

Representações Sociais do usuário do SUS para os profissionais de saúde atuantes em Saúde do Trabalhador

Social Representations of SUS users for health professionals in Occupational Health

João Lucas Alcântara Costa¹ & Maria Luiza de Alencar Ferreira Lima¹

RESUMO: O estudo teve como objetivo investigar as Representações Sociais dos usuários do Sistema Único de Saúde que frequentam o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), a partir da visão dos(as) profissionais que atuam neste serviço de saúde. A pesquisa de cunho qualitativo foi caracterizada pela realização de cinco entrevistas semiestruturadas com profissionais-trabalhadores(as) de diferentes cidades e abrangências. Realizou-se uma Análise de Conteúdo Temática Mista na perspectiva de Minayo, construindo três categorias de discussão. A partir da perspectiva da centralidade do trabalho, da noção de saúde de Canguilhem e da Teoria das Representações Sociais (TRS), notamos que as representações sociais dos usuários do Sistema Único de Saúde que frequentam o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador são variadas, algumas seguindo perspectivas alinhadas com as normativas do SUS, e, outras, sendo influenciadas pela perspectiva neoliberal, a qual transversaliza os espaços da Psicologia Social, da Saúde Coletiva e da Saúde do Trabalhador.

Palavras-chave: Representação Social; Saúde do Trabalhador; Sistema Único de Saúde; Usuário do SUS; Psicologia Social.

ABSTRACT: The study aimed to investigate the Social Representations of users of the Brazilian Unified Health System (SUS) who attend the Workers' Health Reference Center (Cerest), from the perspective of the health professionals workers engaged in this healthcare service. This qualitative research involved five semi-structured interviews with professional workers from different cities and levels of territorial coverage. A Mixed Thematic Content Analysis was conducted following Minayo's approach, resulting in the construction of three analytical categories. Drawing on the notion of work centrality, Canguilhem's concept of health, and the Theory of Social Representations (TSR), the study found that the social representations of SUS users attending Cerest are diverse - some align with SUS guidelines and principles, while others are shaped by a neoliberal rationale that influences and intersects the fields of Social Psychology, Collective Health, and Occupational Health.

¹ Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Keywords: Social Representation; Occupational Health; Unified Health System; SUS user; Social Psychology.

Introdução

O presente trabalho está situado no domínio da Psicologia Social e teve como objetivo investigar as Representações Sociais dos(as) usuários(as) do SUS, que frequentam o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), a partir da visão dos(as) profissionais que atuam no Cerest.

Noção de saúde e centralidade do trabalho

O conceito de saúde é debatido em meio filosófico, científico e no próprio senso comum há muito tempo. Em razão da conjuntura sócio-histórica e política, a depender da época e do local, determinadas perspectivas obtêm maior prevalência sob outras nesses campos de construção de conhecimento, seguindo um processo de mudança e superação de paradigmas. O século XX, no tocante ao conceito de saúde e ao entendimento do processo saúde-doença, destacou-se pela evidente predominância da perspectiva biomédica e reducionista, embasada nas ideias de Descartes, a divisão entre mente e corpo; e de Comte, o modelo científico de produção de conhecimento.

Em contraponto a esta perspectiva surgiu George Canguilhem, em meados de 1946, criticando a visão mecanicista de caracterizar a saúde. Partiu do princípio que ao tratar pessoas como máquinas e reduzidas a sintomas e/ou diagnósticos, perde-se o que há de mais humano: a subjetividade do sujeito e sua capacidade de construir estratégias para lidar com o meio no qual está inserido (Caponi, 1997). A postura crítica de Canguilhem é necessariamente ético-política, lutando em defesa da mudança de paradigma de como se interpreta a saúde e, logo, de como agem os profissionais que atuam nesse contexto, principalmente no âmbito do saber hegemônico da medicina.

Nosso entendimento de saúde é congruente ao de Canguilhem (1995, 2001). Partimos da ideia de que a saúde é um processo, não sendo caracterizado por determinismos biológicos, nem por determinismos sociais. É um movimento contínuo e dialético, caracterizado multifatorialmente por questões biológicas, socioculturais e políticas, logo, é mutável e não estratificado. Assim, divergimos da perspectiva de saúde trazida pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1948), definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade”. É difícil, ou impossível, estagnar a saúde como um estado completo de bem-estar, inclusive, pela superficialidade da definição de “bem-estar” (Dejours, 1986).

A saúde pode ser caracterizada como a produção de agir junto ao ambiente ao seu redor, é a margem que temos para tolerar as adversidades, os obstáculos e as infidelidades do meio (Canguilhem, 1995). Desse modo, o conceito de saúde está alicerçado na vivência do sujeito, no âmbito subjetivo que é expresso de diferentes formas a depender de cada um(a), não havendo um padrão a ser seguido ou meta de indivíduo a ser alcançada. Ao ir além das prerrogativas diagnósticas e normativas, Canguilhem nos abre um caminho para pensar o processo de saúde-doença a partir de uma visão humana e libertadora (Caponi, 1997).

