

A BASE POLÍTICO-METODOLÓGICA EM QUE SE ASSENTA UM NOVO DISPOSITIVO DE ANÁLISE E INTERVENÇÃO NO TRABALHO EM SAÚDE

**Serafim Barbosa Santos-Filho
Maria Elizabeth Barros de Barros**

A PERSPECTIVA DE REDE QUE SUSTENTA DISPOSITIVOS INOVADORES PARA INTERVENÇÃO NO TRABALHO EM SAÚDE

Demarcando uma concepção de Rede

Pensar o Trabalho em Saúde na perspectiva de sua *Humanização* implica em demarcar a noção de rede como conceito estruturante das ações que se quer desencadear. Muito para além de fluxos e de justaposição de serviços ou de ações, a concepção de rede que nos interessa está direcionada na construção de uma política transversal no âmbito do SUS. Política transversal como “conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações construídas intersticial e coletivamente nas diversas práticas e instâncias de efetuação” (Ministério da Saúde, 2006). Nesse sentido, três grandes conceitos referenciais para a Humanização do Trabalho em Saúde estão aqui entrelaçados. *Transversalidade*, que deve ser experimentada na prática como “aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo e entre os diferentes grupos. A idéia de comunicação transversal em um grupo deve ser entendida não a partir do esquema bilateral emissor-receptor, mas como uma dinâmica multivetorializada, em rede e na qual se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividade” (Ministério da Saúde, 2006). *Rede psicossocial*, caracterizada pela “participação ativa e criativa de uma série de atores, saberes e instituições, voltados para o enfrentamento de problemas que nascem ou se expressam numa dimensão humana de fronteira, aquele que articula a representação subjetiva com a prática objetiva dos indivíduos em sociedade”. E isso subsidiando a articulação de uma *grupalidade*, materializada como um “coletivo ou uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares etc) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza” (Ministério da Saúde, 2006).

Nas formulações que Ricardo Teixeira (2001, 2003, 2005) vem fazendo acerca das “redes de trabalho em saúde”, o autor compreende a rede como um “dispositivo de conversa”, “um esforço coletivo” para melhoria das condições de vida e saúde de indivíduos e populações, consistindo na “própria produção de redes sociais, de comunidades, de formas de vida (biopoder), de produção de subjetividades (individuais e coletivas) e de sociabilidade. Redes de produção de redes.”

Nessa Rede, com quem contar?

Vamos compreender que os sujeitos implicados nessa Rede são resultado de um “processo de produção de subjetividade sempre coletivo, histórico e determinado por múltiplos vetores” (Ministério da Saúde, 2006).

Partindo desses referenciais, traremos agora os atores-chave do processo de produção em saúde, desejando fomentar neles o exercício pleno de sua condição de sujeitos, isto é, usuários, trabalhadores e gestores tornando-se protagonistas, de forma compartilhada, de análises e intervenções nos seus espaços de trabalho (co-conduzindo o trabalho e as mudanças).

Agora vamos convocar esses sujeitos na forma de “apelos”, para que se desafiem como reconstrutores, renovadores, reinventores dos seus trabalhos. Entendemos que cada um desses atores assume papel central, específico e especial para disparar novos modos de fazer e de gerir o trabalho, portanto, para transformar o mundo do trabalho. E no momento atual do SUS (âmbito do trabalho em que vemos terreno fértil para mudanças), como direcionar esses apelos?

Apelo aos gestores-administradores de serviços

Apelo aos gestores por qual razão? Já sabemos que desgaste, sofrimento e adoecimento podem estar diretamente associados ao modo de organização dos processos de trabalho, especialmente sob influência das variáveis ligadas à gestão, como por exemplo o tipo de relação estabelecida com chefias e colegas (ver Capítulo 3, Parte 1 deste livro). Sendo assim, compreendemos os gestores (aqui entendidos em sua função de gerenciamento, coordenação) como um dos gatilhos mais potencialmente concretos para mudanças, a partir do lugar que ocupam, imbuídos da atribuição de induzir e fomentar novas relações de trabalho, em uma perspectiva participativa.

