

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO – UNICAP
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LABORATÓRIO DE CLÍNICA FENOMENOLÓGICA EXISTENCIAL – LACLIFE

SACHA LIMA PINHEIRO

PRÁTICAS PSICOLÓGICAS PROMOTORAS DE SAÚDE DO SERVIDOR NO INSS

Recife

2015

SACHA LIMA PINHEIRO

PRÁTICAS PSICOLÓGICAS PROMOTORAS DE SAÚDE DO SERVIDOR NO INSS

Dissertação apresentada ao Mestrado de Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia Francisco

Recife

2015

Nome: Sacha Lima Pinheiro

Título: Práticas Psicológicas Promotoras de Saúde do Servidor no INSS

Dissertação apresentada ao Mestrado de Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovado em ___/___/___

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Lúcia Francisco

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

Assinatura: _____

Prof. Dra. Jaileila de Araújo Menezes

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Assinatura: _____

A todos os servidores públicos que nos permitem acreditar na viabilidade e competência do serviço público brasileiro, com enorme admiração.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pelas oportunidades oferecidas.

Aos meus pais, Sandra e Valmiro, pelo amor incondicional e contínuo incentivo para meu desenvolvimento profissional.

Aos meus irmãos, Fernando e Felipe, por se fazerem sempre presentes na distância, pela dose diária de alegria, por tornarem a vida mais leve.

Ao meu amor, Alan, que navega comigo compartilhando a vida, por ser aconchego e inspiração e por me mobilizar a ser melhor.

À Monike e Rafaela, pela amizade que me fortalece e pelas contribuições para o desenvolvimento deste trabalho.

À Leozina, por me convidar diariamente a sair do lugar comum, inquietando-me e fazendo-me crescer, e por me alimentar a alma com esperança.

Às minhas equipes de trabalho da Unidade Siass e do Cfai da Gerência-Executiva Recife, por dividirem comigo a responsabilidade de cuidar da saúde dos servidores.

Aos meus colegas da Equipe de Saúde e Qualidade de Vida da Superintendência Regional Nordeste, pela experiência de aprendizado e construção coletiva.

Aos professores do Mestrado em Psicologia da Unicap, pelo conhecimento compartilhado e crescimento proporcionado.

À professora Ana Lúcia, pela presença, orientação e carinho para a realização deste objetivo.

Aos colaboradores deste estudo, que tão afetuosamente aceitaram o convite de compartilhar suas experiências, pelos encontros mobilizadores de reflexões e construções.

*Sonha sem medo, sem limites, sem censura, e põe teus
sonhos a serviço da monotonia cotidiana, da mesmice
cansativa, da mediocridade humana.*

(Dom Helder Câmara)

RESUMO

Pinheiro, S. L. *Práticas Psicológicas Promotoras de Saúde do Servidor no INSS*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2015.

A partir de 2008, com a implementação da Política de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público Federal – Pass, intensifica-se o debate nas diferentes organizações da Administração Pública Federal quanto ao cuidado com seus servidores, com especial preocupação com a promoção da saúde. A concretização da política se dá por meio da implantação de unidades de saúde conduzidas por equipe multiprofissional, na qual o psicólogo tem papel fundamental. A experiência profissional da pesquisadora como psicóloga de uma das unidades sediadas no INSS fomentou o desejo de compreender como vem sendo desenvolvidas as práticas psicológicas promotoras de saúde voltadas ao servidor nesta organização, tendo em vista os desafios percebidos quanto ao desenvolvimento de ações de promoção de saúde do trabalhador no espaço organizacional e quanto ao delineamento do papel do psicólogo nas políticas públicas. Foram entrevistados 06 (seis) psicólogos do INSS, utilizando-se a narrativa como instrumento de pesquisa qualitativa. Partindo da perspectiva hermenêutica filosófica de Gadamer, o encontro entre a pesquisadora e os narradores propiciou a fusão de horizontes compreensivos e construção de sentidos sobre o fenômeno investigado. As compreensões tecidas apontam para um importante momento de questionamento de ações de promoção de saúde pontuais e focadas nos estilos de vida dos indivíduos e para o despontar de movimentos moleculares na forma de estratégias mais efetivas, comprometidas com o empoderamento dos trabalhadores para a transformação da dinâmica organizacional, articuladas à perspectiva de uma psicologia clínica transversalizada em saúde do trabalhador na organização.

Palavras-chave: Práticas psicológicas; promoção de saúde; organização.

ABSTRACT

Pinheiro, S. L. *Psychological practices to promote the INSS's servant's health*. Master thesis. Master degree in clinical psychology. Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2015.

From 2008, with the implementation of Public Servant's Health and Safety Care Policy (PASS), the discussion intensifies in the different organizations of the federal government regarding the health care of their servant's, with special concern in health promotion. The implementation of the policy is made through the implementation of health facilities conducted by a multidisciplinary team, in which the psychologist has a fundamental role. The professional experience of the researcher as a psychologist working in one of those facilities based in INSS, fostered the desire to understand how the psychological practices that promote the servant's health are being developed in this organization, considering the challenges of the worker's health development in the organizational space and the psychologist's role in public health policies. We interviewed six (06) psychologists working with the INSS servant's health, using narrative as a qualitative research tool. From the perspective of Gadamer's philosophical hermeneutics, the meeting between the researcher and the narrators led to the merge of the comprehensive horizons and the construction of the meaning of the phenomenon under investigation. The conclusions point to an important moment of questioning the efficacy of specific health promotion and focused on the individual's life styles, and the appearance of molecular movements as more effective strategies committed to the empowerment of workers and aiming the transformation of organizational dynamics for the sake of their health, coordinated with the prospect of a clinical psychology transversalized by issues of worker's health inside the organization.

Keywords: Psychological practices; health promotion; organization

SUMÁRIO

SUMÁRIO	8
APRESENTAÇÃO.....	9
1. O IDEÁRIO DA PROMOÇÃO DE SAÚDE: INFLEXÕES NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR E NO ÂMBITO DO SERVIÇO PÚBLICO	16
1.1. Promoção da Saúde	16
1.2. A Promoção de Saúde no âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.....	26
1.3. A Política de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público Federal: histórico e direcionadores	32
2. PSICOLOGIA, POLÍTICAS PÚBLICAS E PROMOÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR....	39
2.1. A organização como espaço de produção de subjetividades e a promoção de saúde do trabalhador.....	55
3. O INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL E A SAÚDE DO SERVIDOR	61
3.1. Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho no INSS	65
3.2. Atribuições do psicólogo no INSS	69
4. CAMINHO METODOLÓGICO	74
4.1. Participantes.....	78
4.2. Procedimento de colheita de dados	79
4.3. Procedimento de compreensão dos dados.....	81
5. TECENDO COMPREENSÕES NO ENCONTRO COM NARRATIVAS	83
5.1. A caracterização do trabalho em saúde na organização antes da implementação da Pass.....	85
5.2. As repercussões da implementação da Pass e os caminhos tomados pelas equipes de saúde.....	88
5.2.1. Manutenção do <i>status quo</i> : práticas focadas no estilo de vida.....	91
5.2.2. A constituição de movimentos moleculares na forma de ações mais efetivas em promoção de saúde.....	99
5.3. Desafios para a concretização da promoção da saúde dos servidores do INSS.....	105
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
7. REFERÊNCIAS.....	122
8. ANEXO.....	127

APRESENTAÇÃO

Por muito tempo, a saúde do servidor público foi relegada ao esquecimento. Na esteira das construções e formulações propostas pela sociedade no campo da saúde do trabalhador, apenas muito recentemente a preocupação com o adoecimento dos trabalhadores do serviço público começou a ser posta em discussão em âmbito federal. Até o início dos anos 2000, quando a política de saúde do trabalhador já andava a passos largos, assistíamos a um verdadeiro descompasso na atenção aos servidores dos diferentes órgãos da Administração Pública Federal, que variava desde os critérios periciais utilizados até a concepção de saúde e as estruturas física, material e humana destinadas a cuidar dos servidores.

Mobilizado fundamentalmente pelo aumento considerável dos gastos estatais advindos do número de absenteísmos e aposentadorias precoces dos servidores, o Governo Federal – pressionado, de um lado, por representações de trabalhadores públicos que clamavam por melhores condições de trabalho e saúde e, de outro, pela sociedade, cada vez mais consciente e exigente quanto à qualidade e eficiência do atendimento que lhe é prestado pelas instituições públicas – começou a traçar estratégias para a consolidação de uma política de saúde para o servidor federal.

A Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público Federal – Pass, implementada por meio de portaria normativa em 2008, surge como diretriz orientadora para órgãos da Administração Pública Federal quanto ao cuidado com seus servidores. Sustentada por três eixos principais – *perícia, promoção e vigilância*, e *assistência* – tem fundamentação nas compreensões e perspectivas da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNST. A Pass introduz no serviço público um novo olhar sobre a saúde, convidando as diferentes organizações a refletirem sobre suas práticas de atenção aos servidores no sentido da construção de estratégias que levem em conta a integralidade e multidimensionalidade da saúde, a ação em equipe multidisciplinar e a consideração dos ambientes e processos de trabalho como prováveis fatores geradores de adoecimento.

A concretização da política de atenção ao servidor se dá por meio da implantação em órgãos públicos federais de Unidades do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – Siass, composta por uma equipe multidisciplinar que envolve médicos, cirurgiões dentistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentre

outros profissionais. Estes, além de serem responsáveis pela perícia oficial em saúde – procedimento que subsidia a administração pública em matérias diversas relativas à saúde dos seus servidores, tais como licença para tratamento de saúde, licença por motivo de doença em pessoa da família, aposentadoria por invalidez, avaliação de invalidez de dependente para fins de pensão, para citar apenas algumas – são responsáveis, também, pelo desenvolvimento de ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho, prevenção ao adoecimento e promoção da saúde dos servidores. Entretanto, a consolidação desta política não tem sido tarefa fácil, o que talvez se justifique pela própria fragilidade e imaturidade do campo da saúde pública e do discurso de promoção da saúde e à chegada ainda mais recente das discussões sobre a atenção integral ao trabalhador no âmbito do serviço público.

O avanço científico da Medicina Preventiva e da Saúde Pública se dá apenas a partir dos anos 1960, e é somente nesta década que emerge o debate contemporâneo sobre promoção da saúde. O salto de uma perspectiva puramente biomédica da doença para uma perspectiva positiva da saúde, enquanto bem-estar biopsicossocial, representa uma importante mudança paradigmática que impulsiona transformações substanciais na atenção aos indivíduos e populações.

A promoção da saúde é definida pela Carta de Ottawa – documento resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986 – como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (p. 19). A fim de atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Entende-se a saúde como um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, assim como as capacidades físicas (Brasil, 2002).

Ao identificar fatores ambientais, sociais, econômicos, culturais, políticos e individuais como determinantes do adoecimento, o ideário da promoção promove uma verdadeira hipertrofia no campo da saúde, tornando exigência fundamental uma leitura sistêmica e integral dos problemas relacionados ao adoecimento dos grupos e indivíduos. Como consequência, os diferentes campos de saber são convocados a expandir e ultrapassar suas fronteiras para ir ao encontro de outros campos de conhecimento, como forma de dar conta da complexidade do fenômeno saúde/doença.

Com o movimento de redemocratização do país e a promulgação da Constituição

Federal de 1988, resultante de intensas mobilizações sociais em um contexto de grande efervescência política, conduz-se a uma reestruturação dos serviços de saúde, apontando agora para o fortalecimento da atenção primária. A institucionalização de políticas públicas inaugura um novo campo de atuação para os profissionais de saúde, dentre eles o psicólogo, que passa a reconhecer nas instituições uma alternativa para o trabalho autônomo.

A psicologia, que até então vinha direcionando sua atuação para três grandes campos – escolar, organizacional e clínica –, passa a inserir-se em novos espaços que lhe apresentam demandas outras e lhe exigem diferentes compreensões e posturas profissionais. A concepção interiorizada e psicologizante de subjetividade, que marca a construção epistemológica de uma ciência que consolidou sua atuação voltada para uma prática privada de consultório, parece não dar mais conta da complexidade das construções subjetivas de sujeitos imersos em um contexto social, político, econômico e cultural. Além disso, originada na perspectiva de cuidar do sujeito psiquicamente adoecido, a psicologia encontra, quando ingressa nas políticas públicas, a necessidade de desenvolver estratégias de promoção da saúde e prevenção do adoecimento, caracterizando-se, assim, mais um desafio para esta disciplina. À psicologia, resta operar uma reviravolta em sua compreensão de homem e de mundo de forma a trazer respostas para as demandas contemporâneas.

No que diz respeito mais especificamente às políticas públicas de saúde para o trabalhador, foco deste estudo, avolumam-se os desafios, tendo em vista somarem-se ao cenário de análise novas e complexas dimensões que precisam ser objeto de atenção dos profissionais de saúde, sintetizadas em duas categorias principais: *trabalho* e *organização*. Isto significa dizer que entram em questão a compreensão da dimensão do *trabalho* como determinante de saúde/doença, tornando-se fundamental um olhar sobre as relações que sujeito e grupo constroem com o trabalho, sobre o universo simbólico e cultural que envolve esta categoria, bem como sobre as dimensões que compõem a dinâmica da organização – relações de poder, cultura organizacional, processos intersubjetivos, modelos de gestão, organização do trabalho, para citar apenas parte deste complexo universo.

A relação entre trabalho e saúde mobiliza-me especialmente desde meu ingresso como psicóloga, em 2010, no Instituto Nacional do Seguro Social. O INSS, autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência Social, vem, desde 2006, quando da criação do Serviço de Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho vinculado à Diretoria de Gestão de Pessoas, trabalhando no desenvolvimento de ações voltadas para a promoção de saúde e qualidade de vida no trabalho dos seus servidores. Com a implementação da Política de

Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público Federal - Pass, as ações deste órgão passam a ser direcionadas também pelas normatizações desta política.

Entretanto, por diversas questões – dimensão e capilaridade do órgão, cultura organizacional, quantitativo insuficiente de profissionais dedicados à área de saúde e qualidade de vida na instituição, grande quadro de servidores, entre outros fatores que serão discutidos neste trabalho –, tem-se observado dificuldades na implementação da política tal como preveem as normatizações.

Como psicóloga e atual coordenadora de uma das Unidades Siass sediadas no INSS, venho contribuindo, em equipe multiprofissional, para a efetivação da política de atenção ao servidor. Entretanto, além das limitações próprias das estruturas das organizações públicas, chamou-me a atenção, em especial, a dificuldade dos profissionais de diferentes áreas de conduzirem ações de prevenção a doenças e, especialmente, de promoção de saúde no trabalho. Percebe-se, inclusive, dificuldade na delimitação conceitual entre estas duas estratégias de atenção, sendo que ações identificadas como promotoras de saúde são, na maioria das vezes, ações de natureza preventiva ou de educação em saúde.

Além disso, dificuldades percebidas quanto ao delineamento do espaço profissional dos psicólogos no campo da atenção à saúde no INSS levam-me a pensar tanto na deficiência da formação em psicologia para o trabalho nas políticas públicas, quanto na própria elaboração teórico conceitual desta disciplina que, tendo suas bases na concepção de subjetividade como interioridade psicológica, desconsidera, por vezes, o território e as linhas de força que agenciam os processos de subjetivação.

Algumas questões surgiram, então, a partir da minha vivência no instituto, aliada às reflexões e leituras teóricas que me acompanham desde que iniciei um curso de pós-graduação em psicologia organizacional e do trabalho: Como vem sendo delineado o espaço profissional da psicologia no campo da saúde do servidor? A dimensão organizacional vem sendo considerada na compreensão do adoecimento dos servidores e nas propostas de atuação do psicólogo? As dimensões institucionais e subjetivas, coletivas e individuais, são articuladas na compreensão do adoecimento do servidor? A psicologia vem tecendo discussões junto a outras áreas do conhecimento consolidando uma atuação interdisciplinar? Estas e outras questões conduziram meu interesse em compreender como vem sendo desenvolvidas as práticas psicológicas promotoras de saúde no âmbito do INSS, a partir da escuta da experiência dos próprios profissionais de psicologia do órgão, sistematizando minhas

discussões e compreensões neste trabalho dissertativo.

Optou-se neste estudo por enfatizar as práticas psicológicas em promoção de saúde, mesmo que a atuação do psicólogo não esteja restrita a este campo, envolvendo também a prática de avaliação pericial, conforme prevê a política de atenção dos servidores públicos federais. Esta escolha se aproxima do movimento de discussão e fortalecimento da atenção primária, que vem sendo amplamente debatido nacionalmente, além de significar a consideração da importância fundamental da priorização das ações promotoras de saúde em detrimento de ações de atenção ao trabalhador já adoecido.

O foco sobre as estratégias de promoção da saúde constitui um desafio, uma vez que ainda assistimos à hegemonia da atenção terciária sobre os demais níveis de atenção (Ferreira & Kind, 2011). Os estudos e práticas em psicologia voltam-se, prioritariamente, para o diagnóstico e tratamento de patologias já existentes. A pouca valorização ainda atribuída à atenção primária na formação do psicólogo contribui para dificuldades no delineamento de sua prática no campo da promoção da saúde.

Na trilha a ser percorrida para alcançar o objetivo deste trabalho, qual seja, o de compreender como vem sendo desenvolvidas as práticas psicológicas em promoção de saúde do servidor no INSS, algumas paradas são obrigatórias. Em primeiro lugar, importa mergulhar no campo da promoção da saúde, retomando o contexto de emergência deste ideário a partir da ampliação da compreensão de saúde para além da ausência de doenças. O primeiro capítulo deste trabalho terá início, então, com a discussão do movimento de promoção, a compreensão deste conceito e suas inflexões nas práticas de atenção a indivíduos e populações a partir da reorientação dos serviços de saúde.

Como desdobramento do movimento de redefinição do campo da saúde, emerge o debate em torno da consolidação de uma política de atenção ao trabalhador a partir do reconhecimento do trabalho dentre os determinantes do adoecimento e, posteriormente, as discussões sobre a saúde dos trabalhadores invadem o serviço público. A promoção da saúde passa, então, a ser discutida como estratégia no cuidado com os servidores no âmbito da Administração Pública Federal. Apresentaremos, ainda no primeiro capítulo, o contexto de surgimento de uma política de saúde para o trabalhador e os direcionadores da Política de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público Federal.

No caminho para a efetivação de uma prática em promoção de saúde para os servidores, reconhece-se como fundamental o papel do psicólogo. Buscamos situar, no

segundo capítulo deste trabalho, o processo histórico de inserção da psicologia no campo das políticas públicas, discutindo os desafios enfrentados pelos profissionais psicólogos diante da exigência de revisitarem suas posturas epistemológicas e sua *práxis* para dar conta das demandas contemporâneas.

Para refletir sobre a atuação do psicólogo em promoção de saúde no espaço organizacional, recorreremos à perspectiva teórica da psicossociologia, discutindo, ainda neste capítulo, as singularidades da atuação em saúde no contexto das organizações, compreendendo a organização como um complexo enredamento de linhas de força que tangenciam os processos de subjetivação e como um processo dinâmico entre a ordem instituída e movimentos moleculares de questionamento e subversão desta ordem.

O terceiro capítulo será dedicado à apresentação da organização *locus* desta investigação, caracterizando o INSS, discutindo sobre o desenvolvimento da área de saúde e qualidade de vida no trabalho neste Instituto e sobre os desafios da concretização da política de atenção ao servidor nesta organização.

Partindo de uma abordagem qualitativa de pesquisa, optou-se por recorrer à hermenêutica filosófica de Gadamer como possibilidade de compressão do fenômeno investigado neste trabalho. Nesta perspectiva, entende-se a compreensão não como reprodução de um sentido que está no outro, mas sim como construção, em que o sentido é dialogado, negociado, e não simplesmente descoberto. Assim, o encontro da pesquisadora com os colaboradores representa um encontro de subjetividades, em que o que é narrado pelo entrevistado afeta a pesquisadora em suas experiências. Este encontro é o momento mesmo da compreensão, em que os horizontes da pesquisadora e dos entrevistados se fundem na construção e desvelamento de sentidos. No quarto capítulo serão apresentados os caminhos metodológicos de colheita e compreensão dos dados.

Enfim, no capítulo seguinte, serão compartilhados os diálogos travados entre a pesquisadora e os narradores, fruto do encontro entre experiências e horizontes compreensivos que se articulam num enredamento de produção de sentidos sobre o fenômeno em investigação. As compreensões tecidas apontam para um importante momento de avaliação e questionamento de ações de promoção de saúde pontuais e focadas nos estilos de vida de indivíduos e grupos, e o despontar de movimentos moleculares na forma de estratégias mais efetivas comprometidas com o empoderamento dos trabalhadores para a transformação da dinâmica organizacional, articuladas à perspectiva de desenvolvimento de

uma psicologia clínica transversalizada em saúde do trabalhador na organização.

Acredita-se que esta investigação poderá trazer importantes contribuições teóricas e desvelamento de possibilidades para a atuação do psicólogo no campo das políticas públicas, contribuindo para a valorização da atenção primária, além de possibilitar o aprofundamento dos debates sobre o papel da psicologia na saúde do trabalhador do serviço público e as singularidades da atuação em promoção de saúde no espaço organizacional.

1. O IDEÁRIO DA PROMOÇÃO DE SAÚDE: INFLEXÕES NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR E NO ÂMBITO DO SERVIÇO PÚBLICO

1.1. Promoção da Saúde

Longe de ser uma temática restrita ao campo teórico e técnico das políticas de saúde, a discussão sobre promoção da saúde perpassa agudamente nosso cotidiano no mundo contemporâneo. É fato que todos estamos em graus variados afinados com o discurso da saúde, conseguindo enumerar os benefícios de uma alimentação balanceada, as vantagens da realização de atividades físicas ou os malefícios do uso sem medidas do tabaco e das substâncias alcoólicas. Sabemos, ainda, que cabe ao Estado a garantia de condições adequadas de moradia e saneamento e o quanto isto está relacionado à prevenção de determinadas doenças. Ouvimos, cotidianamente, e em diferentes espaços, orientações gerais sobre como se manter saudável e aprendemos a associar saúde a felicidade. Enfim, a saúde passou a ser um valor a ser cultivado, permeando todos os espaços da vida social (Ferreira Neto & Kind, 2011). Considerando isto, Ilona Kickbush (2007 citada por Ferreira Neto & Kind, 2011) afirma estarmos vivendo, no século XXI, em uma sociedade da saúde.

Esta ampla propagação do discurso do comportamento saudável representa o movimento de expansão do território da saúde que, segundo os autores citados, tem se evidenciado tanto no setor público quanto no privado. No primeiro, percebe-se a demanda pelo aumento da cobertura dos serviços e a exigência de responsabilização pela saúde por parte de todos os setores do Estado no conjunto das políticas públicas. No campo privado, por sua vez, observa-se o crescimento do que se convencionou chamar *mercado da saúde*, ou *indústria do bem-estar*, a partir da percepção da importância estratégica de investimentos em qualidade de vida no mundo atual. Tornamo-nos, por assim dizer, ávidos consumidores da saúde, mantenedores de um mercado de gêneros alimentícios, academias de ginástica, produtos esportivos, dentre outros, considerando, obviamente, as devidas proporções no que diz respeito à participação das diferentes classes sociais neste mercado.

O ideário da promoção da saúde surge e se desenvolve de forma mais vigorosa nos países em desenvolvimento nos últimos 20 anos – como reação, como retoma Buss (2003), à acentuada medicalização na sociedade e no interior do sistema de saúde, para além das motivações políticas e ideológicas dos seus principais formuladores. A partir de então,

promove-se uma importante mudança de paradigma nas concepções de saúde e doença que impulsiona transformações radicais na estruturação dos serviços e resulta em impactos para muito além do setor saúde, enfatizando a responsabilidade dos diferentes setores do Estado e da sociedade civil na garantia da qualidade de vida e do bem-estar da população (Ferreira Neto & Kind, 2011).

Partindo do modelo biomédico que concebia que ser saudável restringia-se à ausência de doenças e tinha como foco o corpo doente, pode-se afirmar que se operou, nos últimos anos, uma verdadeira hipertrofia no campo da saúde, assumindo-se a complexidade do fenômeno saúde-doença, associado à noção de fatores de risco e de condições de vida. De um nível de atenção da medicina preventiva, como foi utilizado por Leavell e Clark, o termo *promoção de saúde* ganhou em dimensão, passando a representar atualmente um enfoque político e técnico em torno do fenômeno saúde-doença-cuidado (Buss, 2003) e diferenciando-se consideravelmente do que se entende por prevenção de doenças.

Pode-se dizer que a principal diferença entre prevenção de doenças e promoção de saúde reside na amplitude dos conceitos. No primeiro caso, continuamos partindo de uma perspectiva epidemiológica em que temos a doença como foco. Evitar a enfermidade seria o objetivo final das ações de prevenção. As estratégias de promoção, por sua vez, aproximam-se da saúde como referência, tendo como objetivo contínuo um nível ótimo de vida e bem-estar. Neste caso, “a ausência de doenças não é suficiente, já que perante qualquer nível de saúde registrado em um indivíduo sempre haverá algo a ser feito para promover um nível de saúde melhor e condições de vida mais satisfatórias” (Buss, 2003). O autor complementa, recorrendo a Gutierrez et al. (1997):

Como a saúde não é apenas a ausência de enfermidades, os indivíduos sem evidências clínicas poderiam progredir a estados de maior fortaleza estrutural, maior capacidade funcional, maiores sensações subjetivas de bem-estar, e objetivas de desenvolvimento individual e coletivo. Esta é, em essência, o verdadeiro sentido da promoção da saúde propriamente dita. (p. 33).

Sobre as conceituações em promoção de saúde, Buss (2003) as subdivide em dois grupos. De um lado, o autor identifica como atividades promotoras aquelas que têm como principal objetivo a transformação do comportamento dos indivíduos, com foco nos seus estilos de vida. Neste caso, as intervenções em saúde estariam centradas no seio das famílias ou, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Do outro lado, Buss situa a concepção moderna de promoção que considera o papel protagonizante dos

determinantes gerais sobre as condições de saúde, compreendendo-a como produto de amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, condições de saneamento, alimentação e moradia, condições de trabalho adequadas, oportunidades de educação ao longo da vida, estilo de vida responsável e um repertório adequado de comportamentos saudáveis.

Estas compreensões opostas sobre promoção da saúde – em que, de um lado, responsabiliza-se basicamente o indivíduo pela manutenção de seu bem-estar e, de outro, compartilha-se esta responsabilidade com o Estado e a sociedade de forma geral, considerando a complexidade do problema da saúde – nos permitem perceber que estamos diante de um campo de saberes e práticas polarizado, tal como afirmam Ferreira Neto & Kind (2011), em que se identificam dimensões regulatórias e disciplinares e dimensões participativas e emancipatórias. Nesse sentido, importa tratar o campo da promoção da saúde com cuidado especial, considerando a complexidade que lhe é inerente, identificando os diferentes discursos que o constituem. Como afirmam os autores, no estudo da temática (Ferreira Neto & Kind):

é importante a construção de estratégias analíticas que superem, na medida do que neste momento é possível, os dualismos, localizem seus perigos e realcem forças produtivas da promoção da saúde a favor da qualidade de vida, mesmo compreendendo que suas dimensões plurais apareçam no cotidiano inevitavelmente entrelaçadas (p. 30).

Neste capítulo, tentaremos apresentar o desenvolvimento do ideário da promoção de saúde, identificando as categorias-chave que compõem o conceito e explorando os impactos originados no campo da saúde, considerando os dualismos próprios deste campo como reflexos da complexidade do fenômeno da saúde-doença. Além disso, algumas considerações sobre o desdobramento da temática da promoção no âmbito do trabalho e das organizações serão tecidas, em uma tentativa ousada de construção teórica, tendo em vista a escassez de literatura sobre promoção da saúde do trabalhador.

O conceito de promoção da saúde foi utilizado pela primeira vez pelo sanitário Henry Sigerist no início do século XX, que a partir da perspectiva da medicina social afirmava a necessidade de implementação de ações do Estado para melhorar as condições de vida. Segundo ele, oferecer boas condições de trabalho e vida, educação, lazer e repouso eram fundamentais para promover o bem-estar da população (Cavalcante, Nóbrega, Enders & Medeiros, 2008).

Entretanto, é apenas na década de 1970 que emerge o debate contemporâneo sobre promoção da saúde, com a publicação em 1974, no Canadá, do documento conhecido como

Relatório Lalonde. O documento, motivado pela necessidade de buscar soluções para os custos crescentes em assistência médica, além de questionar a abordagem exclusivamente médica no trato das doenças crônicas, apresentou o conceito de promoção como a forma de intervenção sobre os determinantes das patologias visando à melhoria das condições gerais de vida (Cavalcante, Nóbrega, Enders & Medeiros, 2008). Propondo a promoção como estratégia para a organização dos serviços de atenção, o relatório concretiza um movimento de ampliação da compreensão de saúde/doença quando define quatro determinantes da saúde: a biologia humana, o ambiente (natural e social), o estilo de vida e a organização da assistência à saúde (Ferreira Neto & Kind, 2011).

Os últimos autores ressaltam que, apesar da identificação de quatro determinantes, o documento centra a maior parte das ações propostas para a intervenção sobre os estilos de vida dos indivíduos. Como sugere o relatório, “decisões e hábitos pessoais que são ruins, do ponto de vista da saúde, criam riscos autoimpostos” (Lalonde, 1981/1974 citado por Ferreira Neto & Kind, 2011, p. 35).

O foco no autocuidado e na responsabilização do sujeito presente no primeiro documento de referência sobre promoção da saúde expressa os elementos discursivos que fundamentavam este conceito naquele momento inicial. Desconsiderando o papel do Estado na melhoria das condições gerais de vida, delegava-se, progressivamente, aos indivíduos, a tarefa de cuidarem de si mesmos, em um claro movimento regulador e disciplinador de culpabilização do sujeito por seu adoecimento. Esta perspectiva conservadora da promoção da saúde, tal como identificada por Buss (2003), reforçava a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado, conduzindo a uma despolitização do problema da saúde, que tem dimensões sociopolíticas muito mais amplas.

Responsabilizados por suas condições de saúde, os indivíduos são conduzidos a desenvolver estratégias de autovigilância e práticas autodisciplinadas. Indo ao encontro do discurso de “estilos de vida saudáveis” desenvolve-se o já mencionado mercado da saúde, que apresenta aos consumidores promessas de bem-estar e qualidade de vida, através de diferentes tecnologias químicas e cirúrgicas, de exercícios físicos e alimentação em prol de uma vida mais saudável (Ferreira Neto & Kind, 2011).

As informações e orientações sobre comportamentos saudáveis e qualidade de vida com as quais somos bombardeados diariamente estimulando-nos a parar de fumar, perder peso ou praticar exercícios físicos produzem, ainda, como retomam os autores, uma “nova

moralidade” coletiva, estipulando um modelo ideal de comportamento e conduzindo a um cruel processo de exclusão social dos indivíduos que não se enquadram neste modelo.

É assim que sobre o corpo, objeto de saber da promoção da saúde, é exercido o biopoder (Carvalho & Gastaldo, 2008). O biopoder foi definido por Foucault como o poder sobre a vida, que se desenvolve nos séculos XVII e XVIII quando, com o surgimento da medicina social em sua função de higiene pública, desenvolvem-se estratégias políticas de governo das populações, de gestão da vida, por meio de práticas de medicalização da população, vigilância sanitárias das cidades, assistência médica aos pobres para prevenção de epidemias, campanhas de vacinação e da própria criação do hospital como aparelho de medicalização coletiva (Foucault, 1988).

Estratégias comuns, como a intervenção sobre a dieta dos indivíduos com o objetivo de prevenir a obesidade, podem, por exemplo, contribuir com a saúde das pessoas e, ao mesmo tempo e paradoxalmente, constituir práticas de controle sobre os indivíduos e coletividades. Sobre isto, Carvalho e Gastaldo (2008) afirmam:

através da biopolítica, o biopoder incide sobre o corpo social, utilizando-se de políticas públicas e “verdades” científicas (p. ex., a definição de obesidade como problema de saúde) para fazer circular ideias que se relacionam com a microfísica do poder e sua vivência no cotidiano” (p. 2035).

É fundamental, portanto, estarmos constantemente refletindo sobre a verdade e o discurso que sustentam as práticas de promoção de saúde, conscientes de que um mesmo programa pode resultar em uma pluralidade de circunstâncias e consequências de acordo com as relações de poder que o permeiam (Carvalho & Gastaldo, 2008).

Por outro lado, como aponta Rose (2007), citada por Ferreira Neto e Kind (2011), a ênfase na responsabilização dos indivíduos não deve ser analisada apenas como ação de culpabilização e como processo de despolitização no campo da saúde. De fato, esta ênfase convida os indivíduos e a comunidade para a divisão de responsabilidades, integrando-os no debate sobre o autocuidado em suas dimensões política e ética, abrindo um campo de escolha, experimentação e contestação. É neste sentido que, partindo da perspectiva foucaultiana, identifica-se o campo da saúde como composto, ao mesmo tempo, por forças de dominação, de um lado, e forças de resistência e emancipação, de outro. Sobre isto, Carvalho e Gastaldo (2008) complementam:

Exatamente porque o poder é sempre exercido entre sujeitos do poder, cada qual com distintas capacidades e possibilidades para a ação, a resistência é sempre possível. Discursos e estratégias que procuram se estabelecer como verdade disputam esta prerrogativa com outros

relatos e construções teóricas, emergindo, deste processo, formas de resistência aos discursos dominantes sobre o corpo, saúde ou prevenção (p. 2036).

Apesar de o conceito contemporâneo de promoção de saúde ter emergido fomentando tantas polêmicas, é importante considerar o avanço na compreensão de saúde trazida pelo Relatório Lalonde. As concepções sobre qualidade de vida, e mesmo sobre estilos de vida, conduziram a vários debates que impulsionaram o desenvolvimento deste ideário.

A Carta de Ottawa, documento resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá em 1986, já apresenta uma ampliação do conceito, enfatizando a dimensão coletiva: “promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Brasil, 2002, p. 19). A saúde, nesta concepção, é compreendida não como objetivo de vida, e sim como recurso fundamental para a vida. O documento insiste que “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (p. 20), e para alcançá-la “os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades, e modificar favoravelmente o meio ambiente. (...) Neste sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas” (pp. 19-20).

Considerando a complexidade do fenômeno saúde/doença e apontando para os múltiplos determinantes do adoecimento, a Carta de Ottawa identifica a intersectorialidade como estratégia fundamental para a promoção da saúde, afirmando que se o conceito de saúde como bem-estar transcende a ideia de formas sadias de vida, a promoção transcende o setor saúde.

Como campos centrais de ação, o documento da primeira conferência propõe: (1) a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis – o que implica a priorização da saúde entre dirigentes de todos os setores e todos os níveis, que devem compartilhar a responsabilidade pelas consequências das políticas de atenção para a população; (2) a criação de ambientes favoráveis à saúde – a partir do reconhecimento das relações de interdependência entre os diversos setores; (3) o reforço da ação comunitária – por meio do empoderamento da comunidade para identificar os fatores de adoecimento, definir e implementar estratégias para alcançar um melhor nível de saúde; (4) o desenvolvimento de habilidades pessoais – que demanda ações de educação em saúde; e, por último (5) a reorientação dos serviços na direção da concepção de promoção de saúde (Buss, 2000).

