

Grupo dos Novos: relato de uma experiência de estágio com grupos de acolhimento de trabalhadores em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest)

Jaquelina Maria Imbrizi¹
Isabel Lopes do Santos Keppler²
Marcelo Soares Vilhanueva³

The newcomers group (Grupo dos Novos): trainees' experience welcoming workers at a Worker's Health Reference Center (Cerest)

¹ Departamento de Saúde, Clínica e Instituição da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista. Santos, SP, Brasil.

² Programa de pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil

³ Centro de Atenção de Álcool e Outras Drogas. Secretaria Municipal de Saúde. Santos, SP, Brasil.

Contato:

Jaquelina Maria Imbrizi

E-mail:

jaque_imbrizi@yahoo.com.br

O trabalho não foi subvencionado.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Resumo

Este trabalho relata experiência de estágio curricular ocorrida em 2010 e 2011 num Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). Oito estagiárias de 4º e 5º anos do curso de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Campus Baixada Santista, observaram e coordenaram um grupo, informalmente denominado Grupo dos Novos, com o objetivo de prover um espaço de acolhimento ao trabalhador que procura pela primeira vez ajuda dos profissionais do equipamento de saúde. O relato apresenta nosso posicionamento ético, político e estético na área de saúde e trabalho, com suas limitações e potencialidades no contexto da sociedade capitalista. Os resultados corroboraram a importância dos Grupos de Acolhimento como garantia do acesso universal, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram analisados os possíveis impactos dessa experiência: os usuários tiveram oportunidade de produzir uma nova compreensão sobre seu adoecimento, não mais tão individualizada, mas sim atrelada às condições de trabalho; os estagiários articularam teoria e prática a partir de conhecimentos em educação popular, processo grupal e análise institucional; e a equipe da unidade acompanhou um novo modo de organizar o atendimento ao trabalhador. Concluímos que o Grupo dos Novos deu um primeiro passo na quebra da lógica de organização dos serviços centrada na figura do médico.

Palavras-chave: grupo de acolhimento; saúde do trabalhador; experiência de estágio; formação para o trabalho em saúde.

Abstract

This article reports on the curricular traineeship activity held between 2010 and 2011 in a Centro de Referência em Saúde do Trabalhador [Worker's Health Reference Center], Cerest. Eight 4th and 5th year Psychology students from the Federal University of São Paulo (Unifesp), observed and coordinated a group – informally named Grupo dos Novos [the Newcomers group] – aimed at offering a warm and welcoming environment for workers seeking healthcare for the first time in the Center. The report presents our ethical, political and aesthetic position concerning health and labor with its restraints and potentialities in the context of a capitalist society. The results endorse the importance of the Welcoming Groups as warranty for universal access, a principle of the Brazilian Unified Health System (SUS). Possible impacts of this experience were analyzed: the Center users had the opportunity to develop a new awareness of their sickening process, no longer from the individual point of view, but related to working conditions; the trainees articulated theory and practice from their experience on popular education, group work as well as institutional analysis; and the Center staff experienced a new method to organize worker's care. We concluded that the Newcomers Group took the first step to defy the logic of health service organization focused on the doctor.

Keywords: welcoming group; worker's health; traineeship experience; training for healthcare jobs.

Recebido: 24/07/2012

Revisado: 14/10/2013

Aprovado: 15/10/2013

Introdução

Quais são os limites e as possibilidades da atenção e do cuidado à saúde do trabalhador na sociedade capitalista? A área de pesquisa e atuação em Saúde do Trabalhador não pode ignorar o fato de que se insere em uma sociedade cuja base da organização é a exploração da força de trabalho e na qual o conflito capital/trabalho atravessa as relações de produção. Portanto, para os profissionais da área que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), esse conflito não deve ser camuflado quando se discute o cuidado ao sofrimento e ao adoecimento que emergem em situações de trabalho. Para esta discussão, parte-se do pressuposto de que essa organização societária cinde-se principalmente em duas classes – os homens que detêm os meios de produção e aqueles que vendem sua força de trabalho. Diante disso, evidentemente, temos uma realidade de extrema complexidade, atravessada por uma série de elementos ideológicos que pautam os diversos âmbitos da vida: familiar, profissional, educacional e cultural, bem como o do cuidado em saúde.⁴

Podemos identificar alguns desses elementos ideológicos na atuação dos trabalhadores da saúde, que parecem precisar optar entre os interesses dessas classes – seja favorável à classe dominante, questionando a veracidade do sofrimento do trabalhador que adocece ou tratando-o apenas de modo a habilitá-lo a voltar à produção, seja buscando posicionar-se de forma a combater frontalmente essa lógica vigente, promovendo não só a assistência, mas o fortalecimento desse sujeito em conjunto com outros e também denunciando, pela vigilância em saúde, os modos por que se expressa concretamente a exploração nas diversas categorias de trabalho.

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) é um dispositivo de organização da rede do SUS para ações de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador que oferece retaguarda especializada para o atendimento e o cuidado à saúde do trabalhador.

A prática do psicólogo nessa área parte do proposto pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop), que, em convergência com os princípios do SUS, explicita as questões éticas e políticas da atuação em saúde do trabalhador:

Atuando no âmbito público, os profissionais da área de Saúde do Trabalhador no SUS [...] são representantes do Estado, e, enquanto tais, têm o dever de proteger o lado mais frágil dessa relação. Para isso, devem estar atentos às condições de qualquer tipo de atividade laboral (formal ou informal) que possa representar riscos para a saúde dos trabalhadores, independentemente de que, para o seu equacionamento, sejam necessárias ações que se oponham aos interesses dos empregadores. (CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2010, p. 40)

No entanto, na maioria das vezes, quando o trabalhador procura atendimento, ele já tem uma larga trajetória de contato com profissionais de saúde que tendem a suspeitar da veracidade da dor física ou do sofrimento relatado (KEPLER et al., 2011) – muitos deles inapreensíveis em exames laboratoriais. O que implica afirmar que, infelizmente, apesar do acúmulo de informações sobre os problemas que afetam a saúde do trabalhador, expostas no documento publicado pelo Crepop (CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2010), ainda há profissionais que insistem em camuflar a tensão, escolhendo o caminho que lhes parece mais fácil, que é de reputar “fingido” o trabalhador queixoso.

A pergunta que subjaz é: por que o trabalhador “fingiria”, se as condições de trabalho fossem decentes?⁵ Entendemos esse tipo de trabalho como um ideal que é obstado pela dinâmica da lógica capitalista. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (apud FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 236), decente é:

um trabalho produtivo e adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, sem quaisquer formas de discriminação e capaz de garantir uma vida digna a todas as pessoas que vivem do seu trabalho.

Se existir, talvez o “fingimento” seja uma forma de resistência do trabalhador às condições laborais opressoras, ou seja, uma forma de responder a uma lógica perversa, a que o adoecimento é um dos modos de o trabalhador se inserir e ter acesso a seus direitos sociais (CARRETEIRO, 2001). Entretanto, nem esse modo de formular a pergunta nem a possível resposta aparecem no universo cultural desses acusadores.

⁴ Entende-se por ideologia: “As ideias da classe dominante são, em cada época, as ideias dominantes, isto é, a classe que é a força material dominante da sociedade é, ao mesmo tempo, sua força espiritual dominante. A classe que tem à sua disposição os meios de produção material dispõe também dos meios da produção espiritual. As ideias dominantes não são nada mais do que a expressão ideal das relações materiais dominantes, são as relações materiais dominantes apreendidas como ideias; portanto, são a expressão das relações que fazem de uma classe a classe dominante, são as ideias de sua dominação” (MARX; ENGELS, 2007, p. 47).

