

Vulnerabilidade laboral e institucional: A Saúde dos Profissionais do SUS e do SUAS¹

Labor and institutional vulnerability: the health of UHS and USAS professionals

BRUNA PIRINO

Mestranda em Ciências Humanas Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Campinas.
Pesquisadora do laboratório de Ergonomia, Saúde e Trabalho (UNICAMP).
Advogada (PUC-Campinas).
b239519@dac.unicamp.br

EDUARDO MARANDOLA JR.

Doutor em Geografia (UNICAMP), Graduado em Geografia (UEL).
Professor do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas da Faculdade de Ciências Aplicadas da Universidade Estadual de Campinas.
Coordena o Laboratório de Geografia dos Riscos e Resiliência (UNICAMP).
ejmjr@unicamp.br

VIVIANE GROppo LOPES CERQUEIRA

Mestre em Serviço Social pela PUC-SP, especialista em Gestão Pública e gerência de cidades (UNESP Araraquara-SP) e em violência contra crianças e adolescentes (USP).
Graduada em Assistência Social (ISCA).
vlopescerqueira@gmail.com

SANDRA FRANCISCA BEZERRA GEMMA

Doutorado e Mestrado em Engenharia Agrícola (UNICAMP),
Graduada em Enfermagem (UNICAMP).
Professora do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas da Faculdade de Ciências Aplicadas da Universidade Estadual de Campinas.
Coordena o laboratório de Ergonomia, Saúde e Trabalho (UNICAMP).
gemma@unicamp.br

TATIANA BENEVIDES MAGALHÃES BRAGA

Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (USP), Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (USP), Graduada em Psicologia (USP).
Professora adjunta na Graduação e Pós-Graduação na Universidade Federal de Uberlândia.
tatibmb@unicamp.br

RESUMO

No presente trabalho buscou-se compreender a definição de saúde pela Organização Mundial da Saúde e sua correlação com as doenças mentais dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde - (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social - (SUAS), ante suas vulnerabilidades institucional e laboral. Objetivou-se identificar os sentidos de bem-estar biopsicossocial sob o enfoque institucional bem como seus reflexos para as pessoas, baseando-se no Programa

¹ Recebido em 30 de setembro de 2023. Aprovado em 15 de novembro de 2023.

Trabalho Seguro da Justiça do Trabalho no biênio 2020/2022 e Mundial da Saúde Mental: Transformar a saúde mental para todos” da Organização Mundial da Saúde, lançado em 2022. A metodologia utilizada teve como base a revisão bibliográfica da temática de políticas públicas dos SUS e SUAS, a fim de trazer exemplos dessas políticas e sua capacidade de auxiliar seus usuários. Por fim, evidenciou-se, sobretudo, a necessidade da escuta e participação destes profissionais na elaboração de políticas promotoras de saúde no âmbito laboral para que sejam mais assertivas.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Saúde. Políticas Públicas.

ABSTRACT

This study sought to understand the definition of health by the World Health Organization and its correlation with the mental illnesses of workers in the Unified Health System - (SUS) and the Unified Social Assistance System - (SUAS), given their institutional vulnerabilities. and labor. The objective was to identify the meanings of biopsychosocial well-being from an institutional perspective as well as its consequences for people, based on the Safe Work Program of the Labor Court in the biennium 2020/2022 and World Mental Health: Transforming mental health for all” from the World Health Organization, launched in 2022. The methodology used was based on a bibliographical review on the subject of public policies of the SUS and SUAS, in order to provide examples of these policies and their ability to help their users. Finally, it was highlighted, above all, the need for these professionals to listen and participate in the development of health-promoting policies in the workplace so that they can be more assertive.

Keywords: Health promotion. Health. Public policy.

INTRODUÇÃO

A multidimensionalidade da vulnerabilidade tem sido destacada como importante para a discussão dos sistemas de saúde, de proteção social e das políticas públicas em geral. Tratá-la a partir desta perspectiva permite compreender os atravessamentos e articulações escalares que tecem as relações laborais e institucionais.

Neste sentido, trataremos a vulnerabilidade institucional dos profissionais da saúde e da assistência social, relacionando-a com os “enquadramentos interpretativos” da filósofa Judith Butler (2018, p. 57), como estratégia de compreensão dos processos de vulnerabilização. Posteriormente, faremos a conexão desta vulnerabilidade com os termos Trabalho Decente (OIT, 1999) e bem-estar biopsicossocial (OMS, 1946) para demonstrarmos a preocupação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT) entre a relação trabalho e saúde, sobretudo mental. Por fim, pretendemos trazer exemplos de políticas públicas com a participação desses profissionais buscando colocar em prática esses conceitos.