Para além do conceito de saúde, primordial no nosso entendimento de sujeito, é importante destacar a perspectiva sobre o sujeito enquanto um(a) trabalhador(a), a partir do princípio que o trabalho é um determinante de saúde que exerce influência no processo saúde-doença. Como visto em Brito (2011), na segunda metade do século passado o Movimento Operário Italiano trouxe contribuições primordiais ao novo entendimento sobre as potências do(a) trabalhador(a). As confrontações trazidas pelo movimento fizeram com que os saberes provindos das vivências do(a) trabalhador(a) fossem valorizados. O(a) trabalhador(a) adquiriu um protagonismo – que sempre teve, na

realidade – em seu fazer, ele iria produzir conhecimento, não mais o saber científico seria privilegiado. Assim, um novo modo de pesquisa-ação foi construído.

Infelizmente, com a reforma política, econômica e social neoliberalista (Anderson, 1995), os movimentos sindicalistas e de trabalhadores continuam sofrendo com as consequências negativas da individualização, principalmente do sofrimento ético-político, o que também enfraquece a classe trabalhadora e a autopercepção de se reconhecerem como trabalhadores, pois, nessa reorganização da sociedade, os sujeitos são incentivados a agir como empresas, isolando-se dos movimentos sociais e políticos.

Assim, como discutido por Merhy (2013), a reforma neoliberal adentra, também, os serviços de saúde e a forma como a atividade de trabalho dos profissionais é realizada, quais objetivos são focados, quais formas de exercer sua função são priorizadas. Em um sistema atravessado pelo neoliberalismo e por suas práticas que sucateiam a saúde pública, os vínculos entre usuário do SUS e trabalhadores da saúde são influenciados, geralmente de formas negativas.

Centralidade do(a) usuário(a)-trabalhador(a) no Sistema Único de Saúde e na Política de Saúde do Trabalhador

No que tange o conceito de saúde e de centralidade do(a) trabalhador(a) em sua atividade, é importante, ainda, situar o contexto desse debate na sociedade brasileira em torno do movimento de estabelecimento do Sistema Único de Saúde. Bem como qualquer configuração de política pública e/ou política social, o SUS foi formulado a partir de lutas e reivindicações de diferentes movimentos e coletivos sociais, promovendo a conquista de direitos essenciais à vida. A importância da sociedade se fez na construção do SUS e se faz na manutenção das políticas, dos programas e das estratégias que formam toda a Rede de Saúde (RAS).

A centralidade do(a) usuário(a) do SUS está embasada na Lei Orgânica de Saúde (Brasil, 1990), sendo o(a) protagonista das ações que norteiam os serviços de saúde. O controle social é uma das premissas mais importantes de todo o sistema de saúde, em maior ou menor grau de atuação, o(a) usuário(a) está presente tanto na construção quanto na manutenção de estratégias. É a partir do contato do(a) usuário(a) com a ponta, a linha de frente, que é possível mapear situações de saúde de uma determinada população, promovendo o avanço e o desenvolvimento de todas as esferas, níveis e dimensões do SUS. No contato com o agente comunitário de saúde em uma visita domiciliar, no Hospital Universitário, na Vigilância em Saúde do Trabalhador, na ida à Farmácia Popular ou em atendimento psicológico no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por exemplo, a ação do(a) usuário(a) é central.

Ainda no contexto do SUS, é preciso destacar, agora, a importância desse(a) usuário(a) no contexto da saúde do(a) trabalhador(a), haja vista que todo(a) usuário(a) que utiliza do SUS é influenciado(a) por questões relacionadas ao trabalho – assim, denominamos de usuário(a)-trabalhador(a). Como visto anteriormente, o trabalho é um determinante central no processo de saúde-doença do sujeito, dessa forma, a discussão acerca da interseção saúde e trabalho, a saúde do(a) trabalhador(a), é vital para entendermos como se dão as vivências dos(as) usuários(as)-trabalhadores(as).

Como visto por Santos e Lacaz (2011), a Saúde do Trabalhador possui um caminho histórico bastante específico, advindo de lutas da classe trabalhadora por direitos à saúde, sendo a década de 1980 uma das mais importantes nessa história. Mesmo antes do SUS entrar em vigor, na década de 1980, foram fundados alguns Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), que eram caracterizados como serviços que atuavam na atenção especializada ao trabalhador, promovendo ações de assistência, vigilância e reabilitação. A partir da 8ª Conferência de Saúde, em 1986, que promoveu o forte debate

sobre as prerrogativas de descentralização, equidade, universalidade e integralidade nos serviços de saúde, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, também em 1986, sendo um marco histórico para a Saúde do Trabalhador.

A partir disso, com a continuação das lutas e reivindicações dos coletivos de trabalhadores(as), inclusive dos(as) trabalhadores(as) da saúde que atuam na Saúde do Trabalhador, em 1998 é instituída a Norma Operacional das ações e dos serviços de saúde do(a) trabalhador(a) no SUS, pela portaria 3.908 do Ministério da Saúde. Além disso, em 2002, pela portaria 1.679, retificada pela portaria 2.728 de 2009, foi instituída a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, trazendo a perspectiva de rede para o contexto da saúde do(a) trabalhador(a), uma forma essencial de atuação na saúde, com intuito de melhorar a forma como o sistema de saúde funciona, orientando ações e estratégias.

