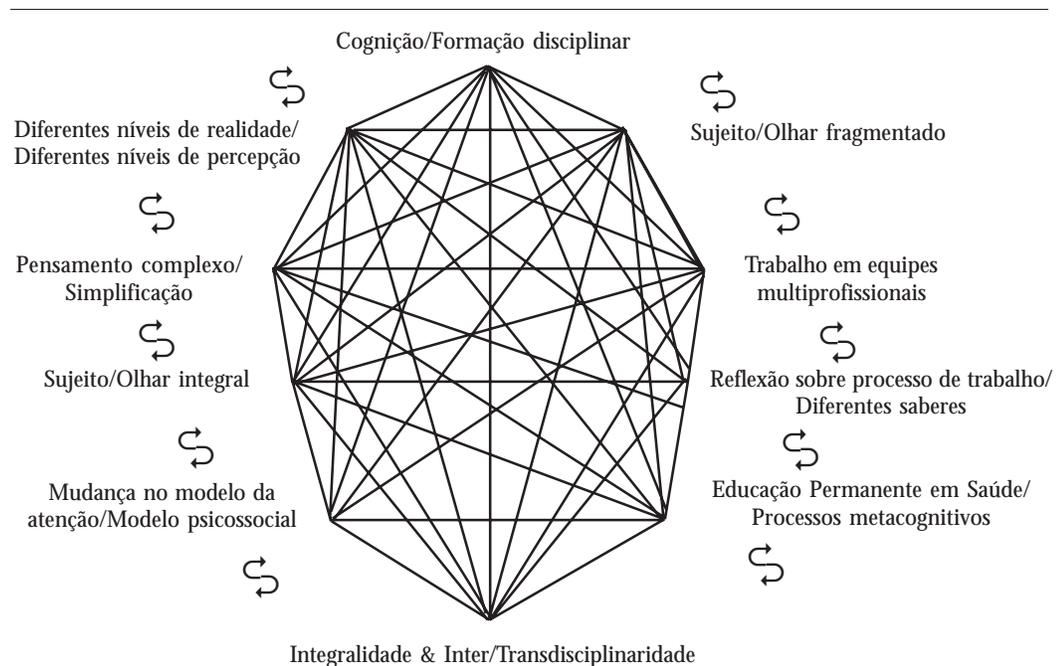


Figura 2. O paradoxo da integração disciplinar.

Assim, a complexidade abre e desenvolve o diálogo entre interação, ordem, desordem e organização, para conceber, na sua especificidade, em cada um de seus níveis, os fenômenos físicos, biológicos e humanos. “Esforça-se por obter a visão poliocular ou poliscópica, em que, por exemplo, as dimensões físicas, biológicas, espirituais, culturais, sociológicas, históricas, daquilo que é humano deixem de ser incomunicáveis”⁴⁴.

O que compreendemos é que há uma coincidência entre o conhecimento-saber produzido no campo da saúde coletiva e os estudos sobre a complexidade. Ambos vêm propondo a ênfase na necessidade de a ciência resgatar sua capacidade de gerar sínteses diante da produção de um sujeito fragmentado e dos desafios oriundos do processo de especialização^{44-49,56}.

Equipes multiprofissionais e a noção de sujeito em Morin

O trabalho em equipes multiprofissionais na saúde coletiva remete à complexidade e promove experiências que exigem o encontro com as fronteiras disciplinares, com as diferenças e com as vulnerabilidades dos agentes sociais. O trabalhador, na integração disciplinar, oscila entre o “isolamento paranóico” e/ou a “fusão esquizofrênica”³. Ou seja, desafiado pelas dificuldades nessa prática psicossocial, muitas vezes, o trabalhador encontra-se num fazer/contexto confuso e desgastante, com polarizações que vão desde atitudes/ações isoladas até uma sobreposição dos limites das disciplinas. Sendo que, em muitos momentos, este trabalhador não consegue se apropriar do campo de poder/controlar sobre o processo de trabalho numa construção coletiva, recorrendo, em sua maioria, a estratégias defensivas que resultam em adoecimento no trabalho, reproduzindo a lógica da individualização e isolamento do sofrimento.