O ideário da promoção da saúde, que vai se delineando a partir de uma abordagem socioambiental, destaca, então, alguns aspectos fundamentais: (1) a participação social; (2) o empoderamento; (3) a responsabilidade mútua entre Estado, comunidade e indivíduos; (4) o foco no coletivo, por meio de alternativas às ações educativas que se restringem a intervenções sobre hábitos e estilos de vida individuais.

A propósito, sobre o empoderamento, Carvalho e Gastaldo (2008) tratam este conceito como categoria-chave da promoção de saúde. Os autores diferenciam dois sentidos principais do empoderamento: o psicológico e o social/comunitário. O primeiro tem como objetivo possibilitar que os indivíduos tenham um sentimento de maior controle sobre sua vida, estando associado à independência e autoconfiança. Sem negar sua importância para a produção do bem-estar, julga-se a insuficiência do empoderamento psicológico para instrumentalizar práticas de transformação social em prol da saúde.

Desenvolve-se, então, no interior do projeto de Promoção da Saúde, sob a influência de Paulo Freire e outros teóricos, a noção de empoderamento comunitário, que destaca a ideia da saúde como um processo e uma consequência de lutas de coletivos sociais por seus direitos. Parte-se do entendimento que, se o cotidiano dos indivíduos é condicionado e determinado pelas macroestruturas, os indivíduos podem, por meio de suas ações, influenciar e dar significado ao plano macrossocial em um movimento circular e independente. Como resultado do empoderamento comunitário espera-se “o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas, através da aquisição de habilidades para responder aos desafios da vida em sociedade” (Carvalho & Gastaldo, 2008, p. 2032).

A prática com foco no empoderamento comunitário exige a superação do “poder sobre o outro” para o exercício do “poder com o outro”. Isto demanda dos profissionais a disponibilidade para a escuta e a valorização do saber do outro sobre o fenômeno de saúde/doença. Neste sentido, os autores sugerem uma atuação profissional norteada pela compreensão do usuário enquanto sujeito de direitos e que valorize a parceria entre profissionais, indivíduos e comunidade, em substituição à prática alienada e autoritária em que o trabalhador da saúde é o provedor de serviços e o usuário um cliente/consumidor.

Avançando no desenvolvimento das discussões sobre promoção de saúde, observa-se que a relevância dos aspectos ambientais e da organização dos serviços, em detrimento das dimensões mais individuais da biologia humana e dos estilos de vida proclamados pelo

Relatório Lalonde, é ainda mais clara nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. O documento desta conferência define saúde como produção social, resultante das condições de alimentação, renda, meio ambiente, transporte, trabalho, educação, habitação, emprego, lazer, liberdade, acesso à terra e acesso a serviços de atenção. “É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (Brasil, 1986 citado por Ferreira Neto & Kind, 2011, p. 43).

As discussões para a elaboração desta definição tiveram clara influência do contexto de transformação sociopolítica que estava em curso no país, marcado pelo movimento da Reforma Sanitária, que traz à tona a percepção da saúde como tema político. A conferência nacional de 1986 e o texto constitucional de 1988 foram resultados de amplo processo de participação social, representando uma dimensão de resistência ao modelo biomédico vigente e impulsionando importantes avanços que levaram à construção de uma base jurídico-legal que amparasse a organização de um Sistema Único de Saúde.

É importante retomar as discussões tecidas por Ferreira Neto e Kind (2011) sobre os perigos da institucionalização das políticas públicas. Uma vez organizado um ordenamento estatal da saúde, é inevitável que ela fique vulnerável aos efeitos da máquina burocrática que promove engessamentos de ações populares mais autônomas. Neste contexto, os movimentos sociais institucionalizam-se em conselhos participativos ou em Organizações não Governamentais – ONGs, formalizando a participação popular até então autônoma, reduzindo, assim, seu poder de autonomia e transformação.

A aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2006, exemplifica um pouco dos impasses próprios da ação de forças sociais hoje institucionalizadas na máquina estatal. Os autores avaliam que o documento tem, em seu conjunto, uma organização paradoxal. Apresenta uma evidente preocupação ética e política com as consequências das práticas de promoção de saúde, enfatiza a autonomia e a responsabilização individual, coletiva e do poder público e fortalece a importância da participação social. Contudo, no que tange às propostas de operacionalização da política, na seção das ações específicas, o foco recai na direção do que o Relatório Lalonde classifica como “estilos de vida”, apesar da constante ênfase nos aspectos coletivos em todas as ações. Das sete ações priorizadas – (1) alimentação saudável; (2) prática corporal/atividade física; (3) prevenção e controle do tabagismo; (4) redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; (5) redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; (6) prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; e (7) promoção do desenvolvimento sustentável – apenas as duas

últimas agregam elementos inovadores (Ferreira Neto & Kind, 2011).

Em suma, conclui-se que, apesar dos avanços conduzidos pelo ideário da promoção no sentido de uma concepção de saúde não mais centrada na doença, ainda há muito o que avançar na concretização desta concepção no âmbito das políticas públicas, onde ainda identificam-se direcionadores arraigados num paradigma centrado na patologia e no modelo epidemiológico de fatores de risco (Ferreira Neto & Kind, 2011). Considera-se que, por vezes, as práticas confundem-se entre estratégias de prevenção de doenças e promoção de saúde, sendo que estes dois enfoques se diferenciam com precisão apenas conceitualmente.

Entendendo que a perspectiva da promoção da saúde acaba por diluir as fronteiras entre as pessoas doentes e as supostamente saudáveis, as ações em saúde tomam então outra proporção exigindo medidas intersetoriais que extrapolam o setor saúde, na medida em que se supera o foco primário no corpo doente e passa-se a tomar o conjunto da sociedade como potencialmente doente (Ferreira Neto & Kind, 2011).

Buss (2003) retoma Stachtchenko & Jenicek (1990) quando estes autores diferenciam as estratégias de prevenção e promoção com relação aos atores envolvidos em seu desenvolvimento, apontando para as diferentes posições ocupadas pelos profissionais de saúde:

A primeira situação [estratégia preventiva] implica fundamentalmente conhecimentos técnicos e responsabilidades centradas nos profissionais de saúde. Já a estratégia da promoção é claramente social, política e cultural, posto que a saúde é uma utopia a ser definida em suas coordenadas espaço-temporais, o que implica claramente o protagonismo de indivíduos não técnicos e de movimentos sociais, assim como a ação combinada de políticas públicas, modificação de estilos de vida e intervenção ambiental, através de um amplo arco de medidas políticas, legislativas, fiscais e administrativas (p. 34).

É nesse sentido que, analisando o discurso vigente no campo da promoção de saúde, constata-se a necessidade inevitável da articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o enfrentamento dos problemas da população. Retomando Carvalho e Gastaldo (2008), fazer promoção de saúde requer, realmente, a superação do “poder sobre o outro” para o exercício do “poder com o outro”, no caminho do empoderamento dos indivíduos e grupos para que sejam capazes de identificar os determinantes envolvidos no fenômeno de saúde-doença e aumentar o controle sobre eles, modificando o ambiente em prol do incremento de seu bem-estar e qualidade de vida. Considera-se, assim, que a qualificação da prática em promoção requer novos modelos de formação profissional que, fundamentados no paradigma da saúde pública, focalizem o cuidado e a atenção continuada da população por meio do trabalho em

equipe multiprofissional.

Aprofundando esta discussão, Ferreira Neto (2011), com relação ao modelo de trabalho na atenção básica, retoma o trabalho de Merhy (1997), no qual o autor analisa as tecnologias em saúde em três categorias: (1) as duras – representadas pelos equipamentos, insumos, estruturas organizacionais; (2) as leve-duras – que dizem respeito aos saberes estruturados; e (3) as leves – indicando o que se nomeou tecnologias relacionais, tais como o vínculo, o acolhimento e autonomização.

Na atenção hospitalar, pelas características do trabalho desenvolvido, estas categorias são hierarquizadas na ordem mencionada, em evidente priorização das tecnologias duras e leve-duras. É para esta perspectiva que estão voltadas as formações do campo da saúde, sendo a identidade dos profissionais construída a partir da estruturação de um saber disciplinar e o uso de equipamentos e insumos. Acontece que na atenção básica – em que a proximidade humana e territorial com a população é característica basilar – hierarquiza-se estas tecnologias na ordem inversa, priorizando as tecnologias leve relacionais. Além disso, por não terem uma marca profissional exclusivista, ou seja, por poderem (e deverem) ser operadas por toda e qualquer categoria profissional, estas tecnologias de cuidado em certo sentido marcam a atuação na atenção básica com uma tendência desprofissionalizante, resultando em resistência ao trabalho na atenção primária (Ferreira Neto, 2011).

As formações especialistas, que ensimesmam os profissionais em suas áreas de formação, ensinando-os a serem zelosos e protegerem seu espaço profissional, vão de encontro a uma questão epistemológica crucial no campo da saúde pública, tal como afirma Minayo (1991):

Nenhuma disciplina por si só dá conta do objeto a que perseguimos, porque ele envolve ao mesmo tempo e concomitantemente, as relações sociais e o social propriamente dito, as expressões emocionais e afetivas assim como o biológico que, em última instância, traduz, através da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos (p. 70).

A interdisciplinaridade coloca-se, então, diante da complexidade do fenômeno saúde-doença, como questão fundamental para a atuação em saúde pública. Esta abordagem interdisciplinar deve ser capaz de preservar a autonomia das construções científicas de cada área específica ao mesmo tempo em que promove a articulação entre os fragmentos de conhecimento, no sentido de uma compreensão pluridimensional dos fenômenos (Minayo, 1991).

O movimento de ampliação do conceito e do território da saúde no contexto da

Reforma Sanitária envolveu também as discussões sobre o trabalho enquanto possível determinante de adoecimento e a preocupação com o bem-estar no trabalho, resultando na incorporação ao nascente Sistema Único de Saúde – SUS da área de saúde do trabalhador. Assim, o conceito de promoção de saúde adentrou também o universo laboral, fazendo referência às possíveis e necessárias estratégias de defesa dos direitos e proteção integral dos trabalhadores.

Aproximemo-nos, então, do foco deste estudo, fazendo uma retomada histórica do desenvolvimento do campo da saúde do trabalhador e da implementação de uma política de saúde específica para este público, buscando conhecer como o ideário da promoção articula-se com a dimensão do trabalho e refletindo sobre o que significaria, afinal, fazer promoção de saúde do trabalhador.

1.2. A Promoção de Saúde no âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Datam de 1700 os primeiros estudos que trataram da relação entre a saúde e o trabalho, desenvolvidos pelo médico Bernardino Ramazzini, que descreveu doenças que ocorriam em mais de cinquenta profissões. Entretanto, é a partir da Revolução Industrial, na primeira metade do século XIX, que o adoecimento dos trabalhadores passa a ser realmente foco de atenção e preocupação. Ressalta-se o termo “adoecimento” e não “saúde” porque, de fato, interessava-se apenas e tão somente pela ausência de doença, de forma a garantir a permanência do trabalhador na linha de produção.

Neste contexto, “o trabalhador, ‘livre’ para vender sua força de trabalho, tornou-se presa da máquina, dos seus ritmos, dos ditames da produção que atendiam à necessidade de acumulação rápida de capital” (Minayo-Gomes & Thedim-Costa, 1997, p. 22). As jornadas extenuantes, as condições precárias e insalubres, o esgotamento físico provocado pelo ritmo acelerado de produção resultaram em números preocupantes de adoecimentos, acidentes e mortes dos trabalhadores. Diante de tal realidade, Dejours (1992) afirma a impossibilidade de se falar de “saúde” em relação a classe operária do século XIX. Segundo ele: “Antes, é preciso que seja assegurada a subsistência, independentemente da doença. A luta pela saúde, nesta época, identifica-se com a *luta pela sobrevivência*: 'viver, para o operário, é não morrer’” (p. 14).

Surge a Medicina do Trabalho, nesta primeira metade do século XIX, como possibilidade de responder a estes problemas, a partir da inserção do médico nas unidades fabris. Direcionada à recuperação do operário para que ele pudesse voltar para a linha de produção, esta disciplina partia de uma concepção eminentemente biológica e individual do fenômeno de saúde/doença, buscando as causas das doenças e acidentes de trabalho numa relação unicausal, em que para cada doença era associado um agente etiológico. Sobre a perspectiva de atuação da medicina do trabalho, Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997) complementam:

Transplantada para o âmbito do trabalho, vai refletir-se [a medicina do trabalho] na propensão a isolar riscos específicos e, dessa forma, atuar sobre suas consequências, medicalizando em função de sintomas e sinais ou, quando muito, associando-os a uma doença legalmente reconhecida (p. 23).

O modelo de intervenção da medicina do trabalho vai, aos poucos, revelando sua relativa impotência diante dos problemas de saúde consequentes dos processos de produção. A atuação médica, inicialmente direcionada para o trabalhador, é ampliada para a intervenção sobre o ambiente laboral, a partir de aparatos oferecidos por outras disciplinas (Mendes & Dias, 1991).

Com a estratégia de intervir nos locais de trabalho a fim de controlar os riscos ambientais, ganha corpo a Saúde Ocupacional, que emerge com o traço da interdisciplinaridade e da multicausalidade, a partir da qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença (Minayo-Gomes & Thedim-Costa, 1997).

Entretanto, o modelo de Saúde Ocupacional também logo se mostra insuficiente diante da complexidade da relação saúde/doença e trabalho. Os movimentos sociais que se espalham pelo mundo, tendo como importante marco histórico o movimento de Maio de 1968, na França, levantam questionamentos substanciais sobre o sentido da vida, o papel do Estado, o valor “sagrado” do trabalho. A sociedade passa a exigir outro olhar sobre a saúde, cobrando a participação do trabalhador em todas as questões que envolvam sua saúde e segurança (Mendes & Dias, 1991).

Sobre os aspectos relacionados ao insucesso da Saúde Ocupacional, Mendes e Dias (1991) afirmam que este modelo: mantém o referencial da medicina do trabalho firmado no mecanicismo; não concretiza a interdisciplinaridade – as atividades das diferentes disciplinas apenas se superpõem de maneira desarticulada; continua a abordar o coletivo de trabalhadores como “objetos” das ações de saúde.

O avanço científico da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública, durante os anos 1960 e início da década de 1970, compõe um contexto de reflexão crítica quanto à limitação dos modelos de compreensão e intervenção em saúde vigentes até então (Minayo-Gomes & Thedim-Costa, 1997). Criam-se, assim, os alicerces para o surgimento do campo da Saúde do Trabalhador, a partir do questionamento das abordagens funcionalistas e da consideração da complexidade dos fatores envolvidos no fenômeno saúde-doença e sua articulação com a atividade laboral.

Ainda segundo Mendes e Dias (1991), o campo da Saúde do Trabalhador tem como objeto a saúde e doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho. Representa um esforço de compreensão do fenômeno saúde-doença – como e porque ocorre – e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que conduzam à transformação na direção da apropriação, pelos trabalhadores, da dimensão humana desta atividade. Os autores complementam afirmando que a saúde do trabalhador

considera o trabalho, enquanto organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico. Nesta história, os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade (Mendes & Dias, 1991, p. 347).

De acordo com Oliveira e Vasconcellos (2000), a concepção de uma Saúde do Trabalhador implica em seu constructo algumas questões fundamentais: (1) a consideração do trabalhador como ser social no processo de produção e na sociedade produtiva, na perspectiva de um conceito ampliado de saúde; (2) o comprometimento e envolvimento deste ator no planejamento, desenvolvimento e execução das ações, considerando-o como participante central em todas as etapas do processo; (3) a abordagem interdisciplinar das diversas questões que envolvem a relação saúde-trabalho; (4) a proposição de soluções a partir do conhecimento empírico do trabalhador acerca dos riscos no ambiente laboral e da sua subjetividade na percepção destes riscos; (5) a transparência das ações e de todas as informações, na perspectiva de negociação igualitária entre trabalhadores e empregados; (6) a transformação das bases técnicas e organizacionais e das condições do ambiente de trabalho na perspectiva da democratização das decisões e do controle social.

No Brasil, a emergência do campo da Saúde do Trabalhador pode ser identificada no início dos anos 1980, no bojo da transição democrática. A partir da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1986, no contexto do movimento pela Reforma Sanitária, propõe-

se a redefinição desta área e sua incorporação ao nascente Sistema Único de Saúde – SUS.

A Saúde do Trabalhador, como campo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, “manifesta-se no âmago da construção de uma sociedade democrática, da conquista de direitos elementares de cidadania, da consolidação do direito à livre organização dos trabalhadores” (Minayo-Gomes & Thedim-Costa, 1997, p. 25).

Como já dito, a Constituição de 1988 representa um marco no campo da saúde e, especificamente, da saúde do trabalhador. É a primeira constituição brasileira a se referir à saúde como integrante do interesse público, situando-a dentre os direitos sociais. O texto constitucional deixa claro, em seu artigo 200, que a saúde do trabalhador e o ambiente de trabalho estão efetivamente no campo da saúde:

Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: (...) II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador, (...) VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 2003).

Afirma-se, portanto, que apenas a partir da Constituição Federal de 1988 é que se pode falar da formulação de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador específica (Oliveira & Vasconcellos, 2000).

A partir de 1990, com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 de 19/09/90 e Lei 8142 de 28/12/90), constituiu-se um movimento mais sistemático, embora desordenado, nos níveis federal, estaduais e municipais, com o objetivo de conferir parâmetros metodológicos à área na direção de uma política nacional de saúde do trabalhador (Oliveira & Vasconcellos, 2000).

Para estes autores, algumas barreiras para a concretização da referida política já se mostram evidentes desde o princípio, destacando-se o próprio modelo governamental de políticas de proteção ao trabalhador, historicamente fragmentado, cujas atribuições dispersaram-se setorialmente entre diferentes Ministérios – Trabalho, Previdência, Saúde.

Como alternativa de solução para esta fragmentação, criou-se, por meio da Portaria Interministerial nº 01 de 20 de abril de 1993, a Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador, partindo-se da compreensão de que a execução efetiva de uma política nacional de atenção ao trabalhador pressupunha a atuação coordenada e co-operada entre os diferentes órgãos (Oliveira & Vasconcellos, 2000).

As discussões no sentido de traçar diretrizes intersetoriais para a concretização da política culminam em 1994 com a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que teve

como resultado a elaboração da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST (Portaria MS nº 3908, de 30 de outubro de 1998). A NOST estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de atenção ao trabalhador no SUS, afirmando, em seu art. 1º, a saúde do trabalhador como “um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho” (Brasil, 2005, p. 111).

Em 2011, instituiu-se, por meio do Decreto 7602, de 07/11, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST, cuja implementação e execução é responsabilidade dos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social. A PNSST tem como objetivos “a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho” (Brasil, 2011).

No ano seguinte, a partir da Portaria nº 1.823, de 23/08/2012, implementa-se a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, com a seguinte finalidade:

definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (Brasil, 2012).

Tendo como princípios a universalidade, integralidade, participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, descentralização, hierarquização, equidade e precaução (implantar medidas para prevenir danos à saúde dos trabalhadores mesmo na ausência de confirmação científica formal da existência de risco grave ou irreversível à saúde), a referida política tem como objetivos: (1) fortalecer a vigilância em saúde do trabalhador; (2) promover a saúde, ambientes e processos de trabalho saudáveis; (3) garantir a integralidade na atenção ao trabalhador (o que pressupõe a inserção de ações de saúde em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede); (4) ampliar o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção; (5) incorporar a categoria trabalho como determinante do fenômeno saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção; (6)

assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção; e (7) assegurar a qualidade da atenção ao trabalhador usuário do SUS.

Sobre o conceito de vigilância em saúde, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora assim a define:

conjunto de ações e práticas que envolvem desde a vigilância sobre os agravos relacionados ao trabalho, tradicionalmente reconhecida como vigilância epidemiológica; intervenções sobre fatores de risco, ambientes e processos de trabalho, compreendendo ações de vigilância sanitária, até as ações relativas ao acompanhamento de indicadores para fins de avaliação da situação de saúde e articulação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos (Brasil, 2012).

Por promoção da saúde, entende-se, a partir da referida política:

A promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis deve ser compreendida como um conjunto de ações, articuladas intra e intersetorialmente, que possibilite a intervenção nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, a atuação em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e na garantia da dignidade do trabalhador no trabalho (Brasil, 2012).

A vigilância é considerada, segundo esta política, como eixo estruturante e essencial para o modelo de atenção integral ao trabalhador. É a partir da análise dos determinantes dos agravos à saúde nos ambientes e processos de trabalho que é possível a implementação de ações de promoção e proteção dos trabalhadores, no sentido de propor mudanças e intervenções visando à melhoria do bem-estar e da qualidade de vida no trabalho, valores absolutos e universais.

Em 2014, realizou-se, em novembro, a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, tendo como tema central “Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Direitos de Todos e Todas e Dever do Estado”. Com o objetivo principal de propor diretrizes para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNST, a conferência voltou-se para as discussões sobre o fortalecimento da participação dos trabalhadores, da comunidade e do controle social na atenção à saúde no trabalho, para o financiamento e para a construção de estratégias de efetivação da política considerando os princípios da integralidade e da intersetorialidade nas três esferas de governo. Estas discussões refletem a dimensão do que ainda precisa ser delineado para a concretização de uma política de atenção aos trabalhadores.

Ao iniciar este tópico abordando a emergência do campo da saúde do trabalhador e a

consolidação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, nossa intenção foi demonstrar o quanto, ao longo dessas três décadas, preocupações foram levantadas e estratégias de intervenção foram criadas com o objetivo de garantir a proteção à saúde e segurança dos trabalhadores. São inegáveis os avanços neste campo, mas é perceptível que muito ainda há de ser percorrido na consolidação de uma rede de suporte efetiva, compreendendo *rede* como enredamento, articulação, interdependência e intersetorialidade.

A partir do que vimos, é possível observar claramente a presença do ideário de promoção de saúde norteando as concepções e direcionando as estratégias de ação na atenção ao trabalhador. Poderíamos, finalmente, compreender a promoção da saúde do trabalhador como a ampliação do conhecimento sobre a relação saúde-doença e trabalho, considerando-o um dos determinantes da saúde. Fazer promoção de saúde no trabalho significaria, assim, agir visando o empoderamento do trabalhador para que ele reconheça os fatores determinantes de mal-estar e adoecimento na organização e participe ativamente da transformação do ambiente no sentido da melhoria de sua qualidade de vida.

Durante alguns anos, as discussões sobre a saúde no trabalho e a implementação de uma política de atenção aos trabalhadores deixaram de lado os servidores públicos. Apenas a partir de 2003 é que efetivamente se iniciam as construções no sentido do desenvolvimento de diretrizes que normatizem a atenção à saúde no âmbito da Administração Pública Federal. Com a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público Federal - Pass, institucionalizam-se as discussões sobre promoção de saúde dos trabalhadores públicos, mobilizando as diferentes organizações estatais a repensarem a forma como até então vinham cuidando (quando vinham) da saúde de seus funcionários.

1.3. A Política de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público Federal: histórico e direcionadores

Acompanhando os avanços conquistados nas últimas décadas para a implementação de uma política de saúde para o trabalhador, por meio de intenso processo de mobilizações e discussões envolvendo governo e sociedade, apenas a partir de 2003 inicia-se um processo concreto no governo federal para a construção de uma política voltada especificamente para os trabalhadores do setor público.

Foi a partir daquele ano que o governo começou a demonstrar maior interesse no cuidado com o servidor público federal, e foram intensificadas as discussões sobre o trabalho

enquanto determinante de saúde e sobre os impactos da organização do trabalho no adoecimento mental dos trabalhadores. Problematizou-se como as transformações pelas quais o serviço público vem passando tem influenciado no aumento do índice de transtornos mentais.

O setor público vem realizando mudanças rápidas e profundas com novas exigências geradas pela reestruturação de cargos, gestão por competências, avaliação de desempenho, remuneração variável, entre outras. Situação às vezes agravada por conflitos estabelecidos entre gestores e servidores, ou entre os próprios pares (Brasil, 2010a).

O descaso com a saúde dos trabalhadores do setor público teve como consequência um crescimento no índice de afastamentos por doença e aposentadorias precoces. O impacto nos cofres públicos dos adoecimentos e afastamentos, temporários ou permanentes, aliado ao aumento da pressão dos movimentos sindicais foram grandes impulsionadores para o aumento da preocupação do governo com a construção de uma política de saúde voltada para os servidores federais.

Até então, a ausência de uma política de atenção ao servidor resultou numa grande diferenciação entre os serviços de saúde dos diferentes órgãos da administração pública federal, com recursos financeiros, estruturas físicas e organizacionais e critérios periciais bastante diferenciados, com potencialidades e dificuldades desconhecidas pelo conjunto da Administração Pública.

Ainda em 2003, foi criada a Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão com o objetivo de sistematizar uma política de saúde para o servidor público. Desde sua criação, esta coordenação tem como principal desafio superar a distorção existente entre os diferentes órgãos que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – Sipec e implantar uma política de atenção à saúde baseada na equidade e na universalidade.

É então que em 2006 institui-se o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal – Sisosp por meio do Decreto nº 5961, de 13/11/2006, com as seguintes atribuições: (1) realização dos exames médicos periciais; (2) realização de procedimentos ambulatoriais relativos a doenças ocupacionais; (3) gerenciamento dos prontuários médicos de saúde ocupacional dos servidores; (4) assistência ao servidor acidentado em serviço, portador ou com suspeita de doença relacionada à atividade laboral, bem como àquele que necessite de reabilitação ou readaptação funcional; (5) controle dos riscos e agravos à saúde nos processos e ambientes de trabalho; (6) avaliação da salubridade e

da periculosidade dos ambientes e postos de trabalho; (7) emissão de laudos de avaliação ambiental e de concessão de adicionais; (8) realização de estudos, pesquisas e avaliações dos riscos e agravos à saúde nos processos e ambientes de trabalho; (9) elaboração do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA; (10) elaboração do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO; (11) avaliação do impacto dos modos de organização do serviço e das tecnologias na saúde do servidor, inclusive análise de projetos de edificações, equipamentos, máquinas e produtos; e (12) produção, sistematização, consolidação, acompanhamento, análise e divulgação de informações sobre os riscos de acidentes e doenças relacionadas ao serviço, sobre os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames sobre a saúde do servidor em geral (Brasil, 2006).

Apesar de representar grande avanço na atenção ao trabalhador do setor público, o SISOSP tinha seu foco restrito ao campo de estudo da saúde ocupacional, com a proposta principal de intervir nos aspectos ambientais que influenciavam no adoecimento dos trabalhadores. Não havia, dentre suas atribuições ou direcionadores, nenhuma referência a estratégias de promoção de saúde, à interdisciplinaridade na execução das ações, à importância da participação do trabalhador, à qualidade de vida no trabalho.

É interessante observar que, apesar dos avanços já conquistados na própria compreensão de saúde, com a emergência do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil e as críticas ao modelo da Saúde Ocupacional, as estratégias de concretização de uma política para os servidores públicos começam a ser pensadas ainda fundamentadas neste modelo.

A ampliação da concepção de saúde para uma perspectiva mais integral, alinhada às compreensões e conceitos do campo da Saúde do Trabalhador, acontece apenas posteriormente, por meio da instituição do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – Siass (Decreto 6833, de 29/04/2009). O Siass representou o desafio de construir uma política transversal com os diferentes órgãos da Administração Pública Federal, com diretrizes centrais de natureza normatizadora, mas com sua implantação desconcentrada e coletivizada, por meio da gestão participativa dos atores envolvidos com foco na integralidade das ações.

Concretiza-se, a partir do Siass, a Política de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público Federal – Pass, fruto de discussões coletivas, e ainda em construção, mas que já possui algumas legislações e documentos consolidados.

A Pass é sustentada a partir dos eixos *vigilância e promoção à saúde, assistência e*

perícia, fundamentando-se em uma abordagem biopsicossocial, em informação epidemiológica, na interrelação entre estes eixos, no trabalho em equipe multidisciplinar, no conhecimento transdisciplinar e na avaliação dos locais de trabalho considerando os ambientes, as relações e os processos de trabalho (Brasil, 2010b).

A política de atenção à saúde do servidor representa um grande passo na transformação da relação saúde e trabalho no âmbito da administração pública, a partir da priorização de ações de prevenção dos riscos de adoecimento, avaliação ambiental e melhoria das condições e da organização dos processos de trabalho, como forma de ampliar a autonomia e o protagonismo dos servidores (Brasil, 2010c).

A implantação das Unidades do Siass, em todo o Brasil, se dá a partir da formalização de Acordos de Cooperação Técnica entre diferentes órgãos da Administração Pública Federal. Sediada em um dos órgãos, a unidade atende aos servidores de todos os conveniados, que contribuem com contrapartidas para instrumentalizar a unidade dos recursos necessários, sejam eles humanos, físicos ou materiais.

As unidades do Siass são responsáveis por desenvolver ações de perícia, promoção à saúde, vigilância dos ambientes de trabalho, registro dos acidentes de trabalho, nexos das doenças profissionais, readaptação funcional e apoio assistencial para os casos de agravos instalados (Brasil, 2010b). Quanto ao outro eixo estruturante da Pass, a assistência à saúde do servidor – considerada como a provisão de recursos destinados à reparação do estado de saúde, no sentido de manter ou restabelecer a saúde ou minimizar os danos decorrentes de doenças ou acidentes –, esta é de responsabilidade das operadoras de saúde.

O Ministério do Planejamento, por meio da Secretaria de Recursos Humanos - SRH e da Secretaria de Orçamento Federal - SOF, universalizou a oferta do benefício da assistência médica odontológica para todos os servidores federais, transformou o benefício em despesa orçamentária obrigatória, evitando contingenciamentos, recuperou o valor do *per capita* destinado aos servidores e estabeleceu as iniciativas para a isonomia no tratamento deste benefício entre todos os entes do Poder Executivo.

Como forma de orientar as equipes de vigilância dos órgãos federais na avaliação e intervenção nos ambientes e processos de trabalho e na realização das ações de promoção à saúde do servidor público federal, foi instituída a Norma Operacional de Saúde do Servidor, criada pela Portaria Normativa Nº 03 de 07 de maio de 2010.

Esta norma estabelece como diretrizes centrais no desenvolvimento de ações de

vigilância e promoção: (1) universalidade e equidade – garantindo o atendimento a todos que trabalham em instituições públicas federais, reconhecendo igualmente o direito de cada servidor; (2) integralidade das ações – atividades individuais e coletivas articuladas para potencializar a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos servidores; (3) acesso à informação - garantindo o repasse de informações aos servidores, principalmente sobre os riscos e os resultados de pesquisas sobre a saúde; (4) participação dos servidores em todas as etapas do processo de atenção à saúde, valorizando seu saber sobre o trabalho; (5) regionalização e descentralização – as ações devem ser planejadas e executadas pelos serviços de saúde dos órgãos e entidades da administração pública federal ou pelas unidades do Sias; (6) transversalidade – integrar as áreas do conhecimento sobre a saúde do servidor no conjunto das políticas públicas; (7) intra e intersetorialidade – articular as diferentes áreas, setores e poderes do Estado para atendimento às necessidades do servidor; (8) cogestão – com compartilhamento do poder entre os diferentes atores sociais que integram o processo; (9) embasamento epidemiológico – que subsidie o planejamento, a operacionalização e a avaliação das ações de promoção e vigilância; (10) formação e capacitação permanentes nas áreas de vigilância e promoção da saúde do servidor; (11) transdisciplinaridade – compartilhamento de saberes e práticas na compreensão da complexidade humana, considerando os diversos fatores que influenciam a condição de saúde dos servidores em suas relações com o trabalho; (12) pesquisa-intervenção – permitindo que o conhecimento seja construído a partir da integração do saber científico com o saber prático (Brasil, 2010c).

A referida norma assim conceitua a promoção da saúde, em seu artigo 4º:

o conjunto de ações dirigidas à saúde do servidor, por meio da ampliação do conhecimento da relação saúde-doença e trabalho. Objetiva o desenvolvimento de práticas de gestão, de atitudes e de comportamentos que contribuam para a proteção da saúde no âmbito individual e coletivo (Brasil, 2010c).

Com relação à prevenção, a Noss afirma: “Prevenção é a disposição prévia dos meios e conhecimentos necessários para evitar danos ou agravos à saúde do servidor, em decorrência do ambiente, dos processos de trabalho e dos hábitos de vida” (Art. 4º, § VI).

E sobre vigilância em saúde do servidor, o parágrafo XI do art. 4º afirma ser:

o conjunto de ações contínuas e sistemáticas, que possibilita detectar, conhecer, pesquisar, analisar e monitorar os fatores determinantes e condicionantes da saúde relacionados aos ambientes e processos de trabalho, e tem por objetivo planejar, implantar e avaliar intervenções que reduzam os riscos ou agravos à saúde (Brasil, 2010c).

A priorização de ações que se antecipem ao adoecimento é, portanto, o foco da

referida política, em consonância com o que se construiu no âmbito da política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora, partindo do entendimento de que os problemas de saúde decorrentes do trabalho são potencialmente preveníveis (Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012). Baseando-se em informações epidemiológicas e no conhecimento transdisciplinar para melhor compreender a relação saúde-trabalho e identificar os fatores determinantes e condicionantes do adoecimento, ações de prevenção e promoção devem ser viabilizadas, considerando a participação dos servidores em todas as fases do processo de intervenção nos ambientes de trabalho.

Incorpora à política de atenção ao servidor a preocupação com a saúde mental, tendo em vista que os transtornos mentais respondem por uma parcela significativa do absenteísmo e afastamentos prolongados do ambiente de trabalho. No âmbito do serviço público federal, tem-se observado um aumento considerável de licenças por este motivo, aguçando o interesse de gestores e profissionais de saúde pela temática da saúde mental no trabalho, suas causas, consequências e alternativas de intervenção.

Foi essa preocupação que mobilizou o governo federal, em agosto de 2009, a realizar o “Fórum de Saúde Mental da Administração Pública Federal – Reflexões sobre a saúde mental no serviço público federal: o que pensamos e o que fazemos”, com a participação de diversos atores estudiosos da temática, técnicos, gestores e servidores. A partir deste evento foi elaborado o documento “Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental na Administração Pública Federal”, instituído pela Portaria SRH Nº 1.261, de 05 de maio de 2010.

O referido documento representou grande avanço no que diz respeito à atenção à saúde do servidor, por inserir a temática do adoecimento mental na pauta das discussões dentro da administração pública, ressaltando a importância de se compreender o contexto laboral como espaço onde se articulam as condições dos ambientes e das organizações com a dimensão psicossocial do indivíduo e dos grupos, para o prazer ou para o sofrimento (Brasil, 2010a). Daí a necessidade de investir em uma intervenção qualificada que vise ampliar fatores de proteção da saúde e promover qualidade de vida no ambiente de trabalho.

A concretização da política vem se dando de forma paulatina nos órgãos públicos federais, seja por meio da implantação de Unidades do Siass ou pela vinculação como partícipes de unidades sediadas em outros órgãos. Esse processo vem apresentando grandes desafios para os profissionais de saúde dos órgãos, gestores e demais atores envolvidos na construção da política. Um deles, que faz sentido destacar neste trabalho, diz respeito à

responsabilidade das Unidades do Sias de desenvolver ações de vigilância e promoção à saúde para servidores de diferentes órgãos.

Entendendo que o olhar sobre a saúde do trabalhador pressupõe, de maneira fundamental e indispensável, a consideração da dimensão organizacional – compreendendo *dimensão organizacional* como o espaço objetivo e subjetivo em que se constroem as relações de produção, envolvendo o ambiente e os processos de trabalho, a dinâmica das relações que ali se estabelecem, os modelos e práticas de gestão, as relações de poder, os sentidos individuais e coletivos que se desvelam, os processos de subjetivação, entre outros aspectos –, os profissionais das Unidades do Sias se deparam com uma diversidade de contextos singulares, correndo o risco da construção de ações de certa forma padronizadas e resultantes de uma leitura um tanto simplista da complexa rede de relações em que se tangenciam sujeito, coletivo e organização.

