

Representações Sociais de Gestores da Saúde sobre Competências, Saúde Mental e Trabalho

Leonardo Alexandrino de Almeida^{1, 2}, Mônica de Fatima Bianco², Thiago Drumond Moraes² e Roberta Belizário Alves²

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil

² Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil

Submissão: 29 nov. 2022.

Aceite: 20 jul. 2023.

Editor de seção: Marina Xavier Carpena.

Nota dos autores

Leonardo Alexandrino de Almeida  <http://orcid.org/0000-0002-7165-0452>

Mônica de Fátima Bianco  <http://orcid.org/0000-0003-4280-7630>

Thiago Drumond Moraes  <http://orcid.org/0000-0001-6250-3533>

Roberta Belizário Alves  <http://orcid.org/0000-0002-1206-7427>

Correspondências referentes a este artigo devem ser enviadas a Leonardo Alexandrino de Almeida, Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares. Rua São Paulo, 745, Centro Governador Valadares, MG, Brasil. CEP: 35010180. Email: leonardo.alexandrino@ufjf.br

Agradecimentos: os autores agradecem ao CNPq pelo financiamento desta pesquisa e ao pessoal da Secretaria Municipal de Saúde pela parceria e colaboração.

Resumo

O objetivo da pesquisa foi analisar as representações sociais dos trabalhadores em cargos de gestão acerca das competências para atuar sobre a saúde mental relacionada ao trabalho (SMRT), e como elas podem contribuir ou dificultar o desenvolvimento dessas competências profissionais de trabalhadores da atenção básica nesta temática. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, analítico-descritiva. Foram realizadas nove entrevistas semiestruturadas, com ocupantes de cargos de gerência, de coordenação, ou de responsabilidade técnica. As entrevistas foram analisadas por meio de análise de conteúdo temática. Os resultados demonstram diferentes representações sobre competências e SMRT entre os entrevistados, a utilização de metodologias ativas para o desenvolvimento de competências e limitações para o desenvolvimento e a mobilização de competências em SMRT devido às representações dos gestores e ausência de transformações dos processos de trabalho. A ausência da temática SMRT nos dispositivos e processos de trabalho em curso potencializa as dificuldades dessa área. Tais resultados indicam a necessidade de ações que favoreçam a compreensão dos processos de saúde de modo ampliado, a percepção da SMRT como responsabilidade coletiva, a desvinculação da noção de competências exclusivamente a atributos individuais e a elaboração de protocolos e instrumentos para investigação do nexo causal entre saúde mental e trabalho.

Palavras-chave: competência profissional, saúde mental, saúde do trabalhador, educação em saúde, gestão em saúde

HEALTH MANAGERS' SOCIAL REPRESENTATIONS ON COMPETENCIES, WORK AND MENTAL HEALTH

Abstract

The aim of this research is to analyze the social representations of workers in management positions regarding the competencies to address work-related mental health (WRMH), and how these representations can contribute to or hinder the development of these professional competencies among primary healthcare workers in this field. This is a qualitative, analytic-descriptive research. Nine semi-structured interviews were carried out, with occupants of management, coordination, or technical responsibility positions. The interviews were analyzed using thematic content analysis. The results show to different representations about competencies and SMRT among the interviewees, the use of active methodologies for the development of competencies and limitations to the development and mobilization of competencies in WRMH due to the representations of the managers and the absence of work process transformations. The absence of the WRMH theme in the ongoing devices and work processes potentiates the difficulties in this area. These results indicate the need for actions that favor the understanding of health processes in a broad way, the perception of WRMH as a collective responsibility, the delinking of the notion of competencies exclusively to individual attributes and the development of protocols and instruments for investigating the causal link between mental health and work.

Keywords: professional competence, mental health, occupational health, health education, health management

REPRESENTACIONES SOCIALES DE GERENTES DE SALUD SOBRE COMPETENCIAS, SALUD MENTAL Y TRABAJO

Resumen

El objetivo de esta investigación es analizar las representaciones sociales de los trabajadores en cargos de gestión en relación a las competencias para abordar la salud mental relacionada al trabajo (SMRT), y cómo estas representaciones pueden contribuir o dificultar el desarrollo de estas competencias profesionales entre los trabajadores de atención primaria en esta temática. Trata de una investigación cualitativa, analítico-descritiva. Se realizaron nueve entrevistas semiestruturadas a ocupantes de puestos de dirección, coordinación o responsabilidad técnica. Las entrevistas se analizaron mediante un análisis de contenido temático. Los resultados muestran diferentes representaciones sobre las competencias y la SMRT, el uso de metodologías activas para el desarrollo de las competencias y las limitaciones para el desarrollo y la movilización de las competencias en la SMRT debido a las representaciones de los directivos y la falta de transformación de los procesos de trabajo. La ausencia del tema de la SMRT en los dispositivos y procesos

de trabajo en curso potencia las dificultades en esta área. Estos resultados indican la necesidad de acciones que favorezcan la comprensión de los procesos de salud de forma amplia, la percepción de la SMRT como una responsabilidad colectiva, la desvinculación de la noción de competencias exclusivamente a los atributos individuales y el desarrollo de protocolos e instrumentos para la investigación del vínculo causal entre salud mental y trabajo.