⁵ De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT): “O Trabalho Decente é o ponto de convergência dos quatro objetivos estratégicos da OIT: o respeito aos direitos no trabalho (em especial aqueles definidos como fundamentais pela Declaração Relativa aos Direitos e Princípios Fundamentais no Trabalho) e seu seguimento adotado em 1998: (i) liberdade sindical e reconhecimento efetivo do direito de negociação coletiva; (ii) eliminação de todas as formas de trabalho forçado; (iii) eliminação efetiva do trabalho infantil; (iv) eliminação de todas as formas de discriminação em matéria de emprego e ocupação; a promoção do emprego produtivo e de qualidade, a extensão da proteção social e o fortalecimento do diálogo social” (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2012).

Ainda quanto à suspeita de fingimento que paira sobre o trabalhador, Barreto (2003) inverte os pesos e as medidas dessa equação e denuncia o sentimento de humilhação dos trabalhadores em situações de avaliação por peritos do INSS ou por médicos dos setores de medicina do trabalho nas empresas, que desconfiam da veracidade do que lhes é relatado. É comum que a desconfiança sobre a queixa do trabalhador se transforme em sentimento de humilhação: “uma modalidade de angústia disparada pelo impacto traumático da desigualdade de classes” (GONÇALVES-FILHO, 1998, p. 11).

Segundo as diretrizes do Crepop (CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2010, p. 18), o profissional que atua no serviço público de saúde deve dar prioridade ao atendimento do trabalhador e não à produtividade da empresa. Trata-se de uma alerta ao profissional de saúde:

a vivência e o saber dos trabalhadores também assumem importante papel nas estratégias para se conhecer e transformar a realidade, na forma de interpretar o adoecimento e organizar os serviços de saúde para operar sobre essa realidade.

Assinala-se aqui o princípio irrevogável que deve reger a atuação do profissional na área de saúde e trabalho: dar voz ao trabalhador sem se refugiar em julgamentos de valor.

Nesse processo de dar voz ao trabalhador, deparamos com uma queixa que fica no limiar entre o discurso da vítima – respaldado na posição de quem não tem responsabilidade por seu próprio processo de saúde-adoecimento-cuidado – e o sentimento de culpa – entre o dito e o não dito, o vocabulário de alguns trabalhadores deixa entrever uma tendência a se culpar por ter adoecido (KEPLER et al., 2011).

Essa contextualização do tipo de sofrimento que aparece na queixa do trabalhador apoia esta discussão sobre as dimensões éticas, políticas e estéticas que deveriam pautar a atuação do profissional da saúde: problematizar a queixa que, no primeiro contato do profissional com o usuário, aparece como sofrimento individualizado e que subsidia o fato de que o próprio trabalhador tende a se culpar por ter adoecido. O que se transforma em um imenso desafio: como oferecer um acolhimento em que não haja, explícita e/ou implicitamente, um juízo moral que culpa o usuário por ter adoecido? Como o profissional de saúde pode criar estratégias para problematizar o processo pelo qual o próprio trabalhador se culpa por seu adoecimento? Como transformar a culpa do trabalhador em responsabilidade no cuidado de si e, assim, posicioná-lo, juntamente ao profissional de saúde, como questionadores das más condições de trabalho? Como imprimir um modo de conceber o trabalhador como sujeito criativo no trabalho e na vida?

Há alguns encaminhamentos para essas questões: o atendimento deve estar pautado no fato de que o trabalhador é a pessoa mais adequada para falar sobre sua experiência e tem direito a todo o tipo de informação sobre seu problema (CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2010). O atendimento deve ser partilhado entre usuário e profissional do serviço de saúde, ou seja, o trabalhador pode construir o atendimento junto aos profissionais e ter uma postura ativa e participativa, com vistas à sua autonomia na defesa de sua integridade física e psíquica (MENDES; DIAS, 1991). Outro ponto importante é que o atendimento oferecido pelos funcionários do Cerest deve se pautar em estratégias que evitem o isolamento do sujeito e concorram para a partilha de experiências por meio da criação de grupos de acolhimento para potencializar a capacidade de enfrentamento dos problemas, sejam relacionados à luta por melhores condições de vida, saúde e trabalho, sejam referentes ao controle social – a participação no controle da qualidade do atendimento prestado pelos profissionais dos serviços de saúde.

O objetivo deste artigo é apresentar e analisar a experiência, em um Cerest paulista, de um grupo de acolhimento – informalmente chamado Grupo dos Novos – coordenado e observado por estagiárias do 4º e do 5º anos de Psicologia em 2010 e 2011. A criação desse grupo visava promover um espaço de acolhimento em grupo ao trabalhador que procura, pela primeira vez, ajuda dos profissionais do equipamento de saúde.

Neste relato, apresentamos nosso posicionamento ético, político e estético na área da saúde do trabalhador, com suas limitações e potencialidades no contexto da sociedade capitalista; as perspectivas e as constatações da experiência de estágio no Cerest; e o histórico do Grupo dos Novos como estratégia de acolhimento e seus efeitos na equipe da unidade, nos usuários e nas estagiárias. Nas considerações finais, discutimos limites e potencialidades da experiência com grupos no sentido de produzir um novo modo de acolher o usuário e dar um primeiro passo na quebra da lógica de organização dos serviços centrada na figura do médico.

Procedimentos metodológicos

Este texto parte do pressuposto de que é imprescindível articular a produção de conhecimentos e a experiência. Para escrevê-lo, reuniram-se a supervisora de estágio (a primeira autora), uma das estagiárias, que teve a ideia de tornar público o que aconteceu na prática de estágio (a segunda autora) e o preceptor, que, no período transcorrido, acumulava as funções de coordenador e psicólogo do serviço (o terceiro autor do texto). No que tange às atividades desenvolvidas pelas estudantes, havia momentos em

que elas pesquisavam os documentos e a história do equipamento, observavam a dinâmica institucional e visitavam sindicatos para conhecer o entorno e divulgar os serviços oferecidos pelo Cerest. Em outros momentos, participavam do grupo de discussão e de estudos em saúde e trabalho, de reuniões individuais e em grupo com o pessoal do serviço e de supervisões, sempre sob a supervisão da professora e do preceptor. Mensalmente, as estagiárias entregavam diários de campo individuais e juntas elaboravam dois relatórios por ano, em que referiam as atividades realizadas (BOCCHI et al., 2010; KEPLER et al., 2011). Todos os autores leram os materiais escritos e analisaram o que se repetia, o que se sobressaía e o que era inovador no resultado final da produção escrita. É dessa elaboração coletiva que trata este relato de experiência.

Premissas e referencial: uma tomada de posição política do profissional em Saúde do Trabalhador

A saúde do trabalhador é uma prática que nasce dos movimentos sociais e dos trabalhadores, na Itália, durante a década de 1960, em uma conjuntura em que “os trabalhadores explicitam sua desconfiança nos procedimentos técnicos e éticos dos profissionais de saúde” (MENDES; DIAS, 1991, p. 346).

Trata-se de uma lógica cuja premissa é o empoderamento dos trabalhadores com relação a sua própria saúde e, nesse contexto, o profissional se posiciona como aliado e dá ao trabalhador o lugar de protagonista desse cuidado. Um claro exemplo disso é um dos principais lemas dos trabalhadores naquele momento histórico – “não delegar”, seja ao patrão ou ao profissional da saúde.