Dentre os profissionais envolvidos na implementação da política de atenção ao servidor, o psicólogo tem papel fundamental, contribuindo em equipe multiprofissional com o suporte teórico da psicologia para a compreensão da relação saúde-doença-trabalho. Considera-se a recente política como um novo campo de atuação da psicologia no âmbito das políticas públicas. O processo de delineamento do papel do profissional psicólogo nas Unidades Sias, especialmente no que diz respeito a suas possíveis contribuições no campo da promoção da saúde, remete-nos ao movimento de inserção da psicologia no campo das políticas públicas e os desafios resultantes da conquista deste novo espaço de prática.

Inserido no contexto institucional, e tendo como foco a atenção à saúde dos trabalhadores, o psicólogo se vê diante da imprescindível necessidade de transcender o modelo da clínica tradicional, ao qual sua formação o conduziu como campo principal de atuação, para inventar novas práticas fundamentadas na perspectiva da saúde pública. Além disso, a inserção no campo da saúde do trabalhador o obriga a considerar a dimensão organizacional e seu papel na constituição das subjetividades como conteúdo fundamental para a condução de ações de promoção de saúde.

Antes de situar a organização lócus deste trabalho e caracterizá-la, discutiremos, então, as possibilidades de reconstrução e reinvenção da psicologia diante do desafio que representa a atuação em promoção de saúde do trabalhador, a partir do resgate histórico da constituição desta disciplina e das transformações sociais, políticas, econômicas processadas no Brasil e no mundo que a conduziram a assumir novos espaços de atuação.

2. PSICOLOGIA, POLÍTICAS PÚBLICAS E PROMOÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR

A ampliação do campo de atuação dos profissionais psicólogos, que no Brasil vai sendo desenhada a partir, principalmente, do final dos anos 1970, impulsiona estes profissionais, lançados que foram em territórios desconhecidos, a reverem suas práticas e conhecimentos teóricos, resultando em profundos questionamentos acerca dos limites dos fundamentos epistemológicos da própria Psicologia. Abandonando cada vez mais o espaço dos consultórios privados e inseridos em instituições – hospitais, postos de saúde, instituições jurídicas, centros de apoio psicossocial, escolas, entre outros –, os psicólogos são surpreendidos por novas e diferentes demandas, que lhes obrigam a questionar suas compreensões de sujeito e subjetividade e sua postura profissional.

Gestada no âmago do projeto da modernidade, sob pena de não ter reconhecido o status de ciência, a Psicologia consolida-se fundamentada no racionalismo universalista e mecanicista, compartilhando a compreensão reducionista de uma subjetividade interiorizada, de um sujeito uno e estável, cuja essência poderia ser acessada pelas vias do método científico.

O sujeito do mundo moderno, segundo Rolnik (1992), é o que se vê como uma essência identitária, uma ordem estável sempre igual a si mesma, que teme a alteridade pela ameaça de desintegração que esta representa. Nesta perspectiva, assume-se a diferenciação entre homem e mundo, sujeito psicológico e cultura, definindo espaços diferentes e opostos – o dentro e o fora.

De acordo com Galindo e Francisco (2013), esta experiência da subjetividade privatizada universaliza-se com a constituição do sistema mercantil, quando as trocas comerciais passam a substituir a produção coletiva característica do sistema feudal. As autoras retomam Figueiredo e Santí (2006, p. 41, citado por Galindo e Francisco, 2013) com relação à desvalorização da coletividade em curso neste período: “Quando o mercado toma conta de todas as relações humanas (...) universaliza-se a experiência de que os interesses de cada produtor são para ele mais importantes do que os interesses da sociedade como um todo e assim deve ser” (p. 509).

Para Dimenstein (2000), é sustentado na ideologia do individualismo – compartilhada pelos segmentos intelectualizados das classes médias das sociedades modernas – que o modelo hegemônico de subjetividade no campo psi se desenvolve. Neste sentido, parte-se da

compreensão de um indivíduo autônomo, senhor de si, possuidor de direitos e deveres, independente e livre dos determinismos culturais.

Com o desvelamento do inconsciente pela Psicanálise, que emerge num contexto onde vigora o ideário individualista, assume-se a existência de uma interioridade psicológica singular, determinante das motivações e ações individuais. O sujeito da modernidade, então, é o “indivíduo livre, independente, igual a todos os outros, porém singular, pois dotado de uma interioridade ímpar” (Dimenstein, 2000, p. 98).

No Brasil, é no contexto das transformações advindas do regime militar – crescimento econômico e promoção da indústria, do comércio e do consumo interno dentro dos padrões do capitalismo industrial – que a psicologia vai afirmando sua importância e seu valor sociocultural. As mudanças que se processavam no país ressoavam nos padrões de comportamento das classes média e alta da população, que “experimentaram processos de subjetivação típicos das sociedades industriais modernas, caracterizados por uma alta valorização da interioridade subjetiva, o que as transformaram em ávidas consumidoras dos serviços psicológicos prestados pelos profissionais psicólogos” (Ferreira Neto, 2011, p. 26).

Esse contexto histórico de afirmação da importância da psicologia e de seu valor sociocultural vai desenhando a cultura profissional do psicólogo brasileiro, calcada na compreensão de interioridade e subjetividade psicológicas. Dimenstein (2000) define cultura profissional como o conjunto de ideias, compreensões de mundo e estilo de vida profissional adotado que determinam a adesão e preferência por certos modelos de atuação, certos referenciais teóricos e certos padrões e regras de relacionamento entre os pares e com a comunidade leiga, definindo, ainda, suas formas de organização e representação na sociedade.

Neste cenário, dentre as três grandes áreas de atuação do psicólogo, demarcadas pela legislação que regulamentou o ensino e a prática em psicologia desde 1962 – clínica, escolar e industrial –, a primeira desponta rapidamente como a mais evidenciada, direcionando o interesse profissional e a formação dos estudantes desta disciplina, levando à construção de um imaginário em torno da psicologia tanto da população quanto dos psicólogos de que psicologia é clínica. Ferreira Neto (2011) delimita a concepção de clínica implicada neste modelo de formação: “Engloba as atividades de psicoterapia e/ou psicodiagnóstico exercidas em consultórios particulares por profissionais liberais, para uma população que podia pagar por esses serviços, tendo um enfoque teórico-técnico intraindividual” (p. 25).

Segundo Andrade e Morato (2004), citados por Prado (2009), a atuação do psicólogo

nas décadas de 1960 e 1970 “ficou restrita a práticas que não questionassem o poder político instituído ou que contribuíssem para seu estabelecimento. Não eram permitidas nem estimuladas reflexões que pudessem levar a transformações sociais” (p. 46).

Dimenstein cita Martín-Baró (1997) sobre a função que a psicologia exercia na sociedade, convertendo-se naquilo que o autor denomina de *ideologia da reconversão*. Oferecia-se uma solução alternativa para os conflitos sociais: mudar o indivíduo mantendo preservada a ordem social ou, no máximo, gerar a ilusão de que a transformação do indivíduo geraria mudanças na ordem social. Esperava-se que a psicologia oferecesse meios para o controle social dos indivíduos e das populações, através da patologização do comportamento que se desviasse da norma. Ou seja, a psicologia estava associada à resolução de problemas, desajustes e desvios da sociedade (Dimenstein, 2000).

A partir do final dos anos 1970, novas transformações no campo econômico e político impulsionam um redirecionamento das áreas de atuação da psicologia. O contexto de recessão e inflação no Brasil, a consequente diminuição da procura pelos serviços de psicologia pelas classes média e alta, o quadro de deterioração da assistência oferecida à população nos serviços de saúde, a emergência vigorosa dos movimentos sociais do país, a crítica do Movimento Sanitarista ao modelo dominante de atenção à saúde, incluindo a crítica ao modelo asilar de tratamento em saúde mental, e as discussões travadas dentro da própria categoria profissional sobre seu compromisso social são algumas dessas transformações que contribuíram para a ampliação do campo de atuação da psicologia.

Sobre esta mudança de cenário delineada a partir dos anos 1970 e sua consequente influência sobre o campo da saúde, Spink (2013) retoma o processo de ressignificação da causalidade na explicação da doença, já discutido com mais profundidade no capítulo inicial deste trabalho. Transcendendo o modelo biomédico, a doença passa a ser vista como um processo, um fenômeno complexo que precisa ser compreendido englobando as dimensões bio-psico-social, exigindo, assim, um olhar transdisciplinar e integrador. Esta nova perspectiva abre espaço para as compreensões e ações de cunho psicológico.

A redefinição no conceito de saúde e doença é influenciada pelas discussões que afloram no âmbito da Psicologia, resultantes das profundas e velozes transformações que marcam a passagem pelo século XX, que fertilizam novas compreensões acerca da subjetividade, impulsionando esta disciplina a se questionar e problematizar a relação entre sujeito e mundo, experiência social e experiência subjetiva.

Em uma primeira perspectiva, reconhece-se a relação entre os domínios subjetivo e social, entendendo que a subjetividade é construída com base nas influências sociais. Esta concepção permite avançarmos, no máximo, para a compreensão de uma relação dialética entre a interioridade identitária e a exterioridade social, tal como afirma Ferreira Neto (2011): “De um lado os processos sociais influenciando os processos subjetivos localizados na interioridade individual, de outro as ações dos indivíduos construindo os processos sociais, numa constante interação que pode ser interpretada por diferentes perspectivas” (p. 56). O limite desta concepção está na manutenção do dualismo interno *versus* externo, ou seja, mantém-se a delimitação entre sujeito e exterioridade como dois espaços que meramente exercem mútua influência entre si.

A perspectiva de subjetividade que queremos focar aqui vai mais além, sedimentada nas mudanças paradigmáticas que se processaram na passagem da modernidade para a contemporaneidade. Por *paradigma* entendemos, a partir de Khun (1991), representações e interpretações de mundo “universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (p. 13).

Enquanto no paradigma moderno a realidade era explicada pautando-se numa perspectiva racionalista e mecanicista, compartilhando a ideia de uma subjetividade estável e interiorizada, o paradigma contemporâneo, ao qual se refere Francisco (2012), problematiza os alicerces do projeto moderno, questionando a verdade, a estabilidade do mundo e o ensimesmamento do sujeito, situando-o num complexo jogo de forças que o atravessa e o afeta incessantemente e que compõem o cenário da produção de subjetividades.

Sobre esta mudança de paradigma e suas implicações para a Psicologia, Francisco (2012) cita Boaventura S. Santos (1996) com relação ao que diz o autor sobre uma das áreas de conflitualidade paradigmática hoje identificáveis:

No campo do conhecimento e subjetividade, assistimos a uma transição do paradigma da modernidade calcado no racionalismo estreito, mecanicista, utilitarista e universalista – considerando a intemporalidade das verdades – para outro, em que se acredita que o conhecimento é incompleto, é tão temporal como as práticas e a cultura a que se vincula – é construção permanente. Ao invés de pretender uma explicação unívoca, totalitária e hegemônica dos fenômenos de que se ocupam, o paradigma emergente pretende ser polifônico, múltiplo, propondo-se a um real questionamento dos possíveis – daquilo que está à margem – como alternativas a outras formas de pensar e de funcionar em sociedade (pp. 64 – 65).

Emerge, assim, a concepção de subjetividade polifônica, tal como conceitua Francisco (2012), implicada em um contexto biopsicossocial, constituída em uma relação dialógica com

o mundo e com os outros e, portanto, em permanente construção: “A busca de uma subjetividade redutível ao sujeito e ao seu psicológico dá lugar a uma subjetividade polifônica, produzida em diferentes dimensões e, portanto, nem unificadora nem redutível ao sujeito enquanto o seu agente de produção” (p. 65).

A contemporaneidade desvela, então, novas cartografias de modos de subjetivação que se delineiam na perspectiva de um incessante ir e vir do caos e da complexidade, compreendendo a desestabilização das estruturas identitárias advindas do inevitável encontro com o outro como possibilidade de composição de novas estruturas em direções imprevisíveis, em permanente processo de diferenciação. Se pudéssemos falar em essência da subjetividade do homem contemporâneo, esta seria a própria processualidade, o devir, “aquela heterogênesse, repetição diferenciadora através da qual vai se constituindo um si mesmo, sempre outro, uma espécie de estrangeiro” (Rolnik, 1992, p. 7).

Por isso, considera-se que a expressão *processos de subjetivação* é mais adequada em substituição à tradicional noção de sujeito, presa à condição de fundamento essencial. O que interessa é pensar a subjetividade mais como processo do que como estrutura, considerando a articulação imanente entre os modos de subjetivação e as transformações dos espaços sociais contemporâneos (Ferreira Neto, 2011). Sobre isto, o autor retoma Foucault e seus estudos sobre a subjetividade em articulação com os processos históricos, afirmando que a individualidade identitária talvez seja um modo de subjetivação que não tem mais como dar conta das configurações do contemporâneo características dos novos arranjos urbanos, estando em vias de ser sucedida por novos modos de subjetivação.

Assume-se, assim, no paradigma contemporâneo, a indissociabilidade do dentro e do fora, paradoxalmente inconciliáveis, pois que o dentro detém o fora e o fora desmancha o dentro, em um contínuo movimento de vibratilidade e diagramação de forças que entrelaçam cultura e subjetividade. Segundo Rolnik (1997): “É só nesse sentido que podemos falar num dentro e num fora da subjetividade: o movimento de forças é o fora de todo e qualquer dentro, pois ele faz com que cada figura saia de si mesma e se torne outra. O fora é um 'sempre outro do dentro', do seu devir” (p. 27). A potência criadora da vida está neste incessante movimento.

O paradigma contemporâneo apresenta-nos um sujeito múltiplo, indeterminado, pleno de possibilidades de Ser, em permanente movimento de definição e indefinição, tal como as imagens de um caleidoscópio que se configuram sempre de forma outra, desvelando-se e

revelando-se. Esta perspectiva desaloja a Psicologia de seu lugar-comum, convidando-a a repensar suas bases epistemológicas de modo a dar conta da complexidade rizomática do mundo e dos processos de subjetivação.

A redefinição do campo de atuação da Psicologia no Brasil é influenciada, também, pelas discussões travadas pelos movimentos sociais no final da década de 1990, que alimentam debates mobilizadores de transformações importantes no cenário político do país. Uma delas é o fomento de novos discursos e práticas de afirmação de outros modos de ser e viver, trazendo à tona reflexões sobre o que é o político e sua problematização no cotidiano, rompendo de uma vez por todas a oposição, até então instituída, entre os domínios público e privado (Ferreira Neto, 2011).

A Constituição de 1988, que recebe o título de constituição cidadã, incorpora parcialmente algumas bandeiras das lutas dos movimentos sociais tendo, como vimos, forte ênfase no desenvolvimento de políticas públicas. A linha de atuação destes movimentos, que até então se posicionavam de forma oposicionista ao Estado, direciona-se para uma postura mais integrativa e propositiva na construção dessas políticas (Ferreira Neto, 2011). O intenso movimento de articulação entre Estado e sociedade iniciado com a Constituição de 1988 resulta em importantes transformações no país com o desenvolvimento das políticas públicas, que se tornam o grande contratador de “trabalhadores sociais”. A institucionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1990, por exemplo, justifica esta abertura de postos de trabalho nos serviços públicos, dentre os quais se incluem os psicólogos, que vão se inserindo não só na área da saúde, mas também na assistência social.

As demandas dirigidas para os psicólogos passam, então, a emergir em espaços outros, tais como postos de saúde, hospitais, centros de apoio psicossociais, comunidades, para citar apenas alguns. Às áreas antigas de atuação são acrescidas novas práticas, seja em ambientes inovadores, seja nos próprios espaços convencionais. Em cada um desses novos espaços, os profissionais entram em contato com populações e demandas significativamente diferentes das encontradas no consultório privado. Demandas que aproximam o psicólogo da complexidade da experiência subjetiva, impondo-lhe a necessidade de transcender a visão fragmentada e dicotomizada do homem para ir ao encontro do sujeito biopsicossocial, participante de uma rede de relações e intercruzamentos de forças que engendram processos de subjetivação, interpenetrando-se a afetando-se mutuamente.

A compreensão da complexidade da experiência subjetiva, constituída por diferentes

forças, tanto de natureza intrapsíquica como extrapessoal, aproxima a psicologia dos sujeitos sociais, exigindo uma visão plural e interdisciplinar do comportamento e do sofrimento humanos. Impõe-se a esta disciplina um repensar sobre sua dimensão social e sua responsabilidade ética, convidando-nos a uma problematização permanente e sistemática de nossas teorias e práticas (Francisco, 2012).

O ingresso do psicólogo em novos espaços de atuação, delimitando a passagem de uma clínica clássica ou tradicional – consoante com a “modalidade de indivíduo independente, típico das sociedades liberais industrializadas, cujo psiquismo é pensado como interioridade subjetiva” (Ferreira Neto, 2011, p. 176) – para o campo das políticas públicas, não garantiu, no entanto, a necessária evolução sociopolítica das práticas psicológicas. Nessa direção, encontramos tanto a simples adaptação de práticas tradicionais para alcance dos novos mercados e da nova clientela – a classe popular foco das políticas sociais – quanto o desenvolvimento de atuações inovadoras que intencionam o desenvolvimento da autonomia e emancipação dos sujeitos e coletividades (Ferreira Neto, 2011). Isso significa dizer que a inserção dos psicólogos no campo das políticas públicas não garantiu, necessariamente, um compromisso social diferenciado da psicologia, obrigando-nos a estar em permanente questionamento sobre nossa responsabilidade ética e política.

Caniato (1988), citado por Dimenstein (2000), discutindo as práticas descontextualizadas desenvolvidas pelos psicólogos no contexto das políticas públicas, chegou a falar de uma “amnésia social”, que leva os profissionais a muitas distorções teóricas e a uma psicologização dos problemas sociais, impedindo-os de perceber o caráter histórico dos fenômenos e suas implicações político-ideológicas.

As discussões sobre as experiências de atuação do profissional de psicologia no contexto das políticas públicas de saúde giram em torno da tensão entre uma ênfase clínica e uma ênfase política. A primeira representa a tentativa de reproduzir, no serviço público, as peculiaridades do consultório particular. Com base na psicanálise, tem na escuta o principal instrumento, superdimensionando a intervenção psicológica em detrimento de práticas de intervenção no campo da interação entre sujeitos, e da interação dos sujeitos com seu ambiente (Ferreira Neto, 2011).

Por tentar transpor para o campo das políticas públicas a modalidade de clínica tradicional, o psicólogo encontra barreiras que colocam em questão a própria validade e eficiência da intervenção psicológica. Oriunda de territórios geográficos e existenciais deveras

diferenciados do contexto social do qual participa o público de classe média/alta a que se direciona a prática psicológica no consultório privado, a clientela dos serviços de saúde compartilha concepções diversas de causalidade e cura das doenças e diferentes expectativas quanto ao tratamento psicoterápico oferecido pelos psicólogos, pois que estão ancorados em uma outra cultura somática – referente à relação que os indivíduos mantêm com seus corpos, a forma de habitar, expressar e verbalizar as sensações corporais (Dimenstein, 2000). Partindo desta perspectiva, muda-se, inclusive, a forma de compreender o abandono ou a não adesão ao tratamento nos serviços de saúde. Estes perdem o significado de recusa ao tratamento por parte do sujeito que demanda atenção, passando a ser entendido como um elemento da trajetória do cuidado, que pode indicar ao psicólogo a necessidade de constituição de novos vínculos e reconstrução, em conjunto com o sujeito, do projeto terapêutico (Spink, 2010).

A ênfase política, em contraposição, considera que uma intervenção pautada numa lógica antimanicomial deve atuar na rede de relações dos indivíduos e não apenas na sua interioridade. Esta perspectiva questiona a *neutralização dos fatos sociais* (Albuquerque, 1978, citado por Ferreira Neto, 2011) – característica da modalidade clássica de clínica que vem sendo transposta para o campo da saúde mental – que afirma a separação entre a realidade psíquica e a realidade material processada no *setting* terapêutico, produtor de um espaço de temporalidade autônomo em relação ao contexto social, econômico, político, cultural. A ênfase política acabou ficando conhecida também como “reabilitação psicossocial” ou “psiquiatria militante” e tem como foco principal a reinserção social e o resgate da cidadania (Ferreira Neto, 2011).

Os defensores da reabilitação psicossocial, de acordo com Ferreira Neto (2011), partem do pressuposto de que a inserção da pessoa com sofrimento mental no espaço urbano só pode acontecer através de uma prática coletiva. Portanto, esta perspectiva de atuação prioriza as intervenções e transformações sociais, coletivas e institucionais, em vez de se concentrar no tratamento individual, e compreende a ação terapêutica como subproduto da ação política.

Saraceno (1996) afirma a necessidade de se reconfigurar a atuação do psicólogo no campo das políticas públicas, indicando a reabilitação psicossocial como uma prática à espera de teoria, sugerindo que devemos não só construir referências para as novas práticas psi na saúde mental, como também criar um termo que substitua a palavra *clínica* e que auxilie no processo de construção de um campo de atuação onde as intervenções produzam sentido, emancipação e autonomia dos sujeitos.

É nesse sentido que Campos (1992) reconhece o desafio da atuação do psicólogo no campo da assistência pública à saúde, na medida em que esta atuação implica na substituição do paradigma da clínica pelo da saúde pública, requerendo um novo modelo de atenção à saúde e de relação com o usuário, assim como um novo modo sempre mutante de fazer saúde.

Dimenstein (1998) corrobora com este pensamento quando afirma:

Acreditamos que podemos ser mais úteis no campo da assistência pública à saúde a partir do momento que nossa cultura profissional passe a fornecer modelos mais ampliados de atuação, os quais não se revelem enquanto barreiras à troca de saberes com outros profissionais, e que o psicólogo possa se reconhecer enquanto um trabalhador da saúde, preocupado com a promoção do bem-estar da população (p. 25).

Outro desafio que se apresenta no campo das políticas públicas diz respeito às desvantagens decorrentes do processo de transposição das reivindicações sociais para o contexto da regulamentação estatal quando tais políticas são institucionalizadas. Apesar dos avanços alcançados – dentre os quais pode-se citar a garantia de recursos financeiros para a concretização de importantes projetos e programas e dos ganhos em abrangência e ampliação dos avanços sociais –, identificam-se perdas significativas que dizem respeito à homogeneização das práticas. Como afirma Ferreira Neto (2011):

As políticas públicas, uma vez instituídas, tendem a construir protocolos de trabalho, reproduzir práticas e visar a alguma uniformização, com margens menores para a inovação e diferenças. Os projetos locais inovadores tendem a ser transformados em programas generalizáveis. Com isso os esforços são drenados para a construção de práticas uniformizadoras, restringindo-se assim as possibilidades de criação de novas práticas inventivas e do necessário espaço de diversidade (pp. 34-35).

O campo das políticas públicas representa, então, permanente espaço de luta política, demandando dos profissionais uma postura crítica quanto à necessidade de avaliações sistemáticas de sua atuação, de forma a garantir que o esforço de inovação e criatividade para o desenvolvimento de novas práticas, que respeitem as peculiaridades regionais e deem espaço para que a expressão da complexidade da vida coletiva, não se perca diante do rígido processo de burocratização e uniformização das políticas.

Spink (2013) aprofundou as discussões sobre o ingresso do psicólogo nas políticas públicas explicitando as dificuldades e desafios encontrados por estes profissionais quando abandonam o espaço privado do consultório particular – onde todas as normas são definidas por ele, desde o local do atendimento até a forma de trabalhar – e entram em contato com a realidade de instituições. Quando falamos em *instituição*, estamos nos referindo aos dois sentidos do termo: dizendo respeito tanto aos sistemas de normas estruturantes de um grupo

social, quanto para indicar uma organização, estabelecimento propriamente dito, constituído para a consecução de um determinado objetivo (Spink, 2013).

A autora sustenta que a prática psicológica em instituições exige da psicologia uma expansão de seu referencial tanto contextual como teórico. Ampliar o referencial contextual, segundo a autora, diz respeito à necessidade de considerar tanto a organização social mais ampla quanto a realidade institucional propriamente dita.

Nessa direção, o trabalho em instituições de saúde exige que o profissional seja capaz de compreender a demanda do cliente a partir da leitura da problemática social mais ampla que o mobilizou a procurar a instituição. Isto significa compreender a organização dos sistemas de saúde, a realidade de desigualdade de distribuição da saúde entre as classes sociais, o acesso aos serviços, dentre outros aspectos. Para a autora, esta foi a primeira angústia sentida pelos psicólogos que se abriram para práticas em instituições diversas, na medida em que o contato com estas realidades acabou colocando em questão a eficácia do saber psicológico e a necessária articulação de referenciais interdisciplinares para a atuação em situações tão complexas, levantando alguns dilemas: Onde intervir, então, quando os determinantes sociais do problema são tão hegemônicos? Como o saber psicológico pode contribuir?

No que diz respeito à realidade institucional propriamente dita, a autora enfatiza a necessidade de lidarmos, quando nos inserimos no espaço institucional, com dois fenômenos: de um lado, a instituição em sua função de aparelho ideológico – o que remete à compreensão de sua constituição histórica –, e de outro, a instituição como cultura organizacional – que nos conduz a um nível mais micro de análise, que inclui os rituais, mitos, normas, relações de poder e representações compartilhadas que sustentam a ação conjunta dos atores institucionais.

Por fim, a expansão do referencial teórico sugerida pela autora diz respeito ao inevitável encontro com a alteridade no trabalho desenvolvido nas instituições, seja no que tange ao seu trabalho com o cliente – principalmente se este é oriundo de classes sociais menos privilegiadas – seja no seu contato com os demais profissionais de saúde, que remete aos desafios da atuação interdisciplinar.

A propósito, a abertura para a troca de saberes em diálogo interdisciplinar apresenta-se como um dos principais elementos na invenção de novas práticas clínicas no campo das políticas em saúde. A saída do psicólogo do espaço privado e o ingresso nas políticas públicas

inaugura um modelo mais integrado de atuação, diferente do que é experienciado no espaço isolado do consultório. Integrando equipes multiprofissionais em saúde, a psicologia é convidada a questionar-se como saber absoluto, construindo com outras disciplinas um olhar mais sistêmico que tenta dar conta da dimensão multifacetada da realidade.

A atuação do psicólogo no campo das políticas públicas é, assim, uma prática fundamentalmente de promoção de saúde. Sobre a inserção da psicologia em outros níveis de atenção à saúde que não o nível terciário – ao qual principalmente ainda se dirigem as ações do psicólogo nos consultórios e hospitais – Spink (2013) discute a necessidade de construção de novos modelos e posturas do profissional psicólogo para atuação nos níveis de atenção primário e secundário, voltados para as ações de prevenção e promoção de saúde. Sobre a inadequação das práticas psi nestes diferentes níveis de atendimento em saúde, a autora retoma Rosalina Carvalho da Silva quando coloca que:

por identificar a prática psicoterapêutica como sinônimo de atuação clínica é que o modelo único de atuação tem sido mantido e imposto aos diferentes níveis de atenção em saúde, sejam eles primários, secundários ou terciários. Isto é, independentemente dos tipos de serviços e de suas necessidades, a psicologia tem em geral tentado exercer um único modo de atuar através dos atendimentos psicoterápicos de seguimento contínuo e/ou prolongado. Esse modelo, em geral privilegiado na formação profissional da área clínica, pode sem dúvida estar bem adaptado ao exercício em clínicas autônomas ou mesmo nas instituições públicas de caráter ambulatorial. Porém, será inadequado e até mesmo poderá tomar o lugar de outros níveis de atuações clínicas que se mostram necessárias em hospitais, centros de saúde, etc (p. 157).

Como alternativa para a forçosa adaptação do modelo de clínica tradicional no campo das políticas públicas em saúde e a superação da dicotomia entre este modelo e a clínica política, ou reabilitação psicossocial, Ferreira Neto (2011) propõe a clínica transversalizada em saúde mental. O conceito de transversalidade, tal como o propõe Guattari, diz respeito ao “aumento da comunicação entre diferentes níveis e diferentes sentidos das múltiplas forças que atravessam e compõem os processos” (Ferreira Neto, 2011, p. 179). Ao grau de comunicação e atuação institucional das diversas dimensões que transpassam e produzem processos sociais e de subjetivação dá-se o nome de coeficiente de transversalidade.

Pensar uma clínica transversalizada é situar o sujeito no território, assumindo o complexo jogo de forças que o transpassa, desenhando uma atuação política que dialogue com o contexto social, econômico, cultural, comprometida com a transformação em prol da autonomia, emancipação e cidadania das pessoas. Entende-se, como afirma este autor, que as práticas emergentes em saúde mental, que desenharam uma clínica política, possuem um maior coeficiente de transversalidade que a clínica clássica, pois que encaram a subjetividade em

sua relação com as práticas históricas e geográficas, propondo outras modalidades de ação e reflexão que transcendem o espaço sedentário do consultório individual e atuam sobre este jogo de forças que compõem os processos de subjetivação.

A clínica transversalizada propõe, então, uma redefinição do objeto, do objetivo e dos meios de trabalho de assistência individual, familiar e de grupos. Segundo o autor:

A finalidade da assistência individual é a produção de saúde por meio da reabilitação, do alívio do sofrimento e por meio do aumento do coeficiente de autonomia e de autocuidado dos pacientes, das famílias e das comunidades. A subjetividade é associada à noção de cidadania (Ferreira Neto, 2011, p. 164).

Nesta mesma perspectiva de romper com o ideário individualista para considerar a construção de subjetividades implicadas com a realidade sócio-histórica, Galindo e Francisco (2013) enfatizam a importância estratégica da articulação entre clínica e política e entre dois campos historicamente construídos como caminho para uma postura produtiva para o saber-fazer psicológico no campo das políticas públicas: a Psicologia Clínica e a Psicologia Social.

Moura (1999), citado por Brasil (2004), também discute sobre a necessidade da articulação entre estes dois campos de saberes e práticas, enfatizando as especificidades da “clínica” para a atuação na saúde pública:

a clínica não se refere a um campo de atuação específico ou a uma modalidade de prática psicoterápica. A “clínica” deverá designar uma especificidade do trabalho do psicólogo em olhar os fenômenos que ultrapassam a obviedade dos fatos, a busca no não-dito, nas entrelinhas, a interpretação intersubjetivamente construída e compartilhada juntamente com a clientela em torno dos fatos vividos no cotidiano social. A partir da dimensão das trocas intersubjetivas, apreendendo como se constroem e se articulam os processos coletivos de heteronomia, de lutas, de disputas, jogos de poder e processos coletivos de autonomia, solidariedade e criatividade, é que se produzem modos de ser, pensar, sentir e agir, enfim, sensibilidades que se entrelaçam na extensa rede das dinâmicas sociais (p. 185).

Neste caso, acredita-se que não se trata de substituir o termo *clínica* quando se fala da atuação do psicólogo no campo das políticas públicas em saúde, tal como propõe Saraceno (1996). Trata-se de compreender este termo não como restrito a modelos tradicionais de prática psicológica, que tomam a subjetividade como interioridade e partem de um saber *a priori* sobre o sujeito, mas de considerar a clínica como esta especificidade do trabalho do profissional de psicologia na leitura e compreensão ampliada dos fenômenos. No que diz respeito à promoção da saúde, estamos falando de uma clínica do inclinar-se para acolher o sujeito, legitimando o universo de significações que constrói sobre a doença e o sofrimento, trabalhando para que se conduza na direção do seu bem-estar e no cuidado de sua existência.

Esta perspectiva se coaduna com o que Rolnik discute sobre a prática clínica. Segundo a autora, o ato clínico é *ético, estético e político*. *Ético* no que diz respeito ao seu comprometimento com a potência de efetuação da vida, através da oportunização para a criação de territórios existenciais. *Estético* por possibilitar a construção de sentidos e a capacidade de fazer escolhas. E *político* por considerar que o sujeito pode encontrar um caminho de forma a se responsabilizar por seus atos e encontrar uma forma de viver, arriscar-se e firmar sua existência. (Rolnik, 1994).

A estruturação da atuação do profissional psicólogo no campo das políticas públicas de saúde implica, pois, no olhar clínico para as dimensões macrossociais envolvidas nos processos de adoecer, sendo fundamental, se se pretende uma postura ética no cuidado às populações usuárias dos serviços de saúde, o mergulho na compreensão dos significados construídos sobre a saúde e a doença. Estes significados se concretizam nas representações sociais compartilhadas pelo grupo e funcionam como indicador da ideologia vigente sobre o adoecer e os doentes em uma determinada sociedade. Assim, o campo da psicologia da saúde, que se estrutura diante da necessidade de contextualizar a prática do psicólogo na área da saúde, configura-se, segundo Spink (2013), como uma área de especialização da psicologia social, tendo em vista situar as questões da saúde na interface entre o individual e o social.

Spink (2013) defende uma perspectiva construcionista de psicologia social, que compreende a “produção dos sujeitos como um processo dialógico e histórico que se constrói no cotidiano e que é produto do posicionamento das pessoas frente aos grupos, às situações e demais relações sociais, onde a saúde representa um desses contextos” (p. 132). A autora retoma o desenvolvimento da psicologia da saúde, que apenas aos poucos vai incorporando a dimensão social na compreensão do fenômeno saúde/doença, identificando três fases pelas quais passa até abraçar a postura construcionista.

Em um primeiro momento, a psicologia parte de uma perspectiva intraindividual da saúde, situando as emoções como causa primária de determinadas reações somáticas ou relacionando certos tipos de personalidade com certas doenças.

Posteriormente, assume-se uma perspectiva psicossocial do adoecer, voltada para a identificação dos aspectos psicossociais da cadeia multicausal responsável pelo surgimento da doença. Esta vertente está intrinsecamente relacionada às posturas de promoção da saúde e prevenção da doença, desenvolvidas em um viés educativo.

Finalmente, a psicologia da saúde abraça uma postura construcionista pertencente,

sobretudo, à esfera da conscientização, com foco prioritário na perspectiva do paciente sobre o processo de adoecimento. Enquanto as primeiras vertentes, segundo Spink (2013), privilegiam a explicação da doença a partir da explicação da rede de causalidade – com o objetivo principal de compreender e prevenir o surgimento da doença –, a vertente construcionista não tem por objetivo formular leis causais, mas parte da compreensão da doença como um fenômeno psicossocial, historicamente construído, experienciado e significado de formas diferentes nas distintas sociedades.

A autora enfatiza a importância do estudo das representações sociais, categoria da psicologia social, para a atuação no campo da psicologia da saúde, como forma de conhecer a trama de sentidos relacionada ao fenômeno de saúde/doença. Por representações sociais entende-se que são “formas de conhecimento prático – o saber do senso comum – que têm por função estabelecer uma ordem que permita aos indivíduos orientarem-se em um mundo social e material e possibilitar, dessa forma, a comunicação entre os membros de um mesmo grupo” (Spink, 2013, p. 42).