Por fim, com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) (Brasil, 2012), temos a mais importante norma que orienta as ações e a organização do fluxo de serviços, as competências, deveres e responsabilidades. O Cerest é estabelecido como o serviço articulador da rede, de caráter central para capacitação, atuando como norteador das ações em Saúde do Trabalhador e sendo dividido em três dimensões de abrangência: estaduais, regionais e municipais. Enquanto os Cerests Estaduais são mais voltados à perspectiva de formação, planejamento, articulação e gestão das ações em saúde do(a) trabalhador(a), os Cerests Regionais e Municipais atuam essencialmente no contato com o(a) usuário(a)-trabalhador(a), tanto na perspectiva da assistência quanto da vigilância em saúde do(a) trabalhador(a).

Mesmo com as normativas, a realidade do contato direto dos Cerests com os(as) usuários(as)-trabalhadores(as) é específica para cada serviço. Por vezes, a assistência é o principal fator de atuação com os(as) usuários(as)-trabalhadores(as), em algumas

realidades é a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) que toma protagonismo. Todavia, o(a) usuário(a)-trabalhador(a) é quem possui protagonismo em sua atividade, sendo quem constrói, em conjunto com o profissional do Cerest, os caminhos para lidar com os obstáculos em sua vida, construindo suas margens para lidar com o meio. Assim como na VISAT, o(a) trabalhador(a) é fundamental na identificação de organizações, processos e condições de trabalho que afetam seu processo saúde-doença, só ele podendo expressar o que se passa em sua realidade.

Nesse sentido, é necessário adicionar ao debate a perspectiva da Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici, elaborada durante a década de 1950. Essa visão teórica busca identificar e analisar os processos de construção das explicações sobre os objetos sociais, na interação social dos sujeitos com os acontecimentos históricos, com a sua cultura e com a sua comunidade. Ao considerar o contexto de centralidade do(a) usuário(a) no SUS, pode-se perceber as influências dos conhecimentos cristalizados nas instituições e das representações sociais dos determinantes sociais, os quais interferem diretamente na atuação dos serviços prestados pelas políticas públicas.

As Representações Sociais (Moscovici, 2007) são fenômenos sociais suscitados no movimento de interação dos sujeitos com o mundo, como uma forma de conhecimento construído e compartilhado, e atuam transformando tudo aquilo que é estranho em familiar, a partir de uma integração de um conhecimento desconhecido às estruturas de algum conhecimento pré-existente. Assim, não são apenas um compilado de representações individuais, pois são conhecimentos que também são coletivos e possuem como característica uma certa estabilidade histórico-cultural e que reflete uma heterogeneidade de representações em diversas sociedades. Além disso, as Representações Sociais orientam os sujeitos nos seus posicionamentos e nas suas práticas subjetivas e coletivas, diante dessa realidade concreta, atuando como um recurso social

que facilita a adaptação às situações adversas do cotidiano (Moscovici, 2007). Destacamos, ainda, que essa construção ocorre por meio de dois processos dialéticos, a ancoragem e a objetivação, que conferem sentido aos conhecimentos compartilhados.

No processo de ancoragem há uma classificação do objeto de representação, como uma nomeação a partir de uma rede de significados própria do sujeito (Moscovici, 2007). Esse processo é influenciado pela carga teórica que o sujeito se conecta ao longo da sua vivência acerca da sociedade, dos objetos sociais e dos conhecimentos coletivos, podendo ele tanto generalizar quanto realizar uma particularização, o que facilita a sua comunicação e vinculação dos objetos a outras imagens e conhecimentos prévios (Moscovici, 2007).

No processo de objetivação, identifica-se uma reprodução daquele objeto social em formato imagético, em que os sujeitos utilizam a comparação de conhecimentos mais abstratos a imagens concretas da realidade, seguindo o consenso entre os grupos sociais (Moscovici, 2007). Esses dois processos tanto influenciam como sofrem influência da comunicação e das práticas sociais, como os discursos predominantes, os processos de trabalho, as tradições e os modos de produção.

Nesse sentido, considerando que o Cerest é um ambiente rico em interação social com práticas coletivas, faz-se imprescindível compreender a construção das representações sociais dos(as) usuários(as)-trabalhadores(as). Buscamos, neste artigo, compreender os saberes compartilhados e interpretados na realidade concreta pelos(as) profissionais dos Cerests, que influenciam as suas práticas de cuidado e os modos subjetivos do fazer das atividades de trabalho.

Método

Procedimentos

Trata-se de um estudo qualitativo, com intuito de investigar as Representações Sociais dos(as) usuários(as) do SUS que frequentam o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), a partir da visão dos(as) profissionais que atuam nos Cerests. O contato com os(as) profissionais adveio a partir da construção de vínculo feita por meio de dois períodos de estágio supervisionado no serviço em questão. A partir dos termos das Resoluções 466/12 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo faz parte do recorte de um Projeto de Iniciação Científica que obteve aceite do Comitê de Ética, sob CAAE de número 70478923.3.0000.5188. Dessa forma, a partir de momentos oportunizados pelo contato com o Cerest no qual estagiamos, construindo vínculos com outros serviços de saúde do(a) trabalhador(a) do estado da Paraíba, possibilitando a realização de entrevistas em diferentes municípios.

