

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

COLETIVOS ORGANIZADOS PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL: UM DESAFIO PARA A REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL

Collectives arranged to produce integral care: a challenge to professional regulation

Joao Batista Cavalcante Filho¹

RESUMO

O presente artigo busca refletir sobre quais as lógicas e interesses que disputam os processos de definição normativa do campo de atuação dos profissionais de saúde, a elaboração de atos corporativos. Faz um debate sobre a produção dos atos de saúde e sobre como os profissionais determinam o que se torna seu objeto de ação. Defende que, na conformação deste objeto de ação, todo saber deve ser considerado legítimo e insuficiente, e que, numa lógica de defesa da vida, não pode ser fruto de um agir capturado, mas sim estar aberto às diferentes e infinitas configurações dos vários saberes presentes. A busca pelo cuidado integral é fruto de um processo de trabalho em equipe, em que este cuidado não é específico de um determinado campo de competência profissional e sim em que todos os saberes e fazeres dos atores envolvidos nesse encontro são recursos para defender a vida. Todos são responsáveis por esta produção, articulados pela dimensão cuidadora, desalienando seu trabalho e percebendo que do encontro emanam mais atos de saúde que da produção isolada de cada núcleo de competência. Sendo assim há um desafio jurídico de conseguir uma normatização que coloque como responsável pelos atos de saúde esta equipe e que não iniba a sua criatividade.

PALAVRAS-CHAVES: Saúde Coletiva. Competência Profissional. Prática Profissional. Responsabilidade Legal. Equipe Interdisciplinar de Saúde.

ABSTRACT

This article is a reflection about the logic and interests surrounding the normative definition process of the field of action of health professionals, and the elaboration of corporative acts. I discuss the production of health actions and how professionals determine what falls within their professional actions. I propose that, in order to shape this action object, all knowledge must be considered legitimate and insufficient, and that according to a life-protecting standpoint, it cannot spring from a captured behavior, but must be open to the different and endless knowledge configurations. The search for integral care springs from teamwork, an environment in which care is not specific to a given field of professional expertise, but where all knowledge and performances are life-protecting resources. All care-linked actors responsible for this production free their work and perceive that thus, more health actions arise than from the isolated output of each field of expertise. Normatization that holds the whole team accountable for health actions, without restricting its creativity, is a legal challenge.

KEYWORDS: Public Health. Professional Competence. Professional Practice. Liability. Legal. Patient Care Team.

¹ Joao Batista Cavalcante Filho, médico Sanitarista e Médico de Família e Comunidade, coordenador do Núcleo de Promoção da Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe. E-mail: joaoaracaju27@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Há alguns anos temos observado uma intensificação do debate - entre as várias categorias de profissionais consideradas de saúde, nos espaços das corporações profissionais, nos espaços de gestão da saúde - sobre a definição normativa do campo de atuação de cada profissão. Uma busca incessante pela produção de normas que deem limites precisos ao atuar de cada categoria, como uma forma de garantir a captura em lei de todos os atos permitidos àquela profissão. Essa busca é defendida como sendo vital do ponto de vista institucional e jurídico, no intuito de delimitar a responsabilidade profissional, auxiliando a justiça nos processos civis, penais ou trabalhistas, assim como nos processos dos conselhos profissionais. **Atos corporativos** foi o tema de uma roda de ideias de um grupo de profissionais de saúde da Bahia, o Coletivo Piracema, e este artigo é devedor de suas contribuições.

Muito antes da disputa pela normatização do fazer em saúde, essa lógica de cerceio das ações profissionais vem operando nestes fazeres. A pergunta a ser respondida então seria: quais as lógicas e interesses que disputam este processo? Tentaremos refletir sobre essa pergunta à frente. Antes é necessário um debate sobre o trabalho em saúde.