Nesta mesma perspectiva, Traverso-Yépez (2001) afirma que existe toda uma trama de significações socialmente construídas que influenciam o uso que cada indivíduo faz do seu corpo, as formas pelas quais as pessoas experienciam os estados de saúde e doença, a expressão dos sintomas, bem como os hábitos e estilos de vida e as próprias práticas de atendimento à saúde. Sendo assim, se são as representações sociais que orientam a ação dos indivíduos de um grupo, é imprescindível a inicial compreensão do que embasa a ação – ou seja, das representações sociais – para, a partir daí, encontrar possibilidades interventivas de influenciar esta ação. Entende-se, então, que o mergulho no universo simbólico do indivíduo é fundamental para a construção de práticas terapêuticas eficazes, entendendo que a eficácia está relacionada à possibilidade de oferecer uma compreensão para o seu sofrimento e suas vivências, tal como proposto por Figueira (1978), citado por Dimenstein (2000).

Adotando, portanto, este pressuposto da Psicologia Social, compreende-se a doença como fenômeno coletivo, dando especial relevância ao discurso de uma dada sociedade sobre a experiência do adoecer. Acredita-se que, com este olhar, abre-se para o real encontro entre o psicólogo e o sujeito que lhe demanda atenção nos serviços de saúde, construindo-se a possibilidade de uma intervenção que, superando os enfoques intraindividuais e entendendo a saúde/doença como um processo histórico e multideterminado, faça sentido e produza autonomia.

É a vertente compreensiva da psicologia social que lançará luz às construções tecidas neste trabalho sobre os fenômenos de saúde e doença e sobre as contribuições do saber psicológico para o campo da promoção da saúde nas políticas públicas. Faz-se esta opção teórica por acreditar na valiosa contribuição desta área da psicologia para a concretização da dimensão ética de nossas práticas, impulsionando-nos a abandonar modelos conservadores de atuação para assumir posturas de cuidado e acolhimento da alteridade.

Retomemos o conceito de *ética*, a partir da discussão feita por Andrade e Morato (2004), referindo-se à etimologia do termo *ethos* – que originalmente, significava *assento, morada* – “designando posturas existenciais e/ou concepções de mundo capazes de dar acolhimento, assento ou morada à alteridade” (p. 346). Significa, portanto, abandonar o saber dado *a priori* sobre um mundo imutável para assumir uma postura de serenidade diante da multiplicidade e complexidade da vida, acolhendo a diferença produzida na processualidade. Isto pressupõe que, nas práticas nas políticas públicas, o psicólogo “se despoje do lugar de especialista, portador de um saber a ser transmitido e passe a funcionar como um mediador, um *entre*, que acolhe a produção emergente nos diversos encontros” (p. 347).

Esta concepção se aproxima da noção de “operador” proposta por Rotelli (1990), a qual recorre Dimenstein (2001) quando discute o compromisso social do psicólogo no contexto da saúde coletiva. Operadores são profissionais de saúde comprometidos com o processo de reelaboração do sofrimento e reinvenção da vida, capazes de compreender a história de vida dos usuários para além do diagnóstico e do sintoma. São trabalhadores “capazes de investir na produção de modos heterogêneos de cuidado, bem como na singularização da atenção, respeitando a diversidade cultural e subjetiva dos usuários, criando vínculos e responsabilidade para com a saúde do público” (p. 59).

O trabalho em promoção de saúde se trata, então, de uma postura ética de acolhimento da alteridade, abertura ao encontro com o outro e legitimação das significações que cada um atribui à experiência do adoecer, possibilitando, pela via da constituição de um saber dialogado sobre doença e saúde, o empoderamento para a exploração dos recursos disponíveis para o encaminhamento de si e a construção de novas formas de estar no mundo. É, então, no âmbito do cuidado antepositivo – aquele que se antepõe ao outro interrogando-o sobre o modo como cuida do seu existir e libertando-o para o próprio cuidado de si – que podemos situar a atenção psicológica em promoção de saúde (Braga, Ferreira, Takeshita & Delavia, 2013).

Diante do que foi discutido, entende-se a necessidade de revisão das teorias e práticas

psicológicas para a atuação nas políticas públicas, no sentido da concretização de intervenções que partam da compreensão coletiva do fenômeno da saúde/doença e das representações sociais compartilhadas sobre adoecimento e autocuidado em saúde. O psicólogo, na atenção básica, acolhe o sujeito em sua alteridade, construindo com ele, neste espaço intercessor onde se produzem discursos coletivos sobre a saúde, alternativas de cuidado que conduzam a novas formas de encaminhamento da existência. Empoderamento, apropriação e autonomia são os caminhos para a capacitação do sujeito e da comunidade na promoção da saúde.

Diferente da maior parte dos estudos teóricos sobre as práticas psicológicas no campo das políticas públicas, que se centram na atuação dos psicólogos com a comunidade – em Centros de Referência da Assistência Social - CRAS, hospitais, Programas de Saúde da Família - PSF, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS – o presente trabalho volta-se para a atuação do psicólogo em uma política pública de saúde *do trabalhador*, no caso os servidores de um órgão público federal.

Entende-se, assim, que a atuação profissional do psicólogo no âmbito da política de atenção à saúde do servidor precisa voltar-se para a compreensão da relação homem – trabalho, da construção de subjetividades a partir desta relação e do impacto de uma organização de trabalho no adoecimento mental dos trabalhadores. Circunscrita ao contexto institucional do serviço público, a compreensão das relações de poder estabelecidas e dos modelos de gestão que permeiam a organização do trabalho e as relações socioprofissionais também precisam ser objetos de atenção na construção dessa atuação. A compreensão do fazer psicológico em promoção de saúde precisa, então, integrar a leitura da realidade organizacional.

Para subsidiar o processo compreensivo das práticas psicológicas em promoção de saúde voltadas aos servidores que vem sendo desenvolvidas pelos psicólogos do INSS, precisamos então, partir de um referencial teórico sobre a dimensão organizacional. Neste trabalho, partiremos das contribuições da psicologia institucional e da psicossociologia como lente de leitura sobre a organização, entendida como espaço de construção de sentidos e produção de subjetividades.

2.1. A organização como espaço de produção de subjetividades e a promoção de saúde do trabalhador

A discussão sobre a atuação do psicólogo clínico como agente de promoção de saúde é amplamente trabalhada pelo movimento da psico-higiene, dentre os quais temos José Bleger como autor de referência. Este teórico, já nos anos de 1960, afirmava que a função do psicólogo clínico não deveria ser basicamente a terapia, mas sim a saúde pública e, dentro dela, a higiene mental. Dentre os objetivos da higiene mental, o autor não se referia apenas à doença e sua profilaxia, mas também à promoção de um maior equilíbrio e um melhor nível de bem-estar geral da população. Com as palavras do autor:

Desta maneira, já não interessa somente a ausência de doença e sim o desenvolvimento pleno dos indivíduos e da comunidade total. A ênfase da higiene mental translada-se, assim, da *doença à saúde* e, com isto, à *atenção da vida cotidiana* dos seres humanos (Bleger, 1984, p. 22).

Nessa passagem do foco da doença à promoção da saúde, considera-se fundamental o encontro com as pessoas em suas ocupações e tarefas ordinárias e cotidianas. Por isso, o autor identifica distintos âmbitos de atuação do profissional de psicologia, dentre os quais estão os grupos, a comunidade e as instituições. Devido à ampla discussão sobre a atuação do psicólogo nas instituições como agente de promoção de saúde, optou-se por trazer, neste estudo, as contribuições da Psicologia Institucional, ressaltando-se o que, neste campo de investigação, se afirma sobre o papel do profissional de psicologia e o desenvolvimento de sua atuação nas instituições.

Bleger (1984) conceitua instituição a partir de duas acepções principais: (1) “configuração de conduta duradoura, completa, integrada e organizada, mediante a qual se exerce o controle social e por meio da qual se satisfazem os desejos e necessidades sociais fundamentais”; (2) “organização de caráter público ou semipúblico que supõe um grupo diretório e, comumente, um edifício ou estabelecimento físico de alguma índole, destinada a servir a algum fim socialmente reconhecido e autorizado” (p. 37). Segundo este autor, a Psicologia Institucional integra, em suas análises, estas duas acepções, tal como é afirmado:

[a Psicologia Institucional] abarca, então, o conjunto de organismos de existência física concreta, que têm um certo grau de permanência em algum campo ou setor específico da atividade ou vida humana, para estudar nele todos os fenômenos humanos que se dão em relação com a estrutura, a dinâmica, funções e objetivos da instituição (p. 37).

Sendo assim, à psicologia institucional importa, muito mais do que o estudo de aspectos objetivos da realidade institucional (missão, organização do trabalho, objetivos, por exemplo), “o estudo dos fatores psicológicos que se acham em jogo na instituição, pelo mero fato de que nela participam seres humanos e pelo fato da mediação imprescindível do ser humano para que ditas instituições existam” (Bleger, 1984, p. 55). Ressalta-se, no entanto, que não é possível deixar de lado os aspectos objetivos na medida em que a realidade institucional afeta e “conforma” as manifestações psicológicas.

Recorre-se, também, à perspectiva da psicossociologia francesa, a partir dos estudos de André Lévy sobre as construções e desconstruções de sentido que se dão no espaço organizacional. Compreende-se, a partir deste ponto de vista, a organização como realidade pluridimensional e paradoxal. Segundo André Lévy (2001),

ela não é apenas um conjunto, ou uma entidade instituída, implicando estruturas e finalidades específicas, correspondendo a meios técnicos, financeiros e humanos, e a uma cultura própria. Ela se define sobretudo como um processo, ao mesmo tempo permanente e aleatório. Permanente, na medida em que toda organização, por mais estruturada que aparentemente seja, está sempre se fazendo ou se desfazendo. Aleatório, na medida em que esse processo nunca se encontra ao abrigo da ameaça de uma possível interrupção, de dissolver-se ou de cristalizar-se (p. 15).

Organização que se movimenta, que se transforma, porque formada por sujeitos em permanente movimento, construção e desconstrução de sentidos. Sujeitos vivos, tais como descritos por André Lévy (2001),

desejantes e pensantes, falando igualmente, tanto para nada dizer quanto para se fazer reconhecer, ou para encontrar um sentido para suas emoções, para suas lembranças ou para sua história, que eles constroem a cada instante. Sujeitos, pois, sempre em movimento, à procura de uma identidade problemática, não se deixando reduzir a um *caso* particular de uma categoria geral preestabelecida, nem a tornar-se inertes, como um objeto estático, definido de uma vez por todas (p. 20).

Nesta perspectiva, entende-se que a prática em promoção de saúde no espaço organizacional deve partir da compreensão dos sentidos construídos pelos sujeitos em sua relação com o trabalho e com a organização, apreendida não apenas como uma realidade objetiva, mas a partir do movimento dinâmico de experiências subjetivas que lhe dão sentido.

Observa-se que o conceito de *instituição* de Bleger assemelha-se ao que Lévy trata por *organização*, sendo que este último autor promove uma distinção fundamental entre os dois termos, caracterizando o primeiro como o conjunto de regras e valores que definem a ordem social, as obrigações que se impõem a cada um e que tornam possíveis as transações e as trocas (Lévy, 2001).

Organizações e instituições correspondem, assim, a realidades completamente diferentes, embora complementares. A organização estaria relacionada a um tipo de formação social orientada para a produção coletiva de bens, ideias ou serviços, formada por grupos e composta de meios técnicos e materiais, conhecimentos e experiências associadas para o alcance de objetivos comuns. Ressalta-se, ainda, o caráter associativo entre as pessoas que compõem a organização e que “interagem entre si, intelectual, afetiva e materialmente inseridas em uma história coletiva” (Lévy, 2001, p. 130). As instituições, por sua vez, estariam relacionadas aos fundamentos da organização, invisíveis ou até mesmo inconscientes, que se materializam nas regras, normas de conduta, relações de poder e hierarquia, na organização do trabalho, na definição das tarefas, dentre outros aspectos. Segundo o autor:

Se por um lado, as organizações estão fadadas a se transformar e a evoluir em função dos contextos e dos indivíduos que lhes dão vida, as instituições, por outro, só podem cumprir seu papel na medida em que são vistas como intangíveis, sustentadas por realidades de uma ordem superior, transcendente e sagrada; invisíveis e imateriais [...] (p. 132).

Partindo desta perspectiva, quanto mais as prescrições, normas e restrições (instituições) forem identificadas com a organização, mais limitadas estarão as possibilidades de contestação e mudança. Em outras palavras, determinadas regras, modos de funcionamento ou hierarquias de poder passam a ser consideradas características próprias da estrutura organizacional, reforçando-se a adesão dos membros a estas determinações que, tomadas como verdades imutáveis, são dificilmente questionadas.

No entanto, o funcionamento e desenvolvimento da organização só acontecem na medida em que suas estruturas forem permanentemente repensadas e reajustadas, sendo que estes reajustes podem envolver diferentes aspectos – relações internas, organização do trabalho, modalidades de tomada de decisão, definição das tarefas, dentre outros (Lévy, 2001).

O autor complementa:

Quando as definições e as prescrições enunciadas são identificadas a uma verdade absoluta, cujo sentido seria dado sem possibilidade de contestação, nenhum reajuste das circunstâncias ou dos contextos é possível. A mínima palavra implica um questionamento dos detalhes, mesmo dos menores, e é sentida como um golpe intolerável, e como uma ameaça para o conjunto das ideias e das crenças que servem de fundamento ao edifício (p. 134).

Francisco (2000) auxilia na diferenciação entre estes dois conceitos, ao afirmar que as organizações, ou estabelecimentos, representam um

Conjunto estruturado e estabilizado, ocupando um lugar físico determinado, composto de

normas e leis, reunindo nele um grupo de pessoas que trabalham com determinado objetivo. É através dos estabelecimentos ou organizações que uma série de instituições se instrumentalizam e se mantêm (p. 28).

Optou-se por utilizar, neste trabalho, os termos *organização* e *instituição* tais como conceituados por Lévy, tendo em vista a necessidade fundamental da distinção entre a realidade visível, material e concreta da realidade simbólica e imaginária representada pelas instituições.

As importantes contribuições de Francisco (2000) sobre as instituições e os dispositivos institucionais também foram fundamentais para fertilizar as construções tecidas neste trabalho. A autora dialoga com a perspectiva de André Lévy tomando a organização como realidade pluridimensional e em permanente movimento, propondo uma nova forma de pensar os dispositivos institucionais no sentido de tratá-los não como leis naturais e imutáveis, mas como produções do desejo e, portanto, passíveis de questionamentos quanto ao seu funcionamento e finalidade.

A questão, segundo a autora, é “instalar uma perspectiva ética no lugar da tecnocracia e burocracia” (Francisco, 2000, p. 07). Em organizações extremamente serializadas e hierarquizadas, concebidas segundo esquemas rígidos de funcionamento, conduz-se a uma ritualização do cotidiano que leva à predominância de linhas de segmentaridade dura, em que apenas se repete o que já existe e se inibe e sufoca os movimentos de invenção e transformação. A insistência, observada na maioria das organizações, em pensá-las como estruturas e a considerar os dispositivos institucionais como imutáveis e permanentes reflete, segundo a autora,

na manutenção e pouco questionamento do organograma, via de regra, rígido; no modo de análise adotado para se repensá-las, posto que as pressupõem como um sistema fechado; num olhar privilegiado para a horizontalidade e a verticalidade das relações, em detrimento das múltiplas relações que se estabelecem neste campo (Francisco, 2000, p. 51).

O que propõe Francisco, então, é que os dispositivos institucionais nas organizações sejam pensados como produto dos mais diversos agenciamentos, em permanente processo de construção e desconstrução. É pensá-los como *rizomas*, sistema de múltiplas entradas e saídas – superando a perspectiva linear de compreensão dos fenômenos – em movimento contínuo de conexões e rupturas. Para melhor compreender o conceito de *rizoma* recorreremos à Deleuze e Guattari (1995) que afirmam:

Indivíduos ou grupos. Somos atravessados por linhas, meridianos, geodésicas, trópicos, fusos, que não seguem o mesmo ritmo e não tem a mesma natureza. E constantemente as linhas se

cruzam, se superpõem a uma linha costumeira, se seguem por um certo tempo. É uma questão de cartografia. Elas nos compõem assim como compõem o nosso mapa. Elas se transformam e podem mesmo penetrar uma na outra. Rizoma (p. 15).

Assim, compreender os dispositivos institucionais como rizomas significa considerar a complexa rede de interconexões e transversalidades que caracterizam a relação instituído – instituinte. Nessa perspectiva, entende-se que o instituído é ele mesmo condição de possibilidade de invenção do instituinte: “... é na margem do “instituído” que as linhas flexíveis e linhas de fuga se produzem e, silenciosamente se infiltram na segmentaridade dura” (Francisco, 2000, p. 47). Para a autora, o “território da ética” consiste em acolher as linhas flexíveis (ou seja, os movimentos de inventividade, questionamento e transformação), num processo permanente de criar territórios existenciais que façam sentido e que possam ser questionados e transformados quando não mais o fizerem – em contínuo movimento de desterritorializar-se e territorializar-se.

Partindo desta perspectiva teórica, pensaremos a organização, neste trabalho, como espaço de permanente movimento de constituição de linhas de segmentaridade duras e flexíveis, de permanência e transformação, de cristalização e rupturas. Como espaço em que o molar – que representa o formal, o instituído, que se encontra no plano organizativo – e o molecular – que surge à margem, como questionador do instituído – coexistem, se embaralham e se pressupõem mutuamente.

Sobre a dificuldade de conduzir transformações nos elementos instituídos da organização, no sentido da instauração de novas abordagens instituintes, Bleger (1984) discute a instituição (ou, como abordaremos aqui, a organização) como formadora de parte da personalidade do sujeito:

toda instituição não é só um instrumento de organização, regulação e controle social, mas também, ao mesmo tempo, é um instrumento de regulação e equilíbrio da personalidade e, da mesma maneira que a personalidade tem organizadas dinamicamente suas defesas, parte destas se acham cristalizadas nas instituições (...). Desta maneira, se bem que a instituição tenha uma existência própria externa e independente dos seres humanos individualmente considerados, seu funcionamento se acha regulado não só pelas leis objetivas de sua própria realidade social, como também pelo que os seres humanos projetam nela (pelas leis da dinâmica da personalidade) (p. 55).

Quanto mais integrada for a personalidade do sujeito, para Bleger, menos dependente ele será do suporte que a organização lhe presta. Ao contrário, quando mais imatura a personalidade, mais dependente o sujeito será da relação com a organização e mais difícil será qualquer mudança ou toda separação dela. Como qualquer mudança na dimensão

organizacional representará, assim, uma mudança na própria personalidade – em sua parte mais imatura, imobilizada na rotina de hábitos e automatismos – o sujeito oferecerá a máxima resistência a ela. O objetivo da psicologia institucional seria, então, para Bleger, obter que a tarefa que se realiza na organização sirva de meio de enriquecimento e desenvolvimento da personalidade.

Retomando o conceito de promoção da saúde, pode-se considerar que promover saúde na organização é oportunizar condições facilitadoras para a efetivação da autonomia e do protagonismo do sujeito, que se reconhece como ator e agente de transformação da realidade e se responsabiliza pela construção de uma relação saudável com o trabalho, agindo sobre os aspectos adoecedores da dinâmica organizacional.

Tendo em vista as construções subjetivas que se processam entre indivíduos e grupos e a organização – considerando a complexa relação de sentidos, em que o instituído participa dos processos de subjetivação e formação da personalidade – o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo dos trabalhadores para conduzir a transformações e invenção de novas abordagens instituintes, que representarão mudanças na própria subjetividade, mostra-se como um processo mais delicado e complexo do que parece à primeira vista.

Ao eleger o serviço público como foco deste trabalho, delimitamos mais uma singularidade que diz respeito ao contexto das organizações públicas, que guardam características muito próprias quanto ao modelo de organização do trabalho e gestão adotados. É fato que as relações subjetivas que os trabalhadores de uma instituição pública estabelecem com o trabalho e o próprio espaço organizacional apresentam algumas importantes diferenças em comparação ao contexto da iniciativa privada. A estabilidade do trabalhador público, para citar apenas um exemplo, indica a construção de uma relação subjetiva diferenciada. Por não vivenciar a ameaça de perda do emprego, há maiores possibilidades do estabelecimento de um forte vínculo de pertença e, por vezes, dependência com a organização. Em que dimensão as construções subjetivas que se dão neste espaço tem influência sobre a saúde ou o adoecimento dos trabalhadores? Partimos da compreensão de que esta pergunta é fundamental para guiar os profissionais no desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde no trabalho de servidores públicos.

Mergulhemos, agora, na realidade da organização *locus* deste estudo, o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, caracterizando-o e discutindo como, nesta organização, tem sido conduzida a atenção à saúde do servidor.

3. O INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL E A SAÚDE DO SERVIDOR

No INSS, a concretização da política de saúde do servidor não tem sido tarefa fácil. O cuidado com os servidores foi por muito tempo relegado, e a preocupação com a construção de ambientes, processos e relações de trabalho que favoreçam a saúde e a qualidade de vida no trabalho só há pouco veio entrar na pauta das discussões. E isto porque as mudanças pelas quais a organização vem passando nos últimos anos, reflexo das transformações no mundo do trabalho em âmbito global, tem refletido substancialmente na saúde dos servidores, ocasionando preocupantes dificuldades no alcance dos objetivos institucionais e na qualidade do atendimento à sociedade.

A Previdência Social é uma instituição pública que tem como objetivo reconhecer e conceder direitos aos seus segurados e, em algumas situações, às suas famílias. Direito social que compõe a Seguridade Social, junto à Saúde e à Assistência, a Previdência Social é uma das maiores políticas de distribuição de renda e de inclusão social da América Latina (Andrade, 2012).

A renda transferida pela Previdência Social é utilizada para substituir a renda do trabalhador contribuinte, quando ele perde a capacidade de trabalho, seja por doença, invalidez, idade avançada, morte e desemprego involuntário e, ainda, maternidade e reclusão.

No Brasil, a Previdência Social tem papel estruturante na dinâmica econômica dos municípios, em especial nos de pequeno porte, chegando a constituir em alguns deles a principal fonte de recursos, garantindo-lhes o indispensável equilíbrio social por meio do pagamento sistemático dos benefícios previdenciários (Andrade, 2012).

O Instituto Nacional do Seguro Social – INSS é uma Autarquia Federal vinculada ao Ministério da Previdência Social – MPS, fundamentada pelo art. 17 da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, criado como resultado da fusão do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social – IAPAS, com o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, em junho de 1990 por meio do Decreto nº 99.350. É o órgão responsável pelo gerenciamento do Regime Geral de Previdência Social – RGPS, que junto ao Regime Próprio dos Servidores Públicos e o Regime de Previdência Complementar compõem a Previdência Social.

É de competência do INSS a prestação dos serviços e pagamentos dos benefícios aos trabalhadores vinculados ao Regime Geral de Previdência Social – RGPS, além da concessão

e manutenção de benefícios assistenciais e especiais de responsabilidade da União. De acordo com dados do Ministério da Previdência Social (Ministério da Previdência Social, 2014), atualmente o RGPS apresenta uma média de 51,1 milhões de contribuintes e, só no mês de novembro de 2014, o INSS emitiu cerca de 32 milhões de benefícios para pagamento, num valor total de mais de R\$ 44 bilhões.

A Carta de Princípios de Gestão e Governança do INSS explicita a missão, visão e os valores deste órgão. A Missão é “garantir proteção ao trabalhador e sua família, por meio de sistema público de política previdenciária solidária, inclusiva e sustentável, com o objetivo de promover o bem-estar social”. Como visão, tem-se “ser reconhecido como patrimônio do trabalhador e sua família, pela sustentabilidade dos regimes previdenciários, pela excelência na gestão, cobertura e atendimento” (INSS, 2010, pp. 9-10). Ética, Respeito, Segurança, Transparência e Profissionalismos constituem os valores do órgão.

Em seu quadro funcional, o INSS, em outubro de 2014, possuía 37.838 servidores ativos, localizados em todas as partes do país, vinculados majoritariamente à Carreira do Seguro Social – composta pelos Técnicos (nível médio) e Analistas (nível superior) de Seguro Social - à Carreira de Perícia Médica da Previdência Social e outras carreiras, em minoria (INSS, 2014, p. 10).

A situação funcional, entretanto, encontra-se em estado crítico, tendo em vista que desde a década de 1990 não havia a recomposição do quadro de servidores. O primeiro concurso público após este período aconteceu em 2003 e os concursos que vem sendo realizados não suprem de forma estrutural a necessidade de força de trabalho. O alto índice de desistência dos novos concursados e a procura pela aposentadoria dos servidores estáveis, conforme Relatório de Gestão de 2011, são os principais fatores associados à defasagem no quantitativo de servidores do órgão (Andrade, 2012).

Procurando melhorar cada vez mais a qualidade do atendimento aos cidadãos, o INSS vem implementando alternativas de melhoria contínua. Em 2008, foram iniciadas as discussões para a construção do seu Planejamento Estratégico para o período de 2009 a 2015, com o objetivo de traçar o caminho necessário para o alcance da missão institucional. Sobre o papel da organização e o processo de modernização pelo qual vem passando, afirma-se:

O INSS caracteriza-se, portanto, como uma organização pública prestadora de serviços previdenciários para a sociedade brasileira. É nesse contexto, e procurando preservar a integridade da qualidade do atendimento aos cidadãos, que o Instituto vem implementando alternativas de melhoria contínua, com programas de modernização e excelência operacional, ressaltando a maximização e otimização de resultados e de ferramentas que fundamentem o

processo de atendimento ideal aos anseios da sociedade em geral (ENAP & INSS, 2009, p.12).

O INSS definiu, então, seu Mapa Estratégico, composto por 18 objetivos, diretamente relacionados à missão da instituição. A concretização do Planejamento Estratégico se dá por meio do desenvolvimento de planos de ação anuais, com ações descentralizadas – que acontecem nas superintendências regionais, nas gerências-executivas e nas agências da previdência social – e ações centralizadas e projetos estruturantes desenvolvidos pela Administração Central (Andrade, 2012).

Atualmente, como unidades descentralizadas, o INSS conta com 5 (cinco) superintendências regionais, sediadas nas cidades de São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife e no Distrito Federal; 104 gerências-executivas e 1.486 agências da Previdência Social com serviços agendáveis (INSS, 2014, p. 10).

A elaboração de seu Planejamento Estratégico, mudanças no conceito de gestão, o estabelecimento de índices e metas, o monitoramento sistemático dos resultados institucionais, a criação de indicadores de desempenho e do Painel de Desempenho – ferramenta instituída para o monitoramento da execução do Plano de Ação, que apresenta diversas informações sobre os resultados alcançados – o processo de Avaliação de Desempenho, entre outros, compõem o quadro atual do Instituto em seu movimento de modernização em busca da excelência do atendimento ao cidadão.

Estas mudanças refletiram, especialmente, na dinâmica de trabalho das agências da previdência social – APS, porta de entrada do segurado da Previdência Social. As APS são unidades de atendimento fixas que prestam serviços de orientação e informação aos cidadãos, realizam perícias médicas, concessão, manutenção, atualização de benefícios aos indivíduos vinculados e ofertam também outros serviços providos pela Previdência Social (Andrade, 2012).

Estas unidades de atendimento passaram a responder pelo alcance de metas e indicadores, dimensionados nos planos de ação, exigindo dos gestores o monitoramento e planejamento diários do atendimento. Importa ressaltar que o desempenho das agências influencia diretamente na remuneração mensal dos servidores, compondo a parte flexível dos salários, que é representada pela gratificação de desempenho – que, em média, é sete vezes maior que o vencimento básico. Ou seja, a composição salarial dos servidores do INSS, atualmente, depende do alcance das metas e da produtividade.

Como ferramenta de controle do atendimento nas agências da previdência social,

criou-se a Sala de Monitoramento, um sistema desenvolvido em plataforma web que reúne diversas informações gerenciais, permitindo a visualização, em tempo real – as informações da sala de monitoramento são atualizadas a cada 15 minutos – do atendimento e do desempenho de cada instância organizacional: as agências da previdência social, as gerências-executivas e as superintendências regionais.

Todas essas mudanças operadas pelo Instituto têm repercutido não só na dinâmica de trabalho, como também na gestão das pessoas. As consequências sobre a saúde dos servidores do órgão foram objeto de auditoria interna em 2011, que culminou na elaboração do *Relatório Saúde INSS 2011: Uma análise da situação de saúde dos servidores do INSS – Avaliação do Absenteísmo por Licença Médica do Servidor do INSS* (Carvalho & Leite, 2011). O referido estudo revela dados de suma importância para a compreensão do ambiente organizacional das Agências da Previdência Social.

Algumas questões apontadas pelo relatório merecem destaque: a necessidade de atenção prioritária à saúde do servidor diante da forte exigência por altos índices de produtividade; falhas nos processos de capacitação; grande carga de trabalho para um quantitativo reduzido de servidores; idade média elevada dos servidores que, devido à significativa perda salarial, hesitam em se aposentar; relações interpessoais entre colegas e chefias pautadas pela incompreensão e conflitos; condução inadequada da Avaliação de Desempenho individual pelos gestores, que utilizam a ferramenta como forma de punição; controle excessivo da frequência, dificultando a prevenção e os tratamentos de saúde; despreparo dos gestores das áreas de Gestão de Pessoas; instalações físicas e de mobiliário inadequadas e insalubres; falta de material permanente e de consumo; deficiência e morosidade dos sistemas corporativos; ausência de uma política de gestão do conhecimento; conflitos de gerações; a não participação efetiva dos servidores no processo de planejamento, principalmente nas decisões sobre as metas e na capacidade de agendamento de cada agência de atendimento; insegurança e medo provocados pelo desconhecimento dos processos de trabalho e por sua possível consequência administrativa e criminal, dentre outros (Carvalho & Leite, 2011). Diante deste panorama não é difícil compreender como a saúde física e emocional dos servidores fica afetada e necessitada de cuidados.

Nos anos de 2008 a 2010, conforme dados apresentados no Relatório Saúde INSS 2011, houve um aumento crescente de quase 100% de licenças médicas por adoecimentos nos servidores do INSS. A incidência de afastamentos por doenças do grupo mental e comportamental estão em primeiro lugar e, em segundo lugar, estão as doenças

osteomusculares (Carvalho & Leite, 2011).

Percebe-se, então, como as mudanças ocorridas no INSS nos últimos anos, apesar de terem melhorado significativamente a prestação de serviços previdenciários e a imagem da organização perante a sociedade, “impactaram negativamente a saúde dos seus servidores, sobrecarregados que foram com as novas demandas institucionais” (Carvalho & Leite, 2011, p. 55).

Acompanhando as transformações organizacionais e os avanços que vinham sendo implementados no âmbito da Administração Pública Federal, foi crescendo, paulatinamente, o investimento na saúde dos servidores. Esta história começou, no INSS, em meados de 2005, apenas cinco anos antes da instituição da Política de Saúde do Servidor – Pass.

3.1. Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho no INSS

Como discutido anteriormente, embora a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8112/90 – que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais – já tratassem de assuntos correlatos à saúde do trabalhador, vimos que foi somente em 2003 que a Administração Pública Federal começou a consolidar as bases de uma política de atenção ao servidor.

A história no INSS é ainda mais recente. As primeiras discussões acerca da necessidade de se construir uma política de saúde para os servidores foram tecidas em 2006, quando da constituição de um Grupo de Trabalho, no âmbito da Direção Central do órgão, para discutir assuntos relativos à carreira, avaliação de desempenho, dentre outras propostas.

Até este período, as ações de saúde no Instituto eram restritas ao atendimento médico pericial dos servidores, especialmente para a concessão de afastamentos. Este atendimento era realizado no chamado Serviço de Atendimento Médico dos Servidores – SAMS, existente em algumas unidades do INSS. Algumas outras iniciativas em saúde que aconteciam no órgão eram pontuais e restritas em sua concepção e objetivos – comemorações festivas, atividades integrativas e vacinação de servidores eram as atividades mais frequentes.

Em 2007 identifica-se o primeiro avanço normativo significativo com relação ao cuidado com a saúde dos servidores do INSS, quando da aprovação, por meio da Portaria MPS nº 26 de 19 de janeiro, do Regimento Interno do órgão, que incorporou à estrutura

organizacional o Serviço de Qualidade de Vida do Servidor, vinculado à então Diretoria de Recursos Humanos, com representações técnicas em cada Superintendência Regional do INSS.

Na elaboração do Plano de Ação do INSS para o ano de 2008, foram estabelecidas dez macroações de competência da Diretoria de Recursos Humanos, das quais algumas ficaram sob a responsabilidade do Serviço de Qualidade de Vida do Servidor, quais sejam: a realização de exames médicos periódicos, ações de prevenção e apoio a servidores em situação de violência, agenda ambiental e acessibilidade. Para tanto, foram constituídos no mesmo ano, no âmbito daquela diretoria, quatro grupos de trabalho com o objetivo de propor programas para cada eixo citado. Tinha-se como objetivo a elaboração de uma política de promoção de saúde e qualidade de vida para os servidores (INSS, 2011).

No ano seguinte, mais um passo é dado na valorização do cuidado com o servidor: a elaboração do Planejamento Estratégico do INSS para o período de 2009 a 2015 e o reconhecimento, no Mapa Estratégico, do direcionador “Gestão Estratégica de Pessoas”, como um dos caminhos necessários para o alcance da missão do Instituto. Vinculado a esse Direcionador Estratégico estão os seguintes objetivos: (1) desenvolver cultura voltada aos valores, aos resultados e à responsabilidade socioambiental; (2) desenvolver competências compatíveis com os objetivos institucionais; (3) promover a valorização e a qualidade de vida das pessoas.

Dando continuidade às discussões para a construção de uma política de saúde para os servidores do INSS, de maio a junho de 2009, técnicos da então Diretoria de Recursos Humanos promoveram reuniões com representantes das Superintendências Regionais e Gerências-Executivas com o objetivo de conhecer as ações e projetos de saúde até então desenvolvidos nas diferentes localidades.

Os dados levantados nestes encontros apontaram, dentre outros aspectos: (1) o caráter pontual da maioria das ações desenvolvidas por algumas Gerências-Executivas; (2) a necessidade de uma política consistente e de diretrizes claras para a atuação das equipes; (3) a falta de sistematização e embasamento teórico-metodológico na construção e execução das ações; (4) a ausência de visibilidade da área por outros setores da Instituição; (5) a importância de capacitação para os servidores que trabalham na área de saúde; (6) a falta de entendimento e, portanto de apoio e participação dos gestores na construção dessa política; e, por fim, (7) a falta de recursos orçamentários destinados a essa área (INSS, 2011).

Em 2009, a partir da aprovação de novo Regimento Interno, por meio da Portaria MPS nº 296 de 09 de novembro de 2009, foram delimitadas as atribuições da área de Saúde e Qualidade de Vida na Direção Central, além de terem sido incorporadas às áreas de Recursos Humanos das Superintendências Regionais e Gerências-Executivas a responsabilidade pela efetivação de ações de qualidade de vida e responsabilidade socioambiental. Este novo regimento representa grande avanço, vez que, até então, não havia previsão regimental para execução de ações de saúde locais nas unidades descentralizadas do INSS.

De acordo com o novo Regimento Interno, são competências do Serviço de Qualidade de Vida do Servidor (Direção Central): I - Planejar, orientar, supervisionar, acompanhar e avaliar a realização de ações de qualidade de vida e responsabilidade socioambiental; II - Disseminar a Política de Qualidade de Vida e Responsabilidade Socioambiental; III - Acompanhar as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida dos servidores na Administração Central e nas unidades descentralizadas; IV - Firmar parcerias para realizar atividades voltadas à sua área de atuação; e V - Realizar estudos, pesquisas e acompanhar tendências para apresentar propostas com vistas à implantação de novos projetos (Brasil, 2011).