Participantes

A partir disso, conseguimos realizar cinco entrevistas com profissionais de diferentes Cerests regionais da Paraíba, com idades entre 24 e 45 anos, três homens e duas mulheres. Todos possuem formação superior, com tempo de atuação no serviço variando de um ano e seis meses a onze anos.

Coleta de dados e instrumentos

Para início das entrevistas e da construção de dados, aplicamos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo informações sobre o estudo, o contato dos(as) pesquisadores(as), instituição filiada, riscos e benefícios. Além disso, foi aplicado um questionário sociodemográfico-ocupacional para caracterização da população. As entrevistas de roteiro semiestruturado tiveram, em média, uma duração de 45 minutos a

1 hora e foram realizadas a partir de perguntas norteadoras baseadas nos pressupostos teóricos, metodológicos e práticos da pesquisa.

Para a realização da entrevista construímos um roteiro com perguntas disparadoras, com intuito de entender questões estruturais, institucionais e psicossociais das vivências dos(as) profissionais, incluindo perguntas que diziam respeito a como os(as) usuários(as) do SUS/Cerest são vistos(as) e entendidos(as) pela equipe. Foi realizada a aplicação do termo de consentimento, depois do questionário sociodemográfico-ocupacional e, posteriormente, as entrevistas de roteiro semiestruturado com profissionais de Cerests da Paraíba, sendo realizadas presencialmente e via *Google Meet*.

Análise de dados

As gravações foram transcritas por completo, sendo realizada a Análise de Conteúdo Temática (Minayo, 2007), um procedimento que tem por objetivo encontrar núcleos de sentido que compõem uma comunicação. Segundo Minayo (2007), essa análise baseia-se em descobrir os núcleos de sentido que constituem uma comunicação, de forma que a presença ou a frequência deles tenha algum significado para o objeto analítico estudado, considerando seu contexto histórico, social e cultural.

A análise foi realizada em três etapas: a pré-análise, que é uma leitura flutuante das transcrições; a constituição do corpus e a formulação/reformulação das hipóteses, que compreende a formulação de temas considerando o que mais suscitava entre as falas dos trabalhadores e das trabalhadoras; e a categorização, que se baseia na formulação da etapa de tratamento e interpretação, buscando inter-relacionar as inferências do pesquisador com o quadro teórico previamente pensado e os objetivos do estudo. A partir da análise de conteúdo foram constituídas três categorias: (a) centralidade do usuário(a)-trabalhador(a) em seu processo de saúde; (b) influência neoliberal e a Representação

Social do(a) usuário(a)-trabalhador(a); c) reconhecimento a partir do(a) usuário(a)-trabalhador(a).

Resultados e Discussão

Centralidade do(a) usuário(a)-trabalhador(a) em seu processo de saúde

Como visto anteriormente, o(a) trabalhador(a) está agindo em diversas esferas da sua vida de trabalho, em um contexto de organização e processo de trabalho, agindo com a instituição, com seus superiores, seus pares de trabalho e seus inferiores (Oddone et al., 2020). Ao serem perguntados sobre o papel dos(as) usuários(as)-trabalhadores(as) para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), logo, para quem atua com a saúde do(a) trabalhador(a), os profissionais do Cerest trouxeram: “Eu não tenho como fiscalizar um ambiente e processo de trabalho se o trabalhador que ta ali no dia a dia não nos dizer” (P3); “Ele é quem sabe de todo o processo de trabalho e como esse processo está desencadeando um adoecimento, seja ele físico ou mental. Por isso a importância da centralidade do trabalhador” (P2).

A Vigilância em Saúde (VS) é uma área essencial no processo de construção e manutenção de uma perspectiva de saúde para a sociedade de maneira geral, tendo como premissa básica analisar a situação de saúde e as ações laboratoriais, integrando a Rede de Atenção à Saúde. (Brasil, 2018). Sendo ela dividida em Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador, com essa última focada na promoção e prevenção da saúde, na redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora (Brasil, 2018). Além disso, como visto na PNSTT (Brasil, 2012), é essencial o foco nas características específicas de cada situação e condição de trabalho, haja vista que cada realidade é específica.

Como visto na fala de P3, é preciso que o trabalhador e a trabalhadora estejam presentes nesse debate, nessa discussão, visando a compreensão da realidade do(a)

trabalhador(a), os riscos físicos, biológicos, químicos e, principalmente, psicossociais. Realizar vigilância é um papel árduo, além dos entraves estruturais presentes nas políticas públicas de saúde, os agentes da vigilância atuam, de certa forma, contra a vontade de um contexto sociopolítico que visa prejudicar o(a) trabalhador(a) a favor do lucro (Zambroni-de Sousa et al., 2023). É comum que as condições de trabalho, das diferentes esferas de riscos à saúde do(a) trabalhador(a) supracitados, sejam disfarçadas pela gestão/empregador quando as vigilâncias serão realizadas. Como visto, ainda, na fala de P3:

Tem aquela questão da repressão... alguém sempre nos acompanha, então alguém [trabalhador] acha que se falar algo conosco vai ser reprimido e demitido. Então, essa pressão atrapalha... Aquele medo de não querer falar com a gente e, se falar, já fala nervoso ou omite a real situação. Então a gente tenta puxar às vezes, até ter uma conversa.