O TRABALHO EM SAÚDE: DEFINIÇÃO DO SEU OBJETO DE AÇÃO

Cavalcante Filho et al (2006) refletem que o trabalhador em saúde produz atos de saúde, sendo essencial saber qual o seu objeto de ação. A maneira como se constrói este objeto de ação é um dos determinantes para uma necessidade de saúde ser ou não reconhecida como tal. Citando uma explanação feita pelo prof. Emerson Merhy em uma especialização realizada em Sergipe em 2005, os autores afirmam que uma das competências do profissional de saúde seria abrir espaços para o encontro dos referenciais, junto a outros trabalhadores e usuários, para a disputa dos sentidos do seu objeto de ação (CAVALCANTE FILHO et al, 2006, p. 07).

Associado à abertura de espaços públicos para o acolhimento de necessidades, Cecílio (2001, p. 114) afirma que há um outro desafio: “fazer uma conceituação de necessidades de saúde que pudesse ser apropriada e implementada pelos trabalhadores de saúde em seu cotidiano”. O encontro entre o trabalhador e usuário seria uma condição fundamental para a produção do cuidado, pois, em as necessidades sendo social e historicamente determinadas, elas só poderiam ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual. Porém, necessá-

rio se faz estar atentos às possibilidades de reconfigurações nessa conceituação para que o acolhimento de necessidades considere e exprima a dialética do individual e do social.

É no diálogo proposto que encontramos a possibilidade de acolhermos necessidades de saúde e, por que não dizer, de defini-las. Com o olhar “equipado” com saberes e experiências é que podemos trazer necessidades antes não consideradas para o campo das necessidades que serão objetos de nossa ação. Olhar do profissional e do usuário, síntese do diálogo. Esse movimento de necessidades é histórico, é competência do profissional reconhecê-lo. Ainda segundo Cecílio (2001, p. 116), as demandas trazidas pelo usuário são a sua interpretação da necessidade, geralmente moldadas pela própria oferta do serviço, portanto, é preciso estar atento, pois “a demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos ou realização de exames; as necessidades podem ser bem outras”.

Neste espaço de encontro, seja ele uma roda com usuários, com trabalhadores ou um atendimento individual, haveria um tensionamento entre o(s) usuário(s) que busca(m) certo cuidado e o(s) profissional (ais), com seus saberes, fazeres e recursos para exercer este cuidado. O objetivo deste encontro então seria o acolhimento das necessidades reconhecidas como de saúde na transformação do tensionamento em entendimento e a construção de projetos terapêuticos integrais para a produção/recuperação da autonomia do usuário. Enfim, um espaço de defesa da vida, onde é considerado o respeito ao referencial do outro como essencial para a produção do cuidado.

Ora, este encontro traz em si uma complexidade incapturável! A quantidade de eventos e situações que podem surgir, considerando que as necessidades de saúde são históricas e cambiantes (CECÍLIO, 2001) e as diferentes configurações dos saberes e práticas dos profissionais de saúde, é a mesma quantidade de projetos terapêuticos possíveis: não tem fim. Para cada situação, para cada gama de recursos disponíveis, haverá uma singular intervenção. A realidade complexa acaba por tensionar linhas de fuga da lógica instrumental. O trabalho vivo, operando no momento deste encontro, é um espaço para a autonomia do trabalhador, seu espaço criador (MERHY, 2002). E os atos comunicativos que preenchem este espaço propiciam o uso dos saberes e recursos de todos os atores envolvidos para, criativamente, produzir cuidado. Desafiam e tensionam o instituído, os atos normativos, a todo encontro.

Ainda em Cavalcante Filho et al. (2006, p.16):

Se o profissional de saúde ficar preso à ação burocratizada, ficar preso ao ato normativo, não reconhecerá como sua com-

petência de ação o reconhecimento deste espaço para o diálogo público, que abre novos sentidos para sua relação com o usuário. Se o trabalhador não significar esta competência de reconhecer o movimento de construção social das necessidades de saúde, não conseguirá acolhê-las, independentemente dos atos normativos e dos modelos.”

O momento produtivo torna-se o momento do encontro e é “aberto à disputa de capturas por várias lógicas sociais, que procuram tornar a produção das ações de saúde de acordo com certos interesses e interditar outros” (MERHY, 2002, p. 25). Várias forças operam na disputa do fazer, e um espaço de diálogo é onde há maior chance de aproximação das necessidades de saúde.