Esse trabalho, na busca da integralidade nas ações, apresenta-se transversalizado pela convivência, no mínimo, entre dois diferentes paradigmas: reprodução de modelos e práticas de atenção embasadas numa visão de sujeito fragmentado, descontextualizado e unidimensional, conjuntamente com os paradigmas das práticas integrais.

Assim, a construção da integralidade na atenção e da transdisciplinaridade nas equipes de trabalho interprofissionais na saúde coletiva constitui sistema complexo, que entrelaça as dimensões indivíduo e sociedade, a problemática da adesão e

participação, bem como a implicação com os processos de mudança. É o resultado da interação entre os sujeitos trabalhadores, que trazem consigo suas crenças, valores, concepções de sujeito, de mundo e, conseqüentemente, de saúde^{22,23}.

Focamos nossa atenção nas interações entre os sujeitos trabalhadores na equipe multiprofissional. Para fazer essa reflexão entre, através e além da disciplina (transdisciplina) no campo da saúde mental coletiva, entendemos que é necessária a noção de sujeito complexo, dialógico e relacional proposta por Morin⁴⁶ em relação à subjetividade, tanto do trabalhador quanto daquele que necessita do cuidado em saúde.

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

Assim, o autor leva-nos a pensar que um sujeito que comporta em si, além do “eu” subjetivo, um sujeito objetivado (eu), é um sujeito em relação ou numa relação intersubjetiva (Figura 3) que pode se estabelecer nele com ele mesmo e, através dele, com o outro, a partir de si mesmo.

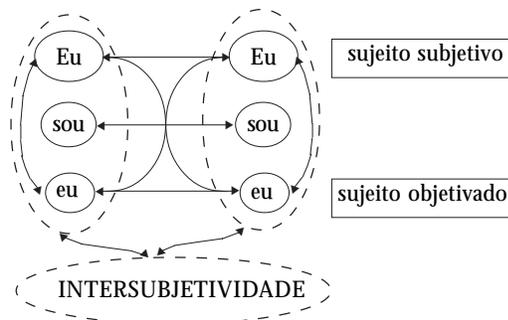


Figura 3. Esquema ilustrativo da noção de sujeito em Morin.

“‘Eu sou eu’ já traz uma dualidade implícita – em seu ego, o sujeito é potencialmente outro, sendo ao mesmo tempo ele mesmo”. É na alteridade que ele pode comunicar-se com o outro e reconstruir conceitos, idéias e práticas.

Então, podemos pensar, junto com o autor, que é a partir da alteridade, do sujeito complexo e intersubjetivo, que se viabiliza o trabalho coletivo e interprofissional nas equipes. Esse fazer proporciona diálogos entre os sujeitos disciplinares (especialistas), e a integração disciplinar acontece em espaços emergentes pela transversalização dos saberes.

A equipe multiprofissional favorece a reflexão sobre o papel profissional e o processo de trabalho no interior das instituições³⁹ através dos espaços de diálogos e percepções sobre as atividades e as dificuldades na integralidade das ações. Sujeitos e disciplinas dialogando, com rigor e tolerância, sobre as distintas lógicas dos sujeitos e das disciplinas, fazem emergir saberes/objetos transdisciplinares, tecidos a múltiplas mãos. A reflexão acontece na comunicação entre os elementos percebidos separadamente que formam o quebra-cabeça, através da interdependência entre o objeto do conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, as partes entre si⁴⁵.

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

Assim, a equipe multiprofissional, caracterizada e compreendida como pequeno grupo, propicia aos seus integrantes a produção de interações, organizações e subjetivações. Esse processo é facilitado pelo pequeno número de participantes – entre oito e doze. Esse número reduzido de pessoas possibilita que todos se vejam e ouçam simultaneamente e que, ao mesmo tempo, se conheçam e reconheçam em seus modos de existência e nas diferenças e semelhanças que há entre eles^{64,65}. Os trabalhadores encontram, no pequeno grupo, um ambiente de fomento à emergência de sujeitos que, em relação aos outros sujeitos, produzem formas de subjetivações^{66,67}.