Desse modo, é necessária a participação do(a) trabalhador(a) nesse contexto, (d)enunciando, da forma que for possível, as situações que passam, as condições precárias de trabalho e os possíveis assédios que sofrem. Entendemos que as opiniões dos profissionais refletem a representação social do(a) usuário(a)-trabalhador(a) nesse contexto de luta da saúde do(a) trabalhador(a), com base, inclusive, no que é trazido pelo Movimento Operário Italiano e pelas próprias normativas e políticas nacionais que regem as atividades, ações, posturas e estratégias em saúde do(a) trabalhador(a).

Considerando estudos como os de Silva e Faro (2016), que analisam as representações sociais de profissionais de saúde nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Moura e Shimizu (2017) que analisam as representações sociais de saúde-doença de conselheiros municipais da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e entorno; Araújo et al. (2016) que analisam as representações sociais dos(as)

usuários(as) hospitalizados(as) no cuidado hospitalar; e de Farinhuk et al. (2021), que analisam as representações sociais de sofrimento psíquico e transtorno mentais de profissionais da Atenção Básica à Saúde, por exemplo, notamos que a perspectiva de cuidar do(a) usuário(a) enxergando este como um(a) trabalhador(a) é pouco cristalizada dentro das políticas públicas.

Isso ocorre, principalmente, em razão das condições precárias dos(as) profissionais que cuidam e das fragilidades nas formações desses(as) profissionais, o que dificulta a realização do cuidado integral do sujeito (Araújo et al., 2016; Farinhuk et al., 2021; Moura & Shimizu, 2017; Silva & Faro, 2016), a partir de uma ótica da saúde do(a) trabalhador(a), em que o processo de adoecimento pode ser uma consequência das condições e relações de trabalho. Além disso, vale destacar a fala de P4 sobre a influência do Movimento Operário Italiano na sua atuação:

O usuário, tem uma centralidade dentro do SUS, né? E na saúde do trabalhador, ele também é uma figura central, né? Tendo em vista que a gente sofreu aqui no Brasil a influência do Modelo Operário Italiano... que coloca que não existe saúde do trabalhador sem o mesmo.

Notamos que, ao trazer a pergunta sobre a importância do(a) usuário(a) para sua atividade no Cerest, na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, no SUS, a profissional logo associou sua atuação ao Movimento Operário Italiano, em um movimento de ancoragem (Moscovici, 2007), em que a ideia central é um saber compartilhado historicamente pelos atores da área da saúde do(a) trabalhador(a): o movimento coletivo precisa ter os(as) trabalhadores(as) como protagonistas, visto esta possivelmente influenciada pela formação continuada no campo, além da vivência em sua atividade de trabalho.

Dessa forma, é comum que, ao ser perguntado sobre uma questão latente, o sujeito busque conteúdos já cristalizados e bem fundamentados em sua vivência para respaldar suas opiniões. Percebemos, então, que P3 esteve bastante implicada em sua atuação em Saúde do Trabalhador, destacando valores e características pessoais articuladas com as representações sociais que recortam a figura do(a) usuário(a), enquanto usuário(a)-trabalhador(a), no contexto do Cerest.

Influência neoliberal e a Representação Social do(a) usuário(a)-trabalhador(a)

Anderson (1995) discorre que o neoliberalismo é o contexto demarcado por diversas transformações econômicas, políticas e sociais que se tornaram pertinentes a partir da década de 1970 como uma consequência da crise do modelo de Estado de Bem-Estar social e da desaceleração do crescimento das economias capitalistas. Nesse sentido, o neoliberalismo não se limitou a uma teoria econômica e se transformou em um projeto político de restauração do poder das classes dominantes e em uma reorganização das relações entre Estado, mercado e sociedade.

Nessa reorganização política, o Estado é considerado o principal responsável pelas transformações econômicas, sendo caracterizado como o agente principal na produção de déficits públicos, excesso de regulamentação e fortalecimento dos sindicatos, o que por consequência suscitou diversas políticas de redução da participação estatal na economia, causando privatizações de empresas públicas, flexibilização das relações de trabalho, abertura comercial, desregulamentação dos mercados e a contenção dos investimentos sociais (Anderson, 1995). Em resumo, essa organização política enfraquece os vínculos de trabalho e, também, as pautas da classe trabalhadora.

Anderson (1995) explica: “O neoliberalismo alcançou êxito num grau com o qual seus fundadores provavelmente jamais sonharam, disseminando a simples ideia de que não há alternativas para os seus princípios, que todos, seja confessando ou negando, têm

de adaptar-se às suas normas” (p. 23). Assim, no contexto latino-americano, o neoliberalismo intensificou processos de vulnerabilização e aprofundou ainda mais as desigualdades sociais existentes nesses países, especialmente no Brasil, e esse processo de empobrecimento populacional é respaldado em uma ideologia que individualiza a sobrevivência, o fracasso e o sofrimento de trabalhadores.