A realidade atual tem mostrado que há limitações e mesmo negligência, no âmbito das instituições, quanto à garantia de condições básicas de segurança e saúde nos locais de trabalho. Por outro lado, observa-se a dificuldade que também já mencionamos quanto ao exercício efetivo, cotidiano, da gestão participativa no âmbito dos serviços, isto é, a dificuldade de operacionalização desses modos de gestão nos níveis locais, mesmo que sejam uma diretriz institucional. Pode-se dizer que há uma defasagem entre a diretriz/avanço fomentado pelas instituições (em sentido macro) e a implementação/viabilização efetiva dessa diretriz no cotidiano dos serviços. De outro modo, é interessante pontuar a diversidade da realidade que se observa atualmente no SUS, encontrando-se, por um lado, situações em que nem se tem experimentado a implantação de instâncias de gestão colegiada, ao mesmo tempo em que já se observa (em outras situações) um certo risco de “modismo dos colegiados”, isto visto em diversos sentidos, mas principalmente como: ora significando uma certa banalização do dispositivo, “deixando” que ele se constitua como que para cumprir uma recomendação institucional; ora instituindo-o de forma “prescritiva”, também para atender a algum tipo de recomendação ou “pressão”. Em ambas as situações o resultado é a implantação desses dispositivos de forma apenas administrativo-cartorial. E como esses espaços são por excelência espaços de se lidar com assimetrias, espaços de *contradição* (“base da metodologia dialética” – Andaló, 2006), e não se pode considerar que “nascem” harmônicos (no que seria uma visão idealizada dos mesmos), então requerem investimentos de ordem subjetiva, *por parte de todos*. E claro que essa esfera (do desejo), ao mesmo tempo tão essencial, é também uma esfera complexa, que se pode ver incessantemente levantada por gestores e trabalhadores em perguntas do tipo “*como motivar o outro?*”.

Com essa breve problematização queremos escapar do risco de simplificar algo que compreendemos como de alta complexidade, não se podendo reduzir o debate a uma simples atribuição de “culpados” e “vítimas”, de “omissões intencionais” ou de se cair no voluntarismo de algumas posturas e iniciativas. Mas não queremos deixar de enfatizar que no cerne dessas questões há um conflito de saberes e poderes, que deve ser objeto de atenção dos gestores, sujeitos que têm como papel central compreender e lidar com tais situações de conflitos, contradições, e fazer ofertas no sentido de sua explicitação nos coletivos.

Voltemos agora e façamos um outro registro: gostaríamos de ressaltar que, em uma outra direção, estamos observando experiências exitosas de colegiados (ou instâncias equivalentes), buscando caminhos para se constituírem inclusive como espaços de aprendizagem sobre o fazer de modo compartilhado. E o que queremos é explorar essa potência do âmbito da gestão, de fomentar isso e outras mudanças institucionais.

Há importantes indicações a respeito das habilidades atualmente desejadas no campo da gestão de processos e pessoas. Schwartz (2006) propõe um elenco de habilidades dentro do que chama de “ingredientes de competências”, entre as quais se mesclam atribuições tradicionais da função de administração com dimensões sócio-subjetivas de abordagem das pessoas e relações. Nessas competências incluem-se: capacidade de gerir, nas tarefas, a dimensão do que é protocolar (do que está previsto como diretrizes básicas para o exercício de um trabalho); domínios de saberes legitimados; disciplina; capacidade de arbitrar, de resolver; capacidade de gerir a dimensão histórica (singular) da situação, lidando com a dimensão do encontro (ambientes técnicos e humanos); capacidade para perceber os diferentes perfis de competências das pessoas da equipe, inclusive o seu próprio perfil. Ao mobilizar esses ingredientes, construir “sinergias coletivas”, valorizando as potencialidades; fazer a liga entre pessoas que têm perfis diferentes, colaborando para que trabalhem juntas.

Tomando esses eixos como base, postulamos então que, para além de apenas viabilizar “ambientes seguros e saneados” de trabalho, em sentido estrito, os gestores têm “naturalmente” todo o potencial para provocar e sustentar mudanças. Claro que, além de demarcar a importância da garantia de direitos (previstos como básicos), o que queremos enfatizar aqui é a possibilidade do gestor escapar ou superar uma postura legalista e assistencialista, e ir na direção de fomento ao envolvimento dos trabalhadores, criando condições para co-construção de projetos, fomentando a multiplicação de diferentes movimentos e rodas. Seria alcançada, com isso, a ampliação do papel e compromissos do gestor, inovando na gestão de processos, relações e resultados, não somente na ótica do usuário mas também dos trabalhadores.