Assim, a problemática deste estudo consiste em analisar que, apesar da saúde mental do trabalhador tratar-se de uma preocupação internacional antiga da OMS e da OIT, somente em 2022 foi aprovado pela presidente do Tribunal Superior do Trabalho (TST) e do Conselho Superior da Justiça do Trabalho (CSJT), ministra Cristina Peduzzi, a seguinte pauta para o Programa Trabalho Seguro da Justiça do Trabalho no biênio 2020/2022: "Construção do trabalho seguro e decente em tempos de crise: prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais".

Não obstante os avanços obtidos nessa seara, o "Relatório Mundial da Saúde Mental: Transformar a saúde mental para todos" (OMS, 2022) faz várias recomendações de ações, agrupadas em três "caminhos para a transformação" e aceleração da implementação deste Plano:

[...] aprofundar o valor e o compromisso que damos à saúde mental; reorganizar os entornos que influenciam a saúde mental, incluindo lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, e promover a atenção à saúde mental a partir da mudança nos lugares, modalidades e pessoas que oferecem e recebem os serviços (OMS, 2022, p. 249).

A preocupação com a saúde mental nesta perspectiva está pautada na saúde pública, nos direitos humanos e no desenvolvimento socioeconômico (OMS, 2022). Desta feita, os objetivos do presente trabalho visam compreender os sentidos do bem-estar biopsicossocial sob o enfoque laboral; identificar a repercussão dessa vulnerabilidade institucional no labor dos profissionais da saúde e assistência social, e aferir como as políticas públicas podem contribuir para dirimir esses impactos. A metodologia empregada foi a revisão bibliográfica corroborada com os Relatórios Mundiais da Saúde de 2001, 2002 e 2022 da Organização Mundial da Saúde.

A VULNERABILIDADE INSTITUCIONAL E OS "ENQUADRAMENTOS INTERPRETATIVOS"

A situação de vulnerabilidade de profissionais da saúde e da assistência social é multidimensional, envolvendo aspectos psicossociais, estruturais, demográficos, econômicos, dentre tantos outros. A multidimensionalidade da vulnerabilidade remete ao caráter interdisciplinar do conceito, de um lado, e à complexidade dos próprios fenômenos, de outro (HOGAN; MARANDOLA JÚNIOR, 2005).

Uma perspectiva ampliada da vulnerabilidade a considera tanto relacionada à maneira como o Estado moderno constituiu suas políticas entre proteção social e proteção civil

(CASTEL, 2003), quanto como uma característica intrínseca de sistemas sociais, ecológicos e psicossociais. Isso permite elaborar respostas a riscos e perigos em diferentes escalas, como parte constituinte do atual estágio da modernidade globalizada (CUTTER, 2006; BRAGA; FARINHA, 2022; BECK, 2016).

Neste sentido, pensar a vulnerabilidade dos profissionais de saúde, notadamente os envolvidos nos Sistema Único de Saúde (SUS) e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), assume um caráter que ultrapassa a dimensão propriamente individual ou profissional. A situação de sua saúde laboral incide diretamente na vulnerabilidade institucional dos sistemas, pelos atravessamentos característicos da multidimensionalidade e das articulações escalares dos sistemas em questão e da própria vulnerabilidade.

Esta situação se agrava pela pouca atenção que os profissionais de tais sistemas têm recebido quando o assunto é sua própria saúde e vulnerabilidade. A filósofa Judith Butler (2018, p. 57) trabalha com um conceito interessante neste sentido, os “enquadramentos interpretativos”. Para a autora, estes podem se tornar enquadramentos impositivos, capazes de trazer questões tidas como caráter aceito como verdadeiro e habilitá-los a fornecer meios para a crítica social.

Neste raciocínio, os profissionais da saúde e da assistência social tendem a ser enquadrados como isentos de adoecimento, sobretudo mentalmente, pois o seu trabalho consiste em auxiliar seus pacientes e usuários nessas questões. Contudo, exatamente por ocupar-se do cuidado do outro, o cuidado com a saúde de tais profissionais têm um papel estratégico na manutenção dos sistemas de proteção social e nas políticas de promoção da saúde, devendo receber uma atenção específica para com sua própria saúde e bem-estar.