Neste modelo, a lógica é centrada no cuidado. Nessa lógica, parte-se do pressuposto que nenhum profissional detém em sua “caixa de ferramentas” todos os saberes e fazeres necessários para acolher necessidades e exercer cuidados integrais. Todos os referenciais devem ser reconhecidos como legítimos, porém insuficientes (TEIXEIRA, 2005). É necessário que este trabalho seja realizado por um coletivo, organizado para a produção de atos de saúde centrados no cuidado, aceitando o potencial instituinte das diferentes configurações de saberes e fazeres que destes encontros possam surgir.

Este processo não ocorre sem conflitos, pois nem sempre há coincidência entre os saberes, lógicas e interesses que presidem as ações dos trabalhadores. E muitas vezes essas ações não são orientadas na perspectiva das necessidades de saúde dos usuários (PINTO *et al.*, 2007).

Problemas advindos da complexa realidade exigindo a constante transformação criativa e instituinte do trabalho em equipe na produção de atos de saúde. Inúmeras formas de produzir atos de saúde, tendo o cuidado como fim.

Nesta constante transformação não cabe um agir capturado. Perder a singularidade que pode emergir do encontro em detrimento da busca desenfreada pela captura da maior quantidade de situações para que sejam enquadradas no procedimento adequado, para estas e outras situações similares, transfere a centralidade do cuidado para a produção de procedimentos, exclui e deslegitima outros saberes e fazeres, inclusive o do usuário, e favorece a fragmentação do trabalho

Associado a isto, segundo Ceccim e Capazollo (2004, p. 354), “parte significativa da demanda por serviços de atenção à saúde é constituída por necessidades que não se conseguem classificar numa entidade nosológica específica”, podendo atingir até sessenta por cento dos atendimentos, segundo alguns autores.

Numa lógica centrada na produção de procedimentos, apoiada por um mercado que associa a remuneração a esta produção e que, ideologicamente, transfere ao senso comum a ideia da saúde enquanto mercadoria e não como um direito, constatamos:

- a) A disputa corporativa pelo monopólio de diagnósticos e prescrições, como forma de força social e econômica pois aí reside a remuneração e a capitalização do complexo médico industrial, além de legitimação profissional;
- b) Usuários se localizando como consumidores de produtos de saúde, demandando exames e medicamentos.
- c) O ideário de que o cuidado mais efetivo dar-se-á com a intervenção do profissional mais especializado e com a realização dos procedimentos mais complexos (maior valor de mercado). Muitas vezes o procedimento em si é encarado como produtor de cuidado, sendo que isto só é possível no campo da ideiação (FRANCO; MERHY, 2005);
- d) Resistência, por parte de profissionais, em realizar procedimentos considerados “menos nobres”, transferindo sua realização para outros profissionais, e, ao mesmo tempo, a tentativa de determinar para si a realização de procedimentos “mais nobres” enquanto legítimos para a profissão. Essa lógica é mais percebida quando a remuneração do trabalho em saúde dá-se por hora trabalhada;
- e) Um reforço à organização do trabalho em etapas, em que cada profissional faria “sua parte”, gerando alienação da finalidade do trabalho.

A disputa pela legitimação de determinado ato, enquanto profissional para o exercício de uma prática valorizada e bem remunerada, não necessariamente coincide com uma prática centrada nas necessidades de saúde dos usuários, nem com a luta pelas condições para acolher estas necessidades. “Há um movimento de impedir que outras profissões ou outras pessoas realizem um trabalho que confere legitimidade ou que é defendido como monopólio de mercado de outra”. (MERHY; PINTO, 2007, p. 07).

Os procedimentos com um valor significativo em um mercado de troca (coincidem com os procedimentos mais nobres), acabam por ter um lugar de destaque na disputa por projetos terapêuticos, sob a afirmação de que o objeto é a produção de saúde para as pessoas. Em Pinto *et al.* (2007, p.100):

Assim, numa lógica muitas vezes estranha à ampliação do acesso e à integralidade, certas disciplinas são pouco acessíveis a certas profissões e, fundamentalmente, certos procedimentos são

proibidos a diversas delas. Veda-se a possibilidade de várias profissões técnicas realizarem determinados atos, veda-se um conjunto de práticas aos agentes comunitários de saúde e aos auxiliares de enfermagem, tenta-se proibir práticas de saúde que uma profissão historicamente desempenha em benefício da exclusividade de outra etc.