Apelo aos trabalhadores

O apelo aos trabalhadores precisa ser firmado em um modo muito especial de se compreender o trabalho e a gestão. *Trabalho* como espaço concreto de reinvenção de regras e “uso-de-si” para transformar as coisas e a si próprio (Schwartz, 2000, 2004). E coerentemente com isso, *gestão* como função quase natural de quem está conduzindo seu próprio fazer, renovando-o permanentemente – cada um como gestor do seu próprio trabalho. Concebendo assim, precisamos resgatar com os trabalhadores a sua capacidade, disponibilidade, direito e dever de problematizar sua inserção no trabalho e se implicar com as mudanças que julga necessárias. Escapar ou superar uma postura

legalista de cobrança de direitos (que a prática mostra que não são viabilizados pelo simples fato de estarem previstos em lei), e se deslocar da posição de apenas espectadores de mudanças que viriam a partir de chefias (“de cima para baixo”), em uma situação idealizada de ambientes saudáveis de trabalho.

Por outro lado, crescer em sua capacidade de analisar o que se apresenta como suas reações e “defesas” (e o que representam) mediante as adversidades no/do trabalho. E tudo isso confluindo para uma atitude de mobilização, co-construindo a possibilidade de transformações a partir dos “encontros” e movimentos coletivos, junto com o gestor (espaço em que se constrói e/ou se aumenta a autonomia e o protagonismo).

Apelo aos usuários

Neste momento de consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil, o apelo aos usuários é tão estratégico quanto o apelo direcionado aos dois outros atores do processo de produção em saúde. Estratégico pela necessidade efetiva de co-responsabilização, em dois sentidos: na compreensão das mudanças propostas pela Instituição na forma de prover serviços. Isso é particularmente importante, por exemplo, quando se observam as dificuldades que os gestores/trabalhadores têm relatado sobre a falta de entendimento da população com as mudanças das práticas assistenciais – a população é frequentemente “acusada” de não aceitar bem o que se lhe oferece ao serem redirecionados os focos de ofertas tradicionais. Por exemplo, ao se mudar o foco de atenção centrada exclusivamente na consulta médica para outros tipos de abordagem centrada e compartilhada em equipe. Diz-se que há muita dificuldade com a adesão dessa população ao que se propõe institucionalmente. Por outro lado, mediante o crescente volume e complexidade das demandas populacionais e as várias limitações quanto às ofertas (disponibilidade de serviços, recursos), ocorrem situações de insatisfação, traduzidas em diferentes tipos de reações, incluindo os casos atuais de violência. Essas situações desestabilizam o cotidiano das Unidades de Saúde e podem ser melhor conduzidas se se obtém a co-responsabilização e solidariedade da comunidade local, com mudanças de postura. Escapar ou superar uma postura de utilizarem os serviços de saúde, ora como apenas “escoras”, locais aos quais se reportam apenas para fazer pedidos e cobranças e se comportando de modo passivo mediante sua própria condição de saúde (fora portanto de um contexto de exercício de autonomia); ora tomando o serviço como alvo de ataque (portas-de-entrada que serviriam como local para canalização dos diferentes tipos de insatisfações e reações). E mesmo quando não nessas condições, isto é, nas condições mais “normais”, os serviços são utilizados (“explorados”) sem se ter conhecimento (compartilhado) do custo social implicado na cadeia dos cuidados recebidos. Os usuários são portanto sujeitos que podem contribuir em muito para a co-construção de espaços saudáveis de trabalho, a partir da revisão de seus comportamento. Claro que o serviço/equipes é que devem assumir um papel central no fomento a essas novas relações.

Alinhando a Rede

A confluência desse apelo em três direções aponta para sua complementariedade, isto é, afirma a indissociabilidade entre esses diferentes sujeitos diretamente implicados no processo de produção em saúde. É importante ressaltar os compromissos éticos e políticos na atitude de co-responsabilização, para garantir que sejam aumentados os

graus de participação, sem contudo se cair em desequilíbrios e reforçar desigualdades nas correlações de força em jogo.

Os apelos são complementares na perspectiva do que se deseja como “encontros” e redes de Saúde, com objetivos ampliados: de melhorar o serviço (atenção e saúde dos usuários) e de melhorar a saúde e vida de quem cuida. É a afirmação desses objetos/objetivos, reconhecidos na perspectiva de rede, que pode propiciar uma sinergia de investimentos e movimentos de vitalização das ações e do agir em saúde. Para a construção e sustentação dessas redes, algumas diretrizes e dispositivos podem ser aportados como subsídios/estratégias que levam a novos jeitos de fazer e de se articular. Em outro capítulo deste livro (Capítulo 3, Parte 1) demarcamos os referenciais e dispositivos da Política Nacional de Humanização que podem ser apropriados para contribuir na inovação do trabalho em saúde. São portanto dispositivos que sustentam esses apelos. Entre eles, encontram-se iniciativas de diferentes ordens: que permitem escuta qualificada de todos os atores e motivação de sua inclusão efetiva (clínica ampliada, equipes multiprofissionais de referência, projetos terapêuticos, sistemas específicos e gerais de escuta); que possibilitam análises e intervenções no espaço de trabalho (ambiência); que reorientam o modelo de gestão (instâncias colegiadas, de co-gestão); e que permitem canalizar metas de todos esses âmbitos na ótica de acordos e contratualização (como contratos de gestão).