Sobre as atribuições das Seções de Produção e Gestão da Folha de Pagamento, relativamente aos servidores lotados nas sedes das Superintendências Regionais e das Seções de Recursos Humanos das Gerências-Executivas, o regimento estabelece como competência a execução das “atividades de responsabilidade socioambiental e de qualidade de vida” (Brasil, 2011). Para dar conta da execução destas ações, são constituídas as chamadas equipes de saúde e qualidade de vida no âmbito das Superintendências Regionais e Gerências-Executivas, vinculadas à área de recursos humanos.

Merece destaque outra iniciativa da Diretoria de Recursos Humanos no sentido de contribuir no avanço da área de qualidade de vida do servidor: a constituição, em 2010, de Grupo de Trabalho (GT), pela Portaria N° 36/INSS/DRH, 22/04/2010, com o objetivo de “propor ações para a disseminação da política de qualidade de vida, saúde e autoestima do servidor, inclusive permeando ações de qualificação e capacitação profissional, acompanhamento de evolução na avaliação de desempenho individual e atendimento às normas de condições e segurança do trabalho” (INSS, 2011).

Em 2010, o INSS investiu em ações educacionais para os profissionais vinculados à área de qualidade de vida das Superintendências Regionais e áreas afins para alinhamento e

construção conjunta de propostas para a saúde dos servidores. Nestas ações educacionais, primou-se pelo aprofundamento teórico e conceitual na temática Qualidade de Vida no Trabalho, visando à qualificação das equipes para uma atuação mais consciente, contextualizada e efetiva em saúde e qualidade de vida dos servidores.

É então em 2010 que o esforço para a construção de uma política de saúde para os servidores da organização é legitimado pela implementação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – Siass, no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, envolvendo todos os órgãos que integram o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC, consolidando de uma vez por todas a tão sonhada política de saúde do servidor público federal.

A partir da implementação da Pass, o INSS passa a direcionar a atuação e as construções até então consolidadas no campo da saúde de forma consoante às diretrizes da política, que coloca como eixo prioritário a vigilância e promoção da saúde do servidor.

Desde então, visando à concretização da política no sentido de potencializar a atenção à saúde dos servidores, o INSS, em âmbito nacional, vem se dedicando à implementação de unidades Siass sediadas no órgão. A região Nordeste conta, atualmente, com 07 (sete) unidades sediadas em Gerências-Executivas do INSS (já formalizadas ou em processo final de implementação) – Recife (PE), Maceió (AL), Aracaju (SE), Teresina (PI), São Luís (MA), João Pessoa (PB) e Fortaleza (CE). Em outras 05 (cinco) cidades – Petrolina (PE), Salvador (BA), Natal (RN), Juazeiro (BA) e Campina Grande (PB) – o Instituto é cooperado de Unidades Siass que tem sede em outro órgão público federal.

Compõem as unidades da região Nordeste sediadas no INSS servidores profissionais de saúde que já integravam o quadro do instituto, em sua maioria vinculados às seções de Gestão de Pessoas ou aos Serviços de Saúde do Trabalhador do órgão. As raríssimas exceções se constituem de servidores cedidos dos outros órgãos que firmaram acordo de cooperação com as Unidades Siass do INSS. Ou seja, apesar de previsão pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão de concurso para provimento de cargos para as Unidades do Siass, não houve até agora nenhum acréscimo de força de trabalho, a despeito da complexidade da política de saúde a ser concretizada e do quantitativo de servidores atendidos por cada unidade.

Nas localidades do Nordeste onde inexitem, até então, Unidades do Siass, ou onde estas unidades não são sediadas no INSS, a realização de ações de saúde e qualidade de vida

no trabalho, agora fundamentadas nas diretrizes da política de saúde do servidor, continua sob responsabilidade das equipes de saúde e qualidade de vida no trabalho, como são atualmente denominadas, cujos profissionais, integrando grupos multiprofissionais, tem se dedicado com especial esforço no desenvolvimento de ações de promoção, eixo foco desta pesquisa. Dentre os atores destas equipes multiprofissionais responsáveis pela concretização da política de saúde do servidor, o psicólogo tem papel fundamental. A seguir, discutimos com mais detalhes as atribuições do profissional de psicologia no INSS com foco na atenção à saúde dos servidores.

3.2. Atribuições do psicólogo no INSS

São dois os principais espaços de atuação dos profissionais de psicologia no INSS: a área de Gestão de Pessoas – com processos de trabalho voltados para os servidores da própria organização – e a Reabilitação Profissional – voltada para o atendimento ao segurado do INSS. Vinculadas à área de Gestão de Pessoas estão as Equipes de Educação, Qualidade de Vida no Trabalho e as Unidades do Siass (nos locais onde estas já existem).

Não há no INSS qualquer formalização quanto às atribuições que competem especificamente a esta categoria profissional, havendo apenas a descrição das competências de cada área no Regimento Interno do Instituto.

Recorrendo ao edital do último concurso para o cargo de Analistas do Seguro Social com Formação em Psicologia, de 2013, temos como atribuições do cargo: atuar no planejamento e na implantação de Projeto Político de Gestão de Carreiras; atuar no planejamento, avaliação e controle de resultados; atuar no planejamento e acompanhamento da avaliação de desempenho; analisar cargos, perfil profissiográfico e profissional; atuar no recrutamento e seleção interna e externa; atuar na orientação profissional e ações voltadas à implantação do Projeto Político de Gestão de Carreiras, envolvendo orientação profissional, plano de sucessão; elaborar, executar e avaliar planos, programas e projetos nas áreas de reabilitação profissional; e avaliar o potencial laborativo do segurado por meio da análise dos aspectos socioprofissionais; realizar avaliação para estabelecer opções e perspectivas para o programa profissional do segurado; acompanhar o desenvolvimento da programação profissional do segurado; participar de Grupo Informativo; estabelecer contatos com a empresa de vínculo dos segurados em processo de reabilitação profissional; realizar

atendimentos dos segurados em avaliação ou em programa de reabilitação profissional; avaliar, supervisionar e homologar os programas profissionais realizados por terceiros ou empresas conveniadas; realizar estudo de mercado de trabalho, visitar empresas para divulgação do programa, analisar funções, acompanhar e supervisionar a capacitação profissional do segurado; estabelecer contato com entidades e empresas públicas ou privadas objetivando a celebração de acordos e convênios; realizar entrevistas da pesquisa da fixação no mercado de trabalho, participar de equipes volantes; e executar as demais atividades definidas em normas pelo INSS (INSS, 2013).

Percebe-se que as atribuições descritas envolvem processos das áreas de Gestão de Pessoas e Reabilitação Profissional, não havendo menção ao papel do profissional de psicologia na atenção à saúde do servidor. Os direcionadores para a atuação da equipe multiprofissional estão presentes apenas nas normatizações da política de atenção ao servidor, especialmente no Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal – que trata das atribuições dos profissionais no atendimento pericial –, na Norma Operacional de Saúde do Servidor e no documento Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental na Administração Pública Federal. São estas normatizações que vem orientando os psicólogos no delineamento de seu papel e na construção de sua atuação em saúde e qualidade de vida no trabalho dos servidores no INSS.

O manual de perícia oficial em saúde discorre sobre a prática da equipe multiprofissional no suporte às atividades periciais, sem descrever especificamente as atribuições de cada categoria profissional. Cabe à equipe multiprofissional contribuir com pareceres técnicos específicos para subsidiar as decisões da perícia oficial em questões relacionadas às áreas específicas de atuação. Sendo assim, o psicólogo participa neste processo com a realização de avaliações psicológicas e elaboração de pareceres técnicos especializados.

Além da atuação em perícia, as normatizações preveem a atuação do psicólogo nas ações de promoção, prevenção e vigilância aos ambientes e processos de trabalho. A Norma Operacional de Saúde do Servidor estabelece como atribuições da equipe de vigilância e promoção: (1) planejar, coordenar e executar as ações de vigilância e promoção à saúde, propondo medidas de prevenção e de correção nos ambientes e processos de trabalho; (2) sistematizar e analisar os dados gerados nas ações de vigilância e promoção, notificando os agravos relacionados ao trabalho em sistema informatizado; (3) emitir laudos e relatórios dos ambientes e processos de trabalho, bem como produzir documentos circunstanciados sobre os

agravos à saúde do servidor com vistas ao estabelecimento de nexos dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; (4) elaborar o perfil epidemiológico da saúde dos servidores, a partir de fontes de informação existentes com o objetivo de subsidiar as ações de atenção ao servidor; e (5) propor ações voltadas à promoção da saúde e à humanização do trabalho, em especial a melhoria das condições de trabalho, prevenção de acidentes, de agravos à saúde e de doenças relacionadas ao trabalho (Brasil, 2010c).

Esta mesma norma apresenta como principais estratégias para sua implementação as avaliações dos ambientes e processos de trabalho, o acompanhamento da saúde dos servidores e as ações educativas em saúde, pautadas na metodologia de pesquisa-intervenção. Sobre o acompanhamento, este deve ter caráter de prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce e monitoramento dos agravos à saúde relacionados com a atividade laboral. A NOSS, pautando-se na concepção de promoção de saúde como processo de empoderamento dos indivíduos e grupos para atuar na melhoria de seu bem-estar e qualidade de vida e saúde, enfatiza que as ações de educação em saúde devem ter como objetivo a reflexão sobre a relação existente entre processo de trabalho, ambiente de trabalho e saúde do servidor, no sentido de serem capazes de empreender mudanças na dinâmica organizacional para prevenir possíveis adoecimentos.

O protagonismo dos servidores é ratificado na Portaria nº 03 de 25 de março de 2013, que institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal. No artigo 6º, a referida portaria estabelece que a equipe multiprofissional deve ter como objetivos: “II – propiciar aos servidores ambientes de trabalho saudáveis, com o envolvimento destes e dos gestores no estabelecimento de um processo de melhoria contínua das condições e das relações no trabalho e da saúde, propiciando bem-estar das pessoas inseridas no contexto laboral; III – a melhor compreensão da determinação do fenômeno saúde e doença nos servidores públicos e o desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação da realidade, em direção à apropriação, pelos servidores, da dimensão humana do trabalho” (Brasil, 2013).

No que diz respeito especificamente à saúde mental, o documento Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental na Administração Pública Federal estabelece três eixos de ação: promoção da saúde; assistência terapêutica; reabilitação. Quanto à promoção, estão dentre os objetivos da equipe multiprofissional: (1) promover ações que mantenham e fortaleçam vínculos entre os servidores em sofrimento psíquico, seus familiares, seus representantes, na sua comunidade e no trabalho; (2) promover a concepção ampliada de

saúde mental, integrada à saúde física e ao bem-estar socioeconômico dos servidores; (3) detectar precocemente, acolher e monitorar o tratamento da pessoa com sofrimento psíquico; (4) realizar ações com o objetivo de combater o estigma das pessoas com transtornos mentais, incluindo orientação aos demais trabalhadores da instituição sobre sofrimento psíquico e doenças mentais; (5) estabelecer e registrar nexos causais entre os processos de trabalho, o sofrimento psíquico e os transtornos mentais e comportamentais; (6) identificar nos locais de trabalho os fatores envolvidos no adoecimento mental e propor medidas de intervenção no ambiente e na organização do trabalho no intuito de valorizar o servidor e diminuir o sofrimento psíquico; (7) intervir nas situações de conflito vivenciadas no local de trabalho, buscando soluções dialogadas e ações mediadas pela equipe multiprofissional; (8) oferecer suporte ao desenvolvimento das competências e habilidades do servidor, auxiliando-o inclusive no desenvolvimento eficaz de seus projetos de vida; (9) disponibilizar espaços terapêuticos nos ambientes de trabalho quando as ações estiverem integradas à Política de Atenção à Saúde dos Servidores; (10) incentivar na Administração Pública Federal a implantação de Programas de Preparação à Aposentadoria; (11) identificar situações de trabalho penosas do ponto de vista da saúde mental, propondo as intervenções necessárias; (12) privilegiar programas de promoção da qualidade de vida, como meio de ampliar os fatores de proteção aos portadores de transtornos mentais e de diminuir a recorrência das crises; e (13) capacitar os gestores para identificar sofrimento psíquico no trabalho (Brasil, 2010a).

Com relação à assistência terapêutica, o documento orienta que seja garantido nas unidades do Siass suporte aos processos terapêuticos do servidor, por meio de atendimentos individuais e coletivos voltados para a promoção da autonomia e a inserção laboral. Acrescenta ainda que sejam organizados serviços de acompanhamento psicossocial para atendimento a demandas espontâneas dos servidores com vistas a intervenções breves e encaminhamento para tratamento.

Por fim, sobre a reabilitação, que tem como objetivo diminuir ou eliminar as limitações sofridas pelo servidor para o exercício de suas atividades laborais e valorizar suas capacidades e competências, a normativa coloca dentre as atribuições da equipe multiprofissional em saúde a criação de grupos de readaptação, ressocialização, apoio terapêutico e reinserção nos locais de trabalho e a sensibilização de gestores para o acolhimento dos servidores no retorno ao trabalho.

A partir do que foi apresentado quanto às orientações normativas existentes para a

prática da equipe multiprofissional em saúde, entende-se a amplitude das possibilidades de atuação dos profissionais de psicologia, considerando o papel fundamental deste profissional na compreensão da relação saúde e trabalho e no desenvolvimento do protagonismo do sujeito para a identificação e construção de estratégias de intervenção sobre os determinantes do adoecimento no trabalho. O delineamento desta atuação, entretanto, não pode deixar de lado a dimensão organizacional da qual o servidor participa. Sendo assim, os psicólogos e demais profissionais de saúde precisam considerar a complexidade da dinâmica na organização, como espaço de produção de subjetividades, para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde dos trabalhadores.

Assim, compreendendo a dimensão do que significa fazer promoção de saúde – considerando todas as implicações éticas e políticas de um fazer profissional que se pretenda fertilizador de atitudes individuais e coletivas de cuidado com a saúde – e, ainda, as peculiaridades pertinentes à atuação junto a trabalhadores inseridos e participantes de uma dinâmica organizacional em uma instituição do serviço público, desejou-se investigar como os profissionais de psicologia do INSS, partindo das orientações normativas da política de saúde do servidor, vêm utilizando o saber de sua disciplina na implementação de ações de promoção de saúde com os trabalhadores da instituição.

A experiência da pesquisadora como psicóloga de uma Unidade do Sias no INSS, onde vem, em equipe multiprofissional, empreendendo esforços para o desenvolvimento de ações e programas em promoção de saúde dos servidores, conduziu para o desenvolvimento deste estudo. O caminho metodológico escolhido como possibilidade de alcance do objetivo proposto será discutido a seguir.

4. CAMINHO METODOLÓGICO

Tudo, então, se transformou e tudo se tornou desconhecido ao redor. Mas, curiosamente, foi então que emergiu, em segredo, do mais profundo do ser, a possibilidade de reverenciar. E começou a crescer a árvore em cuja sombra me recolho, a árvore do que ainda está por vir.

(Nietzsche)

Para a consecução do objetivo proposto, qual seja, o de investigar como vêm sendo desenvolvidas as práticas psicológicas promotoras de saúde do servidor no INSS, optou-se pela abordagem qualitativa de pesquisa em ciências humanas, entendendo que o desvelar do fenômeno em investigação pressupõe a compreensão das complexas e dinâmicas inter-relações que o constituem, impossível de serem segmentadas em variáveis passíveis de medição e controle. Nesta perspectiva, segundo Ozella (2003):

Ao invés de ter como objetivos a predição, a descrição (apesar desta fazer parte como uma etapa da investigação) e o controle, a abordagem qualitativa pretende conhecer, esclarecer, entender e interpretar os processos que constituem os fenômenos, objetos da investigação (p. 122).

Compreende-se, aqui, a escolha da abordagem qualitativa de pesquisa como alternativa epistemológica que não se define instrumentalmente – a partir dos instrumentos utilizados no estudo –, mas se justifica pelos processos que caracterizam a produção do conhecimento. Entende-se, com González Rey (2005), o caráter construtivo-interpretativo da pesquisa, legitimada pelo próprio processo de construção de conhecimento levado a cabo pelo pesquisador no decorrer da investigação. Sobre o caráter teórico como atributo essencial da metodologia qualitativa e a legitimação do singular como instância de produção do conhecimento científico, o autor afirma:

A legitimação do singular como fonte do conhecimento implica, segundo já assinalamos, considerar a pesquisa como produção teórica, entendendo por teórico a construção permanente de modelos de inteligibilidade que lhe deem consistência a um campo ou um problema na construção do conhecimento, ou seja, o teórico não se reduz a teorias que constituem fontes de saber preexistentes em relação ao processo de pesquisa, mas concerne, muito particularmente, aos processos de construção intelectual que acompanham a pesquisa. O teórico expressa-se em um caminho que tem, em seu centro, a atividade pensante e construtiva do pesquisador (González Rey, 2005, p. 11).

A afirmação do caráter teórico da pesquisa qualitativa, no entanto, não desconsidera o empírico ou o coloca em lugar secundário, mas o compreende como momento inseparável do processo de construção da investigação. A abordagem qualitativa difere-se das perspectivas

quantitativas na medida em que estas localizam a legitimidade na significação estatística e na possibilidade de generalização e verificação dos resultados em situações similares. Na pesquisa qualitativa, por sua vez,

as hipóteses do pesquisador estão associadas a um modelo teórico que mantém uma constante tensão com o momento empírico e cuja legitimidade está na capacidade do modelo para ampliar tanto suas alternativas de inteligibilidade sobre o estudado como seu permanente aprofundamento em compreender a realidade estudada como sistema (González Rey, 2005, p. 12).

Embora aproximadas quanto ao foco dado à compreensão dos fenômenos, em detrimento da explicação, as abordagens qualitativas variam de acordo com o paradigma teórico utilizado, que trazem concepções próprias de *homem, mundo, sentido, significado e compreensão*.

Este estudo adotará uma perspectiva fenomenológica de investigação, no sentido de compreensão da experiência, enfatizando a dimensão existencial do viver e buscando a compreensão dos sentidos construídos pelos sujeitos no seu contato com o real. Em contraposição ao projeto da Modernidade de busca de uma verdade universal, a partir de uma leitura linear da realidade e das relações de causa e efeito para a explicação do objeto investigado, as perspectivas fenomenológicas centram-se na compreensão dos fenômenos humanos, questionando a condição do método científico como possibilidade de alcançar conhecimentos indubitáveis.

Para a fenomenologia, segundo Frota (1997/98), pensar significa “indagar, questionar, tentar compreender. Algo processual, parcial, relativo. Muito diferente do conhecer metafísico, que pretende 'dominar' o conteúdo de uma matéria ou disciplina” (p. 28). Sendo assim, é partindo da perspectiva fenomenológica que se pretende se aproximar da experiência dos profissionais de psicologia envolvidos com a promoção da saúde do servidor e, na fusão de horizontes, construir compreensões sobre ela.

Entende-se experiência como referenciada ao mundo vivido, ao momento existencial do indivíduo. O experimentar é entendido, então, como um processo “corporalmente sentido, experimentado interiormente e responsável pelo material concreto da personalidade ou seu conteúdo, formados por esse fluxo de sensações corporais ou sentimentos” (Dutra, 2002, citado por Pinheiro & Frota, 2009).

Dentre as perspectivas fenomenológicas, optou-se pela hermenêutica filosófica de Gadamer como possibilidade de compreensão do fenômeno investigado. Gadamer,

influenciado pela fenomenologia existencial de Heidegger, resgata a dimensão ontológica da compreensão – ser-no-mundo já é estar a todo momento interpretando e compreendendo. A compreensão aparece em Heidegger e Gadamer como modo de estar no mundo, como condição ontológica da existência. Como afirma Schwandt (2006):

A hermenêutica filosófica sustenta que a compreensão não é, em primeiro lugar, uma tarefa controlada por procedimentos ou por regras, mas sim, justamente, uma condição do ser humano. A compreensão é a interpretação. Conforme explica Gadamer (1970), a compreensão não é “uma atividade isolada executada pelos seres humanos, mas uma estrutura básica de nossa experiência de vida. Estamos sempre tomando algo *por* algo. Esta é a determinação primordial de nossa orientação mundial, e não podemos reduzi-la a nada mais simples ou imediato” (p. 198).

Estamos no mundo compreendendo, a dimensão hermenêutica faz parte da experiência humana. Esta compreensão do mundo, prévia a qualquer debruçar-se científico e filosófico sobre ele, é possibilitada pela tradição, entendida literalmente como aquilo que é cedido ou dado – ou o processo de ceder ou passar -, de geração a geração (Lawn, 2011). É a tradição, representada por nossas concepções sócio-historicamente herdadas, que possibilita a ação interpretativa sobre o mundo. Longe de se referir a algo externo e pertencente ao passado, a tradição condiciona toda a leitura que fazemos cotidianamente da realidade. Ela é a força viva que penetra toda compreensão.

Questionando o fluxo do pensamento modernista e iluminista, que elege o método como possibilidade de estabelecer verdades absolutas e a razão como única autoridade a que se deve submeter para a construção de conhecimento, Gadamer resgata a tradição como aspecto da formação humana que nos constitui e da qual não podemos nos desvencilhar. Sobre o método em Gadamer, Lawn (2011) afirma:

Apesar da descoberta do método apresentar algo assim como uma ruptura radical com o passado, o passo em si está, sob um determinado ponto de vista, sempre conosco e seria um erro esquecer que formações maiores, como a tradição, por exemplo, estão sempre presentes e são o contexto apropriado, dentro do qual devemos colocar o aparentemente radical, o revolucionário e o descontínuo. (...) O estabelecimento de um novo método para fundamentar o conhecimento precisa sempre se reconciliar com a força mais fundamental da tradição, através da qual toda atividade cultural é apresentada e sustentada. “A tradição”, Gadamer diz, “tem uma justificativa que está além do fundamento racional e, em grande parte, determina nossas instituições e atividades” (p. 53).

Não se pretende, nesta perspectiva, que o pesquisador abra mão de suas concepções no seu exercício de compreensão do fenômeno. Ao contrário, entende-se como fundamental, neste estudo, o encontro entre as experiências que serão narradas e as próprias experiências da pesquisadora, entre o horizonte dos entrevistados e seu próprio horizonte, na direção da

construção de novos sentidos. O encontro entre pesquisador e pesquisado é um encontro de subjetividades e horizontes, e o que é narrado pelo entrevistado afeta o pesquisador em suas próprias experiências. Este encontro é o momento mesmo da compreensão, que é dialógica, conversacional.

Na hermenêutica filosófica de Gadamer, compreender não é reprodução, e sim construção, que acontece no encontro dialógico com o outro. A questão, para o pesquisador, não é alcançar o sentido da experiência que está lá, no outro, conduzindo uma mera reprodução deste sentido original. O sentido é negociado mutuamente no ato da interpretação, e não simplesmente descoberto.

É no encontro que se dá a revelação da verdade, entendida como participada, encontrada, algo experienciado. Conceituar a verdade a partir da experiência significa afirmar que esta “Não pode ser algo que observamos de uma certa distância ou de maneira objetiva e reivindicamos como sendo científica” (Lawn, 2011, p. 86). O caráter essencial da experiência é sua não repetição, é a possibilidade de contato com o novo. A verdade, como experiência, é revelada no encontro do desconhecido com o familiar. Sendo assim, a pesquisa não se propõe à confirmação de hipóteses e à adequação do vivido ao modelo teórico do pesquisador. Pelo contrário, é o vivido mesmo que revela a verdade, a partir do encontro de horizontes existenciais.

Em encontros hermenêuticos genuínos somos surpreendidos e insatisfeitos de maneira única e irreverente. Expectativas são frustradas quando as “certezas” dos padrões normais diários confrontam o inesperado. A verdade, como Gadamer descreve, é da variedade hermenêutica com sua capacidade de surpreender e frustrar expectativas, ao invés de passivamente confirmá-las (Lawn, 2011, p. 87).

O autor continua afirmando que o que podemos esperar da experiência não é o conhecimento, mas “o *insight* na falibilidade das possibilidades humanas e suas limitações essenciais. A experiência não é nada mais que a 'experiência da finitude humana’” (Lawn, 2011, p. 88).

Neste estudo, não se pretende chegar à construção de uma verdade sobre como deve ser a atuação do psicólogo no campo da promoção da saúde ou de como deve se dar a implementação das práticas promotoras de saúde no âmbito do INSS, partindo para isso de hipóteses prévias à experiência com o outro. É na experiência com o outro, a partir do encontro com o desconhecido, colocando em questão as próprias concepções e leituras teóricas da pesquisadora, que se desvelará o fenômeno e que se processará a construção do

conhecimento. É na experiência, inclusive, que se atestará as limitações do estudo e a própria finitude humana, incapaz de dar conta da totalidade e complexidade do mundo.

Retoma-se González Rey (2005) quando este afirma que a validade ou a legitimidade do conhecimento não está na sua possibilidade de apreender uma realidade ordenada a partir de categorias universais, mas na “sua capacidade de gerar novas zonas de inteligibilidades acerca do que é estudado e de articular essas zonas em modelos cada vez mais úteis para a produção de novos conhecimentos” (p. 06). Acredita-se, então, na contribuição deste estudo para a criação de novas zonas de sentido que permitirão avanços e abrirão possibilidades de novas construções e articulações teóricas.

4.1. Participantes

Para alcançar os objetivos desta pesquisa, foram entrevistados 06 psicólogos do INSS que atuam em promoção de saúde do servidor, sendo 01 (um) homem e 05 (cinco) mulheres. Destes, 02 (dois) estão vinculados à área de Gestão de Pessoas da Superintendência Regional Nordeste em Recife; 03 (três) são de equipes multiprofissionais de Unidades Sias em Fortaleza e Maceió; e 01 (uma) é integrante do quadro da Gestão de Pessoas da Direção Central do INSS em Brasília.

Optou-se por priorizar os profissionais da região Nordeste, considerando-se que, apesar de todas as regiões seguirem direcionamentos nacionais únicos na área de saúde e qualidade de vida no trabalho, a condução em cada Superintendência Regional apresenta singularidades no que diz respeito ao nível de discussão e construção de ações em saúde. Além disso, esta escolha se deu também por questões práticas de viabilidade da pesquisa, tendo em vista a necessidade de deslocamento da pesquisadora para a realização das entrevistas.

Apenas uma das participantes não pertence ao quadro de servidores da Região Nordeste. A opção por incluí-la no grupo se deu devido à posição atual que ocupa como psicóloga da equipe do Serviço de Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho da Diretoria de Gestão de Pessoas do INSS em Brasília. Sua atuação está voltada principalmente para a construção de direcionadores e normatizações internas que norteiam o trabalho das equipes de saúde do INSS em todo o Brasil. Partiu-se do pressuposto de que, por ter maior proximidade com as construções da Política de Atenção à Saúde do Servidor que se dão no âmbito do

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, e uma visão ampliada de como vem sendo desenvolvido o trabalho das equipes multiprofissionais nacionalmente, a contribuição da participante enriqueceria as discussões tecidas neste trabalho.

Com relação ao número de profissionais entrevistados, entende-se, a partir de González Rey (2005) e Ozella (2003), que na metodologia de pesquisa qualitativa a quantidade de sujeitos pode ser reduzida, tendo em vista a legitimidade do singular como fonte de conhecimento. O último autor afirma:

Neste sentido, em oposição à visão tradicional, que considera que em uma amostra “representativa” ou “significativa” não existiriam diferenças entre os sujeitos, dentro de nossa abordagem o sujeito é identificado como único e sua singularidade é entendida como um “momento diferenciado e subjetivado que surge como individualidade na condição do sujeito” (p. 124).

4.2. Procedimento de colheita de dados

Por ter como objetivo a compreensão da experiência dos psicólogos que atuam em promoção de saúde no INSS e entendendo *experiência* como referenciada ao mundo vivido dos sujeitos, optou-se, neste estudo, por recorrer à entrevista narrativa, fundamentando-se na compreensão de narrativa de Walter Benjamin.

Este autor entende a narrativa como modo de expressão da experiência. Segundo ele, ela “é uma forma artesanal de comunicação. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele” (Benjamin, 1994, p. 205). A narrativa não se resume ao relato de uma experiência vivida, pois que no momento em que se narra, a experiência é presentificada, revivida e ressignificada, ela se reconstrói na medida em que é narrada.

Segundo Jovchelovitch e Bauer (2002), não há experiência que não possa ser expressada na forma de uma narrativa: “Através da narrativa, as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma sequência, encontram possíveis explicações para isso, e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida, individual e social” (Jovchelovitch e Bauer, 2002, p. 91).

A arte de contar uma história, para Benjamin, é um acontecimento infinito: “um acontecimento vivido é finito, ou pelo menos encerrado na esfera do vivido, ao passo que o acontecimento lembrado é sem limites, porque é apenas uma chave para tudo o que veio antes e depois” (1994, p. 31).

Narrar significa intercambiar experiências, envolvendo narrador e ouvinte no processo de compreensão e desvelamento de sentidos. Como afirma Dutra (2002): “A narrativa contempla a experiência contada pelo narrador e ouvida pelo outro, o ouvinte. Este, por sua vez, ao contar aquilo que ouviu, transforma-se ele mesmo em narrador, por já ter amalgamado à sua experiência a história ouvida” (p. 373). Ao ouvir a experiência narrada, o ouvinte a transforma de acordo com seu horizonte compreensivo, levando a experiência a uma amplitude muito maior. O ato de contar e ouvir uma experiência envolve, assim, um estar-com-no-mundo (Dutra, 2002).

Ao se trabalhar com a narrativa como técnica de pesquisa, reconhece-se que a relação entre pesquisador e pesquisados acontece na dimensão da experiência de ambos. O que é narrado pelo entrevistado sensibiliza o pesquisador, alcançando-o de acordo com sua própria experiência.

Como forma de convidar os colaboradores a acessar suas experiências e narrá-las, utilizou-se a entrevista como instrumento de colheita de dados, partindo da seguinte questão de partida: “Conte-me sobre sua experiência profissional em promoção de saúde do servidor no INSS”. No decorrer da entrevista, sempre que considerado necessário para aproximar-se da experiência dos entrevistados, novas questões foram trazidas, e por vezes, novos sentidos foram criados.

Para a realização das entrevistas com os servidores, solicitou-se autorização formal da organização ao Superintendente do INSS na Região Nordeste e ao Diretor de Gestão de Pessoas do Instituto por meio de Carta de Aceite.

Em seguida, os servidores foram convidados a participar da pesquisa, por meio de contato telefônico com aqueles residentes em outras localidades, e pessoalmente com os residentes em Recife. Na ocasião do convite, foram apresentados os objetivos do trabalho e explicada a forma de colheita de dados, enfatizando a possibilidade de desistência do profissional a qualquer tempo e o sigilo no tratamento e apresentação das informações.

No momento das entrevistas, o termo de consentimento livre e esclarecido foi lido com os participantes e assinados, ficando uma cópia com a pesquisadora e outra com o entrevistado.

Cinco das entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos participantes, entendendo que este procedimento possibilitou o contato ainda mais próximo com a experiência dos colaboradores, permitindo que se falasse sobre o vivido no próprio espaço em

que se constrói a experiência. Esta opção implicou no deslocamento da pesquisadora para as cidades de Maceió e Fortaleza. Quanto à entrevista com a servidora em exercício na cidade de Brasília, optou-se pela realização de entrevista online, via aplicativo *skype*, não tendo havido prejuízos quanto à comunicação e compreensão do áudio durante a transcrição. Todas as entrevistas foram posteriormente transcritas para serem submetidas à leitura compreensiva.

4.3. Procedimento de compreensão dos dados

Os dados foram trabalhados a partir da hermenêutica filosófica de Gadamer. Partindo da perspectiva deste autor, o pesquisador não deve impor sua verdade quando tenta compreender um texto ou qualquer discurso, mas se valer de uma verdade coletiva de uma conversa. Isto porque, para ele, a verdade apenas pode ser revelada quando recuperada e restabelecida pelo diálogo, onde o intérprete (pesquisador) experimenta a surpresa do inesperado, podendo frustrar expectativas e confrontar certezas prévias.

Lawn (2011) esclarece que a partir de Gadamer, compreende-se que o pesquisador é parte daquilo que está investigando – pesquisador e objeto são indivisíveis. Sendo assim, o entendimento é sedimentado em um círculo hermenêutico, no qual o todo deve ser compreendido em relação às suas partes e estas em relação ao todo.

Quando pesquisador e colaboradores se encontram e se engajam em uma conversação, visões panorâmicas ou perspectivas de mundo se inter cruzam. Neste movimento de diacronia e sincronia de tradições, os horizontes fazem conexão e se engajam num diálogo. A esta conexão, Gadamer denominou “fusão de horizontes” (Melo e Caldas, 2013).

Como afirma Schwandt (2006), apenas num encontro dialógico é que o pesquisador pode se abrir para testar suas ideias e preconcebidas e seus preconceitos, tendo em vista que a compreensão é participativa, dialógica, conversacional. Entende-se, assim, que o sentido não está no outro para ser descoberto pelo pesquisador, mas ele é negociado mutuamente.

Foi a partir desta postura que, neste estudo, a pesquisadora aproximou-se dos colaboradores. O contato com as narrativas possibilitou o encontro das experiências. A perspectiva de mundo da pesquisadora, suas experiências e construção próprias acerca da temática, encontraram as perspectivas dos entrevistados, no intuito de que a fusão de horizontes pudesse construir novas zonas de inteligibilidade e novo horizonte compreensivo,

abrindo caminho para outros estudos sobre o fenômeno investigado.

5. TECENDO COMPREENSÕES NO ENCONTRO COM NARRATIVAS

(...) Vou criar o que me aconteceu. Só porque viver não é relatável. Viver não é vivível. Terei que criar sobre a vida. Criar não é imaginação, é correr o grande risco de se ter a realidade. Entender é uma criação, meu único modo.

(Clarice Lispector)

A partir deste momento, opto por utilizar uma linguagem mais pessoal, visto que a todo instante dialogo com os narradores/colaboradores, tecendo articulações com a minha própria experiência. Por compartilhar com os colaboradores a vivência profissional na atenção à saúde dos servidores do INSS, o encontro com suas narrativas foi mobilizador de intensas reflexões sobre meu fazer profissional, já no momento mesmo da realização das entrevistas, anterior ao debruçar-me sobre as narrativas em uma postura interpretativa, de uma riqueza imensurável quanto às compreensões e articulações construídas.

As discussões que apresento aqui são, portanto, fruto do encontro das narrativas dos colaboradores desta pesquisa com minha própria narrativa, dos horizontes compreensivos dos narradores com os meus próprios horizontes compreensivos, que se articulam com as construções dos diferentes autores a que recorreremos como referencial teórico.

Apresento-lhes, agora, nossos colaboradores, chamados por codinomes, com o intuito de se preservar o sigilo de suas identidades. Narradores de suas histórias, afetuosamente concordaram em compartilhar suas experiências, em compartilhar-se.

Camila, Estela, Pedro, Ruth, Sofia e Luiza são todos servidores do INSS que atuam na atenção à saúde do servidor, seja como membros de equipes de saúde e qualidade de vida no trabalho, seja como integrantes de Unidades Siass. Luiza integra, desde 2011, a equipe do Serviço de Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho da Diretoria de Gestão de Pessoas, onde atua na construção de direcionadores e normatizações nacionais para a área de qualidade de vida do INSS. Camila e Estela compõem o quadro de servidores da Superintendência Regional do INSS no Nordeste, tendo a atuação voltada para a coordenação das equipes de SQVT das gerências-executivas da região para o alcance dos objetivos normatizados pela Diretoria de Gestão de Pessoas do INSS para a área. Pedro, Ruth e Sofia, por sua vez, integram equipes multiprofissionais de Unidades Siass sediadas em Gerências-Executivas do INSS – onde atendem servidores deste e de outros órgãos públicos federais cooperados das unidades – além de fazerem parte das equipes de saúde e qualidade de vida no trabalho de suas gerências. A atuação destes profissionais nas Gerências-Executivas tem caráter de

execução, estando voltadas para os servidores das próprias gerências e das Agências da Previdência Social a elas vinculadas. Pedro e Sofia, além de atuarem na atenção à saúde, compõem as Equipes de Educação da área de Gestão de Pessoas, responsável pela capacitação e desenvolvimento continuado dos servidores do Instituto.

