



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de  
Mesquita Filho  
Brasil

Sant'Anna, Suze Rosa; Azevedo Hennington, Élida  
Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e  
(trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia  
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 14, núm. 32, enero-marzo, 2010, pp. 207-215  
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114110017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia

Suze Rosa Sant`Anna<sup>1</sup>  
Élida Azevedo Hennington<sup>2</sup>

## Introdução

O presente ensaio tem como perspectiva a tentativa de percorrer um novo caminho relacionado ao trabalho em saúde, fruto da incorporação de saberes e práticas surgidas ao longo do século XX, e contribuir para a reflexão sobre a formação de trabalhadores como sujeitos<sup>3</sup> sociais capazes de concorrer para a transformação da realidade no campo da Saúde Coletiva.

A Saúde Coletiva, campo de saber e prática social fruto do movimento sanitário, surgida no Brasil na década de 1970, configurou-se a partir da articulação de quatro vetores – práticas técnicas, ideológicas, políticas e econômicas – desenvolvidos no âmbito acadêmico, nas organizações de saúde e em instituições de pesquisa (Paim, 2006). Tem-se verificado que novas concepções foram incorporadas no âmbito de cada vetor, fato que tem contribuído para a reconfiguração dos saberes e práticas do campo. Apesar do entendimento de que todos os vetores estabelecem entre si relações de interseção no plano de produção em saúde, abordaremos, neste artigo, o de caráter ideológico, pois se entende que este exerce influência nem sempre clara, mas decisiva, na produção em saúde.

No que diz respeito aos movimentos ideológicos, Paim (2006) diz que a Saúde Coletiva recorreu ao diálogo e à crítica aos movimentos denominados Preventismo, Medicina Social, Saúde Comunitária, Medicina de Família e, atualmente, encontra-se em diálogo com os chamados movimentos ideológicos contemporâneos, o Movimento da Promoção da Saúde e o da Nova Saúde Pública.

A incorporação de conceitos desses novos movimentos ideológicos impôs e impõe, ao campo, novos saberes e, conseqüentemente, novas práticas com a finalidade de transformar o olhar individualista do campo da saúde, fortalecido pelo paradigma biomédico, para dimensões mais coletivas, com objetivo de motivar mudanças sanitárias e sociais.

Neste sentido, o movimento da Nova Saúde Pública – termo que vem sendo difundido desde o encontro intitulado *Interregional Meeting on New Public Health*, ocorrido em Genebra no ano de 1995 –, proposto pelos países hegemônicos e apoiado pela OMS, defende teoria assentada em bases científicas das ciências biológicas, sociais e comportamentais, e estabelece quatro tarefas

<sup>1</sup> Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Fiocruz.  
Av. Brasil, 4365 - Manguinhos, Rio de Janeiro CEP: 21040-360.  
suze.santanna@ipecc.fiocruz.br

<sup>2</sup> Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Fiocruz.

<sup>3</sup> Definido por Ayres (2001, p.65) como “ser autêntico, com necessidades e valores, capaz de produzir coisas e transformar sua própria história”.

básicas: prevenção das doenças não-infecciosas, prevenção das doenças infecciosas, promoção da saúde, melhoria da atenção médica e da reabilitação. Entre seus conceitos e estratégias, foram apresentados: a promoção e educação em saúde, o *marketing* social, a participação comunitária, as políticas públicas de saúde, que vêm sendo incorporados pelo movimento da Saúde Coletiva brasileira (Castiel, Diaz, 2007; Paim, 2006).

Embora o movimento da Nova Saúde Coletiva seja uma proposta relativamente recente, muitos dos elementos incorporados nos seus documentos de origem já se encontravam presentes no movimento da promoção da saúde que surgiu com a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, que teve, como um de seus desdobramentos, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorrida em 1986 no Canadá, na qual foi publicada a Carta de Ottawa, documento fundamental para divulgação e difusão do conceito de promoção da saúde internacionalmente.