No cenário que descrevemos até aqui procuramos reunir sinteticamente categorias que abarcam o referencial teórico-político do Humanizatus (priorizando a noção de rede e conceitos afins como categoria estruturante), seguindo-se com a menção às diretrizes e dispositivos que subsidiariam a construção/sustentação dessa rede. O objetivo central é chamar a atenção para o fato de que, no funcionamento em rede (e na sua própria tessitura) encontra-se o potencial para que o trabalho possa ser exercido de modo compartilhado, os problemas possam ser analisados coletivamente e as propostas sejam resultantes de avaliações e validações consensuais. Que o espaço de trabalho passe a ser um espaço permanente de contratos entre sujeitos.

Embasado nesse referencial, apontamos um dispositivo (já introduzido no capítulo anterior) ao mesmo tempo específico e ampliado, que estamos entendendo como dispositivo múltiplo, capaz de agregar vários dos dispositivos que já mencionamos, que vem direcionar, de forma político-metodológica, análises e intervenções no processo de trabalho no campo da saúde.

O fio condutor do dispositivo que apresentaremos a seguir é a reunião do saber dos trabalhadores com o saber científico (dos profissionais e pesquisadores), chamando o trabalhador ao centro do debate e ação sobre o seu trabalho. Os objetos priorizados são o processo de trabalho e o processo saúde-doença, isto é, as repercussões dessa interação, expressas como sofrimento, desgaste e adoecimento no contexto do trabalho.

INTRODUZINDO O PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE E TRABALHO (PFST) COMO DISPOSITIVO

O dispositivo PFST foi construído por uma equipe de pesquisadores do qual fazem parte profissionais e técnicos da FIOCRUZ, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Universidade Federal da Paraíba e da Universidade Federal do Espírito Santo. Vem

tratar da problemática da saúde, em suas múltiplas dimensões, nos ambientes de trabalho. Coloca em foco o processo de trabalho, partindo do princípio de que a forma como ele se organiza tem efeitos na saúde/doença dos trabalhadores.

Neste capítulo retomamos o PFSF (introduzido no capítulo anterior), recortando e/ou detalhando, de modo mais amplo e complementar, sua metodologia e os passos em que se desenvolve.

Subsídios do PFST: mundo do trabalho e compreensão da saúde-doença

Várias são as transformações que vêm ocorrendo nos mundos do trabalho a partir desse novo padrão produtivo que se atualiza no contemporâneo, que combina mudanças tecnológicas, organizacionais, subjetivas, tecendo outros cotidianos, nos quais a saúde se nos apresenta como um importante analisador histórico. Esse outro modelo de organização do trabalho e do valor do trabalhador vem acompanhado de um novo quadro de danos à saúde que se traduz em um maior sofrimento psíquico, com sintomatologia de ansiedade, depressão, apatia, dentre outras. Se durante muito tempo a concepção de saúde esteve limitada a um estado estável de bem estar físico e mental, negligenciando-se, portanto, sua dimensão coletiva e política, encontramos muitos pesquisadores preocupados em criar uma outra visão de saúde, que não apenas a que se contrapõe à doença, mas que a conceba como um estado de instabilidade, que possibilita experimentação-invenção de outros modos de vida, criando normas e não, apenas, se submetendo a elas. Essa noção ampliada de saúde envolve, portanto, a dinâmica de sua conquista e preservação, expressando, assim, um constante movimento de luta, um incessante jogo de forças. A doença passa a sinalizar para a dificuldade de alterar uma situação que agride física e psiquicamente, produzindo insatisfação e, portanto, sofrimento (Canguilhem, 1990). Os processos que levam ao adoecimento são, assim, bastante complexos, já que apresentam não só uma dimensão individual, mas, principalmente, coletiva. É essa a direção que a Política Nacional de Humanização/PNH, por meio do dispositivo PFST, busca afirmar no concreto das experiências do trabalho nos serviços de saúde.