A discussão/reflexão da prática em saúde coletiva no pequeno grupo constrói um caminho para que os trabalhadores se envolvam no processo de construção da integralidade. Os trabalhadores necessitam preparar-se para oferecer, de forma conjunta, ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação (SUS).

Para isso, eles precisam refletir criticamente sobre seu processo de trabalho, viabilizando estratégias para o reconhecimento de suas práticas integrais e uma abertura à educação permanente^{63,68}. Essa estratégia reflexiva busca a articulação entre políticas de educação e saúde, objetivando a aproximação entre a subjetividade e a prática dos trabalhadores com o direcionamento de um sujeito/usuário contextualizado a partir de suas necessidades sociais em saúde.

Entretanto, na fala de muitos trabalhadores, aparece a necessidade de estratégias de cuidado ao cuidador: “nós cuidamos dos outros, mas quem cuida de nós?”. O trabalhador percebe seu sofrimento diante da prática, mas, na maioria das vezes, não correlaciona a fragmentação do processo de trabalho com as formações disciplinares e a concepção de sujeito separado do objeto, excluído do sistema. Se os trabalhadores percebem o desconforto entre sua prática e seus conceitos com a realidade que vivenciam, abrem-se, com esse estranhamento, espaços necessários para a incorporação de novos elementos constitutivos de mudança⁶⁸.

Por meio da reflexão sobre o processo de trabalho, os sujeitos trabalhadores viabilizam estratégias coletivas de transformação do conhecimento e da prática profissional. Tal processo reflexivo já foi aludido por diversos autores. Na ação do sujeito: em Piaget⁶⁹, como pensamento lógico matemático; em Flavell⁷⁰, como processos metacognitivos; em Morin^{43-46,48}, no pensamento do pensamento e na consciência como emergência reflexiva que permite o retorno da mente a si mesma em circuito; em Nicolescu^{16,18}, na inclusão do sujeito como terceiro termo incluído. E na ação coletiva: em Ceccim⁶⁸, na proposta de educação permanente; em Barker e Domenici (citados por Schnitman⁷¹), mediação reflexiva; em Cappanari⁷², equipe reflexiva. É na ação/reflexão sobre os processos grupais e coletivos que integramos o pensamento cartesiano/racionalista e o complexo/transdisciplinar.

A discussão do trabalho em equipes revela-se importante se considerarmos que todo ator tem uma visão específica da realidade. Isso porque um ator está imerso em uma cegueira paradigmática, relacionada ao referencial que utiliza para enfrentar o mundo, ou seja, há ângulos da realidade que se desconhecem e, no próprio conhecimento, temos zonas de desconhecimento. Assim, o trabalho em equipes multiprofissionais é uma maneira de considerar a visão dos outros, melhorando a qualidade da ação^{32,73}.

É nesse processo grupal, interprofissional e interdisciplinar que a intercomunicação entra nas

relações humanas, construindo um mosaico caleidoscópico de vivências que nos desafiam à complexidade⁴⁵. E essa complexidade, que se manifesta também na vida coletiva do pequeno grupo, encontra formas de simplificação através dos organizadores do grupo. Estes dão visibilidade ao processo do grupo de modo a poder observar, descrever e analisar a complexidade inerente à equipe multiprofissional, promovendo, com isso, a viabilidade desse trabalho⁶⁴.

E, mesmo que o trabalho com grupo seja uma estratégia recomendada e intensamente utilizada nos programas e serviços em saúde, muitos profissionais não têm conhecimentos sobre os fundamentos básicos de como realizar esta tarefa coletiva e/ou gerar tecnologias de reflexão sobre o processo de trabalho, como no caso da educação permanente. Esse desconhecimento gera ansiedades e desconfortos e, para solucionar isso, uma escolha por atendimento individual no grupo, em que a maioria das práticas tem o foco curativo, não promovendo a interação entre os participantes e, muito menos, a reflexão sobre o processo saúde/doença.