No Brasil, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (2001) propõe o modelo tripartido interdependente por meio da apreensão do comportamento pessoal (vulnerabilidade individual), do contexto social (vulnerabilidade coletiva) e do programa de combate, como no caso das campanhas contra a AIDS (vulnerabilidade programática). Portanto, por meio da conexão e da análise conjunta desses elementos, é possível compreender a gravidade da vulnerabilidade individual e coletiva. Ayres *et al.* (1999) defende que o termo “vulnerabilidade” sob este contexto se refere à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, ou seja, a vulnerabilidade é o resultado da relação indivíduo-coletividade associada ao contexto de *locus* de vulnerabilidade, como a disponibilidade de recursos para proteção contra doenças.

Assim, superou-se o modelo individualizante e probabilístico da antiga percepção sobre o conceito de “risco” ao apontar a vulnerabilidade como um conjunto de aspectos que vão além

do individual, como um fator ambiental, por exemplo, permitindo uma visão mais ampliada (SANTOS, 2018, p. 69). Desta forma, abordam-se os elementos coletivos, contextuais, que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos, em conjunto com a disponibilidade ou a carência de recursos destinados à proteção das pessoas. Sob essa mesma perspectiva, Michelly Eustáquia do Carmo *et al.* (2018, p. 6) afirma que o homem vulnerável é uma condição criada por contextos individuais e coletivos passível de modificação por possuir ou ser apoiado para criar as capacidades necessárias para a mudança de sua condição.

OS SENTIDOS DO BEM-ESTAR BIOPSISSOCIAL SOB O ENFOQUE LABORAL

Neste sentido, a Organização das Nações Unidas (ONU), após a criação da OMS e o término da Segunda Guerra Mundial, definiu: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.” (WHO, 1946). A saúde como direito tornou-se mais palpável com o conceito determinado pela VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) em Brasília, no ano de 1986, sendo esta um resultado de vários fatores que compõem a vida do indivíduo (alimentação, habitação, renda, meio ambiente de trabalho) (PAIM, 1986).

Tal definição foi tamanha que impactou na redação da Constituição Federal de 1988 como “uma conquista social sem precedentes” tornando a sua manutenção em um dever estatal por meio de políticas sociais e econômicas (BATISTELLA, 2007, p. 64). A partir do abandono da visão higienista de saúde em prol do bem-estar biopsicossocial pela OMS, a organização instituiu o “Programa de Medicina Tradicional” no final da década de 1970 a fim de “[...] incentivar os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde, [...]” (BRASIL, 2006, p. 6). Esse programa resultou na elaboração do documento intitulado "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002- 2005", proporcionando a criação do SUS no Brasil na década de 80 como políticas e ações em saúde, posteriormente inspirando a criação do SUAS em 2005.

Por fim, é necessário que haja abordagens integradoras entre saúde e economia para entender o processo saúde-doença, enquanto o termo ‘qualidade de vida’ deve ser apreendido de forma qualitativa, ultrapassando a objetividade de critérios quantitativos (BATISTELLA, 2007, p. 64). Para isso foi criada, no Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2006) com o objetivo de produzir conhecimento sobre essas determinantes,

averiguar as medidas governamentais e promover a conscientização social para evitar futuras iniquidades de saúde (BATISTELLA, 2007, p. 70).

Nessa toada, o ‘objeto das práticas de saúde’ supera a doença e fatores de risco para abarcar “as necessidades e os determinantes (condições de vida e de trabalho)” assim como as ‘formas de organização do trabalho em saúde’ deixariam a tradicional proposta de rede básica e hospitalar para ações intersetoriais e políticas públicas com enfoque na saúde (Batistella, 2007, p. 78). Desta forma, neste novo modelo, mais profissionais estariam envolvidos no fomento do dinamismo da saúde e com mais troca de conhecimentos, em conjunto com ação educativa e avaliações contínuas dos resultados, tendo como propósito expandir “para a compreensão de danos, riscos, necessidades e determinantes das condições de vida, saúde e trabalho” (BATISTELLA, 2007, p.78). Assim, para Carlos Batistella (2007), a saúde é um reflexo do contexto social, histórico e cultural, sendo que os diagnósticos intersetoriais conectam a população e os serviços de saúde.