Portanto, saúde não pode ser abordada somente do ponto de vista da sua conservação, mas requer, até para poder “conservá-la”, a possibilidade de problematizar a vida/trabalho cotidianos, criar novas questões e outras formas de estar no mundo; é lutar contra o que enfraquece, contra o que estabelece verdades definitivas, exigindo-nos o cumprimento cotidiano de seus princípios transformados em tarefas a serem executadas. Nesse sentido, não entendemos que as lutas e batalhas cotidianas produzam o adoecer, ao contrário, é possibilidade de escapar à servidão (Nietzsche, 2000), obediência e impotência e, assim, criar outras possibilidades de vida/trabalho.

Princípios do Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)

É nessa direção que o PFST se nos apresenta com sua potência de problematizar as situações instituídas nos locais de trabalho de forma a interrogar os processos de trabalho em curso. E nessa direção, temos experimentado o Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), articulado em uma compreensão de que a questão da saúde dos trabalhadores não pode ser compreendida a não ser a partir de uma sistemática de pesquisas, debates contínuos e ações cotidianas nos locais de trabalho. O maior desafio que se coloca é conjugar diferentes pesquisas, colocar em diálogo crítico os

conhecimentos e análises científicas com ações práticas concretas de mudanças, como se espera da área de Saúde Pública.

O PFST (Athayde et al., 2003) justifica-se pela urgência de serem repensadas as diretrizes que devem nortear os processos de trabalho/saúde no SUS, no sentido de estar subsidiando e adotando a construção permanente de relações e ambientes de trabalho saudáveis. Saúde é assunto que diz respeito a todos, capazes que somos de falar de nossa experiência de prazer e sofrimento, não sendo tema exclusivo de especialistas. Portanto, estamos nos referindo a um conceito de saúde como possibilidade de produzir novas normas, novas formas de vida/trabalho.

Então o PFST é concebido como uma estratégia para compreender-transformar as relações entre o trabalho nos ambientes laborais e a saúde-doença, baseado no diálogo-confrontação entre conhecimento científico e experiência dos trabalhadores. “A esse dispositivo de confrontação-cooperação entre saberes denominamos Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)” (Athayde et al, 2003, p.13-14). Trata-se de um dispositivo, agregado ao PFST, de formação e pesquisa-intervenção em rede, que articula um programa de formação, pautado na ação, com um programa de pesquisas, visando à luta pela saúde e afirmação da vida. Espera-se que o PFST possa contribuir para que os trabalhadores possam ‘aguçar’ o olhar e a escuta para o que adoce e faz sofrer no seu cotidiano, assim como encontrar estratégias para sair dessas situações e construir locais de trabalho favoráveis à saúde.

O diálogo crítico, baseado na possibilidade de fazer do confronto um motor no processo de aprendizagem sobre as condições de trabalho e sua organização, é elemento importante para que o saber da experiência seja afirmado e efetivo o diálogo com o conhecimento científico. Dialogando aprende-se a ouvir, entender e discordar; exercitando o debate e a crítica de modo que neste movimento afirmamos, inventamos e ampliamos conhecimentos e saberes. Convocar o saber presente no pólo das disciplinas científicas não é necessariamente se subordinar a esse saber. O que se propõe é que se proceda a uma discussão pautada num acordo sobre valores comuns, sobre a diferença entre saberes, sobre a capacidade de criar novos modos de trabalhar, enfim, com-viver, negando os especialismos desqualificadores.

As Comunidades Ampliadas de Pesquisa estão aliançadas com uma direção de formação que afirma a importância de se produzirem saberes com os humanos e não sobre eles, ampliando-se nossa capacidade de escuta e nosso reconhecimento do outro como possuidor e produtor de saberes. Essa relação dialógica presente nas experimentações da CAP está pautada, portanto, numa postura de “desconforto intelectual” (Schwartz, 2002), que diz de uma disposição de conviver com o outro aprendendo sobre o que ele faz, como faz, por que faz, conhecendo seus valores e suas possíveis reformatizações.

O Programa de Formação em Saúde e Trabalho ao operar nessas bases pode ajudar nos processos formativos, que passa, portanto, por esse processo dialógico, recusando aqueles que impõem estratégias que definem, *a priori*, o que é certo ou errado. Quem pode gerar mudanças nas formas de produção de sujeitos, do agir em saúde-trabalho, é o movimento de vida, esse movimento expansivo que se afirma nas atividades industriais dos humanos. Como já foi dito, somos seres capazes de mudar. E é dessa capacidade já mobilizada que é preciso partir, pois não se trata de partir do nada ou da vontade de alguém que se acha competente pelo outro, negando a autonomia e a potência autopoietica dos vivos. É preciso partir do que as pessoas trazem e do que

estão gerando incessantemente. Nessa direção de análise, a estratégia metodológica da Comunidade Ampliada de Pesquisa pode colaborar para inventar e propor outras formas para serem experimentadas na produção de conhecimentos, de maneira a produzir outros modos de ser trabalhador de saúde (sempre, portanto, buscando o aumento da sua autonomia e protagonismo, daí nosso apelo registrado na primeira parte desse texto).