A lógica centrada na produção de procedimentos serve de pano de fundo para a disputa de quais os atos profissionais são permitidos e quais saberes devem ser exclusivos de uma determinada categoria. O pagamento por procedimentos há muito vem financiando o capital médico-industrial, sendo que para qualquer categoria, nessa lógica, torna-se muito importante ser a detentora do diagnóstico e prescrição pois é o que movimenta este capital.

É necessário, pois, buscar outros ângulos, outras perspectivas, talvez só encontráveis no diálogo com os interesses e necessidades externos ao ofício das profissões; isto é, se examinarmos o campo fértil das necessidades sociais e das políticas que aí vicejam, sem deixar de reconhecer a justiça e os limites da lide corporativa, mas procurar transcender o debate, ou melhor dito, submeter o viés corporativo à essencialidade das políticas públicas e sociais (ACIOLE, 2006, p. 48).

Mesmo a defesa da perda do monopólio de diagnósticos e prescrições é utilizada na disputa por mercado. Sistemas de seguro-saúde na lógica da atenção gerenciada, com o objetivo de reduzir custos de suas intervenções, apoiam que profissões que detêm saberes e fazeres menos remunerados na lógica do mercado realizem atos que normalmente seriam realizados por profissões com força de trabalho mais cara. Também é centra, nesta estratégia de gestão do modo de se produzir saúde, o controle administrativo do acesso a procedimentos e consultas de alto custo, capturando em protocolos “baseados em evidências” a autonomia relativamente grande que os trabalhadores em saúde têm (MERHY, 2002); ou seja, tenta-se aprisionar o trabalho vivo através de uma lógica de otimização do lucro e não de construção de novos modos de andar a vida. A satisfação do cliente, enquanto meio de sua fidelização e manutenção financeira da instituição, seria o objeto da intervenção, surgindo daí a necessidade de acolhimento e vínculo.

Há que se considerar que, como afirmamos no início deste texto, a lógica que se torna hegemônica acaba por, antes das normatizações, interferir nos saberes e fazeres profissionais. Um campo estratégico para sua reprodução é a formação. Estratégico porque acaba se tornando um campo onde se legitimam determinados saberes e se

excluem outros, tornando-os ilegítimos, mesmo que seu objeto seja o cuidado, num movimento que acaba por criar nos outros a necessidade de consumo de serviços que somente as pessoas que passaram por aquela formação podem fornecer.

Felizmente, as práticas profissionais nem sempre estão comprometidas com interesses econômicos-corporativos ou econômicos-empresariais. O texto de Lima et al (2007, p. 7-8), para o 59º Congresso Brasileiro de Enfermagem, faz a defesa de uma “competência coletiva como expressão de uma composição de valores e práticas renovadoras das relações no trabalho e no cuidado em saúde”, e sua compreensão na perspectiva de vir a ser “uma nova síntese” das possibilidades e potências, “muito mais do que as disputas corporativas ou territoriais do cuidado podem assegurar”. Trazem ainda uma questão a ser respondida: o quê, de fato, está servindo a quê e a quem? Na luta ainda contra hegemônica - no sentido de desafio ao instituído pela prática e respaldado pelo saber, ou seja, de resistência à hegemonia, conceito renovado por Gramsci (1995) - para fortalecer uma lógica centrada no cuidado em detrimento de uma lógica centrada no procedimento, há que sempre se estar atento e interrogando a própria prática.

FORMAÇÃO E TRABALHO A SERVIÇO DOS PRINCÍPIOS DO SUS

O arcabouço jurídico institucional que conforma o Sistema Único de Saúde brasileiro é reconhecido como um dos mais avançados do mundo. Na letra da Constituição da República, encontramos a consolidação de anos de luta da sociedade na busca de uma saúde encarada como um direito de cidadania, ou seja, uma ampliação do conceito de saúde, como destacado no artigo 196:

Art. 196. A Saúde é 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 ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

A partir deste conceito, o artigo 198 vai definir as diretrizes do novo Sistema a ser configurado, destacando a descentralização (uma forma de aproximar a gestão do Sistema do local onde as necessidades de saúde são expressas), a participação popular e o atendimento integral.