Dentre as concepções idealizadas pelo movimento da Promoção da Saúde, destaca-se a necessidade de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, cujo princípio geral orientador é a necessidade de encorajar a ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio ambiente natural (Brasil, 2006).

De forma crítica, Castiel e Diaz (2007) enfatizam que a saúde promocional escapa do âmbito da medicina, da fisiologia, da epidemiologia, que tem caráter predominantemente individualista e voltado ao corpo do paciente como fonte primária e objeto da saúde, para percorrer outros caminhos, nos quais vigoram os discursos da moral e do bom costume. Além disso, esses autores defendem que a saúde promocional é portadora de concepções biopolíticas da subjetividade somática que erige o corpo em sua maleabilidade automanipulável como matriz de identidade.

Essa concepção de biopolítica, segundo Ortega (2004), surge por volta dos anos 60 como um projeto de cunho conservador mediante os excessos daquela época, como a promiscuidade sexual e o culto ao uso de drogas. Com base nessa concepção, a saúde deixou de ser a “vida no silêncio dos órgãos”, tão difundida pelo modelo biomédico, para constituir-se em uma biopolítica das sociedades que se estrutura sob uma nova moral, descrita por Sfez (1996) como moral do bem comer (sem colesterol), do beber um pouco (de vinho tinto para as artérias), de ter práticas sexuais de parceiro único (para evitar o perigo da aids). Ou seja, trata-se de restaurar a moralidade “plugando-a” de novo no corpo. Essas novas práticas, ao enfatizarem os cuidados de saúde do indivíduo para consigo mesmo, contribuíram para a construção das bioidentidades, ou seja, a formação de um sujeito que se autocontrola, autovigia e autogoverna (Ortega, 2004).

Com base neste conceito de biopolítica e busca da autonomia do indivíduo para com sua saúde, o campo de práticas da Saúde Coletiva – ou seja, o campo da prevenção das doenças e promoção da saúde – passou a se estruturar no conhecimento sobre os riscos à saúde e as formas como os indivíduos percebem, priorizam e enfrentam esses riscos. E embora tenha havido a tentativa de aproximação entre riscos epidemiológicos, identidades e subjetividades com objetivo de se obterem práticas que operem com a ideia do autocuidado, mudanças no estilo de vida na busca da saúde e evitação das situações de risco, esta tentativa não foi suficiente para garantir a melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos, passando a ser alvo de críticas, conforme refere Castiel (2003, p.92):

os discursos da promoção da saúde e da evitação de riscos parecem implicitamente refletir a ótica das formações neoliberais, individualistas, que geram grupos de indivíduos entregues a si próprios e à preocupação com o desempenho baseado em condições individuais quanto a recursos e capacidade de incorporar semimitos que sustentem uma identidade frágil, povoada cada vez mais por um imaginário composto por elementos vinculados a “questões de saúde”.

Neste sentido, reconhece-se que esses novos discursos ainda não conseguem proporcionar compreensão satisfatória diante da complexa dinâmica entre a situação de saúde individual/coletiva e as aceleradas mudanças socioculturais e subjetivas que ainda se mostram limitadamente inteligíveis (Castiel, Diaz, 2007).

Com base nestas limitações percebidas, outros conceitos e estratégias começaram a surgir no campo das práticas de prevenção e promoção da saúde, sendo o conceito de vulnerabilidade

social um conceito/estratégia de redirecionamento destas ações para dimensões mais contextuais e sociais. Assim, conforme relata Porto (2007), reconhecer a vulnerabilidade social diante de um agravo ou doença é compreender os riscos de forma integrada e contextualizada, trazendo à tona, simultaneamente, questões éticas, políticas e técnicas que conformam a distribuição dos riscos nos territórios e a capacidade das populações de enfrentá-los.