A discussão da relação entre saúde e trabalho se insere em um projeto político mais amplo, com uma perspectiva de classe que revela a posição dos profissionais da saúde como aliados da classe trabalhadora. Essa opção baseia-se em princípios éticos e políticos, ou seja, o profissional de saúde se reconhece como um trabalhador inserido nesta sociedade cindida em classes e que também sofre o impacto desses interesses distintos. Ciente desses princípios, a prática do profissional seria coadjuvante à daqueles que, como ele, são explorados, ao invés de reproduzir a lógica dominante agindo como colaborador da manutenção da ordem vigente.

No Brasil, as discussões sobre saúde do trabalhador emergem no fim da década de 1970, influenciadas pelo Modelo Operário Italiano, em um período de abertura política e crescimento dos movimentos sociais e sindicais que depois culminariam na redemocratização do país e na Constituição de 1988 (CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2010). Acompanha esses

debates uma série de outras discussões no âmbito da saúde pública que resultariam na criação do SUS. Apesar de constar na Constituição de 1988 que compete ao SUS realizar ações de saúde do trabalhador, só em 2002 o Ministério da Saúde fomenta uma política de implantação dessas unidades especializadas na atenção e no cuidado à saúde do trabalhador.

É em uma dessas unidades especializadas que o corpo do trabalhador se mostra alquebrado, testemunho de que se ultrapassaram seus limites corporais e psíquicos para adaptá-lo às exigências do mundo da produção. Um corpo que já adoeceu ou está prestes a adoecer em consequência da intensa exigência da reestruturação produtiva e do aumento do desemprego. Segundo Harvey (2005), o desemprego é inerente às crises cíclicas próprias do sistema capitalista, e Martins (2002) afirma que, na atualidade, cada vez mais o trabalhador é aquele que procura trabalho. Em função das pressões do modelo de excelência e do conseqüente medo do desemprego, o trabalhador aceita condições de trabalho insalubres para manter seu emprego e incorpora valores de uma cultura que tende a individualizar o sofrimento. É o que Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010, p. 240) denominam psicopatologia da precarização, que se refere “aos quadros paranoides não psicóticos cada vez mais encontrados na prática dos serviços de saúde que atendem trabalhadores” e a alguns transtornos mentais relacionados à violência contida na precarização social e do trabalho, pela qual muitos se aproximam de uma neurose da excelência que:

Constituem o produto de um clima organizacional de desconfiança, incerteza e intimidação em que o controle se configura como vigilância que não tem trégua. Os medos se multiplicam e criam um estado de tensão e alerta permanentes, no qual o trabalhador tem vivências de estar sempre sob ameaça, sujeito a ciladas, isolado, silenciado e sem poder confiar em ninguém. (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 240)

Nesse sentido, nossa proposta de trabalho é de inspiração marxiana (MARX, 1974; MARX; ENGELS, 2007) – valendo-se também de conceitos e práticas da análise institucional (PASSOS; BARROS, 2000) – e problematiza os limites da atuação em saúde do trabalhador em um contexto de exploração da força de trabalho na sociedade capitalista. Trata-se de problematizar o atendimento de profissionais de saúde aparentemente com pouca habilidade para cuidar desse tipo de sofrimento e de médicos que ocupam espaços de decisão e são os responsáveis pela elaboração de laudos que dispõem sobre o afastamento remunerado em casos de acidente e/ou adoecimento do trabalho.

A experiência de estágio no Cerest

A unidade do Cerest da Baixada Santista, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Santos e protagonista deste relato, foi uma das primeiras criadas no Brasil, no início da década de 1990, quando os movimentos de redemocratização e sanitário impulsionaram diversas iniciativas pioneiras e de vanguarda, como a criação de uma unidade de saúde do trabalhador dentro do SUS, integrando a assistência à saúde com a vigilância dos ambientes de trabalho. Com o passar dos anos e as alterações na gestão pública, em níveis municipal, estadual e federal, houve muitas mudanças na equipe e na linha de atuação nesse equipamento de saúde, enfraquecendo essa integração.

No período em que se desenvolveram as atividades de estágio, a equipe do Cerest era composta por dois médicos do trabalho, dois enfermeiros, dois psicólogos, uma fonoaudióloga, um engenheiro, um médico sanitário, três funcionários administrativos e uma auxiliar de limpeza. Duas equipes de estágio cumpriam rotina semanal de atividades e, além da equipe do curso de Psicologia, havia uma professora supervisora do curso de Terapia Ocupacional com quatro estagiárias do 4º ano cujas atividades ocorriam três vezes por semana.

A assistência aos trabalhadores ficava a cargo dos dois médicos do trabalho, da fonoaudióloga e dos psicólogos, e o restante da equipe se dedicava à vigilância dos ambientes de trabalho.

Cabe ressaltar, então, que a porta de entrada dos trabalhadores ficava a cargo dos dois médicos do trabalho, que reservavam um dia por semana para atender os novos usuários que procuravam o serviço. E diga-se que só se abriam prontuários se um médico estabelecesse nexos causais entre o adoecimento e o trabalho. Em caso contrário, os usuários voltavam para casa desamparados, sem registro no serviço e sem a possibilidade de ter contato com os demais profissionais da unidade.

O estágio curricular do curso de Psicologia aconteceu durante os anos de 2010 e 2011 e contava com a supervisão de uma professora da universidade e com a preceptoria do psicólogo que na época ocupava o cargo de coordenador do Cerest. Em 2010, a equipe era composta por quatro estagiárias do 5º ano e, por se tratar de estágio profissionalizante, as atividades eram diárias. Em 2011, a equipe tinha duas estagiárias do 4º ano, que iam à unidade uma vez por semana, e duas do 5º ano.⁶

Nesses dois anos, observamos que os sindicatos e os próprios usuários desconhecem os equipamentos de saúde da região, assim como os serviços prestados pelo Cerest, o que dificulta a intra e a intersectorialidade, princípios fundamentais para a saúde do trabalhador no SUS. Logo, incluímos na proposta de estágio atividades de divulgação interna dos serviços prestados pelo equipamento (ou seja, para o usuário da unidade) e divulgação externa, por meio de um planejamento de visitas aos sindicatos da região. No primeiro semestre de 2011, foram visitados dez sindicatos na cidade de Santos, e a maioria deles não sabia da existência de um equipamento especializado no atendimento à saúde do trabalhador e desconhecia seus objetivos. Nessas visitas, as duas estagiárias do 4º ano entregaram folhetos de divulgação sobre serviços prestados pelo Cerest e convidaram representantes sindicais a visitar a unidade, o que infelizmente não aconteceu.

Quanto à divulgação interna, para o usuário que procura atendimento no Cerest, as estagiárias de 2010 observaram que, além de desconhecer as atividades desenvolvidas no equipamento, os trabalhadores que buscavam ajuda já haviam percorrido diversos equipamentos de saúde, postos de atendimento da Previdência e setores ligados aos direitos trabalhistas, mas encontraram mais obstáculos do que soluções para seu problema, o que desencadeava um sentimento de impotência e frustração (BOCCHI et al., 2010). Segundo uma dessas estagiárias, o trabalhador comparece cansado, como se atravessasse uma “saga” que, muitas vezes, revela a luta inglória frente à dificuldade para ser atendido com respeito e dignidade pelos profissionais dos vários setores do sistema. Isso pode se dever à falta de informações e à desconexão entre os setores e até à contradição entre o que dizem os profissionais que trabalham nessas instituições. Também merece destaque o uso de termos técnicos pelos profissionais de saúde e que frequentemente estão muito longe do vocabulário do usuário, o que dificulta a compreensão dos possíveis encaminhamentos aos problemas que atravessam a vida do trabalhador.