A valorização da integralidade, como uma das diretrizes do SUS, é um importante caminho para a implementação de um sistema cuidador. Evolue da visão hegemônica da

organização da saúde na época que dicotomizava prevenção e assistência. Ao mesmo tempo, encontramos o primeiro desafio para sua implementação: a polissemia do termo integralidade. Teixeira (2005) afirma que as diferentes concepções de integralidade dependem do que os modelos e projetos políticos pretendem integrar, no sentido de tornar inteiro. A busca da integralidade tem o potencial de valorizar o acolhimento de necessidades, complexificando o olhar na produção do cuidado.

A complexidade do cuidado integral exige um profissional não alienado do sistema no qual atua e apto para trabalhar integrando o seu olhar ao de outros profissionais. O artigo 2000 de nossa Constituição estabelece como competência do SUS, em seu inciso III, a ordenação de recursos humanos na área de saúde, no que foi reforçado pela Lei 8.080 de 1990, em seu artigo 6, Inciso III. Tal competência do Sistema liga fortemente o “mundo do trabalho” com o “mundo da formação”, estabelecendo diretrizes para as ações de ambos e uma necessidade de aproximação, ainda incipiente e apoiada pela legislação, como demonstra o parágrafo único do artigo 27 da Lei nº 8.080 de 1990:

Art. 27. Parágrafo único: Os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e pesquisa, mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Entre as lógicas que influenciam o saber e o fazer dos profissionais de saúde, a legislação fundante do SUS aponta para a integralidade da atenção e atuação profissional, e assume a própria ordenação de recursos humanos como seu campo de atuação. Como defendemos, nenhum profissional ou categoria traz em sua caixa de ferramentas o necessário para o cuidado integral. A aproximação da integralidade é uma busca na qual reconhecemos que toda ação de profissional de saúde tem uma dimensão cuidadora, e que os coletivos organizados têm o potencial de fazer aproximações mais complexas, aplicando saberes e fazeres, numa relação dialética entre teoria e prática (práxis), articuladas pelo objetivo de produzir o cuidado integral.

COLETIVOS ORGANIZADOS PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL

Diversos autores da Saúde Coletiva vêm produzindo conhecimento a respeito dos atos de saúde realizados por coletivos organizados para a produção de cuidado integral.

Ceccim (2005, p. 170) afirma que coletivos organizados são “agrupamentos articulados por um fim”. Sendo o

objeto finalístico a produção de atos de saúde, este objeto é que dá articulação ao dispositivo (e não organismo) em “produção de encontro, de intercâmbio, de provocações, de alteridade”, não exigindo a identidade entre seus membros. A relação entre pessoas não serializadas constrói linhas de fuga do instituído, construindo um diagrama (e não organograma) com linhas que “se organizam e desorganizam para assegurar sua produtividade”.

Merhy (2002) aborda a dimensão cuidadora presente em qualquer abordagem que produza atos de saúde, seja esta realizada por profissional reconhecido legitimamente como de saúde ou não. Essa dimensão cuidadora deve estar para além das influências do capital e das corporações, reconhecendo-as, mas é a partir dessa dimensão que se articulam os saberes e fazeres para a execução do melhor cuidado possível.

Qual seria então a melhor forma de articular estes saberes? Se partirmos do pressuposto que nenhuma categoria profissional tem em seu núcleo todas as ferramentas para exercer o cuidado, necessariamente então falamos de um trabalho coletivo, multiprofissional. Para compreender a dinâmica das relações estabelecidas entre os trabalhadores de saúde, Ceccim (2006) defende uma atuação sem delimitação *a priori* entre as profissões e propõe uma entre-disciplinaridade, um lugar de sensibilidade e equilíbrio metaestável, em que todos os potenciais seguiriam se atualizando e o equilíbrio não seria outro que não a transformação permanente de si, dos entornos, do trabalho.