Ayres (2001) também admite que o conceito de vulnerabilidade, oriundo do campo do Direito, é uma tentativa de deslocar os horizontes normativos das práticas de saúde para uma subsunção do ideal de controle da doença no respeito e promoção dos direitos humanos. Ou seja, não se trata de abolir a ciência do âmbito desses regimes, mas de resgatar a dignidade de outros tipos de sabedoria na formação das verdades úteis para a construção da saúde, sejam eles conhecimentos acadêmicos não-normológicos, como a filosofia, o direito e certos ramos da ciência humana, e até as diversas sabedorias práticas transmitidas secularmente nas diferentes tradições culturais.

Segundo Munoz Sanches e Bertolozzi (2007), para intervir em situações de vulnerabilidade, é imperativo o desenvolvimento de ações que envolvam resposta social, descrita por Ayres (1999) como a participação ativa da população na procura de estratégias solidárias e passíveis de execução e encaminhamento/equacionamento de problemas e necessidades de saúde. A aplicação do quadro conceitual da vulnerabilidade pode fornecer subsídios que vão desde o desenvolvimento de ações, instrumentos tecnológicos, bem como práticas no campo da prevenção e redução das vulnerabilidades (Ayres et al., 2003).

Trazendo a discussão para o contexto da formação em saúde, considera-se que o trabalho em saúde deve ser repensado, de forma a incorporar o conceito da vulnerabilidade social no sentido de resgatar os outros saberes, além do científico, para a construção das práticas de saúde.

Entretanto, para que esta (trans)formação ocorra, entendemos que seja necessário os sujeitos (trabalhadores em formação) serem convocados a repensar suas atividades até então centradas no modelo biomédico, individualista e normativo, ao lado de outros modelos capazes de fazê-los experimentar, renormalizar e transformar as suas práticas de modo a substituir o ímpeto normativo pelo esforço do diálogo entre saberes científicos e não-científicos. Mas, como convocar o sujeito a incorporar essa nova produção de conhecimento no trabalho em saúde?

Com base neste questionamento e entendendo que a formação dos profissionais de saúde se dá a partir da experiência da atividade de trabalho em saúde, pretende-se, com este ensaio, discutir as possibilidades teóricas e empíricas que se abrem ao adotarmos o referencial da Ergologia no campo da formação destes trabalhadores.

### **As contribuições teórico-conceituais da Ergologia para renovação do trabalho em saúde**

A Ergologia, disciplina do pensamento própria às atividades humanas, que conforma o projeto de melhor conhecer e, sobretudo, de melhor intervir sobre as situações de trabalho para transformá-las, foi iniciada por Yves Schwartz e por uma equipe de pesquisadores, em Aix-em-Provence, na França, na década de 1980, com objetivo de ser uma disciplina diretamente relacionada ao trabalho. Trata-se de uma *démarche* que reconhece a atividade como debate de normas (Schwartz, Durrive, 2007).

A proposta da Ergologia é discutir o trabalho e produzir conhecimento sobre ele considerando: o conhecimento e a experiência dos trabalhadores, o geral e o específico da atividade, suas normas e variabilidades, e a exigência da conversa entre as várias disciplinas, além do constante questionamento a respeito de seus saberes (Hennington, 2008). Para Schwartz (2000), a Ergologia não é, portanto, uma "disciplina" no sentido de "um novo domínio do saber". É uma disciplina própria para as atividades humanas e distinta da disciplina epistêmica que, para produzir saber e conceito no campo das ciências "experimentais", deve, ao contrário, neutralizar os aspectos históricos. A *démarche* ergológica, mesmo tendo como objetivo construir conceitos rigorosos, deve indicar nestes conceitos como e onde se situa o espaço das (re)singularizações parciais inerentes às atividades de trabalho.

Fígaro (2007) se refere à Ergologia como uma abordagem teórico-prática capaz de problematizar a complexidade da atividade humana e distinguir os diferentes fatores pertinentes a ela. Diz também que ela propõe uma postura epistemológica que coloca, em articulação, os conceitos das disciplinas

científicas (abstratos, não-aderentes) com os conceitos da experiência (da vida, aderentes), ou seja, propõe-se a se aproximar desse mundo complexo que é o homem e sua atividade de trabalho.