Todos esses fatores apontam uma fragmentação entre as diferentes instâncias que operam no cuidado e na atenção ao trabalhador: acesso aos benefícios e aos afastamentos do trabalho associados ao INSS por meio do Ministério da Previdência Social; esclarecimentos sobre direitos supostamente garantidos pelo Ministério do Trabalho e Emprego, mas de que os trabalhadores não usufruem; e os dispositivos de

⁶ Quando decidimos escrever este texto, as quatro estagiárias de 2010 (Amanda Fernandez, Brenda Bocchi, Lígia Shimura e Solema Valverde) já estavam formadas e fora da universidade. Todas as estagiárias de 2011 (Isabel Kepler, Janaína Hirata, Paola Albertin e Thays Brenner) foram convidadas a participar da produção escrita, mas apenas uma delas se dispôs a escrever. Cabe ressaltar que a ideia de produção deste texto foi de uma das estagiárias, que é a segunda autora deste relato.

atenção e cuidado à saúde por meio do SUS. O trabalhador chega ao Cerest tendo experimentado essa fragmentação e tem dificuldades de ver como um todo o processo que atravessa sua vida. Em outras palavras, estão obstadas as potencialidades das ações intra e intersetoriais em saúde do trabalhador, das quais eles poderiam usufruir para atenuar seu sofrimento e mal-estar. Ao contrário, essas experiências podem acentuar o cansaço, a sensação de desamparo e o processo de adoecimento do trabalhador.

Outro agravante diretamente relacionado à dificuldade de articulação intra e intersetorial da saúde do trabalhador é que as unidades do Cerest estão sendo subutilizadas por trabalhadores que precisam desse atendimento. Na unidade onde transcorreu o estágio, praticamente não havia filas de espera e muitas vezes os profissionais de saúde ficavam ociosos.

Grupo dos novos: o acolhimento como estratégia de cuidado à saúde do trabalhador

Ao observar a organização dos atendimentos, as estagiárias do curso de Psicologia de 2010 propuseram o projeto Grupo dos Novos, recuperando uma estratégia para garantir o acesso universal por meio de um grupo de acolhimento. Surgida na década de 1990, a ideia foi da então psicóloga do Cerest, que se encontrava com os trabalhadores depois da entrevista de triagem com os médicos do trabalho. Quase 20 anos se passaram até que, pesquisando antigos documentos do equipamento, duas estagiárias do ano de 2010 encontraram o registro dessa experiência (BOCCHI et al., 2010).

O objetivo do Grupo dos Novos era prover um espaço de acolhimento em grupo ao trabalhador que procura pela primeira vez ajuda dos profissionais do equipamento de saúde. No ano de 2010, as estagiárias desenharam um projeto pelo qual os usuários eram abordados na sala de espera e convidados a participar do grupo em outro dia da semana. O processo não logrou muito êxito porque os usuários dificilmente voltavam no dia marcado.

O que se relata aqui é a inovação proposta pelas estagiárias de 2011. O grupo ocorria antes e no mesmo dia do atendimento dos médicos, da seguinte forma: o usuário marcava a consulta médica, pessoalmente ou por telefone, com os funcionários administrativos da recepção. O agendamento era feito duas vezes por semana, às terças-feiras pela manhã e às quartas-feiras à tarde. Havia, então, dois Gru-

pos dos Novos por semana, uma hora antes do atendimento da triagem. No ano de 2011, os encontros grupais aconteceram durante os meses de março e novembro, perfazendo aproximadamente 60.

O roteiro das atividades era o seguinte: enquanto estavam na sala de espera para a entrevista de triagem com os médicos do trabalho, os usuários eram convidados pelas estagiárias a participarem do grupo com a seguinte pergunta: “Você gostaria de participar de um grupo de troca de experiências que discutirá as relações entre saúde e trabalho?” Uma das estagiárias encaminhava os trabalhadores que concordavam em participar para uma sala mais reservada da unidade, onde eram recepcionados por outra estagiária e convidados a se sentar em cadeiras dispostas em círculo, instaurando uma roda de conversa. Os usuários eram informados de que, assim que o médico começasse a triagem, cada um deles seria chamado, por ordem de chegada à unidade, para atendimento individual. Um funcionário ou uma estagiária avisavam quando o usuário deveria sair do grupo para fazer a entrevista de triagem e o convidava a voltar tão logo fosse liberado pelo médico.

Em 2011, cada grupo era composto por duas estagiárias do curso de Psicologia e por usuários que seriam atendidos pela primeira vez no Cerest. O número de participantes no grupo dependia do número de pacientes agendados no dia e variava de 3 a 8. As estagiárias se revezavam como coordenadora e observadora dos grupos.⁷ Tratava-se de observação participante, e a estagiária podia fazer breves considerações e intervenções durante o trabalho do grupo e anotações esporádicas em um diário de campo. A coordenadora devia facilitar as relações e as trocas entre os integrantes do grupo e estimular as discussões sobre o papel da organização do trabalho no adoecimento do trabalhador.

A partir do que contavam os trabalhadores, as estagiárias localizavam pontos centrais a serem desenvolvidos na roda de conversa. Essa segunda etapa tinha um caráter informativo, no qual as estagiárias contribuíam com esclarecimentos sobre as relações entre saúde e organização do trabalho e direitos trabalhistas e previdenciários (afastamento, acidentes de trabalho, tipos de benefício, perícia, aposentadoria etc.), que eram apresentados conforme emergiam as questões disparadas pelos usuários no encontro e ao longo da discussão. Em seguida, eram informados sobre as atividades oferecidas no Cerest (atendimentos individuais de profissionais da medicina, psicologia e terapia ocupacional, atividades grupais, acompanhamento do processo de afastamento, atividades de prevenção, possíveis encaminhamentos

⁷ Em um dos dias da semana, participava também, como observadora, uma estagiária do 4º ano de Terapia Ocupacional.

para atendimentos ambulatoriais e exames médicos, avaliação fonoaudiológica e serviços de vigilância). Se houvesse interesse dos participantes, as estagiárias informavam os horários em que aconteciam essas atividades durante a semana na unidade.

A terceira etapa era o incentivo para que os trabalhadores trocassem experiências sobre sua trajetória de vida. Trata-se da partilha do sensível⁸ (RANCIÈRE, 2009), que atravessa diversas dimensões: primeiramente, permite que, a partir da escuta de outros trabalhadores, compreendam-se alguns fatores sociais que desencadeiam o processo de adoecimento, ensejando que se inverta a lógica que individualiza as situações de exploração e que pode imputar a culpa ao trabalhador. Nesse sentido, os trabalhadores podiam compartilhar queixas muitas vezes comuns ou próximas. Depois, possibilita que os trabalhadores criem estratégias coletivas que potencializam o enfrentamento da opressão e da exploração no ambiente de trabalho, ou seja, fazem emergir estratégias criativas e eficazes de resistência à exploração e, assim, partilham experiências no sentido de desconstruir a solidão e a impotência frente a situações opressivas. Isso favorece a ampliação das formas de o trabalhador agir e reagir frente ao sofrimento proveniente do mundo do trabalho e alarga sua percepção das situações que vive e das estratégias para enfrentá-las. E isso não é pouco, visto que, como alerta Carreteiro (2003), há na cultura contemporânea uma tendência a encobrir certos sofrimentos sociais que, assim, permanecem invisíveis para grande parte da população. A autora caracteriza esses sofrimentos sociais como humilhação, vergonha e falta de reconhecimento, e eles são invisíveis porque, na trajetória de vida dessas pessoas, há um processo de silenciamento de suas necessidades e desejos, advindo das dificuldades de inscrição positiva nas instituições sociais (moradia, escola, saúde, trabalho, segurança, lazer etc.). Ao relatar sua experiência clínica, Rosa (2002, p. 11) afirma a potencialidade da escuta que rompe a invisibilidade e o silenciamento: “Penso assim pela facilidade com que, muitas vezes, algumas situações de escuta fazem surgir ali, onde parecia haver apenas vidas secas, o sujeito desejante, vivo”.