A VULNERABILIDADE INSTITUCIONAL COMO UM FATOR DA VULNERABILIDADE LABORAL PARA A OMS

Primeiramente, antes de abordar a vulnerabilidade institucional e relacioná-la com a laboral, é necessário retomar brevemente sobre como essa vulnerabilidade institucional, também denominada como violência pela OMS, emergiu e seu contexto. Para compreender este tema de proteção integral do indivíduo, faremos um paralelo entre os “Determinantes Sociais da Saúde” (DSS) e o bem-estar biopsicossocial da OMS. Assim, os “Determinantes Sociais da Saúde” (DSS) fazem parte da área de saúde pública relacionando acontecimentos e comportamentos sociais (econômicos, sociais, ambientais, políticos, dentre outros) responsáveis por impactarem positivamente ou negativamente na saúde individual e coletiva (FIOCRUZ, 2023).

Na década de 1970, os determinantes sociais ganharam maiores proporções na América Latina com o objetivo de reavaliar os paradigmas vigentes nos campos da medicina preventiva e comunitária e da saúde pública. A resposta dessa revisão crítica resultou no reconhecimento da limitação da medicina ao dissociar-se dos fatores sociais e econômicos que repercutem no processo saúde-doença e no sistema de cuidados. Neste viés, o Brasil começou a compreender “os fenômenos saúde-doença como processos socialmente determinados no contexto das

relações entre Estado, economia, sociedade e saúde. Assim, os DSS passaram a ser analisados pela Epidemiologia, pelo Planejamento e pelas Ciências Sociais em Saúde” (FIOCRUZ, 2023).

Portanto, da mesma forma que o bem-estar biopsicossocial engloba o indivíduo em sua integralidade, a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (2011, p. 1) estabelece que as DSS são o resultado das iniquidades em saúde causadas pelas “condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem [...]”. Desta feita, essas iniquidades são veladas pelos problemas políticos econômicos (distribuição de renda, bens e serviços) e sociais (condições de vida, trabalho, lazer, moradia e ambiente, acesso ao cuidado à saúde, escolas e educação).

Por fim, essas iniquidades veladas repercutem no ambiente de trabalho, de acordo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS (2002, p. 17): há aquelas que geram custos diretos (acidente de trabalho, doenças, invalidez), indiretos (produtividade e qualidades reduzidas) e mais intangíveis (violar a imagem da organização, menos criatividade e lealdade). Ante ao exposto, a OMS denomina como essenciais as ações para prevenir essa violência e que se dividem em nível local (programas em pequena escala, comissões de trabalho e cooperação), em nível nacional (cooperação entre sindicatos e empregadores por meio dos ministérios do trabalho) e em nível global (OMS).

Desta feita, a violência laboral é estrutural, ultrapassando o indivíduo, por causas sociais, econômicas, culturais e organizacionais (OMS, 2002, p. 18) afetando a família e a comunidade com a perda do emprego, redução de produtividade, maiores índices de criminalidade e a mortalidade prematura (OMS, 2001, p. 24-25). Assim, a OMS elencou três meios para prevenir as violências: a prevenção primária (evitar que a violência venha a ser concretizada), a prevenção secundária (respostas imediatas à violência) e a prevenção terciária (respostas à longo prazo, como reabilitação e reintegração) e três tipos de intervenções para resolver este problema: intervenções universais (abordagem de um grupo ou população em geral), selecionadas (focadas para pessoas vulneráveis) e indicadas (àqueles com comportamento violento) (OMS, 2002, p. 15-16).

Nessa linha de intervenções propostas pela OMS e em resposta à vulnerabilidade laboral e institucional, a Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS) objetivou “[...] agir sobre os determinantes da saúde de forma coletiva” (WCSDH, 2011, p. 1). Assim, conforme a Resolução WHA62. 14 da Assembleia Mundial da Saúde (2009), trata-se, dentre outros meios, de voltar-se para as “políticas públicas e nos serviços sociais e de saúde” (WCSDH, 2011, p. 3) para atingir as três recomendações gerais da Comissão sobre

Determinantes Sociais da Saúde: “[...] melhorar as condições de vida; combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e medir a magnitude do problema, compreendê-lo e avaliar o impacto das intervenções” (WCSDH, 2011, p. 1).