Algumas considerações sobre o encontro com estes profissionais para a colheita de dados desta pesquisa merecem ser problematizadas antes mesmo de nos determos nas construções de sentidos sobre o fenômeno em investigação. A primeira delas diz respeito à minha posição enquanto psicóloga na organização *lócus* do estudo e as implicações disto na relação com os entrevistados.

Todos os profissionais colaboradores já eram meus conhecidos, tendo em vista as relações estabelecidas no cotidiano de trabalho. Por ocupar o cargo de psicóloga na Superintendência Regional Nordeste, encontro-me em uma posição hierárquica superior aos colegas que exercem suas funções nas Gerências-Executivas, e está dentre as minhas atividades o suporte e acompanhamento destas equipes. Diante disso, problematizo: as relações de poder existentes podem ter repercutido na postura e nos discursos de alguns dos entrevistados? Senti estas repercussões em momentos específicos, quando percebia a necessidade evidente de certos colaboradores em relatar as práticas realizadas e os esforços de sua equipe nas atividades, como se sentissem impelidos a apresentar resultados. Ou, ainda, quando o espaço da entrevista era utilizado para o registro de dificuldades e solicitações de intervenção por parte da superintendência, ali representada por mim.

Compreendo que as relações de poder subjacentes à minha posição no quadro da organização provavelmente ressoaram na relação entrevistadora – entrevistados; mas, por outro lado, por também ser servidora, “uma entre iguais”, vivenciei a disponibilidade e abertura dos colaboradores em compartilhar suas experiências.

Percebi, por esta posição “ambígua”, que apenas com alguns narradores o encontro das experiências resultou na construção negociada e dialogada de sentidos, característica da fusão de horizontes a que se refere Gadamer, tendo sido estes os momentos mais valiosos em termos de resignificação de minhas verdades e conhecimentos prévios enquanto pesquisadora da temática. Estas “verdades” as quais me refiro, representadas especialmente por minha experiência e envolvimento na organização, também, em dado momento, dificultaram minha abertura para a verdade do outro na direção da construção de sentidos compartilhados.

Todavia, não compreendo os encontros que não chegaram à construção negociada de

sentidos como falhas na condução da pesquisa na perspectiva hermenêutica filosófica. Nem tampouco as reflexões construídas perdem sua riqueza para o alcance dos objetivos propostos. Entendo, sobretudo, como uma das possibilidades do acontecer da experiência. Esta ambiguidade, a propósito, é uma interessante questão para se discutir a implicação do pesquisador.

Outra problematização que se faz pertinente neste momento se refere à realização da entrevista online, que se apresentou como a alternativa possível no caso da única entrevistada que residia fora da região Nordeste. Não obstante tenha trazido ricas contribuições para as reflexões construídas, compreende-se que a entrevista por computador acarreta perdas significativas no que diz respeito à relação entrevistador-entrevistado. Especialmente quando se trata da perspectiva hermenêutica filosófica, em que o encontro das experiências visa à produção compartilhada de sentidos, a relação cara-a-cara do pesquisador com o colaborador é fundamental, tendo em vista a possibilidade de um diálogo muito mais fluido. Além disso, senti que, por vezes, o esforço para entender o que estava sendo dito atrapalhava a reflexão e articulação da experiência, limitando minha possibilidade de interação. Considero, portanto, que a utilização deste tipo de ferramenta apresenta limites que devem ser seriamente considerados a depender da perspectiva metodológica adotada.

Finalizadas as problematizações, vamos iniciar a apreciação da análise construída. Identificamos que as narrativas dos colaboradores se concentravam, naturalmente, em alguns eixos temáticos, a saber: a caracterização do trabalho em saúde na organização antes da implementação da política de atenção à saúde do servidor; as repercussões desta implementação nas práticas que até então vinham sendo realizadas e os caminhos tomados pelas equipes a partir da política; e os desafios a serem enfrentados para a concretização de práticas efetivas em promoção de saúde. Assim, optamos por apresentar as narrativas segundo os eixos temáticos referidos, embora saibamos que eles se interpenetram e provocam movimentos em rede.

5.1. A caracterização do trabalho em saúde na organização antes da implementação da Pass

Ao serem convidados a narrar sua experiência profissional em promoção da saúde dos servidores do INSS, os narradores iniciavam compartilhando seu percurso profissional dentro

da organização, retomando os diferentes setores pelos quais passaram e resgatando atividades já desenvolvidas. As narrativas ressaltam como a preocupação com a promoção da saúde é recente na organização, datando da formalização da área de saúde e qualidade de vida no trabalho vinculada à gestão de pessoas em 2007. Até este período, a atenção à saúde restringia-se ao atendimento pericial dos servidores nos chamados Serviços de Atendimento Médico do Servidor – Sams, como já discutido anteriormente. Nesta época, em algumas Gerências-Executivas, somavam-se aos médicos peritos uma equipe multiprofissional em saúde composta por psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, dentre outros profissionais. Parte dos colaboradores desta pesquisa atuou nestes serviços de saúde, enquanto outros, há menos tempo na organização, compartilham o que lhes contaram.

Camila narra como, em 2008, ainda pouco se conhecia no INSS sobre as possibilidades de atuação da psicologia no campo da saúde e como ela se sentiu participando na construção desta atuação:

eu entrei no INSS em junho de 2008. E aí nesse período ainda era muito incipiente as questões de promoção à saúde. As práticas de qualidade de vida e de saúde mesmo no órgão. No final de 2006, começo de 2007, começou a existir essa função de saúde e qualidade de vida dentro da área de RH, na época. E quando eu entrei isso era ainda muito mais insipiente. Então, por exemplo, o que a gente tinha enquanto função era assim: função da área de saúde, não era nem do psicólogo nesse espaço. Eu meio que me senti construindo, ajudando a construir esse espaço que ainda está muito longe de estar consolidado. Até a política de saúde do servidor estava iniciando a construção, ainda bem recente. 2008 foi a época que começou a se conversar em nível de ministério do planejamento. Então o trabalho era muito restrito a ponto das pessoas nem saberem ainda qual era a função do psicólogo. E por isso ficava difícil desenvolver algo no sentido da promoção à saúde, né? (Camila).

Estela e Ruth compartilham sua experiência no então serviço de atendimento médico e nos possibilitam compreender como se delineava o trabalho do profissional de psicologia nessas unidades.

Na época existia uma equipe de saúde do servidor, que era o SAMS. Era mais médico, mas tinha também um núcleo social. Não sei se tinha psicólogo, mas sei que tinha assistente social que trabalhava junto com eles. (...) A gente trabalhava junto com a equipe médica. Na perícia, quando tinha alguma coisa relacionada à área psicológica ou algum problema emocional devido a relacionamentos, eles solicitavam a nossa participação e a gente ia averiguar. (...) E a gente fazia as intervenções, fazia os pareceres, conversava com chefia, com servidores e fazia o acompanhamento de alguns servidores com problemas psiquiátricos e psicológicos. Nós temos uma quantidade de servidores muito grande com transtornos e com problemas na área psicológica. Apesar de a gente não poder dar esse acompanhamento clínico, como eles viam que a gente estava lá e que a gente estava à disposição, então, estavam sempre procurando a gente. Nós temos uma quantidade muito grande de transtorno bipolar, esquizofrenia e dependências químicas também. Na época, em 2006, a gente criou um programa de recuperação e acompanhamento das pessoas com dependência química (Ruth).

o foco, não era nem a promoção à saúde, e sim uma atividade mais estanque, o atendimento ao

servidor que começou com a SAMS ainda, que era um departamento médico, onde a gente acompanhava os servidores que tinham alguma dificuldade ou algum problema na instituição. (...) a gente fazia visita domiciliar em equipe multiprofissional e a partir daí a gente realizava um acompanhamento (...). Então, a gente fazia esse atendimento e também trabalhava junto à família. A gente fazia o acompanhamento, mas não existia uma política definida (Estela).

As narrativas indicam que a prática psicológica no INSS era caracterizada, principalmente, como uma prática clínica em uma perspectiva clássica de atuação, voltada para a intervenção individual ou grupal em situações de agravos já instalados, relacionados a problemas de saúde dos servidores que resultavam em algum tipo de dificuldade de adaptação ao ambiente de trabalho. Os psicólogos tanto participavam da atividade pericial, a partir da elaboração de relatórios e pareceres técnicos que subsidiavam as decisões da equipe de perícia médica, como ofereciam suporte e acompanhamento psicológico ao servidor e familiares em situações em que eram identificados algum nível de sofrimento instalado.

Ao retomarem as atividades realizadas, os colaboradores não relatam nenhuma experiência prática em psicologia que tenha se proposto a uma compreensão e transformação das dimensões *trabalho* e *organização*. Parece que, tomando o indivíduo como variável de ajuste, operava-se um deslocamento do trabalhador do contexto organizacional, minimizando ou talvez desconsiderando por completo as possíveis influências do contexto laboral no adoecimento que se apresentava como queixa. Suponho que isto se devesse não a uma incapacidade dos profissionais de saúde de identificar aspectos organizacionais que influenciavam o adoecimento, mas talvez a uma subestimação destes aspectos ou mesmo à inabilidade e despreparo para uma leitura ampliada da realidade e uma intervenção sobre a dimensão organizacional.

A priorização, no espaço organizacional, de práticas psicológicas nos moldes do trabalho clássico de psicoterapia justifica-se, como debatido no segundo capítulo deste estudo, pela tradição de décadas de ensino em psicologia voltado para o exercício da profissão em consultórios particulares e da valorização desta modalidade de prática até o final dos anos 1970.

Desde esta data, diversos estudos já discutiam sobre os problemas que a identidade não problematizada do psicólogo como psicoterapeuta produz nas diferentes áreas de atuação do psicólogo. Dimenstein (2001), em pesquisa com profissionais de psicologia da rede pública de Teresina (PI), avaliou que a prática psicológica se restringia ao cumprimento de atividades que consolidavam o modelo de identidade clássico. A autora complementa que os psicólogos ainda não realizaram uma efetiva revisão dos pressupostos teóricos e

metodológicos para atuação em saúde, mantendo uma relação em que predomina a reprodução de saberes e fazeres, em detrimento de sua produção.

No INSS, é especialmente a partir da construção da política de saúde do servidor que os psicólogos e demais profissionais de saúde do INSS são impulsionados a reverem as práticas até então desenvolvidas na organização.

5.2. As repercussões da implementação da Pass e os caminhos tomados pelas equipes de saúde

É possível perceber, a partir do relato dos psicólogos, que a Pass representou um marco significativo para o redirecionamento dos caminhos no que tange ao cuidado com a saúde dos servidores. As intensas discussões travadas a partir da implementação da política produziu importantes reflexões sobre a necessidade de mudança de paradigma na concepção de saúde/doença e sobre a priorização de estratégias preventivas e promotoras de saúde no trabalho. Isto parece ter contribuído para uma melhor compreensão, por parte dos profissionais, acerca da complexidade dos aspectos envolvidos no adoecimento, bem como a uma reflexão e análise mais ampliada sobre a realidade organizacional e seus impactos na saúde.

Sobre a forma como atualmente vêm sendo desenvolvidas as ações em promoção de saúde, as narrativas indicam um importante movimento de autoavaliação dos profissionais e das equipes com relação à efetividade de suas práticas. Nesse contexto, amplia-se a compreensão dos profissionais de psicologia sobre os limites das práticas até então desenvolvidas, embora ainda estejamos “tateando” para avançar neste “dar-se conta”, necessário à elaboração e execução de ações efetivas em promoção de saúde. Esta autoavaliação é feita por Estela e Camila quando, ao compartilharem suas experiências, avaliam como paliativas e restritas as práticas focadas no servidor, tendo em vista que não são produzidas mudanças no contexto maior de trabalho:

Porque ele [o servidor] volta pro mesmo local. O local continua doente, certo? Porque existiram fatores que contribuíram. Mesmo ele tendo um problema patológico, existiram fatores que contribuíram pra que ele tivesse a crise. E ele volta pro mesmo lugar doente. (...) E a gente fica no meio tentando achar uma alternativa e muitas vezes não consegue. A gente em muitos casos vai, conversa, faz, mas tanto a gente quando a equipe, os médicos, as assistentes sociais, a gente sabe que a gente está só usando um paliativo, que na realidade isso não vai diminuir, muito pelo contrário, que a tendência é aumentar. Porque a cada dia as cobranças são

maiores e a infraestrutura cada vez menor. É complicado (Estela).

Eu entendo como práticas restritas. Porque se você não atua nesses condicionantes da saúde que acabam causando, não numa relação de causa e efeito linear, mas que acaba influenciando nesse sofrimento dos servidores... Eu entendo como restritas. Porque, por exemplo, a gente aqui trabalha na regional, que tem um papel de execução e de coordenação das outras 23 gerências-executivas. Então, de repente, você é chamado pra intervir em alguma outra unidade, e você percebe que você não vai muito a fundo, você muito mais tenta remediar, vamos dizer assim, aquela situação pontual que tá gerando... Ainda é muito difícil você mexer nas causas estruturantes desse processo, sabe? (Camila).

Observa-se que a percepção da ineficácia das práticas desenvolvidas está associada a sentimentos de frustração e, por vezes, de impotência entre os profissionais. Expressões como “apagando fogo”, “malhar em ferro frio” e “trabalho paliativo” foram utilizadas ao avaliarem estas práticas. As narrativas permitem afirmar que o limite destas práticas tem sido associado à compreensão de que elas não alcançam aspectos da dimensão organizacional que estão associados ao adoecimento e sentimentos de mal-estar no trabalho. Os trechos abaixo das narrativas de Estela e Ruth também tem caráter avaliativo quanto ao alcance das práticas desenvolvidas e apontam para a necessidade de ressignificá-las numa perspectiva de antecipar-se ao sofrimento e adoecimento:

na realidade, eles querem uma solução, o problema já está instalado. "Resolvam esse problema pra mim". Quando na realidade se a gente trabalhasse numa linha de prevenção, com apoio, com recurso e trabalhando realmente os canais e com nossos parceiros muita coisa não aconteceria. Não chegaria ao ponto que chega. Porque muitas vezes, e na sua grande maioria, a gente se sente impotente. Você vai fazer o trabalho e é como se você estivesse malhando em ferro frio. Você está fazendo uma coisa que você sabe que não vai dar muito resultado. Aquelas situações mais graves você ainda consegue dar uns direcionadores, mas que você sabe que vai reincidir. São trabalhos que vão e voltam, se tornam desgastantes pra gente e pra quem tá sendo atendido (Estela).

Eu acho que a instituição é adoecedora. A cada dia eu tenho mais convicção disso, sabe? Você fica apagando fogo, eu me sentia apagando fogo lá dentro. Assim, vai estourar a qualquer momento, aí a gente vai lá e joga água, mas a gente sabe que depois vai acontecer de novo, sabe? (Ruth).

Sofia, em muitos momentos de sua narrativa, compartilha do sentimento de impotência experimentado por Ruth e Estela. A colaboradora também, a todo instante, reflete criticamente sobre a complexidade do fazer em promoção de saúde, identificando diferentes aspectos da dimensão organizacional que impactam no bem-estar dos servidores – o modelo de gestão; a pressão por resultados; o despreparo dos gestores para gerir pessoas; o despreparo da própria área de gestão de pessoas na resolução de conflitos e no cuidado com o servidor; as condições precárias de trabalho e a deficiência do programa de avaliação de desempenho da

organização foram algumas das problemáticas identificadas pela narradora.

A mesma colaboradora compartilha seu processo de avaliação crítica das práticas que vem desenvolvendo e comenta sobre o crescimento pessoal e da equipe a partir deste constante processo avaliativo:

a gente já tem discutido a promoção no viés Siass e a gente está tendo umas descobertas muito interessantes. (...) E eu até refiz minha postura, porque eu achava que estava fazendo uma coisa tão boa... Quando eu vi assim... Meu Deus! Isso é uma gota no oceano! Então, o que é que a gente precisa? (Sofia).

As reflexões, já iniciadas, indicam o quanto estas problematizações são oportunas e relevantes. Entretanto, a despeito dos processos reflexivos e avaliativos dos profissionais quanto aos limites de suas práticas, ainda há um longo caminho a se percorrer para que estas constatações se consolidem através de ações mais efetivas em promoção de saúde.

Estas reflexões estão presentes também em minha experiência profissional no INSS: meu ingresso no Instituto, em 2010, coincidiu com o processo de implementação de uma Unidade Siass na Gerência-Executiva em Recife para atender ao que preconizava a política de saúde do servidor recém construída. Logo que formalizada, passei a integrar a equipe multiprofissional da unidade, composta por outro psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e médicos peritos, tendo assumido a coordenação da equipe no ano de 2013.

Compartilho o desafio que tem sido fertilizar uma compreensão mais ampliada de saúde/doença e expandir os serviços da unidade para dar conta do planejamento e execução de ações nas áreas de promoção, prevenção e vigilância. Diversas questões – dentre elas a manutenção da maior parte dos profissionais que compunha a equipe do antigo serviço médico e uma mínima renovação do quadro profissional; o parco conhecimento por parte da área de gestão de pessoas local sobre a política de saúde do servidor e, por consequência, pouco investimento; a falta de investimento na capacitação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, para citar apenas algumas – contribuem para um cenário de priorização de ações de atendimento aos servidores já adoecidos que precisam se afastar do trabalho, e pouco investimento na construção de ações de promoção de saúde que se antecipem a este adoecimento.

Diante deste cenário, identifica-se, por meio das narrativas, um momento de transição no que diz respeito à saúde dos servidores, especialmente a partir da implementação da Pass, caracterizado pela coexistência de ações focadas nos estilos de vida, que tomam o indivíduo

como variável de ajuste, e ações mais integrais que se propõem ao desenvolvimento do potencial dos indivíduos e grupos como agentes de transformação da realidade em prol de sua saúde, embora ainda prevaleçam consideravelmente as primeiras. Estes dois movimentos serão discutidos a seguir.

5.2.1. Manutenção do *status quo*: práticas focadas no estilo de vida

Os relatos das experiências dos psicólogos participantes indicaram alguns aspectos associados à dificuldade em avançar na consolidação de práticas transversalizadas e efetivas em promoção de saúde, resultando na reprodução dos já conhecidos modelos de atuação.

Camila, em sua narrativa, trata exatamente da tendência ainda predominante dentre as práticas psicológicas voltadas ao servidor do INSS, ressaltando que ainda há necessidade de ampliação da compreensão sobre as possibilidades de atuação no campo da promoção da saúde:

O que é muito forte ainda nessa prática são aquelas ações mais pontuais, vamos dizer assim, de atendimento, de escuta de servidor, do profissional visto como o que pode escutar, que pode ajudar a solucionar algum conflito. Então, promoção de saúde mesmo, no seu sentido mais amplo, ainda é bem restrito. Com a evolução da área de saúde e qualidade de vida, o campo da psicologia foi se constituindo. A função essencial da área de saúde e qualidade de vida no trabalho é a promoção à saúde, mas isso ainda não é bem compreendido por quem faz, quanto mais por quem recebe esse trabalho. Então, hoje, o trabalho é muito voltado ainda para essas questões de atendimento individual, de mediação de conflitos, de grupos e equipes (Camila).

Estela, ao narrar sua experiência, exemplifica estas práticas de atendimento e acompanhamento de servidores em sofrimento:

Atualmente, esse trabalho, a parte que eu faço aqui, é quando existe uma situação-problema. A gente se desloca, eu e outra psicóloga que tem ido comigo. A gente vai junto, atende esse servidor, se houver necessidade, chama a assistente social, porque é importante esse parecer social. A gente faz a visita à comunidade, geralmente a gente tem solicitado a assistente social do próprio município que a gente tá indo pra evitar a questão dos custos e pra que ela possa depois dar continuidade ao acompanhamento desse atendimento, né? A gente faz a primeira escuta, que é quando a gente ouve o servidor e depois as pessoas que estão envolvidas na área que ele trabalha e a chefia diretamente, a gente ouve todas as pessoas que trabalham com ele, uma a uma, individualmente. E depois a gente, às vezes, faz a visita domiciliar (Estela).

Pedro compartilha que sua atuação na unidade de saúde está mais voltada para a perícia e acompanhamento de servidores e fala sobre a necessidade de fortalecimento do eixo de promoção de saúde, apontando para a importância de reavaliarem o trabalho da unidade,

tendo em vista que algumas ações previstas em reuniões de planejamento não foram implementadas.

Hoje no Siass, na realidade a gente vem constantemente reavaliando nossas atividades. Hoje eu faço parte de duas atividades principais: a perícia de parecer, sempre quando há necessidade de avaliação psicológica e algum parecer eles encaminham pra mim; e a parte de acompanhamento dos servidores que estão de licença ou que estão retornando ao ambiente de trabalho. E ajudo também a equipe de promoção, às vezes com palestras... mas hoje eu não tenho feito tantas atividades na promoção, quem faz mais é a outra psicóloga. Meu trabalho tem sido mais de acompanhamento, avaliação e perícia. (...) Uma das coisas que carece muito aqui no nosso SIASS é a promoção de saúde. Tanto que a gente, já há dois meses teve uma nova reunião porque o que havia sido acordado nessa reunião de planejamento não se efetivou muito. O que hoje funciona muito bem aqui é a parte de perícia e a parte de acompanhamento (Pedro).

Ficou claro nas narrativas dos profissionais que o reconhecimento dos limites de sua atuação não significa que tenham consolidado conhecimentos e desenvolvido habilidades necessárias para o desenvolvimento de ações diferenciadas. Em outras palavras, observou-se, seja a partir de relatos explícitos, seja de forma indireta nas narrativas, que os psicólogos não estão apropriados sobre *como fazer* promoção de saúde. Esta dificuldade é apontada no discurso de Sofia, quando ela afirma sentir-se como uma malabarista diante da complexidade dos condicionantes envolvidos na saúde, reconhecendo ainda a dificuldade em saber, na prática, como fazer promoção de saúde:

Então, nesse contexto é assim, são várias questões dentro da qualidade de vida e a gente fica tentando equilibrar. Eu vejo assim, sabe aquele malabarista que tenta equilibrar pra não deixar nada cair? E um dado momento vai ter que cair, porque a gente também num tem esse know-how também (Sofia).

Malabarista que, reconhecendo a complexidade da organização e os diversos aspectos da dimensão organizacional envolvidos na questão da saúde do servidor, tenta dar conta destas diferentes linhas de força, equilibrando-as, pois que, articuladas e enredadas que são, o movimento de uma interfere e produz ressonâncias nas demais. Entretanto, as equipes ainda não avançaram na construção de estratégias de intervenção sobre estas diferentes dimensões, aspecto ressaltado por Sofia mais à frente em sua narrativa quando afirma: “Agora quando parte pra execução da promoção, aí é o freio”.

Em um dos trechos de sua narrativa, Pedro também compartilha a dificuldade encontrada pelas equipes de saúde e qualidade de vida no trabalho de construir estratégias que efetivamente atuem sobre os determinantes do adoecimento que compõem a dimensão institucional:

A casa precisa mudar um pouquinho a visão que ela tem de promoção. Começar a investir mais. Eu não vejo separada a promoção da saúde da gestão de pessoas, não são duas coisas separadas. E hoje a gente tem uma dificuldade, até por nossos indicadores, a pressão... Eu participo da reunião de gestores, é um ambiente muito estressante. A gente tem sido muito cobrado, eles cobram muito a equipe e a gente não consegue efetivamente criar mecanismos, não só a psicologia, mas de uma forma geral, pra que essa gestão ela possa ser mais saudável, trazer em uma forma mais concreta situações de bem-estar pro nosso servidor (Pedro).

Esta dificuldade de planejamento e operacionalização de ações em promoção de saúde parece estar associada, em primeiro lugar, a uma fragilidade conceitual sobre assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças. Em alguns momentos das narrativas, percebeu-se que ainda falta aos profissionais a apropriação destes conceitos para que, de fato, sejam capazes de vislumbrar a construção de práticas em saúde do trabalhador no nível primário de atenção.

A narrativa de Ruth é exemplificativa disto: a narradora, questionada sobre a execução de práticas preventivas ou de caráter mais integral em promoção da autonomia dos indivíduos e grupos para o cuidado com sua saúde, confirma a prevalência, no âmbito de sua unidade de trabalho, de ações voltadas para os servidores já adoecidos, afirmando que as práticas preventivas restringiam-se às palestras de cunho informativo. A servidora destaca a participação quantitativamente pequena neste tipo de ação, relatando que os servidores não demonstravam interesse em participar por entenderem as ações como deslocadas do contexto de trabalho.

Era muito mais centrado nos afastamentos. A gente fazia palestras, a questão da prevenção ou da informação era mais através de palestras. Mas também, o que a gente sentia era o seguinte: a participação nas palestras era muito pequena. A gente ia falar sobre o alcoolismo ou sobre outro tipo de problema nas agências e era um pingo de gente. (...) a maioria das coisas é a gente que tem que ficar catando as pessoas. E quando é nas agências, que tem a questão do atendimento, as pessoas não querem deixar de ficar atendendo pra conversar sobre determinados assuntos que eles acham que não tem nada a ver com o trabalho. E aí a gente tem essa dificuldade na prevenção, em termos de conversar sobre os temas (Ruth).

Mesmo ressaltando a ineficácia das ações no formato de palestras informativas, não aparece, na narrativa da colaboradora, referência a nenhuma avaliação crítica deste tipo de atividade, por parte da equipe de saúde, que tenha conduzido a uma resignificação e adaptação da prática. Luiza aprofunda um pouco essa discussão quando reflete sobre a cisão que parece ser operada entre *vida*, *saúde* e *trabalho*, levando à percepção, pelos trabalhadores, de que lugar de trabalho não é espaço para cuidar da saúde:

se você faz numa unidade de saúde, o usuário ele já está ali, ele já identifica aquele espaço de saúde com um espaço que vai lhe dar informações sobre saúde. No trabalho, há um pouco uma

cisão disso. “Pra tratar minha saúde eu vou para outro lugar”. Então, uma singularidade que eu vejo é essa. Promover saúde no trabalho tem uma complexidade porque as pessoas não entendem isso como trabalho, então, parece que você tá sendo beneficiada parando seu trabalho, usando horas do seu trabalho pra uma coisa que não vai acrescentar valor ao seu trabalho (Luiza).

Entende-se que a percepção desta cisão entre saúde e trabalho é fortalecida quando se restringe e se confunde a promoção da saúde com ações de caráter meramente informativo e educativo. Sem pretender desvalorizar a importância destas práticas, ressalta-se, no entanto, a eficácia restrita de ações que focam no estilo de vida dos indivíduos sem considerar o complexo contexto dos determinantes de saúde/adoecimento que permeiam o espaço organizacional. Por que, então, dedicar tempo para participar de ações educativas em saúde que não pretendem intervir em questões que, de fato, tem causado mal-estar, estresse e adoecimento? A mínima participação dos servidores em atividades deste caráter deveria ser mobilizadora de reflexões e autoavaliações por parte da equipe de saúde: se não há interesse em participar, será que o que estamos executando faz sentido para os servidores? Quais as estratégias que podem ser elaboradas para detectar que abordagens podem fazer sentido? Que reflexões fazemos sobre nossa atuação e compreensão sobre promoção de saúde a partir das avaliações negativas das nossas ações?

Reconhece-se, entretanto, que o salto qualitativo nas ações em promoção de saúde – que avancem na direção do empoderamento dos indivíduos e grupos para a identificação dos determinantes de saúde no trabalho e a mobilização para a transformação desse contexto – não é um processo simples, demandando que, minimamente, conhecimentos sejam aprofundados e habilidades sejam desenvolvidas nas equipes. É importante lembrar que o próprio movimento de construção do ideário de promoção da saúde em nível mundial caracterizou-se por avanços e retrocessos, identificados, por exemplo, no texto da Política Nacional de Promoção de Saúde, em 2006, que, nas propostas de operacionalização apresentadas, ainda direciona o foco para os “estilos de vida”, mesmo após intensos debates sobre os limites destas intervenções desde o Relatório Lalonde, em 1974.

A partir das narrativas, foi possível perceber este movimento progressivo de desenvolvimento das equipes e consolidação dos conhecimentos acerca do *fazer* em promoção de saúde, embora ainda se identifique necessidade de maior apropriação do saber para que se consiga vislumbrar ações concretas. Este movimento foi principalmente sentido a partir do relato de Pedro que, apesar de apresentar uma leitura ampliada da realidade, tendo, em todo momento, articulado o fenômeno da saúde/adoecimento com macrodimensões do cenário

organizacional – modelos de gestão, organização do trabalho, estrutura e cultura organizacionais, por exemplo -, e reforçado a necessidade de aprofundar a compreensão da realidade por meio de ações diagnósticas prévias a qualquer planejamento e intervenção, acaba convergindo para o discurso de práticas de promoção de saúde com foco nos estilos de vida dos indivíduos. No trecho a seguir de sua narrativa, ele revela seu descontentamento por não terem conseguido operacionalizar as ações de promoção de saúde que foram delineadas em encontros de planejamento da unidade, citando como possíveis ações deste tipo grupos de acompanhamento dos servidores hipertensos e fumantes, indicando, assim, que sua percepção de promoção de saúde se aproxima da noção de estilos de vida.

Íamos fazer um levantamento de todos os servidores pra fazer um mapeamento do perfil. Na prática não aconteceu, aí a gente tá precisando rever isso. Mas baseado nessas informações a gente já pensou em alguns grupos. Aí por isso que eu digo que a promoção a gente precisa rever, esses grupos não aconteceram. Grupos de fumantes, grupos de hipertensos. Na prática eles não saíram do papel, mas há necessidade (Pedro).

Retoma-se, aqui, a importância, discutida no primeiro capítulo desse trabalho, de um constante processo de reflexão sobre as verdades e discursos que sustentam as práticas de promoção de saúde, sob o risco do fortalecimento e perpetuação de práticas reguladoras e disciplinadoras que, tomando o indivíduo como principal ou única variável de ajuste, culpabiliza-o por seu adoecimento sem uma reflexão crítica sobre os aspectos da dimensão organizacional e da construção subjetiva da relação com o trabalho que transversalizam o processo de adoecimento.

Luiza avalia que a dificuldade em operacionalizar ações no âmbito da promoção de saúde é uma realidade das equipes de saúde e qualidade de vida no trabalho em todas as regiões do país. A narradora identifica avanços no reconhecimento da área dentro da organização, mas aponta também para práticas e atitudes que em muito se distanciam de uma concepção contemporânea de promoção de saúde. A colaboradora assinala que a rotatividade de profissionais nas equipes é um dos aspectos que contribuem para a dificuldade na consolidação da identidade da área e no desenvolvimento de ações mais continuadas em promoção de saúde. Os profissionais que permanecem, assim o fazem por encarar o trabalho como realização pessoal.

Uma coisa que aconteceu hoje foi de uma pessoa mandar um e-mail pra gente dizendo que tava querendo fazer um manual de SQVT, pra ter ações mais práticas. Eu vejo avanços, mas eu vejo também retrocessos porque as pessoas não continuam. Institucionalmente, acho que tem um avanço de vontade de mudar alguma coisa, vontade de dar um parâmetro, até de delimitar melhor os papéis, até os outros setores estão mais convencidos que o teu trabalho é outro, não é um trabalho voltado pra efetivações ou campanhas muito isoladas. Eles já estão começando

a entender isso. Por outro lado, não tem muita continuidade, que eu acho que é causada pela falta de pessoas pra estrutura. Então acaba que as pessoas saem pra procurar um lugar que já tá mais estruturado, que demanda de repente menos esforço, porque muitas vezes é uma luta muito pessoal. Você acaba querendo carregar aquele seu projeto nas costas, você é o maior interessado naquilo, às vezes não tem um apoio institucional muito forte e acaba que tem um movimento, que é compreensível, da pessoa sair daquela área. E aí, causa um pouco uma descontinuidade de você estar sempre tentando como se fosse a primeira vez em alguns locais. E acho que essa pergunta que a moça me fez hoje tem um pouco disso. Eu fiquei pensando “como criar um manual de SQVT?” Se as ações e as realidades são infinitas e a gente não consegue prever ou “manualizar” assim possibilidades de intervenções?! As pessoas são seres humanos, seres humanos são imprevisíveis, enfim... Eu fiquei pensando, seria um manual extremamente imenso e não ia abarcar nem metade das intervenções. E aí essa pergunta veio pra mim como de uma pessoa nova na área ou que ainda pensa de uma forma mais cartesiana que vai ter um problema e vai solucionar o problema com essa ação. Toda vez que acontecer o problema vai fazer essa ação. Sendo que nessa área não existe muito essas respostas definidas (Luiza).

A necessidade, por parte das equipes multiprofissionais, de diretrizes mais claras para a concretização de ações promotoras de saúde foi identificada também pelas referências comuns nas narrativas ao Programa de Educação para Aposentadoria como uma estratégia positiva e que vem dando certo em diferentes localidades. Este foi o primeiro grande programa na área de saúde e qualidade de vida no trabalho no INSS, lançado pela Direção Central do órgão, com diretrizes bem definidas para execução, que incluíam desde a indicação do perfil dos profissionais que deveriam conduzir a ação até a apresentação de diferentes propostas metodológicas possíveis. Este detalhamento foi fundamental para a condução e sucesso do programa em diferentes localidades, indicando o quanto as equipes ainda carecem de orientações sobre o *como fazer*.

A ausência de normatizações e direcionadores específicos que norteiem a prática do psicólogo na organização também aparece na narrativa de Camila como um dos dificultadores para o avanço das práticas promotoras de saúde. Como vimos, não há, no INSS, nenhuma descrição formal quanto às atividades que cabem ao psicólogo no campo da saúde do servidor. Estes profissionais têm como referência de atuação apenas o que apresenta a política de saúde dentre as atribuições da equipe multiprofissional de promoção e vigilância. A narradora entende que uma coordenação na área de psicologia poderia servir de direcionadora do trabalho dos profissionais.

uma coisa que eu acho que dificulta o trabalho é que a gente não tem uma coordenação na área de psicologia que a gente pudesse compartilhar as práticas. (...) Talvez se tivesse, a gente conseguisse formar uma rede maior e pensar mais possibilidades... (Camila).

Os limites da formação profissional em psicologia para atuação em políticas públicas

de saúde também foram levantados em algumas entrevistas. Pedro traz importantes reflexões quando compartilha seu percurso acadêmico, apontando a importância que as atividades e experiências extracurriculares tiveram em sua formação para atuação em promoção de saúde:

A minha formação específica teve algumas diferenças, porque eu sempre procurei fazer estágios. Na época da minha graduação em si e nas disciplinas, não sairia preparado pra atuar com promoção. Mas enquanto estudante eu participei de alguns projetos de extensão que a gente trabalhava com comunidades, fazendo ações com equipe multiprofissional, com estudantes de medicina, com estudantes de odontologia e de serviço social. Isso me ajudou muito a trabalhar com grupos na temática voltada para a saúde mental. Mas isso foi algo que eu procurei a parte. Se eu fosse pensar só na grade curricular, não estaria preparado. O foco era clínico e organizacional (Pedro).