Nessa perspectiva, a saúde pública, bem como todas as instituições e organizações públicas e privadas, é transversalizada pelos ideais neoliberais que estão presentes na sociedade. Além disso, e mais especificamente, a organização e os processos de trabalho da esfera da saúde são influenciados diretamente por esse modelo de gestão (Merhy, 2013). Como vemos nas entrevistas: “Ele é primordial [...] quanto mais usuário está aqui [...] quanto mais essa questão da gente com a sociedade, mais verba tem, né?” (P1)

Notamos que os(as) profissionais que atuam na saúde do(a) trabalhador(a) possuem, em sua maioria, percepções de centralidade do(a) usuário(a)-trabalhador(a) em sua atividade e, como dito anteriormente, sendo protagonista em diferentes esferas na construção do processo saúde-doença. Entretanto, é necessário promover a reflexão sobre o que, além disso, está presente nas visões e opiniões desses(as) trabalhadores(as), tendo em vista que são profissionais situados no contexto da saúde pública, uma categoria recortada por várias dificuldades estruturais (Araújo et al., 2016; Farinhuk et al., 2021; Moura & Shimizu, 2017; Silva & Faro, 2016).

No cotidiano desses(as) profissionais está presente a falta de investimento, escassez de materiais para o mínimo exercício de sua ocupação, gestão inflexível etc., todos esses obstáculos em um contexto de flexibilização e desapropriação do trabalho (Franco et al., 2010). Desse modo, como o debatido por Moscovici (2007), entendemos que as representações sociais são construídas e mantidas a partir da prática do sujeito, assim, podem sedimentar-se cada vez mais na falta de recursos próprios para desafiar o

que está consolidado, como alternativas de ancoragem para as representações e práticas em saúde.

Assim, destacamos que é um processo dialético, as representações sociais influenciam na prática social e vice-versa (Jodelet, 1989). Desse modo, ao termos representações sociais fundamentadas no modelo neoliberal que interpreta as pessoas enquanto números – os(as) usuários(as) enquanto indicadores a serem batidos, e a realidade de precariedade e flexibilização do(a) profissional que atua na Saúde do Trabalhador – surge um ambiente propício para perpetuação dessa representação social (Jodelet, 1989).

Além disso, percebemos que essa representação social não cruza somente a realidade dessa categoria de profissionais da Saúde do Trabalhador, a partir da fala de P5:

Os próprios sindicatos parecem que não se reconhecem enquanto classe na perspectiva de não atuar na saúde do trabalhador, muitas vezes o sindicato vai atuar muito mais numa situação de compensação salarial, por exemplo, e vão lutar muito mais pelos 20% de insalubridade do que extinguir aquele risco ou minimizar aquele risco.

Os sindicatos e as associações de trabalhadores(as) são ferramentas essenciais na luta pelos direitos da categoria de trabalho, sendo necessária uma visão sobre o(a) trabalhador(a) alinhada com a perspectiva do Movimento Operário Italiano (Oddone et al., 2020) em prol da extinção do risco. Contudo, a perspectiva neoliberal recorta, também, essa esfera. Tomando como base a Teoria das Representações Sociais de Moscovici, podemos refletir sobre como essa representação social do(a) usuário(a)-trabalhador(a) alinhada com a perspectiva capitalista vinculada ao monetário e lucro, acaba por desmobilizar possíveis reivindicações, assim como a construção e manutenção

de lutas que promovam avanços à saúde do(a) trabalhador(a). Desse modo, essa representação social acaba por ser fortalecida e cristalizada no imaginário social.

Reconhecimento a partir do(a) usuário(a)-trabalhador(a)

Segundo Esperidião e Viera-da-Silva (2018), nos anos de 1970 nos Estados Unidos e na Inglaterra, o conceito de satisfação como um indicador da qualidade do cuidado foi propagado na realidade das práticas em saúde e cuidado, causando uma relação de concorrência entre os serviços de saúde. No Brasil, ainda na década de 70, as primeiras publicações sobre satisfação do(a) usuário(a) eram relacionadas às práticas de cuidado em enfermagem (Esperidião & Viera-da-Silva, 2018).

Desde então, para justificar a existência das políticas públicas e dos serviços de saúde, considera-se, também, o quanto aquele serviço realmente presta assistência a um território e à sua população, com qualidade e intencionalidade. A relação do reconhecimento e da atuação nas práticas de saúde no Cerest não fogem dessa influência histórica-cultural. Como apontado por P1:

Quanto mais essa questão da gente com a sociedade, mais verba tem, né, mais reconhecimento do trabalho tem. E aí é para isso, né, até a gente precisa preencher os BPA e tudo, porque para saber se o serviço está sendo movimentado, né? Tem bastante usuário e o usuário é a base do nosso serviço, não só desse serviço, mas qualquer serviço do SUS.