Ante o exposto, a Conferência supra reconheceu a necessidade de implementar ações nacionais e internacionais sobre os determinantes sociais da saúde enfatizando que o papel dos atores globais é essencial para “[...] a promoção da cooperação e desenvolvimento internacionais e aumento da participação na formulação de políticas e monitoramento do progresso [...]” por meio da governança global (WCSDH, 2011, p. 2). Ademais, ressalta que a saúde universal e abrangente “[...] depende do envolvimento e do diálogo com outros setores e atores, visto que o desempenho destes gera impactos significativos sobre a saúde. Ações políticas coordenadas e intersetoriais são comprovadamente eficazes”, sendo a estratégia de Saúde em Todas as Políticas, juntamente com a cooperação e ações intersetoriais um exemplo (WCSDH, 2011, p. 1).

OS REFLEXOS PRÁTICOS DA VULNERABILIDADE LABORAL DESSES PROFISSIONAIS

Essa preocupação da saúde mental laboral tem ganhado cada vez mais espaço nos países ocidentais, (AHOLA, 2005, p. 56). Dentre as principais doenças proporcionadas pelo trabalho, o *burnout* destaca-se pelo esgotamento profissional, enquanto a depressão pode ser associada ao primeiro, visto que ambos os conceitos das doenças se complementam. Logo, ambas podem ser decorrentes do trabalho, cabendo a análise de ambas as doenças no paciente trabalhador.

Para definir *burnout*, o Ministério da Saúde do Brasil & Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil (2001, p. 191), trouxe a seguinte definição: “[...] é um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho. [...]”. Desta feita, essa doença resulta da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, tendo como exemplo, o envolvimento emocional do trabalhador com as necessidades sociais dos usuários associado à falta de recursos e/ou a precariedade da oferta dos serviços. Assim, esse trabalhador, “[...] em um dado momento, desiste, perde a energia ou se “queima” completamente. O trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho, desinteressa-se e qualquer esforço lhe parece inútil.”

Conforme estudos relacionados aos profissionais da saúde e os impactos da profissão em sua saúde mental, as motivações que mais propiciaram o *burnout* foram o excesso de

solicitações que resulta em sobrecarga (alta demanda em ritmo frenético que repercute na vida pessoal) e a perda de controle sobre o seu trabalho (não ter como definir intervalos ou limitar o número de horas de trabalho) (GASPARINI; RODRIGUES, 1992). Além disso, acrescenta-se o relacionamento com os colegas (mais desgaste após à exaustão emocional e de sentimentos negativos em relação às pessoas, além de falta de suporte coletivo para evitar este problema (GASPARINI; RODRIGUES, 1992).

Ante o exposto, após o auge da pandemia de Covid-19, a preocupação com a saúde mental do trabalhador tomou maiores proporções, visto que os casos de doenças ocupacionais cresceram neste período² (TST, 2021), sobretudo com relação aos profissionais da saúde (OPAS, 2022a). Nessa toada, durante e após o auge da pandemia de Covid-19, além da população, os profissionais da saúde também foram mais afetados em termos de saúde mental. Conforme os resultados de um estudo liderado pela Universidade do Chile e pela Universidade da Colúmbia (Estados Unidos), com a colaboração da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), trabalhadores da saúde de onze países latino-americanos (a saber, Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Bolívia, Guatemala, México, Peru, Porto Rico, Venezuela e Uruguai) apresentaram altas taxas de sintomas depressivos, pensamentos suicidas e sofrimento psíquico (OPAS, 2022b)

No estudo denominado “The COVID-19 health care workers study (HEROES): Informe regional de las Américas” (TST, 2021), apontou que entre 14,7% e 22,0% dos profissionais da saúde apresentaram sintomas suspeitos de depressão³, enquanto a proporção de participantes em risco de experimentar um episódio depressivo maior variaram entre 3% na Venezuela e 15% no Chile. Paralelamente, entre 5% e 15% desses profissionais alegaram apresentar ideação suicida, porém o atendimento psicológico recebido alcançou menos de um terço daqueles que disseram precisar (entre 11% e 25%) (TST, 2021).