É importante destacar ainda que, em seu modo de operar, o PFST visa à continuidade sistemática do processo de formação (com análise e propostas de intervenção no trabalho), sempre com estratégias para multiplicação dos grupos de trabalhadores envolvidos/comunidades ampliadas. Aqueles que participam de um ciclo (dentro da metodologia de formação/operação, descrita nos tópicos seguintes) passam a ser multiplicadores capazes de operar como formadores de outros trabalhadores, com assessoria dos coordenadores do programa nas primeiras experiências de multiplicação (Athayde et al, 2003). Assim, o PFST vai se ampliando e se adequando a cada situação.

Poderíamos afirmar que a proposta do PFST parte do princípio de que a mudança nas formas como o trabalho se organiza pode promover saúde ou doença. Esse processo não ocorre ou não se mantém ‘de cima para baixo’, efeito de normas externas ao grupo de trabalhadores, como ações exclusivas dos profissionais das disciplinas científicas ou dos dirigentes. As transformações nos locais de trabalho só se efetivam com as lutas que podem ser travadas nos locais de trabalho, que envolvam o maior número possível de trabalhadores “formados” para e nesse processo.

A potência do PFST em abrir caminhos para debate e ação

A metodologia de trabalho na qual se baseia o PFST está pautada nas abordagens ergonômica de linhagem francesa e ergológica (Schwartz, 2000), saberes que fazem emergir a força dos trabalhadores na relação com sua *atividade* de trabalho. Na implementação desse projeto nos serviços de saúde temos utilizado um método de abordagem dos sentimentos que o trabalho provoca e mobiliza, que consiste em criar grupos de trabalhadores que devem explicar aos pesquisadores sua atividade, isto é, o que fazem no seu trabalho. Partimos da tese de que para conhecer o trabalho desenvolvido e formar trabalhadores que possam multiplicar as ações no campo da promoção de saúde, não significa simplesmente instrumentalizá-los com metodologias e/ou tecnologias produzidas no campo das ciências da saúde mas, principalmente, investir na produção de subjetividades (1). Acreditamos que o dispositivo grupal é uma estratégia privilegiada nesses processos e a ampliação do seu raio de ação (Barros, 1994) configura-se como um rico instrumental aliado a uma reorganização dos processos de trabalho e suas relações com a saúde. Dessa forma, o projeto de formação privilegia a nucleação de trabalhadores, que servirá como disparador de novas montagens nos/para/com os trabalhadores, desdobrando-se em efeitos benéficos para a sua saúde.

Acreditamos que, além do método proposto pelo PFST, outros modos de disseminação/capilarização de saberes sobre a questão dos processos de trabalho e suas articulações com a promoção de saúde poderão ser desencadeados a partir do próprio Programa. Os trabalhadores podem criar diversas estratégias para ampliar o debate com outros colegas, à medida que seu olhar sobre seus locais de trabalho e sobre a saúde – a

¹ O conceito de subjetividade utilizado nessa pesquisa não tem o sentido de identidade ou personalidade, refere-se a modos de existência produzidos no marco da história.

vida – vá se transformando. Vislumbramos, ainda, a partir do processo de cada um e do material que se produz ao longo do PFST, a instituição de “Observatórios” sobre as relações entre saúde e trabalho nos diferentes estabelecimentos de saúde.

Marquemos, então, o objetivo **principal** do PFST: conhecer/pesquisar as condições e organização do trabalho, contribuindo na formação dos trabalhadores para análise de seu cotidiano laboral, com vistas a intervenções para promoção de saúde nos locais de trabalho. Vale enfatizar que isso se dá no cotidiano do trabalho, em um movimento permanente. Acreditamos que, nessa direção, pode-se superar paradigmas que privilegiam intervenções pontuais sobre os riscos à saúde, imputando aos trabalhadores a responsabilidade e o ônus pelas doenças ocupacionais. Buscamos, ainda, instituir um espaço de trocas e debates entre conceitos científicos e a experiência prática de trabalhadores acerca das relações entre saúde e trabalho.