Outro ponto a destacar é que talvez esse momento de troca de experiências seja uma boa oportunidade para o trabalhador sair da posição de vítima e, quiçá, perceber-se também como responsável pelas escolhas que fez e que ainda poderá fazer no decorrer de sua vida – é a assunção da posição de sujeito desejante e criativo.

Essas três etapas do processo do grupo não eram estanques, tampouco garantidas em todos os encontros ou para todos os participantes, pois eles podiam ser chamados para a entrevista de triagem a qualquer momento e cada grupo tinha uma especificidade construída pela singularidade dos encontros produzidos a cada dia.

Ressalte-se que não usamos gravador ou qualquer dispositivo eletrônico para o registro das atividades realizadas. Portanto, alertamos para possíveis limitações de nossa discussão dos resultados, apresentadas no próximo item, uma vez que todos os dados fazem referência às observações das estagiárias e ao material produzido nas supervisões, com a presença do preceptor e do supervisor, devidamente transcrito nos diários de campo e relatórios semestrais de estágio.

Discussão dos resultados

Entende-se que o Grupo dos Novos deu um primeiro passo na quebra da lógica de organização dos serviços centrada na figura do médico, o que se aproximou da proposta de acolhimento como uma tecnologia de organização dos serviços de saúde que garante o acesso universal, a reorganização do processo de trabalho e a qualificação da relação trabalhador-usuário (FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999). Quando se fala nessa forma de organização dos serviços, é preciso compreender a concepção de saúde que pauta as ações de cuidado.

A despeito das diretrizes do SUS, a lógica dominante hoje é a de uma prática em saúde que visa tornar o sujeito apto a trabalhar e que muitas vezes recorre à medicamentação do sofrimento. Além disso, está preocupada com metas de atendimento e formas não só de baratear a atenção em saúde, mas também de obter lucro – como vemos explicitamente na relação com a indústria farmacêutica. Destarte, tanto as instituições responsáveis pela formação dos profissionais, quanto a organização dos serviços tendem a responder o mais rápido possível às demandas contemporâneas da produtividade, desconsiderando as perdas humanas. Muitas vezes, os usuários chegam ao serviço imersos nessa lógica, ansiosos por uma resposta rápida e concreta para seus problemas. Assim, procuram o atendimento médico e tudo o que ele significa: a receita médica, a emissão de laudos, o diagnóstico, o prognóstico e os encami-

⁸ Para Jacques Rancière (2009), no cerne do político está a possibilidade de partilhar e produzir o comum entre sujeitos que têm diferentes funções, tempos, papéis e ocupam lugares diferentes na sociedade. Nas palavras do autor: “Denomino partilha do sensível o sistema de evidências sensíveis que revela, ao mesmo tempo, a existência de um comum e dos recortes que nele definem lugares e partes respectivas. Uma partilha do sensível fixa, portanto, ao mesmo tempo, um comum partilhado e partes exclusivas. Essa repartição das partes e dos lugares se funda numa partilha de espaços, tempos e tipos de atividades que determina propriamente a maneira como o comum se presta à participação e como uns e outros tomam parte nessa partilha” (RANCIÈRE, 2009, p. 15).

nhamentos necessários, que, na maioria dos casos, significam a única possibilidade de afastamento remunerado do trabalho.

O Grupo dos Novos objetivou se posicionar contra essa lógica, construindo uma prática que desse prioridade ao acolhimento não individualizante do sujeito e valorizasse suas potencialidades criativas.

Por haver apenas um encontro com cada grupo, estávamos sempre trabalhando com a imprevisibilidade, pois a cada vez eram novos trabalhadores, com novas histórias e singularidades. A cada situação que emergia, buscava-se aprimorar as intervenções, explorando questões que apareciam com mais frequência, o que aproximava o Grupo dos Novos das discussões do “grupo como dispositivo [...] [que] instaura rupturas nas tendências totalizadoras, unificadoras e naturalizadoras e abre possibilidades para novos processos de singularização” (BARROS, 1994, p. 152). A função desse dispositivo é criar estratégias e modos de funcionamento a partir daquilo que emerge do encontro singular entre pessoas que procuram ajuda. O espaço estava aberto a todos os participantes de modo a não impedir as contradições e os conflitos e a propiciar o ato criativo que pode surgir do coletivo: “o que interessa em um grupo é como ele funciona, o que ele dispara e faz fazer” (BARROS, 2007, p. 34).

Esses apontamentos nos aproximam das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2010, p. 6), que destacam o acolhimento como ação de “estar perto de”, “estar com”, em uma atitude de inclusão. Trata-se das dimensões éticas, estéticas e políticas do acolhimento:

[...] ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; [...] estética porque traz para as relações e os encontros do dia a dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; [...] política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

As atividades desenvolvidas no Grupo dos Novos e o encontro com todos aqueles trabalhadores que chegavam ao serviço pela primeira vez permitiu construir um perfil geral dos trabalhadores: a maioria vinha do setor de serviços e do Porto de Santos.

A partir desse panorama, produzimos dois desdobramentos das experiências com o grupo de acolhimento. O primeiro foi o de trabalhadoras de uma mesma fábrica, que começaram a aparecer com frequência. Isso fez com que as estagiárias, no decorrer das discussões de supervisão, acionassem os profissionais da vigilância do ambiente de trabalho.

Organizou-se um encontro entre trabalhadoras dessa fábrica, o preceptor do serviço, uma funcionária do setor de vigilância e as estagiárias a fim de compreender, em um esforço conjunto, as relações entre as condições de trabalho e os adoecimentos.

Outro desdobramento foi a criação do projeto Grupo por Categoria de Trabalho. Notando uma frequência maior de trabalhadores em serviços de limpeza e queixas recorrentes sobre suas condições de trabalho, começamos a discutir, em supervisão, o que seria comum entre os relatos das trabalhadoras, marcados por discursos individualizantes. Houve um encontro desse grupo e foram discutidos e mapeados os pontos mais agudos das condições de trabalho ligadas a problemas de saúde.