Em âmbito nacional, de acordo com os dados do INESC (2022), a pandemia de Covid-19 evidenciou as desigualdades estruturais, assim como as dificuldades de atendimento à

² Na íntegra: “Parte do impacto da turbulência mental gerada pela pandemia é mensurável. Em 2020, a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez decorrente de transtornos mentais e comportamentais bateu recordes. Segundo dados da Secretaria Especial de Previdência e Trabalho, foram mais de 576 mil afastamentos, uma alta de 26% em relação a 2019. As dificuldades são várias: inadaptação ao home office, acúmulo de tarefas profissionais e domésticas, endividamento, incertezas sobre o futuro, ansiedade, depressão e síndrome do pânico, entre outras. No caso do auxílio-doença, os afastamentos por motivos como depressão e ansiedade registraram a maior alta entre as principais doenças indicadas como razão para o pedido do benefício. O número de concessões passou de 213,2 mil, em 2019, para 285,2 mil, em 2020, com aumento de 33,7%. A duração média, nos casos de doença mental, é de 196 dias. Os dados demonstram que os problemas mentais decorrentes da pandemia são um assunto que deveria ser tratado em conjunto, por empresas e trabalhadores” (TST, 2021).

³ Constata-se uma evolução normativa ao tratar a depressão, como doença do trabalho. Vide o Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999 (Regulamento da Previdência Social), alterado pelo Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007, no anexo II, que trata dos “Transtornos Mentais e do Comportamento” relacionados ao trabalho.

população com o recorrente desmonte e desfinanciamento das políticas sociais. Ao mesmo tempo, as situações de vulnerabilidade ocupacional e institucional vivenciadas pelos profissionais foram agravadas, principalmente na saúde e assistência social⁴. Todavia, apesar do corte de verbas, a atividade médico-hospitalar (art. 3º, § 1º, I) e da assistência (art. 3º, § 1º II) prosseguiram com seus atendimentos, posto que ambas se tratavam de atividades essenciais pelo Decreto nº 10.282/2020 (BRASIL, 2020).

No Sistema Único de Assistência Social (SUAS), conforme Romagnoli (2015, p. 450-456), os conceitos de “vulnerabilidade” e “risco social” são estruturantes da política de assistência social e encobrem situações multideterminadas com atravessamentos de várias ordens nos usuários desta política, inclusive, na atuação das equipes, destacando-se aqui, o “risco da ressonância das vulnerabilidades”. Tal risco corresponderia à reverberação nas posturas profissionais do aumento da vulnerabilidade dos indivíduos e famílias atendidas, e está atrelado à “precarização das condições desse trabalho que se sustenta em processos de alienação, restrição da autonomia técnica e no aumento de tarefas”, e que, entre outros aspectos, mantém incapacidades e impedem conexões inventivas com as famílias e as equipes.

Neste sentido, Raquel Raichelis (2011, p. 62) afirma que é preciso produzir novos conhecimentos e aprofundar o debate sobre a condição de trabalho⁵ no Sistema Único de Assistência Social - SUAS que alie tanto o trabalho com os direitos dos sujeitos violados na perspectiva do fortalecimento de seu protagonismo ante o sofrimento, como o sofrimento, a dor e o desalento na exposição continuada dos profissionais frente à ausência de meios e recursos que possam remover as causas estruturais da desigualdade social e pobreza.

Diferentemente do SUS, o SUAS, regulamentado a partir de 2005, é um campo em construção. Desta forma, os estudos que abordam as condições, organização e relações dos processos de trabalho no SUAS ainda são incipientes, como apontado pelos autores Guimarães, Oliveira e Silva (2020); Raichelis (2011) e Romagnoli (2015). Nesta esteira, destaca-se a pesquisa de Guimarães, Oliveira e Silva (2020, p.14) sobre a violência no e do trabalho no SUAS, a qual denota o entendimento de que não existe um estado de completo de bem-estar físico, psíquico e social:

⁴ Na íntegra: “Em 2021, o pior ano da pandemia, os recursos para enfrentar a Covid-19 caíram 79% em relação a 2020. A saúde perdeu R\$ 10 bilhões em termos reais entre 2019 e 2021 quando subtraídas as verbas destinadas ao Sars-CoV-2; a habitação de interesse social não gastou qualquer recurso entre 2020 e 2021; a área de assistência para crianças e adolescentes perdeu R\$ 149 milhões entre 2019 e 2021, esse valor equivale a 39% do que foi gasto em 2021; a educação infantil viu seu orçamento diminuir mais de quatro vezes em apenas três anos” (INESC, 2022).

⁵ A autora discute os efeitos do processo de reestruturação produtiva expressos na desregulamentação das relações e direitos do trabalho no Brasil, e que aprofunda o binômio flexibilização/precarização impactando de forma desigual, os trabalhadores, com destaque aos processos de intensificação do trabalho no SUAS.