Uma Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) consolida-se no esforço coletivo, tornando a experiência no trabalho fonte de percepção e interpretação do que causa o adoecimento e/ou saúde nos locais de trabalho. A partir desses dispositivos busca-se desencadear ações que possam alterar o curso de nocividade presente nos serviços de saúde, pois ao produzir conhecimento sobre eles abre-se a possibilidade de transformação das situações de risco e/ou vulnerabilidade, mantendo e aumentando as redes de informações entre grupos de trabalhadores para que desenvolvam ações neste plano; e aumentando e esquentando as redes.

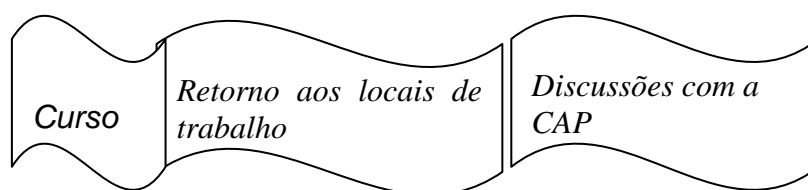
Para finalizar essa parte e descrever os passos propriamente ditos do PFST, voltamos à nossa ênfase na concepção ampliada de rede e aos dispositivos a que nos referimos como possíveis de serem agregados ao PFST. Isto é, nos caminhos abertos para debate e ação tornam-se pertinentes a incorporação de um pensamento de co-gestão; de uma ação baseada na escuta qualificada e compartilhada (no equivalente de uma clínica ampliada); no exercício de uma grupalidade e de uma prática norteada por trocas, acordos, consensos, pactos (ótica dos contratos). Permeadas por essas diretrizes e dispositivos, os planos de ações podem conter propostas para cobrir diferentes tipos de situações, configurando-se agendas de implementação conforme prioridades (também definidas de modo compartilhado) e a partir da viabilização (negociada) de recursos.

Detalhando a metodologia do PFST

O PFST organiza-se em ciclos, que envolve, cada um deles, duas fases. A proposta é que os ciclos tenham uma reprodução contínua, uma multiplicação permanente, num processo em rede.

As fases dos ciclos são as seguintes:

- a) Curso, entendido como “curso de um rio, em um movimento contínuo, um processo que leva a outros níveis e outras paisagens” (Athayde et al., 2003, p.18).
- b) Alternância entre dois momentos: 1- retorno dos trabalhadores a seus locais de trabalho para exercícios de ‘estudo de campo’ e 2 - encontros sistemáticos para discussão da experiência, dos achados e das possíveis mudanças (encontros com a Comunidade Ampliada de Pesquisa/CAP, após cada exercício).



(Fig. 1 – Caderno de Metodologia, UFPb, 2003)

Trata-se de um processo contínuo de diálogo, de confronto, debates entre os pólos dos conceitos das disciplinas científicas e o da experiência prática dos trabalhadores.

Com esse objetivo a primeira etapa do processo tem o seguinte modelo:

- 1) Apresentação da proposta de funcionamento
- 2) Exposição de temas geradores – Comunidade Ampliada de Pesquisa, Saúde, Trabalho e Gestão.
- 3) Leitura dos textos selecionados sobre os temas geradores apresentados, que estão na apostila do PFST, ferramenta da PNH.
- 4) Discussão em pequenos grupos.
- 5) Debate no grupo, visando a socialização das discussões que ocorreram nos subgrupos.

Cada subgrupo deve ter um coordenador e um relator. A proposta é que cada um possa escutar o que pensam os colegas e, então, seja viabilizada a convivência com uma comunidade polifônica, apreendendo-se um outro modo de leitura da realidade a partir da ótica que envolve saúde e trabalho (Athayde et al, 2003).

Assim, a proposta do PFST é possibilitar que a experiência – concreta, singular, de cada trabalhador – possa ser explicitada por ele e para todos, de modo que no diálogo e no debate coletivo possa ocorrer a ampliação dessa experiência.

Essa dinâmica deve ser repetida para cada tema gerador e, para fechar essa fase do processo, é reservada uma última sessão para a discussão e definição de focos de atenção para os exercícios de estudo de campo. A definição dos focos se efetiva a partir da análise do material produzido nas discussões coletivas, com destaque para os principais pontos que tiverem surgido nos debates. Tal análise é apresentada aos participantes do curso que, a partir da discussão, decidirão os focos a serem estudados.

A alternância deverá se desenvolver em dois momentos:

- a) Centrados em um foco de estudo, os trabalhadores, individualmente ou em duplas, deverão voltar aos locais de trabalho e explorar os elementos relativos ao foco em questão, durante um período definido no coletivo dos participantes.