Os efeitos do Grupo dos Novos na equipe de saúde

Percebemos que, devagar, mas constantemente, a equipe de saúde ia reconhecendo a importância do Grupo dos Novos para a melhoria do atendimento e do acolhimento ao usuário. Como parte dessa conquista, foi possível antecipar, no dia da triagem, o horário de chegada dos pacientes para aumentar o tempo de grupo. Esse adiantamento foi negociado com a equipe do serviço, e contávamos com o apoio do funcionário da recepção. Assim, houve uma intervenção direta no processo de trabalho dessa unidade, o que significou incorporar o grupo no processo de triagem, e não só “encaixá-lo” nos horários disponíveis na instituição. Como alertam Duarte et al. (2006, p. 86), trata-se de conceber o acolhimento “como um dispositivo de participação que vai muito além da mera recepção do usuário”. Nesse sentido, acrescentamos previamente ao processo de triagem uma estratégia de intervenção em grupo, na medida em que buscamos melhorar a resolução dos problemas apresentados e resgatar a horizontalidade das relações no serviço. Segundo Franco, Bueno e Mehry (1999), o acolhimento deve garantir a acessibilidade universal e se contrapor à verticalidade da organização do trabalho na unidade de saúde, e nossa proposta no estágio era questionar também a centralidade da figura do médico em um processo de atendimento que é – ou deveria ser, inclusive de acordo com o próprio SUS – o de uma equipe interprofissional.

Um dos limites do nosso grupo foi a pouca articulação com a equipe do serviço, o que inviabilizou a construção de uma perspectiva mais ampla na política de acolhimento, pois este “só é possível se a gestão for participativa, baseada em princípios democráticos e de interação entre a equipe” (FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999, p. 351).

Não conseguimos envolver os funcionários administrativos para acompanharem conosco as atividades do grupo. Tratava-se de capacitá-los em serviço para que, concluído o estágio, que acontecia anualmente, eles seguissem com a prática do acolhimento em grupo. Esse foi um erro que não tivemos tempo hábil para corrigir, pois há sempre o risco de a equipe de estagiários sobrepor tarefas e até mesmo ocupar o lugar dos trabalhadores em ações que são responsabilidade do serviço. Assim, deixamos escapar a possibilidade de apoiar a equipe de saúde no sentido de concorrer para a formação de seus funcionários.

No que tange aos médicos, compreendíamos algumas diferenças na concepção de atuação e na proposta do serviço e notávamos constantemente as consequências dessas diferenças: por exemplo, a não abertura de prontuários quando o médico não reconhecia nexos causais entre o adoecimento e o trabalho. Sublinhe-se que a abertura do prontuário é o único meio de formalizar a passagem do trabalhador pelo serviço e também um dispositivo que possibilita um contato posterior para convidar o usuário a participar das atividades de prevenção e educação em saúde, que deveriam ser oferecidas pelo equipamento. Nossa hipótese é a de que isso se deva a uma cultura que cristalizou a ideia de que a função central do médico é emitir laudos para facilitar o processo de afastamento do trabalhador. Assim, ele nem sequer considera a possibilidade de abrir um prontuário quando avalia que o trabalhador não conseguirá afastamento.⁹ Para mudar essa lógica, seria necessário que de fato se incorporassem outras atividades de prevenção e educação às ações do equipamento de saúde.

Nas reuniões de supervisão semanal entre estagiários, professor e preceptor, várias vezes planejamos formas de intervenção nos critérios para abertura de prontuários e para a discussão da relação entre saúde e trabalho. No que se refere à abertura de prontuários, o encaminhamento possível era quebrar a lógica que a atrelava ao nexo causal emitido pelo médico, e nossa proposta era que o prontuário fosse aberto para todas as pessoas que procurassem o Cerest. Infelizmente, não houve tempo hábil para a implantação dessa proposta durante o período do estágio, pois ela garantiria o acesso universal do usuário ao sistema, concretizando um dos princípios do SUS e das políticas de acolhimento (FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999).

No que se refere às concepções da relação entre saúde e trabalho, várias vezes as estagiárias perceberam que o caso era grave e tinha relação direta com as

condições de trabalho e o médico não indicava a abertura do prontuário. Pusemo-nos então a pensar em propostas para sensibilizar os médicos para as questões do mundo do trabalho. Cogitamos abrir espaços para discutir esses casos com eles e com a equipe do serviço, mas essa estratégia também não foi posta em prática durante o período do estágio nessa instituição. As estagiárias conseguiram discutir um ou dois desses casos com os médicos, mas eram os já inseridos no sistema de prontuários na unidade.

Trata-se, sobretudo, de pôr em questão o fato do profissional de saúde precisar ser capacitado para atuar em Saúde do Trabalhador e, mais do que isso, considerar que ele também é um trabalhador e, portanto, precisa de cuidados com sua saúde no ambiente de trabalho. As reuniões com toda a equipe do serviço são fundamentais para o enfrentamento dos casos mais difíceis. Percebemos que a especificidade desse setor é ser porta de entrada para um trabalhador em sofrimento agudo, seja físico ou psíquico, o que desencadeia angústias em todos os profissionais da equipe. A importância de capacitá-los para a escuta e a conversa com o usuário está diretamente implicada na melhoria dos serviços prestados à população. Muitas vezes, a capacitação está ligada à importância da formação em serviço, cujo modelo defendido aqui inclui reuniões da equipe com a presença de supervisores externos a essa cultura cristalizada e instituída no equipamento de saúde. Hennington (2005, p. 262) alerta para esse ponto:

Esse homem, trabalhador de saúde, vive processos que interferem no acolhimento [...]. Refiro-me aos processos de reconhecimento de seu próprio trabalho, da percepção que tem de si como trabalhador, da representação de seu local de trabalho, das condições em que o realiza, da satisfação que pode obter dele. Incluo ainda sua preparação técnica e emocional, o espaço-tempo que destinará ao trabalho e ao atendimento, a disponibilidade para a escuta, para ser continente, identificar e ir além do que está sendo dito, aguardar para o espaço-tempo necessário à intervenção, sobre o quanto irá responsabilizar-se, [...], isso nada mais é que o trabalhador como um ser com necessidades, tanto quanto o usuário.

Outro ponto importante é a característica do próprio serviço público, em que há alta rotatividade dos profissionais devido a transferências para outras unidades, muitas vezes sem os consultar e sem verificar as reais necessidades dos serviços. O psicólogo que trabalhava como preceptor e que era também o chefe do serviço foi transferido à sua revelia para outra unidade de saúde, e a equipe da universidade também foi convidada a se retirar, o que inviabilizou

⁹ Uma evidência disso é que o afastamento pela Previdência só é facultado a trabalhadores formais, que pagam contribuição ao INSS. O SUS, no entanto, é universal, e todos têm direito a usá-lo, assim como o Cerest, a que todos os trabalhadores deveriam ter acesso, independentemente do tipo de trabalho que desenvolvem.

o prosseguimento das atividades de estágio em 2012. A não estabilidade dos profissionais do serviço público, muitas vezes devido a mudanças nas políticas de saúde do município, compromete a continuidade de projetos importantes.

Outra questão que merece reflexão é o fato das políticas públicas de saúde serem implantadas de forma hierarquizada, sem considerar a importância da capacitação, da participação e da estabilidade do funcionário no serviço. Parece comum na realidade de que é a universidade que leva propostas inovadoras de atuação em saúde para os serviços, mas estas dependem da aprovação e da disponibilidade das coordenadorias e das chefias no momento. No caso específico do nosso estágio no Cerest, o trabalho de dois anos não teve continuidade em função da posição política das chefias que assumiram no final de 2011.