Na saúde mental coletiva, que é posta em prática pelos diferentes profissionais, constituindo equipes multiprofissionais, o fazer oportuniza um contínuo processo reflexivo: como realizar a atenção integral ao usuário a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica? Como realizar processos e práticas interprofissionais? Como trabalhar no intercâmbio com outras disciplinas (especialidades) e interdisciplinarizar? Como estabelecer práticas que contemplem o atendimento psicossocial e a articulação com a rede (governamental e não governamental) e ações intersetoriais? Como lidar com as frustrações advindas de uma prática inovadora e com a reprodução de “métodos antigos” sob olhares de “novas tecnologias”? Como adquirir independência e autonomia no processo de trabalho das equipes, mantendo a interdependência com o sistema e com as diretrizes da integralidade da atenção?² Como realizar o cuidado ao cuidador e promover a saúde do trabalhador?

Neste momento, então, os leitores/trabalhadores/gestores em saúde podem nos perguntar: como a complexidade e a transdisciplinaridade podem resolver minhas questões/dúvidas/angústias sobre a integralidade do fazer cotidiano na saúde?

Se a pergunta foi feita, já é um indicador de abertura para o diálogo, para o questionamento, para pensar o pensamento, para aprender fazendo, para (re)aprender a (re)aprender, para

saber aprender. Esta abertura comporta a aceitação do desconhecido, do inesperado e do imprevisível e desenvolve estratégias. A pergunta é um indício de uma alteração paradigmática e é possível que a equipe multiprofissional inicie a reflexão sobre seu processo de trabalho dentro de uma perspectiva do isso e/ou aquilo, do certo e/ou errado. Esse processo reflexivo, acreditamos, pode ser subsidiado pela lógica transdisciplinar e pela observação das equipes multiprofissionais, apoiando-se nos princípios do método proposto por Morin⁴⁶.

Nesse entendimento da saúde como sistema aberto/fechado, portanto complexo, reverbera no trabalhador a disponibilidade em tomar o conhecimento (formação disciplinar) como um instrumento de aprendizagem centrada na invenção de estratégias e outras respostas aos desafios perante a condição humana. Estratégia, para Morin⁴⁷, “supõe a aptidão para empreender uma ação na incerteza e para integrar a incerteza na conduta da ação; necessita de competência, iniciativa e decisão”. Com isso, ele aponta para operar na incerteza com algumas certezas; apoiar-se no simples para enfrentar o complexo. Assim, não há uma prescrição programática. Há uma indicação de que o sujeito trabalhador encontre, dentro de si, no outro e na relação, a sua dimensão *sapiens/demens* conviva com a saúde/doença de si e do outro e desvende suas “brechas lógicas”, ou seja, suas contradições^{45,47}.

Na realização deste referencial teórico, embasado nas experiências de trabalho coletivo na saúde mental, focalizamos nossa atenção sobre as formas de organização e as lógicas que sustentam a integralidade da atenção em saúde.

Existem diversas referências sobre a reflexão nos processos interprofissionais nas equipes; entretanto, observa-se que, na organização a partir de uma lógica cartesiana/simplificadora, há a anulação do sujeito pelo terceiro termo excluído e a produção de adoecimentos. Já a organização a partir da lógica transdisciplinar/complexa e do terceiro termo incluído (T) possibilita a produção de sujeitos e de saúde.

Pensar exige um sujeito. Coincidentemente, a etimologia da palavra “pensar” inclui cuidar, curar ou tratar. Fica-nos um desafio: encontrar estratégias que propiciem ao trabalhador que seu pensar como sujeito (T) modifique sua ação individual e na equipe multiprofissional, na direção da integralidade.

É necessário “pensar no que fazem para fazer o que pensam, buscando gerar novos mundos e novas vidas” (Asociación Madres de Plaza de Mayo).

Colaboradores

SB Severo foi autora do artigo e N Seminotti foi orientador da dissertação que deu origem ao artigo.

Agradecimentos

À CAPES pelo financiamento da pesquisa junto à Pós-graduação em Psicologia da PUCRS.