- b) Cada dupla ou cada trabalhador, de posse do material a que chegou em seu estudo, deverá elaborar relatórios e participar de encontros da CAP para apresentação e discussão dos materiais de seu exercício.

As estratégias para a efetivação dos exercícios podem ser: entrevistas com os colegas, questionários, observações, filmagens, fotos, etc. Os trabalhadores devem definir as estratégias que considerarem mais adequadas.

Para a divulgação do PFST foi confeccionada uma cartilha e elaborada uma ficha de inscrição, cujo conteúdo já aborda questões sobre as articulações saúde e trabalho, que deve ser preenchida pelos interessados em participar do PFST. Visa-se com o preenchimento da ficha despertar os trabalhadores para uma reflexão sobre as dificuldades que vivem e algumas lutas que já estão travando na direção da promoção de saúde. O material obtido pelas fichas é material importante de análise para o processo do curso.

O diálogo continua após a inscrição e, com esse objetivo, o segundo movimento é a elaboração de uma carta enviada a todos os inscritos contendo as linhas gerais do PFST, lembrando o compromisso que estarão assumindo ao integrar uma proposta de trabalho coletivo.

É importante destacar que ao operarmos com as Comunidades Ampliadas de Pesquisa, corremos o risco de, “na ânsia da construção situada de métodos e instrumentos, tornar-se um regime meramente operacional e tecnicista.” Não se pode desconsiderar que existe todo o tempo um “jogo emocional e amoroso que tem sido muito pouco desenvolvido nas análises sobre tal regime.” (Botechia, 2006, p. 127),

Nesse sentido, podemos dizer que estamos propondo um dispositivo de análise dos processos de trabalho que se efetiva num movimento que se dá sempre “entre”, no processo, sem começo nem fim. Um diálogo efetivo entre os diferentes saberes no qual “os conteúdos, conhecimentos e experiências circulem em espiral [...] uma postura que implica a abertura de um espaço de convivência e aceitação legítima do outro” (Botechia, 2006, p. 131), uma forma que visa a ampliar nossa capacidade de escuta compreensiva do outro.

Assim, o dispositivo PFST busca construir estratégias de formação partindo da atividade industrial própria dos humanos e, assim, afirmar uma forma de análise do cotidiano de trabalho que aceita o desafio de colocar na pauta dos processos de formação de trabalhadores da saúde a sua experiência, de maneira que entrem em diálogo com os saberes da ciência. Trata-se de uma atitude político-filosófica associada a um esforço de abordar as formas de problematização que organizam nossas relações com as coisas, com o outro e com nós mesmos, e os modos de autoria da vida como obra de arte.

O período para a realização dos estudos de campo é definido pelos grupos que participam do programa. A partir dos resultados obtidos nesses exercícios, inicia-se um processo de negociação com os gerentes das unidades para a consolidação e/ou efetivação das propostas formuladas a partir dos estudos realizados.

Bibliografia

- Andaló, C. Mediação Grupal: uma leitura histórico-cultural. São Paulo: Agora, 2006.

- Athayde, M.; Britto, J.; Neves, M. Y. (Orgs.). *Cadernos de método e procedimentos*. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.
- Barros, R.B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. 1994. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – PUC/SP. São Paulo, 1994.
- Botechia, F. R. *O desafio de compreender-desenvolver um regime de produção de saberes sobre o trabalho e suas relações: a Comunidade Ampliada de Pesquisa*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- Canguilhem, G. *O normal e o patológico*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH) – Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Nietzsche, F. **Assim falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.
- Schwartz Y. Trabalho e uso de si. *Pro-Posições* 2000; 5(32):34-50.
- Schwartz Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez D. *Labirintos do Trabalho*. Rio de Janeiro: DP&A; 2004.
- Schwartz, Y. Disciplina epistêmica, disciplina ergológica: paidéia e politéia. *Revista Pro-Posições*. Campinas, v. 1, n. 37, p. 75-98, jan./abr. 2002.
- _____. *Le paradigme ergologique ou un métire de Philosophe*. Toulouse: Octarés Éditions, 2000.
- Schwartz, Y. Les ingrédients de la compétence: un exercice nécessaire pour une question insoluble. *Education Permanente*, Paris, 1997.
- Schwartz, Y. Conferência proferida no 8º. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/Abrasco, Rio de Janeiro, agosto de 2006.
- Teixeira, R.R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a transformação do sujeito na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2001; 6(1): 49-61.
- Teixeira, R.R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In Pinheiro, R. e Mattos, RA (orgs). *Construção da integralidade – cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003, p.49-61.
- Teixeira, R.R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público, 2005.