O relato de Pedro é ilustrativo das deficiências dos cursos de graduação em psicologia e demais áreas ligadas à saúde que, ainda hoje, a despeito das transformações no mercado de trabalho e da inserção dos profissionais nas políticas públicas, priorizam a atenção terciária sobre os demais níveis de atenção. Como afirma Ferreira Neto (2011), as profissões da saúde:

permanecem reféns de uma tradição de atenção individual, do trabalho do profissional isolado, da prevalência de um ensino técnico e, na maior parte das áreas, biomédico, de uma orientação para o vínculo liberal privado, e assim por diante (p. 143).

Despreparados para atuar em instituições, com uma clientela diferente da encontrada nos consultórios particulares, os profissionais de psicologia acabam, por vezes, reproduzindo nestes novos espaços as práticas clínicas tradicionais, enfrentando limitações teóricas e técnicas para a inovação de sua atuação na perspectiva da saúde pública.

Outro aspecto que parece estar relacionado à dificuldade em avançar na concretização de uma prática psicológica em promoção de saúde que ultrapasse uma perspectiva de estilos de vida diz respeito à percepção, destacada nas narrativas de alguns entrevistados, quanto à impossibilidade de operar mudanças nas normas e formas de funcionamento do sistema organizacional. Algumas narrativas nos remetem ao que discutem Lévy (2001) e Francisco (2000) sobre o processo de cristalização dos dispositivos institucionais, que acabam assumindo um caráter de imutabilidade, justificando modos de pensar e agir no espaço da organização. A fala de uma das entrevistadas se destacou quanto à percepção de impossibilidade de rompimento com o instituído:

Eu acho que a instituição é adocedora. (...) Eu ainda num vi uma brecha não... Se essa questão da competência que estão fazendo fosse feito e se fosse colocado em prática eu acho que seria um grande ganho pra instituição. Colocar as pessoas certas nos locais certos. Mas eu acho que nós estamos ainda longe disso. Eu não acredito, pode ser que eu esteja enganada...

(...) As pessoas pensam que a gente é pessimista. Mas não é, é porque a gente convive tanto tempo dentro da instituição que a gente vê as coisas sempre acontecendo do mesmo jeito, mas... não vai mudar! (Ruth).

Ressalta-se, a partir de Francisco (2000), que a consideração do instituído nesta perspectiva de imutabilidade – considerando os dispositivos institucionais como leis naturais – acaba por resultar inevitavelmente em discursos de desresponsabilização, visto que os trabalhadores não se reconhecem enquanto sujeitos desta produção. A narrativa de Ruth nos conduz a refletir sobre como a estrutura verticalizada e hierarquizada da organização, que distancia a instância operacional das tomadas de decisões, contribui com a percepção por parte dos trabalhadores de uma dimensão instituída que parece ter sido criada ao acaso, que não se sabe de onde vem, mas que direciona nosso pensar e agir no trabalho.

E eu acho que o fato de as pessoas que podem resolver alguma coisa estarem distantes dificulta. Porque, por exemplo, a gente tem o nosso chefe aqui, mas a nossa superintendência é lá em Recife... Nosso patrão tá lá em Brasília, é meio sem dono... Casa sem dono... (Ruth).

Partir da perspectiva da intangibilidade da dimensão instituída acaba tendo consequências na postura e na atuação dos profissionais de saúde. Tenho observado, entre estes profissionais, um discurso de vitimização dos servidores e culpabilização total da instituição com relação ao sofrimento e adoecimento no trabalho, denotando uma posição extremista que reflete uma compreensão limitada sobre a complexidade da dimensão organizacional e das relações subjetivas que se constroem neste espaço.

Munidos deste discurso, as equipes de qualidade de vida no trabalho acabam encontrando muita resistência das outras áreas da instituição – especialmente da área de Atendimento, responsável por gerenciar toda a dinâmica de atendimento ao segurado nas agências da previdência social, estabelecimento e acompanhamento das metas e resultados –, minando a possibilidade de diálogo e construção de estratégias conjuntas que interfiram na organização do trabalho visando a melhores resultados institucionais sem descuidar da saúde e bem-estar dos servidores. Este discurso foi identificado em algumas entrevistas a partir de narrativas com certa carga de repúdio à organização, vista como adoecedora, culpabilização de gestores, percebidos como insensíveis ao sofrimento dos servidores, e do modelo de gestão, que coloca os números e metas em primeiro lugar em detrimento do trabalhador.

Reconhecendo os limites dos resultados das práticas realizadas para promover a saúde dos servidores, mas sem os conhecimentos e habilidades necessários para a resignificação de

sua atuação, a maioria das equipes de saúde – a partir do que foi compreendido das narrativas, bem como partindo da minha experiência de trocas contínuas com outros profissionais da organização – acabam por resumir sua atuação a ações que ainda não conseguem avançar na proposição de mudanças da realidade organizacional que gerem impactos significativos na melhoria da saúde geral dos trabalhadores.

A narrativa de Sofia ilustra estas discussões, quando a colaboradora, avaliando as ações que vem sendo implementadas por sua equipe, reconhece o quanto ainda se precisa avançar, mas valoriza o esforço que vem sendo empregado para a concretização da política: “entre o nada e alguma coisa, se tá fazendo alguma coisa”. Assim, as ações realizadas atualmente ganham, na narrativa de Sofia, o estatuto de primeiro passo na direção de práticas mais consistentes e efetivas.

Apesar da prevalência destas práticas que ainda partem de uma compreensão limitada do fenômeno da saúde/doença, as narrativas permitiram identificar importantes movimentos moleculares na forma de atuações comprometidas com uma leitura ampliada da realidade e dos aspectos envolvidos no adoecimento no trabalho, bem como com o desenvolvimento da autonomia dos trabalhadores para a participação consciente e transformação da dimensão organizacional. É sobre estes movimentos, que lançam luz à atuação das equipes multiprofissionais e apontam para a efetivação da promoção da saúde dos servidores, que nos deteremos a partir de agora.

5.2.2. A constituição de movimentos moleculares: ações dirigidas à promoção de saúde

Na perspectiva de intervir sobre a dimensão organizacional instituída e transformá-la em prol da construção de um espaço de trabalho promotor de saúde, identificam-se, nas narrativas de alguns colaboradores, o desenvolvimento de práticas psicológicas inovadoras que tem ampliado o fazer clínico na perspectiva de uma prática mais transversalizada em saúde.

Camila e Sofia, durante o relato de suas experiências, realizam uma análise crítica da realidade organizacional, identificando diferentes aspectos que compõem o complexo cenário da organização associados ao fenômeno do adoecimento no trabalho. As narradoras compartilham a dificuldade em propor transformações na dimensão instituída, fazendo referência à resistência que o instituído opõe a movimentos que tentam questioná-lo. Segundo

Camila:

é uma cultura muito rígida, muito hierarquizada, muito fechada nesse sentido. Então, é comum acontecerem conflitos. É comum as formas de trabalho ainda causarem adoecimento e sofrimento pros servidores, e aí precisarem de intervenção psicológica. Mas essa intervenção ainda é muito limitada, pela própria estrutura organizacional, pela cultura... Então isso restringe muito o trabalho da gente enquanto profissional de psicologia. (...) As práticas de saúde hoje ainda continuam sendo muito pontuais, muito no campo da assistência, vamos dizer assim, daquela coisa emergencial. Não aprofunda muito as relações nesse sentido, tem pouco espaço pra questionar essa organização do trabalho. Pouco espaço pra redimensionar essas relações, que é uma das coisas que eu acho mais complicadas de se conviver aqui, de se trabalhar pensando numa lógica de promoção à saúde é conviver com essas relações que ainda são muito distantes do sujeito, de compreensão dessa subjetividade, de compreensão mesmo das pessoas. (...) Então, é um trabalho mesmo difícil nesse sentido (Camila).

Para estas colaboradoras, entretanto, a dimensão instituída não tem caráter de imutabilidade, mas representa ela mesma a possibilidade de constituição de movimentos de ruptura na forma de abordagens instituintes. É nesta perspectiva que se direciona a fala de Camila quando a narradora reflete sobre a rigidez da estrutura organizacional como uma oportunidade de surgimento de movimentos transformadores, considerando que a dimensão instituída é espaço naturalmente fértil para a emergência de linhas de fuga que a subvertem.

É uma estrutura meio rígida também, que separa muito o indivíduo daquele sujeito que trabalha, é meio esquizofrênica assim... eu diria que é muito *esquizofrenizante* o modo de trabalho. E aí ao mesmo tempo que é uma oportunidade, porque numa estrutura dessa você vê muita oportunidade de mudança, muita necessidade de mudança dessa ordem que está posta (Camila).

Sofia compartilha sua ansiedade em avançar na proposição de práticas que concretizem a promoção da saúde dos servidores:

Mas aí a gente vai ficar no discurso? Eu já tô cansada! Eu queria assim, vamos minha gente abrir uma brecha, abrir um parêntese, vamos discutir isso, vamos. Aí fecha. Se não puder, aí fecha a questão. Mas a gente fica só conjeturando, querendo mover a roda e a roda não anda. Entendeu? (Sofia).

A narradora se refere à necessidade de um movimento constante de questionamento do instituído e de tentativa incessante de construção de linhas de fuga, ousando ir além de uma postura de conjectura e avaliação crítica da realidade sem propor ações que promovam transformações na ordem instituída. “Abrir uma brecha” entre as linhas de segmentaridade dura e constituir linhas flexíveis de fuga. Insistir em “abrir parênteses” que deem espaço para o desenvolvimento de movimentos moleculares de ruptura, mesmo diante do aparente

fracasso destes em consolidar novas abordagens instituintes. Digo “aparente” por partir da consideração de que, mesmo perdendo sua força transformadora e sendo absorvidos pelo instituído, estes movimentos moleculares sempre provocam ressonância nas linhas de segmentaridade, posto o enredamento e a transversalidade entre as linhas duras e flexíveis que compõem a dimensão organizacional.

Cabe retomar Francisco (2000) sobre a tendência equivocada de tomar a segmentaridade dura e a flexível como dimensões opostas, como contrários. Como diz a autora, o molar (formal, instituído) e o molecular (movimentos instituintes, disruptores) são coexistentes, se pressupõem mutuamente, ou seja, há necessariamente o molecular no molar, e o molar no molecular. Nas linhas de segmentaridade dura percebem-se, inevitavelmente, movimentos moleculares que as subvertem, e nas linhas flexíveis sempre há focos de endurecimento. Trata-se, nesse sentido, não de uma instabilidade que se opõe à estabilidade, mas a uma permanente metaestabilidade, definida como “este contínuo processo de fazer e desfazer conexões, pela produção de formas e o desmanchamento delas” (Francisco, 2000, p. 56).

Percebe-se que a construção de ações mais integrais parte de profissionais que apresentam uma compreensão mais afinada sobre o conceito de promoção de saúde – que já avançaram da percepção sobre os limites das ações até então desenvolvidas para o planejamento e concretização de novas estratégias – e que compartilham de uma visão menos tradicional da prática psicológica, reconhecendo a possibilidade e necessidade de uma atuação clínica mais transversalizada.

Luiza, partindo da perspectiva da promoção como um conceito referenciado na saúde e não na doença, quando nos conta sobre algumas experiências de ações promotoras de saúde, sempre faz referência à realização de diagnósticos participativos anteriores ao planejamento e execução destas ações, enfatizando a necessidade de envolvimento dos trabalhadores a partir da oportunização de espaços de reflexão e diálogo sobre sua realidade de trabalho.

Ela está muito mais relacionada com a saúde do que com a doença. Quando a gente fala de promoção, ela está muito mais visando o bem-estar completo do ser humano, biopsicossocial, do que pensando no tratamento ou na intervenção após a doença. (...) Eu vejo mais no sentido de trazer um espaço pra escuta tanto individual, quanto grupal. E um espaço de reflexão, entendendo que isso já é promoção de saúde. Ter esse espaço de escuta, tanto por meio de um diagnóstico, como por meio de uma conversa, já é uma ação de promoção de saúde (Luiza).

Promoção de saúde na perspectiva do desenvolvimento da autonomia do coletivo de trabalhadores para, a partir do diálogo e reflexão sobre sua realidade de trabalho, serem capazes de uma análise mais profunda sobre o complexo enredamento das linhas de força que transversalizam o fenômeno de saúde-doença, apontando para a possibilidade de transformação nos determinantes do adoecimento.

A narradora compartilha duas experiências em promoção de saúde que, partindo da escuta dos servidores como premissa fundamental, viabilizaram espaços de reflexão crítica sobre o contexto laboral e as relações dos sujeitos com o trabalho, em direção à construção de espaços promotores de saúde na organização. Uma delas foi a condução de um processo de mudança organizacional, que envolvia desde a mudança de prédio e estrutura física até a remoção de servidores e renovação da equipe:

Quando a gente recebeu essa demanda, a gente sentiu necessidade de fazer com os servidores primeiro um trabalho pra que eles se engajassem nesse processo de mudança. A coisa estava indo meio de cima pra baixo, tipo: “ah, a gente quer mudar isso, quer mudar isso e quer mudar isso” sem consultar eles, como era que eles estavam percebendo essa mudança e até mesmo sem fazer um trabalho de engajamento. Então, a gente fez o que a gente chamou na época de oficina de mudança organizacional. Fizemos 3 grupos, cada grupo ficava 8 horas com a gente. A gente fez diversas atividades. Primeiro, de colher demanda, fazer um diagnóstico da realidade, de coisas que eles achavam que teria necessidade de mudar na agência, o que está bom, o que está ruim, onde eu estou, onde eu quero chegar, esse tipo de coisa... E então, pra tornar essa agência a agência que a gente deseja, o que cada um tinha que fazer, qual o movimento que esse grupo precisa fazer. E foi uma experiência bem bacana! (Luiza).

A outra experiência compartilhada por Luiza consistiu na realização do workshop “Conhecendo o INSS”, viabilizado no âmbito de sua gerência-executiva pela equipe multiprofissional de saúde e qualidade de vida no trabalho. O evento foi uma das estratégias de ação identificadas como necessárias para a melhoria das relações e da organização do trabalho na gerência após a sistematização de diagnóstico organizacional que apontou, dentre outros aspectos, para a desarticulação entre os diferentes setores e o desconhecimento mútuo dos processos de trabalho de cada equipe, o que acabava por gerar conflitos e problemas na qualidade dos processos.

a gente começou a trabalhar um pouquinho com os gestores o que a gente chamou de workshop “Conhecendo o INSS”. Porque se tinha uma queixa muito grande de competitividade entre os setores. Então, a gente fez esse workshop pra que as pessoas conhecessem de fato o trabalho das outras áreas e saberem o quão complexo também é o trabalho de outra área. Que também pode ser visto como promoção de saúde, porque... Na época, deu um pouco de compreensão do trabalho do outro, como é que o outro... Quais são as dificuldades do trabalho do outro, tentaram até fazer o movimento de se colocar no lugar desse outro trabalho (Luiza).

Ambas as ações apontam para uma compreensão mais integral da saúde e das possibilidades de atuação da psicologia, caracterizando-se como estratégias comprometidas com o empoderamento dos trabalhadores a partir da condução de processos grupais de reflexão e reconstrução da relação com o trabalho e com a organização.

Sobre a atuação da psicologia, Luiza compartilha sua percepção de uma prática ampliada que, em vez de ensimesmar-se e “encaixotar-se” em determinados processos da área de gestão de pessoas, pode e deve dialogar e integrar-se a outras áreas na organização, utilizando seus conhecimentos técnicos para contribuir em diferentes níveis e por diferentes vias com o desenvolvimento institucional. A narradora indica que esta percepção – que chamamos aqui de mais “transversalizada” - da psicologia foi sendo construída ao longo do seu percurso profissional na organização e reflete sobre o desconhecimento com relação ao papel do psicólogo que, ainda reconhecido por uma atuação clínica mais tradicional, provoca certo estranhamento quando propõe uma articulação e interlocução com outras dimensões e espaços na organização:

Eu comecei a ver que a psicologia poderia ser útil em todas as áreas dentro da instituição. Eu por exemplo, tinha um olhar muito restrito pra área de gestão de pessoas - qualidade vida, educação... Mas hoje, se a gente for pensar nessa perspectiva de olhar pro trabalho e fazer uma leitura do ser humano, é uma coisa que se encaixa muito bem na unidade de atendimento, nas questões de atendimento, questões de melhoria do atendimento, avaliar junto ao público, os segurados, sobre como são os atendimentos, o que fazer com os atendimentos... Ou seja, a psicologia passa a ser atuante em diversas outras áreas, apesar de que isso não é muito bem visto na instituição. Você tentar propor isso é como se tivesse tentando sair da condição de psicólogo. Mas dá pra desenvolver trabalho enquanto psicólogo em vários locais da instituição. Não apenas na saúde e qualidade de vida, por exemplo (Luiza).

Camila também reflete sobre o espaço que a psicologia tem ocupado atualmente na organização. A narradora reafirma que ainda prevalece uma perspectiva de atuação clínica tradicional – caracterizada pelo suporte psicológico ao servidor em sofrimento ou por intervenções em situações de conflitos grupais – e aponta para a necessidade do redimensionamento desta atuação, no sentido de uma clínica ampliada que contextualize o sujeito e o coletivo de trabalhadores na dinâmica institucional.

o foco ainda é muito mais essa coisa do problema, do servidor que está adoecido, que está em situação de sofrimento. Esse redimensionamento mesmo do espaço da clínica ainda é muito complicado, aqui dentro. (...) Os servidores pedem muito pra gente uma conversa, e aí dentro do próprio instituto tem muito o distanciamento de práticas desse tipo, de dizerem “não, não pode porque aqui não é clínica”. Mas o espaço organizacional lida com essas questões mesmo e às vezes você precisa de um olhar mais ampliado nesse sentido. Não de acompanhamento,

mas de entender o sofrimento dele, de colocar nessa dimensão da organização e trabalhar a partir disso (Camila).

De fato, pensar uma clínica transversalizada no espaço organizacional significa comprometer-se com a reflexão crítica e o questionamento das linhas de força institucionais implicadas nos fenômenos de saúde e adoecimento, trabalhando no sentido do empoderamento e desenvolvimento da autonomia do coletivo de trabalhadores para que estes possam construir estratégias de transformação de aspectos da dimensão organizacional em prol de sua saúde. Sendo assim, o delineamento de uma prática psicológica em promoção de saúde em uma perspectiva transversalizada certamente enfrentará as resistências do instituído.

Camila complementa enfatizando a importância da articulação com o campo de saberes e práticas da Psicologia Social para a compreensão da complexidade da dimensão organizacional e a construção de uma atuação em psicologia que rompa com as práticas tradicionais no caminho de uma perspectiva mais ampliada em promoção de saúde:

Na verdade eu fui me interessar por psicologia organizacional por força do concurso. Então, eu fui aprender alguma coisa sobre esse espaço da promoção de saúde na organização, o papel do psicólogo nisso, depois que eu entrei mesmo. Minha construção acadêmica toda foi com relação à psicologia social, comunitária, mas eu enxergo muitas pontes dessa minha formação com meu trabalho hoje. Por exemplo, o espaço da comunidade que eu trabalhava antes era um espaço de promoção de saúde. Então, eu trabalhava em projeto de extensão, nos estágios mesmo, eu trabalhei com promoção de saúde indiretamente. Trabalhei em muitos espaços da rede social, com violência, com criança e adolescente, com privação de liberdade, liberdade assistida, medidas socioeducativas pra adolescentes, trabalhei muito nesses espaços. E hoje eu vejo como isso tinha e tem de educação em saúde, de promoção de saúde nesse sentido. Então, eu acho que por minha formação ter sido muito ampla nesse aspecto, eu ganhei muito mais do que se eu tivesse passado a faculdade toda guiando meus estudos pra área de psicologia organizacional. Porque eu acho que me deu mais base para entender essas forças sociais, políticas, culturais, dentro da organização. Muito mais do que se eu tivesse aprendido um bocado de prática organizacional. Sei fazer uma seleção, mas talvez não saiba de metade do que precisa saber pra um profissional organizacional mais vamos dizer assim, comum, mais tradicional. A minha formação me deu um conhecimento muito ampliado de leitura da realidade. Então, isso é importante porque percebendo a cultura, eu percebo formas e possibilidades de mudar essa cultura (Camila).

Muito embora alguns avanços já tenham sido conquistados e novas perspectivas de atuação tenham sido delineadas, o esforço destas equipes multiprofissionais, que têm se engajado na construção de práticas integrais e efetivas em promoção de saúde, vem encontrando inúmeras barreiras que, por sua vez, se constituem em desafios para a consolidação de uma atuação consoante com os pressupostos da política de saúde do servidor e da perspectiva contemporânea da promoção da saúde.

5.3. Desafios para a concretização da promoção da saúde dos servidores do INSS

As narrativas das experiências de se repensar a estrutura organizacional e avançar na problematização do fenômeno da saúde/doença vieram acompanhadas de intensas reflexões sobre as dificuldades de se levar adiante ações inovadoras.

Os diálogos travados problematizaram a resistência que os movimentos moleculares, que se produzem às margens do instituído, enfrentam para se manterem. Como já discutido nas reflexões teóricas deste trabalho, as práticas que pretendem questionar e subverter a ordem estabelecida encontram resistências das formas organizativas instituídas por representarem ameaça de desintegração do instituído, o que favorece a perda de sua potência inovadora.

Referências à resistência da ordem instituída foram encontradas especialmente nas narrativas de Camila e Sofia. Camila, para falar sobre isso, utiliza a metáfora de um formigueiro: “Parece que assim, aqui você não pode mexer, não mexa aqui não que é um formigueiro, tipo assim, sabe?”.

A fala de Sofia ressalta o encontro com essas resistências, que se materializam em comportamentos defensivos dos sujeitos quando certos aspectos da dimensão organizacional são questionados.

você vê que uma coisa está errada, mas o outro é tão melindrado, é tão num sei o quê que você tem medo de falar, você tem mееееedo, porque está tudo assim... Eriçado, né? Como, não sei se é um porco espinho, quando você chega junto já se arma... Então, a gente precisava assim, desarmar isso. Agora, com o quê? (Sofia).

Sofia constrói mais algumas importantes reflexões sobre os limites encontrados em operar mudanças no instituído na direção de novas abordagens instituintes, colocando o quanto a ordem instituída é absorvida pelo sujeito. De tão arraigada, passa a compor a subjetividade – “adere à pele” –, limitando, assim, a possibilidade de resistência e questionamento. A narradora se refere, na fala a seguir, a como percebe o envolvimento subjetivo dos trabalhadores do INSS na “corrida” (sic) pelo alcance das metas organizacionais:

Eu acho que as cobranças ficam tão assim, tão enraizadas, tão arraigadas, eu acho que está assim na pele, tão assim que não é mais nem o casaco, é a blusa que já aderiu na pele e aquilo já passou a ser contextualizado no próprio indivíduo, a cobrança, a meta... Peraí minha gente! Vai terminar louco, é? (...) Caia um indicador pra você ver qual é a repercussão disso num contexto! (Sofia).

Retomando Bleger (1984), toda instituição é instrumento de regulação e equilíbrio da personalidade e parte da personalidade encontra-se cristalizada nas instituições. É nesse sentido que o instituído “adere à pele” dos trabalhadores, e toda transformação nos dispositivos institucionais representa transformações na subjetividade. A resistência à mudança e produção de novas abordagens instituintes é, portanto, a resistência da própria subjetividade à desestabilização dela mesma. Nessa perspectiva podemos compreender a postura de acomodação dos trabalhadores à ordem instituída ressaltada por Camila, quando a narradora fala sobre as dificuldades encontradas no desenvolvimento das ações em promoção de saúde: “Você esbarra nessas questões de 'sempre foi assim por aqui, por quê que vai querer mudar agora? Por que é que eu vou sair desse momento?'”.

A partir do que foi discutido, compreende-se que a resistência da ordem instituída é um dos grandes desafios para as equipes de saúde nas organizações. O conceito de promoção de saúde implica necessariamente a compreensão de uma subjetividade contextualizada, exigindo a consideração dos diferentes aspectos da organização que transversalizam o fenômeno saúde/doença e a possibilidade de transformá-los por meio da ação dos próprios trabalhadores. O desafio está em conseguir que estes trabalhadores se engajem em processos de mudança que exigem uma resignificação de sua própria subjetividade, da relação que constroem com o trabalho e a organização, no sentido da construção de um ambiente laboral promotor de saúde.

Diante da força do instituído em resistir a transformações, materializada na resistência dos próprios trabalhadores, Camila compartilha o sofrimento de impotência e percebe que, por vezes, o resultado tem sido a acomodação em práticas pontuais de ajuste do servidor que têm limitada eficácia por não intervirem nas linhas de força que transversalizam o fenômeno da saúde/adoecimento:

É uma estrutura muito pesada, que está tentando se modificar a duras penas, mas ainda é um olhar muito mecanicista. Você está aqui pra produzir, não está aqui pra fazer outra coisa além disso. Então, é uma função de muito sofrimento a quem está querendo exercer. Você acaba se rendendo a muitas coisas da estrutura e indo pelo caminho mais conveniente, de fazer coisas menos profundas nesse sentido, entendeu? Por mais que você entenda a dimensão da magnitude da situação, a válvula de escape mesmo, a válvula de ajuste é muito mais o servidor do que o próprio processo de trabalho, as relações... Então, a estrutura ainda é muito complicada pra você mexer em alguma coisa (Camila).

Nesta direção, é fundamental a sistemática reflexão crítica por parte dos profissionais

para que as práticas que se propõem a questionar o instituído e produzir rupturas na segmentaridade dura a partir da criação de novas abordagens instituintes não se percam em discursos regulatórios e disciplinadores.

Compartilho uma experiência bastante significativa de um dos projetos que venho desenvolvendo junto ao coletivo de servidores de agências da previdência social que provocou, em mim e na equipe condutora das ações, reflexões profundas nesse sentido. O projeto, em linhas gerais, se propõe a discutir a organização do trabalho local a partir da oportunização de espaços de reflexão sobre o trabalho e a organização, envolvendo todo o grupo de servidores da agência para a construção de estratégias de ação voltadas para a melhoria do atendimento ao segurado da previdência social associada à melhoria da saúde e bem-estar no trabalho dos servidores. Tendo em vista levantar discussões e questionamentos cruciais quanto à dimensão organizacional instituída, promovendo o empoderamento dos servidores para uma leitura cada vez mais ampliada e crítica da realidade, o projeto tem encontrado fortes e consideráveis resistências institucionais, a despeito do patrocínio dos gestores envolvidos.

No último encontro realizado com o grupo, que já apresenta um nível de envolvimento e discussão muito mais aprofundado se comparado ao momento inicial do projeto, os servidores avaliaram que as ações estavam se resumindo em focar o grupo de servidores e as estratégias coletivas de contorno das problemáticas enfrentadas, gerando na equipe certo sentimento de culpabilização, em detrimento da intervenção sobre os aspectos instituídos da organização, apesar de desde o início este ser o objetivo central a que se propunha o projeto.

O *feedback* dos servidores foi fundamental para dar-nos conta de que, de fato, as barreiras enfrentadas – claramente da ordem do instituído e, sendo assim, muito mais identificadas em nível inconsciente do que pelo próprio discurso dos diversos atores envolvidos no projeto (dentre eles, os gestores de todas as áreas que compõem a gerência-executiva e que são patrocinadores das ações) – conduziram-nos a um movimento, também inconsciente, de priorizar as estratégias na dimensão micropolítica do grupo por parecerem ser mais flexíveis e abertas à transformação e que nos traria, assim, a ilusão do alcance de resultados (quantificáveis e observáveis, a propósito). Estávamos, sem perceber, permitindo que nossa proposta de trabalho, sustentada por um discurso eminentemente emancipatório, começasse a se perder em um discurso regulador e disciplinador. Caso não existisse a disponibilidade, humildade e disciplina da equipe para este contínuo processo de autoavaliação crítica, o projeto – que reconheço como movimento molecular com potência

criativa para romper e subverter as linhas de segmentaridade duras que compõem a dimensão instituída – se perderia, sendo, aos poucos, absorvidos e reeditados pelo instituído.

Retomo aqui o que discutiu Francisco (2000) a respeito da resistência que o instituído opera sobre as experiências que o questionam e subvertem:

Os movimentos moleculares percebidos nestas organizações, sobretudo aqueles que tentam produzir rupturas ou inovações, ou são imediatamente repelidos, porque visto como perigosos, ou são imediatamente absorvidos e reeditados sob a forma de mecanismos de lazer, de reuniões de equipe, de grupos operativos, que mais uma vez tentam minimizar e, em alguns casos apagar, a potência transformadora que traziam quando da sua emergência. Burocratiza-se a criação para impedir sua expansão (p. 38).

Em certa medida, estávamos, nós mesmos, contribuindo com a perda do potencial transformador de uma experiência e conduzindo-a de forma que, aos poucos, acabaria por se resumir a uma boa prática de desenvolvimento de equipes, por exemplo. Ressalto, nesse sentido, uma reflexão fundamental que precisa permear o fazer das equipes multiprofissionais no sentido de cuidar para que as ações em promoção de saúde não caminhem para o processo de culpabilização dos sujeitos, quando deveriam, na verdade, fomentar a corresponsabilização no cuidado com a saúde. As diferenças entre as estratégias que desembocam nestes dois discursos parecem, a meu ver, de considerável sutileza. Práticas que se predisponham a oportunizar espaços de discussão coletiva e reflexão crítica quanto à complexidade dos determinantes do fenômeno saúde/doença, mas acabam por não priorizar a construção de estratégias de transformação de aspectos da dimensão organizacional instituída, carregam, por vezes, discursos disciplinadores e regulatórios, podendo ter graves consequências subjetivas de fomento de sentimentos de impotência e culpabilização dos indivíduos e grupos de trabalhadores. O caminho da corresponsabilização, por outro lado, longe de desconsiderar a responsabilidade do sujeito no cuidado com sua saúde, implica no empoderamento coletivo para a construção de estratégias de transformação que tenham ressonância nas linhas de força que compõem a dimensão instituída.

Não podemos desconsiderar, entretanto, a realidade polarizada e paradoxal do próprio campo da promoção da saúde, que abriga tanto discursos emancipatórios como disciplinadores. Ambos os discursos são inerentes ao campo da promoção da saúde e, como discute Ferreira Neto (2011), o que importa é que se realcem as forças produtivas da promoção da saúde a favor da qualidade de vida dos sujeitos, entendendo que as dimensões plurais do campo aparecem no cotidiano inevitavelmente entrelaçadas – como pôde ser percebido a partir da experiência relatada.

Outro grande desafio apontado pelos colaboradores na concretização de estratégias promotoras de saúde no INSS diz respeito ao fato de também serem servidores e, portanto, partícipes da dinâmica organizacional. Camila enfatiza que sua proximidade com os demais setores da organização inviabiliza a isenção necessária para a execução de certas atividades. Luiza complementa narrando situações em sua experiência de mediação de grupos em que o fato de ser psicóloga do Instituto e a posição que ocupa gerou em determinados momentos reações negativas nos participantes.

Mas pra eu executar algumas ações aqui no prédio mesmo fica complicado porque a minha proximidade com todos os outros setores e áreas dificulta uma isenção maior, por exemplo, num caso de solucionar um conflito, de ajudar a solucionar algum conflito e mediar, enfim... Então, é um trabalho restrito nesse sentido (Camila).

Eu acho que as pessoas tendem a atribuir algumas situações às equipes de qualidade de vida... Por exemplo, “você que é da qualidade de vida e gestão de pessoas, por que isso ainda está assim? Por que não faz nada pra mudar?” Nos trabalhos com as agências, isso ainda fica muito mais forte... Eles fazem muita questão de evidenciar isso, do tipo: “Ah, tu nunca trabalhou numa agência, então como é que tu sabe como é que é?”. “Ah, mas é que na administração central funciona diferente, vocês têm computador funcionando”. Então, eles também usam artifícios dessa agressividade com a gente (Luiza).

Compartilho do incômodo de Luiza e da dificuldade em delimitar espaços diferenciados quando conduzimos determinados processos de mediação de grupos, tendo em vista que não deixamos em momento algum de representar a organização. Assim, parece inevitável que os servidores apresentem certa resistência ao processo e descarreguem suas insatisfações e reclamações nos profissionais.

Acrescento, entretanto, que pertencer ao quadro da organização e, portanto, participar da dinâmica organizacional, traz dificuldades que vão além das apresentadas pelas narradoras. Como integrantes desta dinâmica, a influenciemos e somos inteiramente atravessados pelas diferentes linhas de força que atravessam a organização. Na relação subjetiva que construímos com a organização e no espaço organizacional, como discute Bleger, parte de nossa personalidade acha-se cristalizada nela e, portanto, somos também resistentes em certa medida, em grande parte inconsciente, a qualquer transformação na ordem instituída. Sendo assim, nossas leituras serão profundamente influenciadas pelas relações construídas com e na organização. Isto, certamente, trará algumas limitações ao trabalho do psicólogo quando este exige um olhar mais distanciado da realidade, mesmo entendendo a impossibilidade de total neutralidade e isenção.

Ruth compartilha em certa medida desta compreensão quando afirma que o psicólogo, envolvido com a realidade e também “pressionado” pela dinâmica instituída, tem menos possibilidade de contribuir para a mudança organizacional.

Eu acho que não se faz muita coisa pra mudar. E não vai ser o psicólogo que vai conseguir fazer, não! Porque o psicólogo lá dentro, ele... Eu acho talvez se viesse o psicólogo de fora pra mostrar o que está acontecendo eles até valorizassem mais, mas a gente como psicólogo da casa a gente não é muito ouvido. Acho que a nossa palavra é menos valorizada do que um que vem pra fazer uma consultoria. Até porque a gente está muito envolvido também. A gente está lá dentro, a gente está com os colegas e a gente está vendo a coisa que está acontecendo. Eu acho que nesse momento que eu estava lá no setor se eu não estivesse naquele setor, a minha condição de fazer alguma coisa teria sido até maior, porque você não sabe o que está por de trás dos bastidores e você não está envolvido. Mas a partir do momento que você está naquela situação, sendo pressionado também, aí complica... (Ruth).

Os limites da atuação do psicólogo no espaço organizacional foram discutidos por Bleger quando este teórico enfatiza a diferença fundamental entre a psicologia institucional e o trabalho psicológico em uma instituição. Segundo ele, na psicologia institucional o psicólogo é um assessor ou consultor, existindo uma distância ótima para o manejo técnico das situações que garante a independência econômica e profissional deste psicólogo. Bleger acrescenta, ainda, que na instituição que se estuda não se deve exercer mais de um papel, tendo em vista que cumprir dois papéis diferentes em um só lugar implica uma superposição e confusão de enquadramento com situações que se tornam difíceis de manejar (Bleger, 1984).

Nesse sentido, propor-se a executar ações em promoção de saúde, comprometidas com o empoderamento dos trabalhadores para a leitura crítica da realidade e mobilização de recursos individuais e coletivos para o desenvolvimento de linhas de fuga que fomentem movimentos de transformação, está longe de ser uma tarefa simples para psicólogos que integram a organização e são atores e partícipes de uma ordem instituída que também lhe causa certo nível de sofrimento. Assim, entende-se que a dificuldade identificada nas narrativas com relação ao saber “como fazer” ações de promoção de saúde vai muito além de deficiências de conhecimentos ou habilidades por parte dos profissionais, mas dizem respeito a uma complexa rede de relações e transversalidades que implicam o psicólogo na realidade instituída e o sujeitam a certas amarras que limitam a condução de processos de transformação.