Entendendo o trabalho em saúde como “atividades vivas” postas em ação pelos trabalhadores, sujeitos que, em situação de trabalho, são capazes de inventar e reinventar modos de fazer também se transformando – a si próprios e aos coletivos (Santos-Filho, 2007). O trabalho como atividade, ou melhor, atividade humana, automaticamente pressupõe que estamos convocando o sujeito no trabalho, uma vez que o trabalho jamais é feito sem o trabalhador.

Essa reflexão centra-se no pressuposto de que os que lidam com o trabalho em saúde devem reconhecer o profissional da saúde como sujeito de seu saber e seu fazer, e o seu trabalho com uma inserção e atuação que o leve à ampliação da sua capacidade de análise e de proposição no âmbito do coletivo, constituindo-se como equipes, exercitando a quebra de conhecimentos disciplinares estanques e avançando na atuação transdisciplinar (Santos-Filho, 2007). Não é possível desvincular o conjunto trabalhador-trabalho no processo de produção da saúde, pois, segundo Barros, Mori e Bastos (2007), quando os trabalhadores são convocados no processo de trabalho, eles “usam de si”, utilizam suas potencialidades, ou seja, são gestores de seus trabalhos e produtores de saberes e novidades.

A abordagem ergológica de Schwartz e Durrive (2007) assevera que, quando o trabalhador se encontra no trabalho, ele precisa fazer “uso de si”, ou seja, uso de suas próprias capacidades, de seus próprios recursos e de suas próprias escolhas para realizar o trabalho, pois toda situação de trabalho é lugar de uma “dramática” subjetiva, um destino a ser vivido, onde se negociam circunstâncias pessoais, históricas por meio do “corpo-si” do trabalhador.

É por intermédio do seu “corpo-si”, entidade mais enigmática que a definição de sujeito e subjetividade, que o trabalhador deixa de ser objetivado pelo trabalho e realiza sua atividade através do “uso de si”. Para o autor, o “corpo-si” do trabalhador não é inteiramente biológico nem inteiramente consciente ou cultural, e sim o resultado de toda sua história, de sua experiência de vida, suas paixões, seus desejos e patrimônio. É fazer escolhas para fazer valer suas próprias normas de vida, produzindo formas de “des-anonimar” o meio (Barros, 2007; Schwartz, Durrive, 2007).

De acordo com Schwartz e Durrive (2007), para mobilizar o “corpo-si” numa situação de trabalho, é necessário mobilizar competências tendo em vista um objetivo comum. O autor ressalta, porém, que operacionalizar o que seriam as competências da atividade em uma situação de trabalho é tarefa difícil, tendo em vista que as situações de trabalho são imprecisas, jamais descritíveis e padronizáveis. Entretanto, a noção de competência é legítima e reconhecida quando pessoas engajadas numa operação respondem positivamente e operam com eficácia, tendo em vista esse objetivo comum. Desse modo, percebe-se que existem três elementos presentes na noção de competência. São eles: a apropriação de um certo número de normas antecedentes, ou seja, conceitos que foram transmitidos e codificados para situações e trabalho; a presença de algo inteiramente diferente e inédito em relação às normas antecedentes da situação de trabalho; e, por fim, a exposição ao inédito, quando as pessoas devem remeter-se a si próprias para gerir o inédito, articulando uma série de experiências heterogêneas, fazendo escolhas para “agir em competência”.

A Ergologia considera o conjunto em interpelação: de uma parte, homens e mulheres, e de outra parte, suas histórias, seu meio, seu meio de vida, no seio do qual se encontra o trabalho (Schwartz, Durrive, 2007). Segundo Brito (2005), o ângulo a partir do qual Schwartz observa o trabalho é aquele que tende a ser negado ou mesmo ignorado pelas organizações. É o ângulo da vida, do trabalho vivo; é encontrar a vida presente no processo de trabalho.