Para os(as) profissionais do Cerest, o reconhecimento de que o seu trabalho é importante e que serve àquilo que se propõe a fazer depende diretamente de quantos(as) usuários(as)-trabalhadores(as) buscam o serviço anualmente, ou seja, eles recebem influência das representações sociais sedimentadas e compartilhadas nas práticas de cuidado e nas diretrizes do SUS. Essa perspectiva é também fonte de conflito para a atuação desses(as) profissionais, pois como P4 e P5 afirmam:

E aí (...) eles acabam, felizmente ou infelizmente, comparando né, com a *via crucis* de acesso a outros serviços que o atendimento é mais rápido, é mais é imediatista. Mas aqui a gente tem uma particularidade, né? No nosso acolhimento, de fato, ele é mais demorado, né? (P4)

(...) normalmente, reconhecem primeiro que não foram bem atendidos em outras políticas. Então é normalmente um(a) trabalhador(a) que chega, passa pelo caps, passa pela UBS, passa pelo ambulatório, não sei da onde já foi bem atendido (...) em resumo, esse bom atendimento traduz essa satisfação que os usuários têm da política. (P5)

Isto significa que essa interação dos(as) usuários(as) com outros serviços de saúde influencia diretamente na avaliação da assistência do Cerest, pois os(as) usuários(as) possuem expectativas que consideram a sua experiência prévia com serviços similares (Esperidião & Viera-da-Silva, 2018). Para a equipe do Cerest, o reconhecimento do seu trabalho dependerá do(a) usuário(a), logo, o serviço prestado pode ser avaliado como ruim, insignificante e insatisfatório, caso as pessoas que o buscarem não souberem a função do dispositivo e nem o objetivo de suas ações. Como afirma também P5:

Mas ao mesmo tempo, muitas vezes ele já vem com a sensação de que o Cerest vai resolver todo o problema dele e muitas vezes isso gera a frustração. Porque ele chega aqui achando que vai ter a CAT, que vai ter o benefício, que vai se aposentar, mas quando ele chega aqui, que a gente explica toda a situação, eles vão entender que a gente não tem poder suficiente para conceder o benefício, conceder aposentadoria e às vezes eles saem frustrados

Contudo, como muitos serviços de saúde atuam a partir de uma lógica que preza mais a quantidade de atendimentos ao invés da qualidade, e seguindo uma visão biologizante e mecanicista dos sujeitos (Farinhuk et al., 2021; Moura & Shimizu, 2017),

no acolhimento do Cerest a visão integrativa e interdisciplinar dos profissionais é motivo de elogios e visibilidade, como afirmam P4 e P5:

A gente tem um serviço muito elogiado, né? Todo mundo fala muito do nosso acolhimento inicial, muito bem disso (...) E fazer uma observação positiva na ouvidoria, porque o nosso trabalho, ele é. Falaram que o nosso trabalho, ele é muito bom” (P4)

E também é um argumento que o médico também é um atendimento, de certa forma diferencial, porque os médicos são geralmente bem atenciosos (...) nosso material, vamos dizer assim, humano é muito bom, porque a gente está empenhado em realizar essa saúde do(a) trabalhador(a) e não aqui fazendo mais um número. (P5)

De acordo com Shimizu e Moura (2015), o(a) usuário(a) e a comunidade presente naquele território têm um importante papel na realização do controle social em saúde, ou seja, é a partir da demanda daquele território que ocorre uma fiscalização dos serviços de saúde. Levando os(as) conselheiros(as) regionais/municipais a uma investigação das práticas dos profissionais, do funcionamento dos serviços, da existência ou não de profissionais atuantes de plantão e entre outros, principalmente, por meio do envolvimento da comunidade no ato de (d)enunciar as necessidades à ouvidoria.

Moscovici (2007) afirma que em todas as sociedades e culturas há pontos de “clivagem no sistema representacional”, que suscitam a construção de novas representações sociais, almejando uma certa estabilidade que só acontece quando existe um sentido àquele conhecimento. Nesse sentido, corroborando com essa visão, os(as) usuários(as) para os(as) profissionais do Cerest são atores(as) que influenciam, também, a existência, ou não, das políticas públicas. A avaliação positiva destes(as) usuários(as) é uma das fontes principais para a existência do reconhecimento das ações do dispositivo e

das práticas de cuidado. Logo, esse saber compartilhado pelos profissionais é influenciado pelas representações sociais sedimentadas por condições sociais e diretrizes históricas nas práticas de saúde.

Considerações Finais

Ao analisar o movimento dialético da construção de representações sociais das práticas de cuidado em saúde dos(as) profissionais-trabalhadores(as) do Cerest, há uma compreensão por parte deles da visão ampliada em saúde, que considera o(a) usuário(a) como o centro da política pública, sendo ele(a) o(a) protagonista dessas relações, dos movimentos sociais e de reconhecimento das ações do Cerest. Destaca-se que os(as) profissionais do Cerest buscaram referências em conhecimentos já sedimentados entre eles, como o conceito ampliado de saúde, os saberes sobre o Movimento Operário Italiano, sobre os determinantes sociais de saúde e sobre as práticas de cuidado.