Somam-se, ainda, a esses desafios o despreparo dos gestores e da própria área de Gestão de Pessoas da organização como dificultadores da concretização de espaços promotores de saúde. Com relação aos gestores, os narradores relatam, principalmente, a

ausência de competências voltadas à gestão de suas equipes, bem como a dificuldade de operar uma leitura ampliada da realidade. Assim, casos de servidores “desadaptados”, desmotivados e de conflitos interpessoais são logo encaminhados para a área de gestão de pessoas que, também despreparada, recebe os servidores e, grande parte das vezes, não sabe o que fazer com eles. Pedro e Sofia discutem um pouco sobre isso:

a gente ainda vê muita coisa no serviço público que parece que os gestores não gostam de serem gestores, tem a dificuldade de exercer o seu papel e essa coisa sempre resvala no discurso: "vai tu que é psicólogo". Mas gente não é receita de bolo, não é tudo que compete ao psicólogo (Sofia).

Outra coisa que a gente vê muito: servidor que tem dificuldade de adaptação, que tem problema, digamos assim, é jogado no RH e pouca coisa se faz por ele. E outra questão que é pontual do servidor: a falta de capacidade mesmo, até intelectual, de habilidade, de competência. E a gente vai fazer o quê? São seres humanos! Vai ficar relegado lá? Que projeto a gente tem pra eles? O que eu vejo é querer se livrar do problema! (Sofia).

Na realidade, eu não culpo o gestor. O gestor é muito cobrado e não é preparado. A gente tem casos aqui na gerência de gestor com pouco tempo de casa que está assumindo a gestão de uma APS, uma chefia de benefício. E tem aquele que é gestor já há muito tempo que não conseguiu acompanhar essas mudanças e que ainda continua sendo gestor com aquele modelo antigo. Então, uma das grandes dificuldades que eu vejo assim hoje, nessa parte de promoção à saúde seria essa (Pedro).

Por não ser comum na organização uma leitura ampliada e sistêmica da realidade, as demandas encaminhadas para os profissionais de psicologia, especialmente por parte dos gestores ou da própria área de Gestão de Pessoas, são, em sua grande maioria, ainda restritas a questões individuais ou de conflitos interpessoais. A expectativa é de que o psicólogo “conserte” os servidores que não têm contribuído ou têm dificultado o alcance dos resultados esperados, sem que seja operada uma avaliação crítica dos diferentes aspectos da dimensão organizacional envolvidos nos fenômenos de saúde/adoecimento, motivação/desmotivação, satisfação/insatisfação dos servidores. A fala de Ruth a seguir trata desta questão:

depois que começou a ter a questão da produtividade nas agências, os chefes querem pessoas que estejam bem, que estejam em condições de fazer todo tipo de trabalho porque eles tem que atingir uma meta, então, o servidor tem que estar perfeito. Quando ele não está muito legal, eles devolvem pra Gestão de Pessoas e pedem uma pessoa que esteja inteira. Os que têm algum problema, que não podem fazer determinadas coisas, não são bem-vindos nas agências (Ruth).

Estas expectativas quanto ao trabalho do psicólogo são justificadas pelo imaginário em torno deste profissional, de imediato associado com a prática clínica tradicional. Esta limitada compreensão sobre o papel da psicologia, somadas às próprias resistências organizacionais,

limitam o potencial de atuação dos psicólogos, tal como discute Camila sobre os desafios no delineamento de uma prática clínica diferenciada no espaço organizacional.

Eu enxergo vários espaços de atuação do psicólogo na promoção de saúde, mas se torna complicada a inserção do profissional aqui dentro. Então, o trabalho do psicólogo ele é restrito nesse sentido. Ele é amplo, ele é cheio de possibilidades, mas ele é restrito porque a estrutura não empreende muito essa mudança, essa perspectiva de trabalho mesmo. Então, não é um espaço que você possa fazer uma clínica, ainda que uma clínica remodelada para o espaço organizacional, porque você acaba que é chamado pra fazer mil e uma coisas, que até fogem do seu espaço profissional. E aí qualquer trabalho que você pensa em fazer é pontual, não só no sentido de delimitação no tempo, é pontual porque você não pode mexer nas estruturas que ocasionam esse mal-estar. (...) Eu acho que o psicólogo aqui contribui muito mais, hoje em dia, com a visão diferenciada, ainda que isso não surta tanto efeito ou tanto efeito imediato, do que propriamente com a prática em si (Camila).

Entretanto, percebe-se a partir das narrativas, que a dificuldade de concretização de uma clínica transversalizada no espaço organizacional passa também por questões dos próprios profissionais de saúde quanto à valorização do trabalho no nível primário de atenção. Retomando Ferreira Neto (2011), a atuação na atenção básica, por priorizar as tecnologias relacionais – tais como o vínculo, o acolhimento e a autonomização – não tem uma marca profissional exclusivista, podendo e devendo ser operadas por qualquer categoria profissional. Esta característica provoca resistência ao trabalho na atenção primária por parte dos profissionais de saúde, ensinados nos cursos de formação a desenvolverem ações específicas de seu campo de atuação e a protegerem seu espaço profissional.

Este discurso foi identificado nas narrativas de Luiza e Camila, que compartilham certo incômodo quanto à representação existente sobre a prática dos profissionais que constituem as equipes de saúde e qualidade de vida no trabalho, gerando sentimentos de desvalorização e percepção de falta de reconhecimento profissional:

é um trabalho muito generalista ainda, parece que quem trabalha na área de saúde e qualidade de vida pode fazer quase que qualquer coisa. E qualquer um pode fazer o que você faz, entendeu? (Camila).

Outro desafio passa um pouco pela autonomia dos profissionais de saúde de trabalhar com questões de promoção. É uma coisa que todo mundo acha um pouco que sabe fazer. Não precisa muito de especialista, de profissionais capacitados pra isso. É como se fosse misturado com uma questão até de senso comum, e uma pessoa que não é da área muitas vezes tem competência de avaliar seu trabalho, de referendar seu trabalho, de homologar, e aí faz uma leitura muito superficial de alguma coisa, de modo que você se sente um pouco invadido na sua própria autonomia de atuar enquanto promotor de saúde no local de trabalho. (...) Quem trata sobre esse tema, sempre é visto como alguém que não está trabalhando: “Ah, o pessoal da qualidade de vida! Deve ser ótimo trabalhar aí, vocês não tem estresse”... Não tem noção que de fato é um trabalho complexo! No imaginário das pessoas parece que é um pouco assim, qualquer um pode fazer. Até porque não se vê que ações ou que estudos existem por trás de cada uma das ações (Luiza).

As narrativas apresentadas nos remetem ao que foi discutido sobre o modelo de formação profissional que prevalece nos cursos da área saúde, que ensimesmam os profissionais em seus campos de formação e acabam indo de encontro à proposta da interdisciplinaridade, questão fundamental para o trabalho em saúde pública. Percebe-se que a vivência da interdisciplinaridade ainda se apresenta, no INSS, como um desafio para as equipes de saúde. Prevalecem referências a um trabalho em equipe multiprofissional, composta por diferentes categorias profissionais, mas que não alcançaram uma proposta interdisciplinar de compreensão e ação sobre a realidade. As falas a seguir de Luiza e Camila ilustram esta discussão:

Eu acho que a gente não aprendeu ainda a trabalhar em equipe multiprofissional. A gente fala muito, mas a gente ainda não aprendeu a fazer isso, olhar para uma situação e cada um fazer sua análise de acordo com a sua leitura de mundo. A gente discute muito, mas a gente trabalha muito individualizado. A gente tem uma equipe, mas as pessoas ainda trabalham muito individualizadas com seus próprios processos de trabalho, cada um coordenando um processo de trabalho. Muito pouco de discutir questões, discutir um caso, ainda é muito pouco. Tentativas já foram feitas, mas eu acho que algumas discussões vêm muito à tona e acabam (Luiza).

a gente ainda insiste realmente na convivência com outros saberes, outras práticas. Até porque o perfil dos profissionais que a gente tem, são perfis bem agregadores, vamos dizer assim. Mas um trabalho que de fato consiga ser interdisciplinar, de você conseguir a integração desses saberes pra resolução de um caso é muito complicado. Porque parece que você ainda nem se firmou como profissional da sua categoria, aí quando você parte pra interdisciplinaridade, parece que você se perde. E se você nunca se encontrou? Aí como é que faz? Então, é todo mundo querendo segurar seu campo. "no serviço social, a gente faz assim. A prática do serviço social é essa". Então, a interdisciplinaridade... a trans? Não sei nem dimensionar como seria o trabalho! É ainda cada um no seu quadrado. Você, às vezes, se perde até como profissional. Acho que a luta agora aqui não é nem pela multidisciplinaridade, nem pela interdisciplinaridade, é mais pela afirmação de você enquanto profissional (Camila).

André Levy (2001) assim afirma sobre a prática da interdisciplinaridade como caminho diante dos desafios da contemporaneidade:

Para descrever estes objetos complexos, que remetem a diferentes planos de realidade mutuamente imbricados – psicológico, econômico, cultural, tecnológico, social, histórico, linguístico, jurídico – em outras palavras, para melhor captar o real, os limites próprios de cada disciplina particular constituem um obstáculo que é necessário ultrapassar (p. 32).

A complexidade do fenômeno saúde-doença coloca as equipes de saúde diante dos limites dos fundamentos epistemológicos de suas disciplinas, lembrando-os o quanto é ilusório pretender abarcar ou compreender o sentido de uma realidade em todas as suas dimensões. Como alternativa, a interdisciplinaridade surge como método de conhecimento e

como postura ética necessária, exigindo o exercício do diálogo como dispositivo essencial. É por meio do diálogo entre os diversos saberes que emergem novos desdobramentos possíveis na compreensão da realidade. Entende-se a interdisciplinaridade, assim, não como uma teoria, mas fundamentalmente como uma atitude ética – que parte da compreensão do homem como ser processual, sempre em criação e em devir – construída no cotidiano e nas experiências através das diferentes práticas.

O encontro com os narradores, através do encontro entre seus horizontes e o meu próprio horizonte compreensivo, articulando os sentidos construídos com as discussões teóricas tecidas neste trabalho, proporcionou a aproximação com os caminhos que vem sendo trilhados pelos psicólogos do INSS na concretização da política de saúde dos servidores públicos. As narrativas apontaram para o florescimento de uma perspectiva clínica transversalizada em saúde do trabalhador a partir do desenvolvimento de ações que tem se delineado como movimentos moleculares de questionamento da ordem instituída na direção da construção de um ambiente de trabalho promotor de saúde, apesar dos limites e barreiras que os profissionais têm vivenciado neste caminho.

Considero que a opção por entrevistar profissionais que ocupam posições diferenciadas na organização foi extremamente positiva no que tange à possibilidade de compreensão ampliada do fenômeno investigado. Foi possível perceber, por exemplo, que Luiza e Camila – a primeira contribuindo com a coordenação nacional da área de saúde e qualidade de vida no trabalho, e a segunda responsável pelo acompanhamento das equipes da região Nordeste – puderam compartilhar uma visão mais panorâmica da realidade. Enquanto que as experiências dos profissionais que atuam nas gerências-executivas, em contato diário com o cotidiano do trabalho nas agências de atendimento, pareciam mais carregadas de afeto e frustrações por visualizarem diariamente os limites de suas ações para a construção de um espaço verdadeiramente promotor de saúde. Estas diferentes posições enriqueceram a compreensão de como tem sido delineado o espaço da psicologia na promoção de saúde dos servidores no INSS.

Finalizo compartilhando o quanto foi desafiante e, sobremaneira, inquietante, a construção deste trabalho. A forma como as discussões que iam sendo construídas me afetavam me fez refletir sobre as inflexões das duas posições ao mesmo tempo ocupadas por mim: a de pesquisadora e psicóloga do quadro da organização estudada. As leituras e diálogos tecidos com os teóricos e colaboradores da pesquisa falavam necessariamente da minha experiência, do meu cotidiano de trabalho e da minha atuação enquanto psicóloga clínica

inserida em um contexto organizacional. Por vezes, questioneei minha prática, vi-me nos colaboradores quando compartilhavam a dificuldade em fazer promoção de saúde, avaliei minha postura profissional e repensei minha permanência na coordenação de uma equipe multiprofissional. Por outro lado, pude redirecionar meus caminhos e vislumbrar novas possibilidades de atuação. É fato que minha experiência na organização foi motivo de tensionamento em alguns momentos desta construção, mas acredito que meu inteiro envolvimento com a temática e o espaço investigados oportunizou a vivência intensa da construção de sentidos compartilhados, dando uma direção especial ao trabalho realizado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Aprender é construir e reconstruir pacientemente
Uma obra que não será definitiva porque o humano é transitório
Aprender não é conquistar nem apoderar-se, mas peregrinar
Aprender é estar sempre caminhando, não é reter, mas comungar
Tem que ser um ato de amor para não ser um ato vazio
(Paulo Freire)*

O desenvolvimento desta pesquisa foi mobilizado, especialmente, pelas reflexões que venho construindo acerca do meu fazer profissional no INSS. Os desafios para a concretização da atenção ao servidor e os questionamentos sobre o papel da psicologia na política de saúde levaram ao interesse em me aproximar ainda mais de outros colegas psicólogos para trocar experiências e refletir junto sobre o desenvolvimento das práticas psicológicas em promoção de saúde, às quais vim nos dedicando junto a outros profissionais.

No sentido de alcançar o objetivo deste trabalho, qual seja, investigar como vem sendo desenvolvidas as práticas psicológicas promotoras de saúde voltadas ao servidor do INSS, alguns pressupostos tomados como referência conduziram a leitura das narrativas dos colaboradores e todas as construções tecidas neste estudo. Era meu interesse entender como o espaço da psicologia estava sendo delineado no campo da saúde do servidor, considerando a complexidade deste campo e as singularidades do trabalho com saúde no espaço da organização. Questionei-me se a dimensão organizacional estava sendo observada na compreensão do adoecimento e nas propostas de ações promotoras de saúde. Em que medida as dimensões institucionais e subjetivas, coletivas e individuais, estavam sendo articuladas quando se buscava entender e traçar estratégias para prevenir a doença e promover a saúde dos servidores? Será que os psicólogos vinham tecendo discussões junto a outras áreas do conhecimento em uma perspectiva interdisciplinar de atuação?

O encontro com as experiências dos colaboradores que contribuíram com este estudo, a partir da articulação com meu próprio horizonte compreensivo e em diálogo com diversos autores, possibilitou a discussão e aprofundamento destas questões, além de ter mobilizado importantes reflexões que já ressoam em minha prática profissional e nos diálogos que venho tecendo dentro da organização.

A implementação da Política de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público Federal - Pass representou verdadeiramente um grande passo na atenção aos trabalhadores do serviço público, levando os órgãos da Administração Pública Federal a questionarem a forma como vinham, até então, se dedicando ao cuidado dos servidores e exigindo que novas perspectivas fossem adotadas. No INSS, a política mobilizou profícuos debates, especialmente junto às equipes de saúde e qualidade de vida no trabalho, sobre a saúde do trabalhador e a promoção da saúde, conduzindo a reflexões sobre a mudança paradigmática que este conceito exige que se opere, no sentido de uma compreensão integral e multidimensional do adoecimento, fundamentada nos princípios da saúde pública.

Aliado à implementação da política, as aceleradas mudanças que se processaram no INSS nos últimos anos – a partir do processo de reestruturação organizacional para modernização dos processos de trabalho com vistas à melhoria do atendimento ao cidadão – impulsionaram os debates sobre a urgência em qualificar a atenção aos servidores, tendo em vista que estas transformações na organização do trabalho têm impactado significativamente no aumento do nível de sofrimento, adoecimentos e afastamentos. Como consequência, tem-se gerado novas demandas para a área de gestão de pessoas, no sentido de desenvolverem uma atuação estratégica que, articulada com outras áreas da instituição, seja capaz de construir alternativas voltadas para a melhoria do atendimento à sociedade, cuidando para que seja garantida a saúde e o bem-estar dos servidores.

Além disso, as mudanças na organização do trabalho tem exigido um olhar ampliado e integrado da dimensão organizacional, apontando para a necessidade essencial de interlocução entre as diferentes áreas para a compreensão da realidade e a concretização de estratégias de melhoria para que os objetivos institucionais sejam alcançados. Parece que, cada vez mais, tem-se dado conta da realidade como um todo integrado e inter-relacionado, forçando uma atuação menos segmentada e mais sistêmica.

Nesse contexto, as equipes multiprofissionais também são impelidas a questionar sua atuação. Passa a ser indispensável a consideração dos determinantes organizacionais no adoecimento dos servidores, tendo em vista que as práticas até então implementadas, com foco pontual na adaptação do indivíduo ou do grupo, vem se mostrando claramente ineficazes diante das demandas atuais, tal como retratado nas narrativas dos profissionais que compartilharam conosco suas vivências.

No campo da psicologia, os desafios para a concretização da política de saúde do

servidor exigem questionamentos quanto aos fundamentos epistemológicos da própria disciplina, tendo em vista a necessidade de construir uma atuação em que se considere a subjetividade polifônica e um olhar multidimensional para os processos macrossociais envolvidos no fenômeno da saúde/adoecimento, superando uma concepção de subjetividade interiorizada e ensimesmada.

As construções tecidas a partir das narrativas dos colaboradores nos permitiram identificar este movimento de autoavaliação das práticas até então desenvolvidas, envolvendo o questionamento sobre sua eficácia e pertinência na melhoria da saúde e prevenção de adoecimentos no trabalho. Estas reflexões são representativas dos avanços já conquistados – mobilizados pela implementação da política e do contato com novas e complexas demandas – para a concretização de um projeto de promoção de saúde no INSS. Entretanto, ainda identificam-se muitas dificuldades na construção e execução de ações efetivas que se caracterizem como movimentos moleculares com potencial de transformação da realidade.

Arrisca-se afirmar que a dificuldade com relação ao fazer em promoção de saúde, identificada a partir das experiências dos narradores, se justifica, principalmente, pela leitura pouco aprofundada dos profissionais sobre a organização. Desconhecendo a complexidade das relações e processos que constituem as linhas de força do cenário organizacional, compartilha-se um discurso de vitimização dos servidores e culpabilização do sistema organizacional, causador de adoecimento e sofrimento. Sem considerar que os indivíduos têm participação na conformação do instituído e contribuem, de diferentes formas, para sua cristalização, toma-se esta ordem instituída como intangível e imutável. Esta leitura superficial da realidade resulta na dificuldade de construir estratégias de transformação da dimensão organizacional, fomentando sentimentos de frustração e incompetência nos profissionais (relatados por alguns narradores). Ou, ainda, gera resignação em limitar-se à execução de ações promotoras de saúde voltadas ao indivíduo como variável de ajuste.

Nesse sentido, a partir do que foi construído no encontro com os colaboradores, acredita-se que as equipes de saúde ainda carecem de espaços de processos formativos e capacitação continuada para o desenvolvimento de competências para atuação em promoção de saúde e saúde do trabalhador. Entretanto, entende-se ainda mais urgente a discussão e reflexão sobre a prática em saúde no espaço organizacional, considerando toda a complexidade da dinâmica e das relações que aí se estabelecem.

A consciência da complexidade das linhas de força que tangenciam os processos de

subjetivação e compõem o cenário organizacional conduz a uma percepção mais apurada quanto à dimensão das variáveis envolvidas no fenômeno de saúde/doença. Conseqüentemente, impõe-se, necessariamente, aos profissionais de saúde a interlocução com outras áreas da organização para propor estratégias de promoção da saúde e prevenção ao adoecimento do servidor, ultrapassando a visão setorializada e ensimesmada das equipes multiprofissionais.

Na contramão das ações com foco no indivíduo, numa perspectiva clínica tradicional, registra-se, no INSS, o despontar de práticas que se caracterizam como movimentos moleculares de questionamento e subversão do instituído. Partindo da constatação de que a transformação dos aspectos da dimensão organizacional implica em mudanças nos processos subjetivos entre indivíduos, grupos e organização, os psicólogos relataram práticas comprometidas com o processo de reflexão crítica e empoderamento do coletivo de trabalhadores para que se reconheçam como atores de transformações na organização e corresponsáveis na construção de estratégias de melhoria da sua saúde. Importa que estas ações sejam constantemente acompanhadas e avaliadas, sob o risco de, no encontro com as resistências da ordem instituída, serem reconfiguradas e perderem sua potência transformadora.

Fundamentadas na compreensão da organização como um todo complexo e dinâmico e na consideração das diferentes linhas de força que atravessam os processos de subjetivação, estas práticas se aproximam da proposta de uma clínica transversalizada em saúde, surgindo como uma alternativa para a atuação do profissional de psicologia no espaço organizacional. O espaço da psicologia no INSS vem, então, sendo delineado na direção de uma mudança paradigmática na compreensão do sujeito, reconhecendo-se a necessidade de uma leitura ampliada e contextualizada da subjetividade e do fenômeno da saúde/adoecimento. Partindo-se da identificação dos limites de uma prática profissional em uma perspectiva clínica tradicional frente às demandas contemporâneas que envolvem a atenção ao trabalhador na organização, vem sendo fertilizadas atuações mais efetivas e transversalizadas em promoção de saúde.

Entende-se que para a prática de psicologia em uma perspectiva de clínica transversalizada é imprescindível a articulação e interlocução de saberes. Esta atuação interdisciplinar pode ser um passo para a concretização de movimentos moleculares de questionamento e transformação da ordem instituída no sentido da construção de espaços de trabalho promotores de saúde.

As experiências dos psicólogos entrevistados apontam para a vivência de uma atuação multidisciplinar que ainda não alcança a articulação de diferentes áreas do conhecimento em uma perspectiva interdisciplinar de atuação. Acredita-se que isto possa, em parte, ser consequência do modelo de formação profissional que ainda predomina nos cursos de saúde, em forte ênfase clínica. Ainda centrada no paradigma da subjetividade interiorizada – que descontextualiza o sujeito, desvinculando-o do território e desconsiderando as diferentes linhas de força que atravessam os processos de subjetivação – a formação em psicologia contribui para o ensimesmamento dos profissionais e para a dificuldade em construir espaços de diálogo e construção com outros saberes. Considerando a crescente demanda para a psicologia no campo das políticas públicas, torna-se inevitável que sejam feitas reformulações nos cursos de formação em psicologia na direção da articulação entre as ênfases clínica e política de atuação.

Para a concretização da política de saúde do servidor no INSS, considera-se como fundamental que o debate sobre promoção de saúde extrapole as equipes de saúde e qualidade de vida no trabalho para envolver todas as áreas da organização, com ênfase especial para a área de gestão de pessoas, ainda despreparada para lidar com as múltiplas problemáticas envolvidas no sofrimento e adoecimento no trabalho dos servidores. Sem deixar de considerar a importância do envolvimento dos gestores da organização nos debates sobre saúde do trabalhador, na perspectiva de se perceberem corresponsáveis na garantia de ambientes de trabalho saudáveis.

Ressalta-se, ainda, a necessidade urgente de se pensar estratégias de cuidado para com os cuidadores em saúde no INSS. O encontro com as experiências dos psicólogos que trabalham com atenção à saúde foi também um encontro com suas angústias e sofrimentos frente ao desafio de construir espaços saudáveis na organização. Referências a sentimentos de impotência, cansaço, incompetência e frustração foram comuns a todas as narrativas, sinalizando que estes profissionais também precisam de cuidados.

Esta e outras problematizações serão compartilhadas com as equipes de saúde e gestores do INSS, podendo, em um segundo momento, ser estendida aos demais servidores. A intenção, como forma de socialização das ricas construções tecidas neste trabalho, é oportunizar espaços de apresentação e debate sobre o estudo e os desdobramentos possíveis para a melhoria da saúde dos servidores, tendo como caminho a consolidação das práticas promotoras de saúde na organização.

Longe de se pretender dar conta da complexidade do fenômeno investigado, as construções tecidas neste estudo, a partir do diálogo entre diferentes estudiosos e pesquisadores e os nossos narradores colaboradores, permitiram uma rica reflexão sobre as possibilidades e desafios da prática psicológica em saúde do trabalhador inserido no contexto da organização. Acredita-se, ainda, na contribuição desta construção para um campo ainda pouco explorado teoricamente: a promoção da saúde no trabalho, a partir da construção de novos horizontes compreensivos que podem inspirar outros estudos.

7. REFERÊNCIAS

- Andrade, A. N., & Morato, H. T. P. (2004). *Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. Estudos de Psicologia*, 9(2), 345-353.
- Andrade, L. B. (2012). *Liderança e Gênero na Administração Pública: a percepção dos gerentes das agências da previdência social em Recife*. Dissertação de Mestrado, Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. Rio de Janeiro.
- Benjamin, W. (1994). *Obras escolhidas. Magia e técnica, arte e política* (7ª ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Bleger, J. (1984). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Braga, T. B. M., Ferreira, B. L., Takeshita, M. H. & Delavia, F. S. (2013). Solicitude como modo de cuidar: atenção psicológica como cartografia clínica e plantão psicológico em hospital geral. Em Barreto, C. L. B. T., Morato, H. T. P., & Caldas, M. T. (orgs.) *Prática Psicológica na Perspectiva Fenomenológica* (283-315). Curitiba: Juruá.
- Brasil, Â. M. R. C. (2004, abr./mai.). Considerações sobre o trabalho do psicólogo em saúde pública. *Integração*, ano X, 37, 181-186.
- Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.
- _____. (2003). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação do SUS*. Brasília: CONASS.
- _____. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador*. (2ª ed). Brasília: Ministério da Saúde.
- _____. (2006). Presidência da República. Decreto nº 5.961, de 13 de novembro de 2006. Institui o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal - SISOSP. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 14 nov. 2006. Obtido de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5961.htm. Retirado em 05 de agosto de 2014.
- _____. (2009). Ministério da Previdência Social. Portaria nº 296, de 09 de novembro de 2009. Aprova o Regimento Interno do Instituto Nacional do Seguro Social. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 10 nov. 2009. Obtido de <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/66/mps/2009/296.htm>. Retirado em 16 de setembro 2014.
- _____. (2010a). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor. *Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental na Administração Pública Federal*. Brasília, DF.

- _____. (2010b). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor. Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília, DF.
- _____. (2010c). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria nº 03, de 07 de maio de 2010. Estabelece Orientações Básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor - NOSS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF. Obtido em <https://conlegis.planejamento.gov.br/conlegis/redirectDownload.htm?id>. Recuperado em 05 de agosto de 2014.
- _____. (2011). Presidência da República. Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 nov. 2011. Obtido em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm. Recuperado em 02 de julho de 2014.
- _____. (2012). Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46-51. Obtido em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Recuperado em 02 de julho de 2014.
- _____. (2013). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria nº 03, de 25 de março de 2013. Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF. Obtido em <https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/listaDocumentosPorTipo.xhtml>. Recuperado em 13 de janeiro de 2015.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- _____. (2003). Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia, D., & Freitas, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 15-38.
- Campos, G. W. S. (1992). Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde em Debate*, 37, 16-19.
- Carvalho, S. R., & Gastaldo, D. (2008). Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup 2), 2029-2040.
- Carvalho, S. F. & Leite, J. C. M. Saúde INSS 2011: uma análise da situação da saúde dos servidores do INSS: relatório final. Brasília, Instituto Nacional do Seguro Social, 2011, 290p.
- Cavalcante, C. A. A., Nóbrega, J. A. B., Enders, B. C., & Medeiros, S. M. (2008). Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]*, 10(1), 241-248. Obtido em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a23.htm>.

- Dejours, C. (1992). *A Loucura do Trabalho*. (5ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3 (1), 53-81.
- _____. (2000). A cultura profissional do psicológico e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública a saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-121.
- _____. (2001, jul./dez.). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 6(2), 57-63.
- Dutra, Elza. (2002). A narrativa como técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*. 7(2), 371-378.
- ENAP & INSS. (2009, out.). *Gestão das Agências da Previdência Social*. Ministério da Previdência Social. Escola Nacional de Administração Pública e Instituto Nacional do Seguro Social, Brasília. 112 p.
- Ferreira Neto, J. L. (2011). *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig.
- Ferreira Neto, J. L., & Kind, Luciana. (2011). *Promoção da saúde: práticas grupais na estratégia de saúde da família*. São Paulo: Hucitec; Belo Horizonte, MG: Fapemig.
- Foucault, M. (1988). *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Francisco, A. L. (2000). *Instituições e dispositivos institucionais: processos de subjetivação e seus efeitos*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000.
- _____. (2012). *Psicologia Clínica: prática em construção e desafios para a formação*. 1.ed. Curitiba, PR: CRV.
- Frota, A. M. (1997/1998, jan./dez.) Da fenomenologia transcendental à hermenêutica ontológica: elementos para discussão. *Revista de Psicologia*, Fortaleza, 15(1/2), 16 (1/2), 27-34.
- Galindo, W. C. M., & Francisco, A. L. (2013). Psicologia e Saúde Coletiva: notas para debate. Em Barreto, C. L. B. T., Morato, H. T. P., & Caldas, M. T. (orgs). *Prática Psicológica na Perspectiva Fenomenológica*. Curitiba.
- González Rey, F. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Instituto Nacional do Seguro Social. (2010). Ministério da Previdência Social. *Carta de Princípios de Gestão e Governanças do INSS – Formando Líderes*. INSS, Brasília.
- _____. (2011). Diretoria de Recursos Humanos. Coordenação Geral de Educação

Continuada. Serviço de Qualidade de Vida do Servidor. *Caderno Básico de Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho*. Brasília, DF.

- _____. (2013) Concurso Público para Analista do Seguro Social. *Edital nº 1/2013, de 9 de agosto de 2013*. Obtido em http://www.funrio.org.br/funrio/funrioconcursos/funrio_arquivos/concurso_097_publicacoes/CONCURSO_097_EDITAL01_E_ANEXOS.PDF. Retirado em 13 de janeiro de 2015.
- _____. (2014). *INSS em Números: Boletim Estatístico Gerencial - Outubro/2014*. Brasília.
- Jovchelovitch, S.; Bauer, M. W. (2002). Entrevista narrativa. Em: Bauer, M. W. Gaskell, G. (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 90-113.
- Khun, Thomas S. (1991). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva.
- Lawn, C. (2011). *Compreender Gadamer*. (3ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lévy, A. (2001). *Ciências clínicas e organizações sociais*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Melo, S. M. V.; Caldas, M. T. (2013). Merleau-Ponty e Gadamer: possibilidade de se pesquisar a prática de psicólogos clínicos. Em: Barreto, C. L. B. T. (Org.). *Prática psicológica na perspectiva fenomenológica*. Curitiba, p. 183-201.
- Mendes, R., & Dias, E. C. (1991). Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 25(5), 341-9.
- Minayo, M. C. S. (1991, abr./jun.). Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina*, 24(2).
- Minayo-Gomes, C., & Thedim-Costa, S. M. F. (1997). A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 13(Supl. 2), 21-32.
- Ministério da Previdência Social. (2014). *Boletim Estatístico da Previdência Social – BEPS*, Brasília, 19(11).
- Oliveira, M. H. B., & Vasconcellos, L. C. F. (2000, maio/ago). As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador: tempos de avaliação. *Saúde em Debate*, 24 (55).
- Ozella, S. (2003). Pesquisar ou construir conhecimento: o ensino da pesquisa na abordagem sócio-histórica. Em Bock, A. M. (org.). *A perspectiva sócio-histórica na formação da psicologia*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Pinheiro, S. L., & Frota, A. M. (2009, 2º sem.). Uma compreensão da infância dos índios Jenipapo-Kanindé a partir deles mesmos: um olhar fenomenológico, através de narrativas e desenhos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, Ano 9, n. 3, 724-759.
- Prado, R. A. A. (2009). *Proposição de modalidade de prática clínica psicológica em saúde pública*. Dissertação de Mestrado, Pró-reitoria Acadêmica, Curso de Mestrado em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP. Recife, PE.

- Rolnik, S. (1992). *Subjetividade e história*. Trabalho apresentado no Curso de Psicanálise promovido pelo Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo.
- _____. (1994). *A diferença no divã: Uma perspectiva ético/estético/política em psicanálise*. Palestra proferida na mesa-redonda “Psicanálise e Poder”, III Fórum Brasileiro de Psicanálise, Belo Horizonte: Mimeo.
- _____. (1997). Uma insólita viagem à subjetividade: fronteiras com a ética e a cultura. Em Lins, D. S. (org.). *Cultura e Subjetividade: saberes nômades*. Campinas, SP: Papirus.
- Saraceno, B. (1996). Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. Em PITTA, A. (Ed.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 150 – 154). São Paulo: Hucitec.
- Schwandt, T. (2006). As três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. Em Dezin, N. K. (org.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens* (pp. 193-217). Porto Alegre: Artmed.
- Spink, M. J. P. (org.). (2010). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____. (2013). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. (9ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Traverso-Yépez, M. (2001, jul./dez.) A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 6(2), 49-56.

8. ANEXO

Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Sr(a).,

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa Práticas Psicológicas Promotoras de Saúde do Servidor no INSS, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável doutora Ana Lúcia Francisco.
2. Você foi selecionado por atuar no INSS como profissional de psicologia com promoção de saúde do servidor e poder contribuir com sua experiência profissional.
3. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP.
5. O objetivo deste estudo é investigar como vem sendo desenvolvidas as práticas psicológicas promotoras de saúde do servidor no INSS. Para tanto, elegemos como objetivos específicos: (1) Apresentar indicadores que caracterizam a Política de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público Federal e sua concretização no Instituto Nacional do Seguro Social; (2) Apresentar as práticas psicológicas no contexto das políticas públicas e a organização como espaço de produção de subjetividades como possibilidades de compreender a atuação dos psicólogos em promoção de saúde no INSS; (3) Compreender as práticas psicológicas voltadas à promoção da saúde do servidor do INSS, a partir da experiência dos profissionais de psicologia do órgão.
6. Sua contribuição nesta pesquisa consistirá, apenas, em responder a uma pergunta disparadora: Conte-me sobre sua experiência profissional em promoção de saúde do servidor no INSS.
7. Por se tratar de uma pesquisa voltada ao relato da experiência de profissionais sobre sua atuação em promoção de saúde, utilizando-se, para tanto, de uma entrevista narrativa, a pesquisa não é invasiva, não oferecendo riscos a seus participantes. Caso haja algum desconforto, abre-se a possibilidade de desistência da pesquisa ou de uma escuta mais direcionada visando dar suporte a esse desconforto.
8. Os benefícios relacionados com a sua participação referem-se à possibilidade de contribuir com o delineamento do papel do psicólogo na atuação em promoção de saúde do trabalhador do serviço público, a partir de espaço de reflexão sobre sua prática profissional.
9. As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.
10. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.
11. O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL (ORIENTADOR)

Nome: Ana Lúcia Francisco

Assinatura:

Endereço completo: Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP, Rua Almeida Cunha, 245 – Santo Amaro – Bloco G4 – 7º andar – CEP: 50050-480 RECIFE – PE – BRASIL.

Telefone: (81) 2129-4172.

E-mail: ana.francisco@terra.com.br

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos do estudo Práticas Psicológicas Promotoras de Saúde do Servidor no INSS, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAP que funciona na Coordenação Geral de Pesquisa, da PRÓ-REITORIA ACADÊMICA – PRAC, da UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO - UNICAP, localizada na RUA ALMEIDA CUNHA, 245 – SANTO AMARO – BLOCO G4 – 8º ANDAR – CEP 50050-480 RECIFE – PE – BRASIL. TELEFONE (81) 2119.4376 – FAX (81) 2119.4004 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: pesquisa_prac@unicap.br

Brasília, _____ de _____ de 20__

Sujeito da pesquisa