[...] A saúde do trabalhador deve ser entendida mais como um objetivo do que como um estado real, pois é a partir dessa perspectiva que poderão ser desenvolvidas ações de prevenção à violência e de promoção da saúde (Guimarães; Oliveira; Silva, 2020, p.14).

Além disso, Guimarães, Oliveira e Silva (2020) ressaltam que, no âmbito das políticas sociais, o desafio é fazer frente aos riscos que se apresentam para a saúde dos trabalhadores do setor público, a partir de modelos de gestão gerencialistas que implementam estratégias responsáveis por causarem danos à saúde dos trabalhadores e prejudicarem a eficácia das próprias políticas.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, é possível aferir que a vulnerabilidade institucional e laboral dos profissionais do SUS e do SUAS estão interligadas para a OMS, visto que o bem-estar biopsicossocial engloba o indivíduo em sua integralidade. Paralelamente, a vulnerabilidade abarca as iniquidades em saúde causadas pelos problemas políticos econômicos (distribuição de renda, bens e serviços) e sociais (condições de vida, trabalho, lazer, moradia e ambiente, acesso ao cuidado à saúde, escolas e educação). Essas condições afetam o ambiente de trabalho do indivíduo e a saúde dos trabalhadores, física e mental, afetando também a família e a comunidade, como no caso da perda do emprego (OMS, 2002, p. 18).

É sob este contexto e como alternativa à vulnerabilidade institucional no trabalho que o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS (2002, p. 19) abarca a colaboração ativa das organizações de trabalho para elaborar políticas e programas, apoio legal e as orientações governamentais e práticas recomendadas de prevenção, com mais treinamento e apoio aos afetados. Neste sentido, a Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde de 2011 corrobora com a necessidade de mais atores globais e o diálogo interdisciplinar e intersetorial por meio de políticas públicas para combater as vulnerabilidades institucionais e laborais (WCSDH, 2011, p. 1).

Por fim, é possível aferir a necessidade de ouvir estes profissionais da saúde e da assistência social para que a liberdade de expressão se torne um duplo movimento de crítica e reconstrução como no pensamento das Luzes (Todorov, 2008, p. 61). Nesse panorama, Hannah Arendt (2016, p. 15) complementa: “Daí a circularidade da relação entre fatos e

teorias que recoloca o sentido da ação política [...]”, pois isso evita que não haja uma perda de sentido para as questões do passado e tampouco não haja explicações para os problemas do presente.

REFERÊNCIAS

AHOLA, K. et al. The relationship between job-related burnout and depressive disorders: results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, v. 88, p. 55-62, 2005.

ARENDDT, Hannah. A Tradição e a Época Moderna. In: ARENDT, Hannah. **Entre o Passado e o Futuro**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2016. Cap. 1. p. 110-309. Tradução Mauro W. Barbosa. Disponível em: file:///C:/Users/usuario/Downloads/3.%20CH001%20Entre%20o%20Passado%20e%20o%20Futuro_cap%201%20%202003_04%20grifado.pdf. Acesso em: 17 maio 2023.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Rev C S Col* 2001; 6(1):63-72.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; FRANCA JUNIOR, Ivan; CALAZANS, Gabriela Junqueira; SALETTI FILHO, Heraldo César. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde, in Fonseca, Angélica Ferreira; Corbo, Ana Maria D'andrea (Orgs.). *O território e o processo saúde-doença*. 2007, vol. 1, [12 mar. 2021], pp. 51-86. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39204/2/O%20territ%C3%B3rio%20e%20o%20processo%20sa%C3%BAde-doen%C3%A7a%20-%20Abordagens%20Contempor%C3%A2neas%20do%20Conceito%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 30 out. 2022.

BECK, Ulrich. **A metamorfose do mundo**: novos conceitos para uma nova realidade. Trad. Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Zahar, 2016

BRAGA, Tatiana Benevides Magalhães; FARINHA, Marciana Gonçalves. Atenção multiprofissional e vulnerabilidade psicossocial: desafios e limites jurídicos e técnicos nas políticas públicas. Em: Bottega, Clarissa e OLIVEIRA, Mariana Gomes de. **Abordagens plurais no direito das famílias**. São Paulo: Prembooke Collins, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/npic.pdf>. Acesso em 25 ago. 2023.