Com base na perspectiva ergológica de que há necessidade de experimentação para que se construam competências para gestão de situações de trabalho (Schwartz, Durrive, 2007); e, entendendo-se que o trabalho em Saúde Coletiva vem se complexificando e incorporando novos conceitos e práticas (Hennington, 2008), constitui-se um desafio, portanto, renovar a atividade do trabalho em saúde por meio do investimento de novas propostas e estratégias que direcionem e insiram os trabalhadores da saúde no cotidiano de práticas e ações de saúde, desde o início de sua formação, numa perspectiva menos individualizante e mais contextual e coletiva, considerando que o “trabalho vivo” em saúde deve ter ênfase na promoção da saúde e redução das vulnerabilidades.

### **A Ergologia e seu dispositivo dinâmico de três polos: possíveis contribuições na formação e produção de saberes para (trans)formação do trabalho em saúde**

Ao refletir sobre a necessidade de buscar caminhos que pudessem fazer com que estes profissionais em formação experimentassem, em sua vida cotidiana, as práticas de promoção da saúde - lembrando que cuidar da saúde faz parte da vida de cada um -, tornou-se necessário buscar, na literatura, uma abordagem que pudesse contribuir no processo de formação destes profissionais.

Neste sentido, encontramos, na Ergologia de Schwartz e sua proposta do dispositivo dinâmico de três polos, a metodologia capaz de contribuir para repensar a formação de profissionais com capacidade de fazer dialogar os conhecimentos científicos com os não científicos, ou seja, entender que a saúde não é apenas assunto dos profissionais de saúde, mas também daqueles que vivem a experiência de conquista da saúde em determinado contexto histórico-social, permeado por pressupostos éticos e epistemológicos que têm como horizonte o bem comum.

A proposição desse dispositivo ampliou e aprofundou o conceito de "Comunidade Científica Ampliada" (CCA), desenvolvido por Ivar Oddone, um militante do Movimento Operário Italiano, que, por volta da década de 1970, propõe uma nova concepção de pesquisa, uma forma original de pesquisa-ação em torno do tema das mudanças das condições de vida e trabalho, que articulava os saberes de trabalhadores e de pesquisadores com objetivo de conhecer a complexidade real do trabalho. Sua proposta tinha como objetivo oferecer, aos trabalhadores e pesquisadores, uma forma de aprenderem e utilizarem a experiência acumulada nos centros de pesquisa e nos coletivos de trabalho para que destes dois tipos de experiências emergisse uma, científica, que priorizasse as demandas das categorias profissionais, onde todos os atores se tornariam coautores da pesquisa, e portadores de saberes específicos – exaltando, assim, a iniciativa dos trabalhadores para modificar o ambiente de trabalho (Barros, Heckert, Marchiori, 2006; Schwartz, 2000). Segundo Souza e Bianco (2007), a principal intenção do grupo era colocar em confronto os saberes formais dos pesquisadores e os saberes considerados informais dos trabalhadores, emergindo daí uma nova concepção de pesquisa e, conseqüentemente, de produção do saber sobre o trabalho.

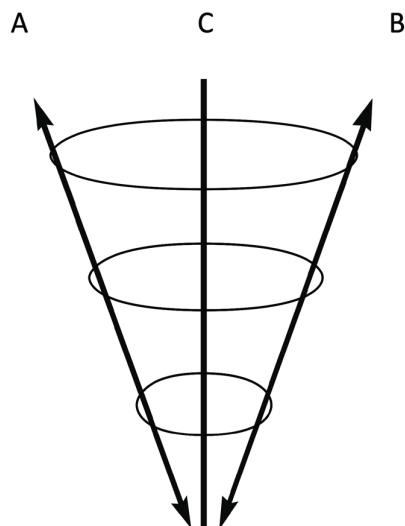
Apesar da grande contribuição dessa proposta, Schwartz (2000) revela que a CCA apresenta limites, uma vez que propunha a primazia do campo científico na produção de conhecimento sobre a atividade, não definindo claramente as competências próprias de cada um dos parceiros, além de não deixar claro o projeto de trabalho conjunto.