Impactos do Grupo dos Novos nos usuários

Quanto ao impacto do Grupo dos Novos nos usuários, o resultado positivo mais imediato foi que eles passaram a ficar menos tempo na sala de espera, expostos a uma programação televisiva, pois tinham a opção de participar de um grupo que discutia assuntos de seu interesse. É claro que o usuário podia se negar a participar, mas muitos participaram e obtiveram informações importantes sobre a relação entre saúde e trabalho. Talvez o resultado mais importante – visível no relato dos que depois tinham oportunidade de falar sobre a experiência com o grupo – tenha sido a produção de uma nova compreensão sobre seu adoecimento, não mais tão individualizada, mas sim articulada às condições de trabalho. Mais do que isso, eles exercitaram o lugar de sujeito no processo saúde-doença e cuidado como a pessoa mais importante para falar sobre seu modo de andar a vida e cuja participação no grupo era estimulada e valorizada. Trata-se de ver o usuário como portador de direitos (PIMENTEL; BARBOSA; CHAGAS, 2011) e como centro de toda a organização do serviço de saúde.

A experiência com grupos nos permitiu identificar questões recorrentes nas condições de trabalho dos usuários. Entre elas, a angústia de estar doente e ter que cuidar da saúde e de questões legais com o INSS, a perícia e os benefícios; a pressão do empregador e às vezes até dos colegas, considerando que seu afastamento do trabalho implica mais tarefas para os demais, que precisam suprir as demandas em sua ausência; a cobrança e a autoexigência em relação ao resultado de seu trabalho no âmbito familiar e profissional; o sentimento de culpa por ter adoecido; a sensação de impotência por conta da

dor física, invisível para os outros; a desconfiança sobre o adoecimento, seja por parte de peritos, colegas de trabalho e mesmo familiares; o sentimento de humilhação; a falta de controle sobre o processo de trabalho e a submissão peremptória aos encarregados da produção; o medo de perder o emprego e, conseqüentemente, dos seus direitos sociais, visto que, no Brasil, “a maioria efetiva dos direitos sociais vincula-se à condição de ser trabalhador” (CARRETEIRO, 2001, p. 91).

Nesse sentido, outro aspecto positivo da experiência do estágio foi que, quando aproveitava o momento do grupo, o trabalhador já exercitava um pouco a fala sobre sua própria queixa e, indiretamente, preparava-se para a consulta, de modo a apresentar-se menos ansioso e com mais clareza sobre informações, sintomas e experiências importantes a relatar ao médico. Isso também foi apontado por Duarte et al. (2006) como aspecto que estimula a continuidade das atividades dos grupos de acolhimento.

Um aspecto negativo do grupo foi o fato de alguns usuários se sentirem expostos ao ser instados a relatar o que se passava com eles. Houve o caso específico de uma mãe que, acompanhando a filha com problemas de saúde ligados ao trabalho, falou por ela, ocupando seu lugar e expondo situações que ela mesma talvez não expusesse. Nesse momento, percebemos a necessidade de manejar as relações que se apresentavam em grupo, de modo que os facilitadores passassem a direcionar o que se discutia, privilegiando temas que pudessem ser compartilhados, e não individualizados. Outro ponto era como fazer o convite de modo que o acompanhante também participasse das atividades sem tomar o lugar do acompanhado.

Uma contraposição a essa sensação de exposição foi o relato de alguns trabalhadores que afirmaram não ter abertura para falar com os familiares ou amigos sobre sua situação, o que os levou a perceber o grupo como um espaço de troca, em que se favorecia a fala. Os integrantes também exercitaram a escuta e, a partir dela, reconheciam-se em situações narradas por outro; alguns se identificavam silenciosamente, por meio de expressões faciais ou verbalizando o que foi possível compartilhar. Por exemplo, um dos participantes contou as condições de seu trabalho e as dificuldades de ter acesso a informações sobre seus direitos trabalhistas; imediatamente, outro integrante, que passara pela mesma situação, relatou modos de enfrentar essas dificuldades e indicou o nome de um advogado trabalhista. Em um caso desses, o próprio grupo pode ser um espaço de encaminhamento e partilha de informações entre os integrantes e, nesse sentido, é possível considerar também a dimensão terapêutica desse dispositivo grupal.

O impacto do Grupo dos Novos nas estagiárias

Um elemento interessante do impacto do Grupo dos Novos na formação das estagiárias e futuras profissionais de saúde foi a possibilidade de terem contato com a realidade do mundo do trabalho, conhecendo o cotidiano de diversas categorias e os efeitos da reestruturação produtiva na vida dos trabalhadores. Esses efeitos são muito pouco divulgados, considerando a visibilidade dada pelas mídias televisiva e impressa ao enriquecimento e ao desenvolvimento do país. As estagiárias perceberam que são condições de trabalho extremamente precarizadas que produzem sofrimento nos trabalhadores, que também sofrem com a instabilidade dos postos de trabalho frente ao aumento do desemprego na contemporaneidade.

Quanto à constituição do grupo, percebemos que foi possível oferecer uma experiência de coordenação não autoritária, mas sim facilitadora das relações entre os integrantes, de modo a dar visibilidade aos sofrimentos sociais advindos do mundo do trabalho. Ao escutar os trabalhadores, as estagiárias estimulavam a criação de estratégias que emergiam frente às dificuldades relatadas pelos participantes, escutando a voz do trabalhador não para individualizá-la, mas valorizando sua singularidade produzida na partilha do que era comum ao grupo.

Igualmente importante para a formação dessas futuras profissionais de saúde foi o exercício de articular acolhimento e intervenção em uma prática grupal, exercício esse que, além de muito árduo, lidava constantemente com o inesperado. Esse é um modo de conceber os processos de aprendizagem como momentos de invenção que não visa controlar o imponderável, mas criar a partir do imprevisível que se produz no encontro entre sujeitos (KASTRUP, 2008). Não tendo um tema predeterminado, o grupo exigia das estagiárias criatividade e prontidão para responder ao que emergia em cada encontro com os participantes.

As estagiárias também experimentaram a importância de não reduzir o atendimento à queixa explícita e ir além do dito e do não dito pelos integrantes do grupo. Nesse sentido, a especificidade da Saúde do Trabalhador exigiu pesquisa constante sobre conhecimentos em produção teórica em saúde, diretrizes do Ministério da Saúde, trâmites da Previdência Social e da legislação trabalhista. Essa articulação entre teoria e prática era objeto de debates coletivos nas supervisões com a professora da universidade e o psicólogo e preceptor do serviço.

Além disso, para o manejo dos grupos, as estagiárias tiveram que pesquisar produções teóricas em áreas como educação popular, processos grupais e análise institucional. No âmbito da educação popular, exercitaram o respeito à linguagem e ao vocabulário cotidiano do trabalhador, proposta das rodas de conversa de Paulo Freire (2007). No do processo grupal, trabalharam com os temas que emergiam do grupo e condiziam com a diretriz apontada por alguns grupistas, entre eles Regina B. de Barros (2007). Essa autora também sublinha a importância das contribuições da análise institucional: não conduzir o grupo como algo fechado em si mesmo, mas sim atravessado pela cultura, pelas relações de poder e por questões da própria instituição em que está inserido. Há que ter em conta a horizontalidade, a verticalidade e a transversalidade das relações construídas entre os integrantes do grupo.