Referências

1. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
2. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saude Publica* 1998; 14(4):863-870.
3. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cien Saude Colet* 2000; 5(2):219-230.
4. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saude Publica* 1997; 13(3):469-478.
5. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saude Publica* 1998; 32(4):299-316.
6. Paim JS, Almeida Filho N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
7. Peduzzi M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação* [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1998.
8. Peduzzi M. Equipe multiprofissional em saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saude Publica* 2001; 1(35):103-109.
9. Schraiber LB, Peduzzi M, Nemes MIB, Castanheira ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):221-242.
10. Azevedo e Souza VB, Azevedo e Souza R, Marques CP. Interdisciplinaridade/transdisciplinaridade: uma relação dialógica de autonomia/dependência. In: Hackmann B, Stein NR, organizadores. *Reflexões sobre a formação de professores*. Taquara: FAC-CAT; 2006. p. 26-35.
11. D'Ambrosio U. *Transdisciplinaridade*. São Paulo: Palas Athena; 1997.
12. Fazenda ICA. *Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa*. 10ª ed. Campinas: Papyrus; 2002.
13. Jantsch AP, Bianchetti L. *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. Petrópolis: Vozes; 2002.
14. Iribarry IN. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicol. Refl. Crít.* 2003; 16(3):483-490.
15. Japiassu H. *Interdisciplinaridade e a patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
16. Nicolescu B. *O manifesto da transdisciplinaridade*. São Paulo: Triom; 2001.
17. Nicolescu B. Transdisciplinaridade. Porto Alegre: PPGA/EA/UFRGS. Fita 343-344/2003. [acessado 2006 dez 16]. Disponível em: http://www.ea.ufrgs.br/sobreaescola/professores/mariaschuler_transdisciplin.asp
18. Nicolescu B. Transdisciplinarity: past, present and future. [CD-ROM]. In: *Anais do II Congresso Mundial de Transdisciplinaridade*, 2005; Espírito Santo.
19. Pombo O. Interdisciplinaridade e integração dos saberes. *Liinc em rev.* [periódico na Internet]. 2005 [acessado 2006 mar 12];1(1):[cerca de 13 p.]. Disponível em: <http://www.liinc.ufrj.br/revista>