Schwartz, ao retomar o conceito de atividade oriundo da ergonomia, como atividade humana que se constitui de renormalização parcial dos meios da vida, propõe o dispositivo dinâmico de três polos (DD3P) que tem por objetivo resgatar um polo que se encontrava pouco valorizado na proposta de Oddone, Gastone e Gloria (1986), o terceiro polo. Polo este que articula um certo modelo de humanidade, que faz com que o protagonista da atividade olhe o seu semelhante como alguém que está em atividade, ou seja, atravessado por dramáticas (focos de debates, debates de normas, resingularizando uma situação) – tanto quanto ele.

O dispositivo dinâmico de três polos é uma espécie de dialética, que pode ser esquematizado de forma espiral, por onde circulam os saberes, tanto para conhecer as normas antecedentes de uma atividade, como para compreender os recentramentos operando na atividade (Schwartz, Durrive, 2007). Pode ser considerado um meio de ação com uma filosofia geral e, inclusive, ter uma grande diversidade de aplicação, a exemplo de: Trinquet (1996), que desenvolveu o dispositivo em uma empresa com objetivo de controlar os riscos do trabalho; Durrive (2004), que o utilizou no campo da formação, e Figaro (2008), que adaptou o dispositivo proposto por Schwartz e esquematizado por Durrive no campo da comunicação.

O esquema elaborado por Luis Durrive a partir do dispositivo dinâmico de três polos no campo da educação foi proposto para minimizar a dicotomia encontrada entre a teoria e prática presentes na formação profissional, na qual se percebeu que os alunos em formação - que alternavam períodos de formação na escola (teoria) e períodos em campo de trabalho (prática) - tinham, muitas vezes, dificuldade de aprendizado por não conseguirem realizar a gestão da alternância entre os saberes constituídos na teoria e os saberes da prática.





**Quadro 1.** Dispositivo dinâmico de três polos proposto por Schwartz, esquematizado por Durrive (Schwartz, Durrive, 2007, p.274) e adaptado por Fígaro (2008).

### Dispositivo Dinâmico em três polos

Neste esquema, o polo A representa o polo dos saberes e valores constituídos nos universos científicos, ou seja, os saberes que foram construídos e estão disponíveis para antecipar a atividade. O polo B, representado pelos saberes processados e reprocessados na atividade, consiste no polo onde se localizam o aprendiz e as pessoas que trabalham com ele: é a reunião de diversos protagonistas em torno do que se passa no trabalho, tanto para olhar o trabalho como a aplicação dos saberes constituídos e disponíveis no polo A, como para olhar o trabalho como momento único, onde os protagonistas deverão ser inventivos para encontrar soluções para o trabalho.

E, por fim, o polo C, que consiste no polo do questionamento, é descrito como eixo sócrático<sup>4</sup> em duplo sentido, onde a reunião dos diferentes protagonistas em torno do que se passa no trabalho supõe uma espécie de exigência que é, ao mesmo tempo, uma exigência de aprendizagem, de domínio de conceitos e verbalização do trabalho e, também, uma exigência de *imprendizagem* (Schwartz, Durrive, 2007), descrita como uma forma de humildade em face da atividade de trabalho que representa uma mina de informações acerca da forma com que se podem colocar em uso os saberes constituídos no polo B. A utilização deste esquema retrata que, no encontro do trabalho, nunca se sairá incólume, pois a dinâmica de três polos engaja todos os seus protagonistas.

Entendendo que há múltiplas formas de representar o dispositivo, cuja proposta é problematizar e produzir conhecimento, mesmo que de forma parcial, sobre a atividade humana (Fígaro, 2008), ressaltamos a importância de se utilizarem a Ergologia e o dispositivo dinâmico de três polos como estratégia metodológica no campo da formação de profissionais de saúde.

<sup>4</sup> Sócrates (469-399 a.C.) desenvolveu uma filosofia mediante diálogos críticos com seus interlocutores.