Contudo, o modelo biomédico/reducionista se mostrou presente no processo de ancoragem para as construções de representações e práticas em saúde. Essa ancoragem em saberes neoliberais acontece como uma consequência histórica da falta de recursos para transformar essa realidade, mas enfatiza-se que a dialética entre esses saberes compartilhados no cotidiano, as diretrizes sedimentadas no SUS, as práticas sociais e a comunicação social proporcionam as interações necessárias para a construção de outras representações sociais que possuem mais sentido e podem ser mais estáveis.

Então, por mais que tenha sido evidenciado, nesse estudo, que parte da equipe entrevistada tenha uma perspectiva crítica de atuação, é preciso trazer para outros serviços e profissionais da Saúde do Trabalhador as formações continuadas sobre a importância do(a) usuário(a)-trabalhador(a), em um viés crítico e oposto à visão neoliberal de atuação. Além disso, é preciso que seja construída e mantida uma estrutura física, ergonômica e psicossocial que dê suporte a essa categoria de trabalho. Haja vista que, como discutido

anteriormente, caso as condições de trabalho permaneçam como estão, será muito difícil para os(as) profissionais transformarem as representações sociais dos(as) usuários(as) que são voltadas à perspectiva capitalista.

A pesquisa se limitou a realizar entrevistas com cinco profissionais, unicamente do estado da Paraíba, sendo realizadas algumas entrevistas via *Google Meet*. Dessa forma, como sugestão para próximas pesquisas, com intuito de compreender de forma mais integral as representações sociais construídas pelos(as) profissionais da Saúde do Trabalhador, faz-se necessário investigar como está esse processo em outros estados do Brasil, realizando um maior número de entrevistas e, caso possível, realizá-las de forma presencial, haja vista a maior riqueza de detalhes provindas dessa construção de vínculo.

Por fim, é importante que tanto esta pesquisa quanto as futuras que tratem desta temática, comprometam-se com a devolutiva a ser realizada para o fomento das ações e estratégias do âmbito público. O retorno para a sociedade é parte essencial da pesquisa científica em Psicologia Social e em Saúde do Trabalhador, em prol do desenvolvimento de uma psicologia crítica que busque atuar em políticas públicas e sociais, em movimento de resistência.

Referências

- Anderson, P. (1995). Balanço do neoliberalismo. In E. Sader & P. Gentili (Orgs.), *Pós-neoliberalismo: As políticas sociais e o Estado democrático* (pp. 9–23). Paz e Terra.
- Araújo, F. P., Sauthier, M., & Ferreira, M. A. (2016). Representações sociais dos usuários hospitalizados sobre cidadania: implicações para o cuidado hospitalar. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 69(4), 625–632.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690402i>
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Brasil. (2012). *Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012*. Ministério da Saúde.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html
- Brasil (2018). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.
- Brito, J. (2011). A Ergologia como Perspectiva de Análise: a saúde do trabalhador e o trabalho em saúde. In C. Minayo, J. M. H. Machado, P. G. L. Pena (Orgs.), *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea* (pp. 479-494).
- Canguilhem, G. (1995). *O normal e o patológico*. Forense Universitaria.
- Canguilhem, G. (2001). Meios e normas do homem no trabalho. *Pro-posições*, 12(2), 35-56.
- Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências e Saúde*, (2), 287-307.
- Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 14(54), 7-11.

- Esperidião, M. A., & Viera-da-Silva, L. M. (2018). A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. *Saúde Em Debate*, 42(2), 331–340. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S223>
- Farinhuk, P. S., Savaris, L. E., & Franco, R. S. (2021). Transtorno mental e sofrimento psíquico: representações sociais de profissionais da Atenção Básica à Saúde. *Research, Society and Development*, 10(3).
- Franco, T., Druck, G. & Seligmann-Silva, E. (2010). As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Revista brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122): 229-248.
- Jodelet, D. (1989). Representações Sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet. *As Representações Sociais*. PUF.
- Merhy, E. E. (2013). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In T. B. Franco, E. E. Merhy (Org.) *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2007). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Editora Vozes.
- Moscovici, S. (2007). *Representações sociais: investigação em psicologia social*. Editora Vozes. 5ª ed.
- Moura, L. M. & Shimizu, H. E. (2017). Representações sociais de saúde-doença de conselheiros municipais de saúde. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 27(1), 103–125. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000100006>
- Oddone, I., Marri, G, Gloria, S., Briante, G, Chiantella, M. & Re, A. (2020). *Ambiente de Trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. Hucitec.

- Santos, A. P. L. & Lacaz, F. A. C. (2011). Saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. In C. M. Gomes; J. M. H. Machado; P. G. L. Pena. *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Editora Fiocruz.
- Shimizu, H. E. & Moura, L. M. (2015). As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. *Saúde E Sociedade, 24*(4), 1180–1192.
- Silva, N. F. & Faro, A. (2016). Representações sociais do usuário de crack para familiares e profissionais de saúde. *Psychologica, Coimbra, 59*(1), p. 25-41.
- World Health Organization [WHO]. (1948). *Constitution of the World Health Organization* (Basic Documents, 48th ed.). World Health Organization.
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>
- Zambroni-de-Souza, P. C., Santos, J. O. A., Close, M. N., Araújo, A. J. S. & Bolis, I. (2023). Vivências subjetivas de profissionais que realizam Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 26*, 1-14.