BUTLER, Judith. **Quadros de Guerra**: quando a vida é passível de luto? Trad. Sérgio Lamarão e Arnaldo M. da Cunha. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, 2018; 34(3).

CASTEL, Robert. **L'insécurité sociale, Qu'est-ce qu'être protégé?** Paris, Seuil, 2003.

COMISSÃO NACIONAL DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE – CNDSS. Determinantes sociais da saúde ou por que alguns grupos da população são mais saudáveis que outros?. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em: 29 maio 2022.

CUTTER, Susan. Hazards, vulnerability and environmental justice. London: Earthscan, 2006

FIOCRUZ. **O que é DSS**. 2023. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/>. Acesso em: 02 jun. 2023.

GASPARINI, A. C. L. F., RODRIGUES, A. L. (1992). Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: Via estresse e trabalho. Em J. Mello Filho (Org.), *Psicossomática hoje* (pp. 93-107). Porto Alegre: Artes Médicas.

GUIMARÃES, Ana P. Dias; OLIVEIRA, Helian; SILVA, Jandira M. Violência Relacionada ao trabalho e apropriação da saúde do trabalhador: sofrimento anunciado no Sistema Único de Assistência Social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.30(2), p.1-19, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300224>

HOGAN, Daniel Joseph; MARANDOLA JR., Eduardo. Towards an interdisciplinary conceptualisation of vulnerability. *Population, Space and Place*, Wiley & Sons, v. 11, n.6, p. 455-471, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL & ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE NO BRASIL, 2001. Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho (Grupo V da CID-10) . In *As Normas e Manuais Técnicos* (Vol. 114, pp. 161-194). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf. Acesso em 30 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório Mundial da Saúde: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra. 2001, [11 mar. 2021, pp. 2-135]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf>. Acesso em: 30 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra. 2002, [20 abr. 2021, pp. 3-351]. Disponível em: <https://cutt.ly/XN1n18w> . Acesso em: 30 out. 2022.

PAIM, J. Direito à Saúde, Cidadania e Estado. Conferência Nacional de Saúde 8., 1986. *Anais* [...]. 17-21 mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 45-60. Disponível em: <https://cutt.ly/wN1mkrQ>. Acesso em: 30 out. 2022.

RAICHELIS, Raquel. O trabalho e os trabalhadores do SUAS: o enfrentamento necessário na Assistência Social. IN: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *GESTÃO DO TRABALHO NO ÂMBITO DO SUAS: Uma contribuição Necessária*. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011. p. 41-66.

Rev. Interd. em Cult.e Soc. (RICS), São Luís, v.9, n. 2, jul/dez.2023
ISSN eletrônico: 2447-6498

ROMAGNOLI, R. C. Problematizando as noções de vulnerabilidade e risco social no cotidiano do SUAS. **Psicologia em Estudo**, v. 20 (3), 2015, p. 449-459. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v20i3.28707>

SANTOS, Nelson Rodrigues dos SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6, pp. 1729-1736. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Nova Iorque). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*. 1946. Disponível em: <https://cutt.ly/4N1mgEz>. Acesso em: 13 set. 2022.

SCHAURICH, Diego; FREITAS, Hilda Maria Barbosa de. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/AIDS aplicado às famílias: um exercício reflexivo. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 45, n. 4, p. 989-995, ago. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342011000400028>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/WVgR6NWNxfCpXzZ6fkznCdQ/?lang=pt#:~:text=Este%20referencial%20quando%20relacionado%20ao,incentivos%20e%20investimentos%20pol%C3%ADticos%20e>. Acesso em: 17 maio 2023.

TODOROV, Tzvetan. Autonomia. In: TODOROV, Tzvetan. **O espírito das luzes**. São Paulo: Barcarolla Ltda, 2008. p. 11-157.

TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO (TST). **Saúde mental no trabalho: a construção do trabalho seguro depende de todos nós**. 2021. Disponível em: https://www.tst.jus.br/noticias/-/asset_publisher/89Dk/content/id/27270562/pop_up. Acesso em: 17 maio 2023.

WORLD CONFERENCE ON SOCIAL DETERMINATES OF HEALTH (WCSDH). **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde**: Rio de Janeiro, Brasil - 21 de outubro de 2011. Rio de Janeiro, Brasil - 21 de outubro de 2011. 2011. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Declara%C3%A7%C3%A3o-Pol%C3%ADtica-do-Rio-PT.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2023.