## À guisa de conclusão

Nas últimas duas décadas, muitas discussões e conceitos foram introduzidos no campo da Saúde Coletiva, entretanto percebemos que as aplicações destes discursos não estão sendo difundidas na prática com a mesma velocidade que as teorias têm sido apresentadas, ficando uma lacuna entre o que é dito e o que é realizado. Mudanças nas práticas de saúde urgem; é preciso que o paradigma hegemônico da unilateralidade na relação trabalhador da saúde (saber científico)/usuário (saber não-científico) seja rompido por um modelo que traga os sujeitos e seus saberes como eixo principal da atenção nas práticas de saúde.

E, neste sentido, entendemos que a incorporação da reflexão proposta pela Ergologia e o dispositivo dinâmico de três polos no processo de formação de profissionais de saúde poderá trazer (trans)formações no trabalho em saúde. O desafio que propomos é o de se construir, nos centros de formação, um dispositivo metodológico de formação e pesquisa denominado "Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção da Saúde e redução das vulnerabilidades" (CAP-PSRV), como espaço de diálogo-debate entre os saberes científicos e não-científicos provenientes da experiência do cuidado à saúde dos alunos em formação; tendo, como princípio, as "mútuas convocações", combinando desconforto intelectual e humildade epistemológica, por meio de encontros e diálogos que possibilitem os diversos sujeitos a falarem, escutarem, sentirem, indagarem, refletirem, discutirem e reconhecerem as experiências e saberes próprios e do outro, além de propor a construção de vida e trabalho mais saudáveis.

Portanto, espera-se que o sujeito em formação, ao participar do CAP-PSRV, experimente as dramáticas do aprender a pensar, do aprender a enfrentar e intervir coletivamente em prol da melhoria das condições gerais de vida e saúde, ou seja, produzir novas normas no enfrentamento das infidelidades do meio (Canguilhem, 1982).

Concluindo, este ensaio teve por finalidade refletir sobre novas possibilidades que emergem no cenário da saúde, capazes de contribuir para o rompimento do paradigma ainda hegemônico. Nessa perspectiva encontramos, no dispositivo dinâmico de três polos, um terreno favorável para a reflexão no campo da formação de profissionais de saúde, pois pretendeu percorrer caminhos originais de questionamento e de requalificação do trabalho em saúde e construir, de forma emancipatória, práticas favoráveis à promoção da saúde a partir de normas, saberes e de renormalizações e experiências.

Entretanto, parafraseando Schwartz e Durrive (2007), obviamente, não nos iludimos acerca da dificuldade da operacionalização de tais projetos. Mas, conforme também relata o autor, cremos que essas experiências têm sua chance e suas exigências, tornando-se uma possibilidade de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde.

## Colaboradores

As autoras trabalharam juntas em todas as etapas de produção do manuscrito.

## Referências

- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.1, n.6, p.63-72, 2001.
- \_\_\_\_\_. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Orgs.). **Sexualidade pelo avesso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p.50-71.
- AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde pública: perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-39.



BARROS, M.B.; MORI, M.E.; BASTOS, S.S. O desafio da Humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: o dispositivo "Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFS". In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p.99-121.

BARROS, M.B. Trabalhar: usar de si - sair de si. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.11, n.22, p.345-63, 2007.

BARROS, M.E.B.; HECKERT, A.L.C.; MARCHIORI, F.M. Desafios para a pesquisa dos processos de trabalho: a CAP como estratégia. **Est. Pesqui. Psicol.**, v.6, p.1-15, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B, Textos Básicos de Saúde)

BRITO, J. Trabalho e saúde coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.4, p.879-90, 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

CASTIEL, L.D. Dédalos e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.79-96.

CASTIEL, L.D.; DIAZ, C.A.D. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

DURRIVE, L. Uma ação de formação no ambiente carcerário: um exemplo de abordagem das competências por meio da ergologia. In: DOLZ, J.; OLLAGNIER, E. (Orgs.). **O enigma da competência em educação**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.173-87.

FIGARO, R. Atividade de comunicação e de trabalho. **Trabalho, Educ. Saude**, v.6, p.107-45, 2008.

HENNINGTON, E.A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da Ergologia. **Rev. Saude Publica**, v.42, n.3, p.555-61, 2008.