20. Sommermann A. *Inter ou transdisciplinaridade? Da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre os saberes*. São Paulo: Paulus; 2006.
21. Ceccim RB. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: Meyer ED, organizadora. *Saúde e sexualidade na escola*. 2ª ed. Porto Alegre: Mediação; 1998. p. 37-50.
22. Coelho MTAD, Almeida Filho N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2002; 9(2):315-333.
23. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2001. p. 65-112.
24. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2001. p. 113-126.
25. Fagundes S. Psicologia a serviço da integralidade. [site da Internet] [acessado 2003 set 10]. Disponível em: <http://www.crp07.org.br/entrevista.php?id=3>
26. Fagundes S. *Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde* [dissertação]. Porto Alegre (RS): UFRGS; 2006.
27. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2001. p. 39-64.
28. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1411-1416.
29. Pinheiro R, Luz M. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2003. p.7-34.
30. Pinheiro R, Mattos RA. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
31. Passos E, Barros RB. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2000; 16(1):71-79.
32. Spink MJP. Saúde: um campo transdisciplinar? In: Spink MJP, organizador. *Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes; 2003.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 287 de 08 de outubro de 1998. [site da Internet] [acessado 2006 dez 19]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm
34. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saude Publica* 2006; 40(N Esp):73-78
35. Azevedo CS. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. *Cien Saude Colet* 2002; 7(2):349-361.
36. Sá MC. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):151-164.
37. Silva Junior AG. *Modelos tecno-assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1998.
38. L'Abbate S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Práxis em salud: un desafio para lo público*. Buenos Aires: Lugar Editorial; São Paulo: Hucitec; 1997.
39. L'Abbate S. A análise institucional e a saúde coletiva. *Cien Saude Colet* 2003; 8(1):265-274.
40. Canesqui AM. As ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: Canesqui AM, organizadores. *Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. p. 19-35.
41. Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
42. Testa M. *Pensar en salud*. 3ª ed. Buenos Aires: Lugar; 2004.
43. Morin E. *O pensamento complexo*. 4ª ed. Lisboa: Instituto Piaget; 2003.
44. Morin E. *A inteligência da complexidade*. 2ª ed. São Paulo: Petrópolis; 2000.
45. Morin E. *Ciência com consciência*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
46. Morin E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.
47. Morin E. *O método 2: a vida da vida*. Porto Alegre: Sulina; 2002.
48. Morin E. *O método 1: a natureza da natureza*. Porto Alegre: Sulina; 2005.
49. Morin E. *O método 3: o conhecimento do conhecimento*. Porto Alegre: Sulina; 2005.
50. Schnitman DF, organizador. *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
51. Carta da Transdisciplinaridade. In: I Congresso Mundial de Transdisciplinaridade. [site da Internet] [acessado 2005 out]. Disponível em: <http://www.redebrasileiradetranstisciplinaridade.net/mod/resource/view.php?id=21>
52. Mensagem de Vila Velha, Vitória. In: II Congresso Mundial de Transdisciplinaridade. 2005 [site da Internet] [acessado 2005 out]. Disponível em: <http://www.redebrasileiradetranstisciplinaridade.net/mod/resource/view.php?id=21>
53. Badescu H, Nicolescu B, organizadores. *Stéphane Lupasco: O homem e a obra*. São Paulo: Triom; 2001.
54. Nicolescu B. Fundamentos Metodológicos para o Estudo Transcultural e Transreligioso. In: *Encontro Catalisador do Projeto "A Evolução Transdisciplinar na Educação": Educação e Transdisciplinaridade II - CETRANS*. São Paulo: Triom; 2002.
55. Morin E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.
56. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Cien Saude Colet* 1997; 11(1/2):5-20.
57. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):63-72.
58. Moraes MC. *Pensamento eco-sistêmico: educação, aprendizagem e cidadania no século XXI*. Petrópolis: Vozes; 2004.

59. Vasconcelos MJE. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência**. Campinas: Papirus; 2002.
60. Brasil. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006 – Coordenação Geral de Saúde Mental - Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
61. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde. [site da Internet] [acessado 2006 dez 22]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm>
62. Pitta AMF. Reorientação do Modelo de Atenção: Equidade e Justiça Social na Organização de Serviços de Saúde Mental. In: Delgado PG, organizador. **Cadernos de Textos: III Conferência Nacional de Saúde Mental**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 16-23.
63. Ribeiro ECO, Motta JIJ. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Divulg. saúde debate* 1996; 12:39-44.
64. Seminotti N. **La organización y dinámica del grupo psicológico: la multiplicidad/diversidad de organizadores del grupo** [tesis]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2000.
65. Seminotti N, Cruz J, Borges B. O pequeno grupo como organizador do ambiente de aprendizagem. *Psico USF* 2004; 9(2):181-189.
66. Alves M, Seminotti N. **Produção e organização do sistema pequeno grupo "Oficina de Capoeira": um estudo no contexto da reforma psiquiátrica** [dissertação]. Porto Alegre: (RS): Faculdade de Psicologia, PUCRS; 2005.
67. Cardoso C, Seminotti N. **As pertencas aos vínculos em usuários de um grupo psicoterapêutico em um CAPS** [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Psicologia, PUCRS; 2005.
68. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(16):161-177.
69. Piaget J. **O nascimento da inteligência na criança**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
70. Flavell JH. Metacognition and Cognitive Monitoring. *American Psychologist* 1979; 34(10):906-911.
71. Schnitman DF, Littlejohn S, organizadores. **Novos paradigmas em mediação**. Porto Alegre: Artmed; 1999.
72. Cappanari S. Equipe Reflexiva. Uma prática transdisciplinar possível, onde todos tem voz para compartilhar ressonâncias e acessar múltiplos versos. In: **Encontro Catalisador do CETRANS – Centro de Educação Transdisciplinar. Educação e Transdisciplinaridade III**. São Paulo: Triom; 2005.
73. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO, organizador. **Inventando a mudança na saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.