Seria necessário desenvolver, em processo, as respostas ao desafio de acolher as necessidades de saúde dos usuários, disputando serem reconhecidas e cuidadas. A produção de um cuidado integral, não fruto da ação fragmentada e alienada de núcleos profissionais, nem da criação de um outro núcleo mais abrangente. Mas produto de uma ação coletiva, dialógica, fruto do encontro que tem por objeto o cuidado.

Um trabalho de equipe necessariamente co-gerido, co-responsabilizado e aberto a processos instituintes de novas formas de produzir o cuidado. Neste caso teríamos, segundo Pinto *et al.* (2007) um trabalhador coletivo que faria a melhor articulação, a partir da dimensão cuidadora, entre saberes e fazeres para acolher e responder, da melhor forma possível, às necessidades dos usuários. Essa seria a produção de cuidado desse trabalhador comprometido ética e politicamente com uma lógica de defesa da vida do usuário.

Um processo de trabalho em equipe centrado no cuidado, em que este cuidado não é específico de um determinado campo de competência profissional e sim em que todos

os saberes e fazeres dos atores envolvidos nesse encontro são recursos para defender a vida. Todos são responsáveis por esta produção, articulados pela dimensão cuidadora, desalienando seu trabalho e percebendo que do encontro emanam mais atos de saúde que da produção isolada de cada núcleo de competência.

Um novo modelo de assistência que desafie as práticas vigentes, as regulamentações corporativas e as regras do mercado, e que também desafie a formação dos profissionais de saúde, produtora e reprodutora do atual modelo biologicista e pouco acolhedor, ao mesmo tempo em que campo para transformação, como várias experiências demonstram.

CONCLUSÕES

Como tratamos neste texto, necessário se faz para a produção de atos de saúde um coletivo organizado para a produção de projetos terapêuticos integrais. A responsabilidade não pode ser individual e sim parte de uma competência coletiva.

Longe de não reconhecer a construção das identidades sociais das profissões, o que se aponta é que esta institucionalização deve ser mais flexível e democrática, abrindo possibilidades de reconfiguração e não com determinações *a priori*. “Nem a geleia geral de que todos fariam tudo, agentes sem distinção ou especificidade, nem a progressiva fragmentação do processo de trabalho decorrente da especialização burocrática” (CAMPOS, 2000, p. 216).

Sendo assim há um desafio jurídico de conseguir uma normatização que coloque como responsável pelos atos de saúde esta **equipe** e que não iniba a sua criatividade. Que a normatização auxilie na desalienação do trabalho em saúde, e não reforce que as ações e responsabilidades são **individuais**. Enfim, uma normatização que não seja fruto de um cerceamento das ações destinadas a cada núcleo profissional, isolando-os, que busca capturar as situações e as ações para cada uma delas, obedecendo a uma lógica centrada nos procedimentos e sendo influenciada por seu valor no mercado. Que consigamos avançar para uma normatização centrada no cuidado e que defenda a vida.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. A lei do ato médico: notas sobre suas influências para a educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 47-54, jan./abr. 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 25 fev. 2009.

CAVALCANTE FILHO, J. B. *et al.* **Acolhimento coletivo**: um desafio instituinte de novas formas de produzir cuidado. Aracaju, 2006. (Trabalho não publicado).

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECCIM, R. B. Onde se lê “Recursos Humanos da Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção da Saúde”: Desafios Para a Educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda**: direito à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 161 - 180.

CECCIM, R.B. *et al.* O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 373-383, 2002.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 259 - 278.

CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais e saúde e a afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João José Neves *et al.* (Orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346 - 390.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 113-126.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária a demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção Social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 181-193.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

LIMA, M.G. *et al.* A integralidade e a enfermagem na competência coletiva do cuidar em saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 59., 2007, Brasília. **Anais...** Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2007. CD-ROM.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY E. E.; PINTO, H. A. **Cuidado com o trabalho vivo em ato**: interrogue-o! Rio de Janeiro, 2007. (Trabalho não publicado).

PINTO, H. A. *et al.* **O SUS e os processos de trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2007.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e praticas em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 89-111.

Submissão: setembro de 2008

Aprovação: março de 2009