MUNOZ SANCHEZ, A.I.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Cienc. Saude Colet.**, v.12, n.2, p.319-24, 2007.

ODDONE, I.; GASTONE, M.; GLORIA, S. **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo: Hucitec, 1986.

ORTEGA, F.J.G. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.8, n.14, p.9-20, 2004.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: EDFBA, 2006.

PORTO, M.F.S. **Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

SANTOS-FILHO, S.B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanisaSUS. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p.73-96.

SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. **Trabalho Educ.**, n.7, p.38-46, 2000.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: EdUFF, 2007.

SFEZ, L. **A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia**. São Paulo: Unimarco-Loyola, 1996.

SOUZA, E.M.; BIANCO, M.F. A Ergologia: uma alternativa analítica para os estudos do trabalho. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE SOCIOLOGIA DEL TRABAJO, 5., 2007, Montevideo. **Anais...** Montevideo, 2007. p.1-13. Disponível em: <<http://www.urosario.edu.co/RET/documentos/Ponencias%20pdf/014.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2009.

TRINQUET, P. **Maîtriser les risques du travail**. Paris: PUF, 1996.

O presente ensaio tem por objetivo refletir sobre a urgência de novas possibilidades no cenário da saúde a partir da proposta de conformação da "Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção da Saúde". Esta estratégia visa contribuir para a formação do trabalhador da saúde articulando conceitos da Ergologia de Yves Schwartz e seu dispositivo dinâmico de três polos, com a perspectiva de percorrer caminhos originais de reflexão crítica e de requalificação do trabalho em saúde, propiciando a imersão do trabalhador no debate e experimentação do aprender a compartilhar e dialogar com saberes e práticas científicos e não-científicos, visando à promoção da saúde da comunidade. Desse modo, entende-se que essas experiências têm sua chance e suas exigências, tornando-se uma possibilidade de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde.

*Palavras-chave:* Promoção da saúde. Ergologia. Formação em saúde.

#### **Health promotion and reduction of vulnerabilities: a strategy for knowledge production and (trans)formation of healthcare work, based on Ergology**

The present study had the aim of reflecting on the urgency of new possibilities within healthcare settings starting from the proposal to shape an "Extended Community for Health Promotion Research". This strategy aims to contribute towards training for healthcare workers, by interlinking concepts from Yves Schwartz's ergology and its dynamic three-pole mechanism, from the perspective of going along original paths for critical reflection and requalification of healthcare work. Through this, workers can be immersed in the debate and experimentation regarding learning to share and discuss scientific and non-scientific knowledge and practices aimed at health promotion for the community. In this way, it is understood that such experiences have their chance and demands, thus becoming a possibility for knowledge production and (trans)formation of healthcare work.

*Keywords:* Health promotion. Ergology. Healthcare training.

#### **Promoción de la salud y reducción de las vulnerabilidades: estrategia de producción de saberes y (trans)formación del trabajo en salud con base en la "Ergología"**

El presente ensayo tiene por objetivo reflexionar sobre la urgencia de nuevas posibilidades en el campo de la salud a partir de la propuesta de conformación de la "Comunidad Ampliada de Investigación en la Promoción de la Salud". Esta estrategia procura contribuir para la formación del trabajador de la salud, articulando conceptos de la "Ergología" de Yves Schwartz y su dispositivo dinámico de tres polos en la perspectiva de recorrer caminos originales de reflexión crítica y de re-calificación del trabajo en salud, propiciando la inmersión del trabajador en el debate y en la experimentación del aprender a compartir y a dialogar con saberes y prácticas científicos y no científicos en relación a la promoción de la salud de la comunidad. De este modo se entiende que tales experiencias tienen sus posibilidades y sus exigencias, viniendo a facilitar la producción de saberes y la (trans)formación del trabajo en salud.

*Palabras clave:* Promoción de la salud. "Ergología". Formación en salud.

Recebido em 16/02/2008. Aprovado em 17/02/2009.