No aspecto clínico, enfatiza-se a importância de uma supervisão constante não só do preceptor do equipamento e do professor da universidade, mas também de profissionais externos a essas instituições. Todos nós tínhamos contato direto com um sofrimento que advinha de situações de exploração de um capitalismo avançado e que produzia muita angústia. É fato que a angústia pode desencadear certa resistência na escuta, paralisando-a ao invés de sensibilizá-la. Nesse sentido, procuramos exercitar uma escuta transgressora dos fundamentos da organização social (ROSA, 2002). Devíamos estar atentos a uma resistência da nossa própria escuta frente ao conteúdo apresentado pelo trabalhador de modo que nossa intervenção não o aprisionasse na posição de vítima do sistema capitalista, mas desencadeasse a mobilidade de um sujeito criativo e desejante:

Nessas situações, a escuta supõe romper com o pacto de silêncio do grupo social a que pertencemos e do qual usufruímos; usufruto que supõe a inocência, a ignorância sobre as determinações da miséria do outro e a reflexão sobre a igualdade entre os homens quando, de fato, o que fazemos é excluí-los. (ROSA, 2002, p. 8)

A reboque desse aspecto, vêm as concepções do trabalho do profissional de saúde, e aqui discutimos a especificidade da Psicologia. Muitos desses profissionais não questionam o modelo de sua própria formação, marcada por uma concepção que reduz a função do psicólogo à de um clínico inserido em uma lógica particular, que ainda preza a pequena sala para atendimento individual dentro da instituição, que se isenta de analisar os fluxos e os processos de trabalho da unidade e, longe de problematizá-los, os naturaliza. Ao contrário disso, propusemos uma atuação mais progressista, que busca a formação de redes de cuidado interprofissional e intersetorial centrada no sujeito e não na doença, que valoriza atuações junto à equipe e problematiza a implicação do profissional nos serviços prestados pela instituição (PASSOS; BARROS, 2000).

Considerações finais

Essa experiência de estágio criou um modelo de atuação na área da saúde do trabalhador que problematizou o sentimento de culpa e a adesão ao lugar de vítimas dos usuários que procuraram o serviço nesse período. Assim, realocou-os como sujeitos de sua trajetória de vida, respeitando suas verdades, necessidades e demandas, que, devidamente escutadas e analisadas por profissionais preparados para o cuidado e a atenção integral ao usuário que procura ajuda, podem fortalecer a confiança entre profissional de saúde e usuário e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS à população.

Há que sublinhar a centralidade na figura do médico nessa unidade de saúde, pois é o motivo do agendamento pelo usuário e, infelizmente, é o que ainda organiza o trabalho nesse equipamento. A criação do Grupo dos Novos visou subverter essa lógica, com as estagiárias atuando na mediação entre o usuário e o médico e apresentando outras formas de atendimento e acolhimento praticadas no serviço.

Aos poucos, também fomos conquistando alguns espaços para a discussão dos casos e para avançar com outras ações em conjunto com os médicos, os funcionários administrativos e o serviço de vigilância. Quanto ao desafio de articular as equipes da universidade e de saúde e de enfrentar o processo de formação em serviço, consideramos que é importante cuidar para que as estagiárias não tomem o lugar dos trabalhadores do serviço. Nós incorremos nesse erro, pois perdemos a oportunidade de incluir

no grupo ao menos um deles. Antes de tudo, perdemos a chance de qualificá-los e prepará-los para darem alguma continuidade às atividades do grupo de acolhimento.

Apesar de mais difícil, o objetivo do grupo não era o de oferecer respostas prontas, mas levar seus componentes à reflexão e incentivar o ato criativo. Assim, situamos nossa experiência como um modo específico de trabalhar com educação em saúde que não se limita a divulgar programas do Ministério da Saúde ou ministrar palestras em que alguém que detém o conhecimento o transmitirá a outros que não o detêm. Trata-se de exercitar uma educação em saúde na qual o usuário é parte central do processo de produção de conhecimentos diretamente vinculados à sua experiência. Consideram-se a cultura, a região e a experiência do usuário na troca de conhecimentos e saberes (MEYER et al., 2006). Trata-se, por fim, de compreender que a despeito dessa ideologia individualizante, que culpabiliza o trabalhador por seu adoecimento, a despeito dessa organização de trabalho, que impõe aos trabalhadores condições extremamente precárias e adoecedoras, a despeito de uma lógica em saúde predominantemente focada em um atendimento técnico e pouco reflexivo, é possível criar espaços de resistência na prática em saúde, fortalecendo os trabalhadores para se tornarem sujeitos capazes de transformar sua própria história: “Os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha, e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado” (MARX, 1974, p. 17).

Contribuições de autoria

Todos os autores participaram igualmente de todas as etapas.

Referências

BARRETO, M. *Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações*. São Paulo: Educ, 2003.

BARROS, R. D. B. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

_____. Grupo e produção. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde e loucura* n. 4. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 145-154.

BOCCHI, B. et al. *Relatório de atividades do primeiro e segundo semestres no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador*. Santos: ago./dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. O que entendemos por “acolhimento”?

In: _____. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2012.

CARRETEIRO, T. C. A doença como projeto: uma contribuição à análise de formas de filiações e desfiliações sociais. In: SAWAIA, B. (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. Sofrimentos sociais em debate. *Revista Psicologia USP*, São Paulo, v. 14. n. 3, p. 57-72, 2003.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS. Saúde do

- trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do psicólogo, 2010. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/saude_do_trabalhador_COMPLETO.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2012.
- DUARTE, C. et al. Acolhimento em grupo: um dispositivo de participação à caminho da integralidade. In: SEMINÁRIO DO PROJETO INTEGRALIDADE: SABERES E PRÁTICAS NO COTIDIANO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE, 6., 2006, Local. *Resumos ampliados*. Local: Editora, 2006. p. 85-92. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/site/images/stories/livros/textos_livros/livro_resumos_VI/livro_resumos_VIS_cap12_duarte.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2012.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MEHRY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.
- FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais do trabalho precarizado. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.
- FREIRE, P. Pacientes impacientes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Cadernos de Educação Popular e Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2012.
- GONÇALVES-FILHO, J. M. Humilhação: um problema político em psicologia. *Revista Psicologia USP*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 11- 67, 1998.
- HARVEY, D. O “novo” imperialismo: sobre rearranjos espaciotemporais e acumulação mediante despossessão. *Margem Esquerda: ensaios marxistas*, São Paulo, n. 5, p. 33-43, maio 2005.
- HENNINGTON, E. A. Acolhimento com prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 256-265, jan./fev. 2005.
- KASTRUP, V. A cognição contemporânea e a aprendizagem inventiva. In: KASTRUP, V.; TEDESCO, S.; PASSOS, E. *Políticas da cognição*. Porto Alegre: Sulina, 2008.
- KEPLER, I. et al. *Relatório de atividades do primeiro e segundo semestres do estágio no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador*, Santos, ago./dez. 2011.
- MARTINS, J. S. *A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- MARX, K. *O 18 Brumário e cartas a Kugelmann*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.
- MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã*. São Paulo: Boitempo, 2007.
- MENDES, R.; DIAS, E. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, v. 25, n. 5, p. 341-349, out. 1991.
- MEYER, D. et al. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da integralidade. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *O que é trabalho decente*. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/content/o-que-e-trabalho-decente>>. Acesso em: 21 maio 2012.
- PASSOS, E.; BARROS, R. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.
- PIMENTEL, A.; BARBOSA, R.; CHAGAS, M. A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 15, n. 38, p. 741-754, jul./set., 2011.
- RANCIÈRE, J. *A partilha do sensível: estética e política*. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2009.
- ROSA, M. D. Uma escuta psicanalítica das vidas secas. *Revista de Psicanálise – Textura*, v. 2, 2002. Disponível em: <<http://www.revistatextura.com/leia/umaescpis.pdf>>. Acesso em: 9 jul. 2012.