Palabras clave: competencia profesional, salud mental, salud laboral, educación en salud, gestión en salud

A Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) tem sido uma preocupação crescente entre os profissionais de saúde e acadêmicos. Para Seligmann-Silva, 2011 a SMRT pode ser ~~com-~~
~~preendida~~ como os processos saúde-doença relativos aos fenômenos mentais, cuja constituição e desenvolvimento são vinculados a aspectos da vida laboral. A temática tem sido uma preocupação crescente entre os profissionais de saúde e acadêmicos devido aos novos modos de produção e organização do trabalho – marcados por jornadas exaustivas, informalidade, flexibilização, uberização e precarização (Franco & Ferraz, 2019; Marinho & Vieira, 2019; Vaclavik, Oltramari, & Oliveira, 2021) – que intensificam os efeitos deletérios do trabalho sobre a saúde mental da população assalariada. Os reflexos desse cenário acercam cada vez mais os sistemas de saúde (Cardoso & Araújo, 2018; Costa, Lacaz, Jackson Filho, & Vilela, 2013), visto que esse processo se manifesta pelo aumento de queixas relacionadas à saúde mental por parte dos usuários e suas relações de trabalho – ou falta de trabalho – e das queixas de SMRT dos profissionais de saúde.

A concepção de saúde que vem se firmando no Brasil considera diversos fatores determinantes, inclusive os sociais, como as condições de trabalho e tipo de atividade profissional (Andrade et al., 2015; Borde, Hernández-Álvarez, & Porto, 2015). Entretanto, estudos têm identificado dificuldades de inserção de políticas de saúde do trabalhador na Rede de Atenção à Saúde (RAS), principalmente na Atenção Básica (Araújo, T. Palma, & Araújo, N., 2017; Mori & Naghettini, 2016), dificuldade compartilhada com a assistência em saúde mental (Klein & D'Oliveira, 2017; Santos & Bosi, 2021). Soma-se isso às recentes transformações ocorridas nas políticas de atenção básica que tendem à redução da atuação comunitária (Martins & Carbonai, 2021). Assim, a inserção da SMRT na Atenção Básica enfrenta um duplo desafio: a compreensão da assistência em saúde mental como responsabilidade exclusiva de profissionais especializados (Santos & Bosi, 2021) e a ausência de um olhar para o papel do trabalho na determinação dos processos de saúde (Almeida et al., 2021).

Para compreender a SMRT e o papel do trabalho no processo saúde-doença, é necessário considerar processos históricos, ideológicos e culturais que influenciam as políticas públicas, ainda permeadas por práticas biologicistas e centradas no cuidado do corpo em detrimento dos determinantes sociais e psicológicos da saúde (Jodelet, 2001). Muitos autores (Benevides & Passos, 2005; Paim, 2008; Pasche, 2009) consideram que, embora a implantação do SUS esteja calcada num conceito ampliado de saúde, incluindo seus determinantes sociais, ainda persiste como contradição uma cultura sanitária biomédica. Tal cultura, resultado de disputas de interesses divergentes, reflete-se nas práticas e processos de trabalho dos serviços, a despeito das transformações propostas pelas políticas e marcos legais. Especificamente em relação ao campo da saúde do trabalhador – o qual inclui a SMRT –, sua constituição, enquanto prática nas políticas públicas, se origina vinculada a serviços especializados (Minayo-Gomez, Vasconcellos, & Machado, 2018), anteriores à constituição do SUS – os Programas e Centros de Referência de Saúde do Trabalhador. Na década de 2000, é criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador [Renast], novamente seguindo a lógica dos Centros de Referência. Esse arranjo influenciou a forma como os demais dispositivos do SUS concebem a saúde do trabalhador como

área especializada, pois, em sua constituição histórica, esse elemento esteve sempre presente e, como aponta Lacaz et al. (2013), enfrentando dificuldades de articulação intersectorial. Com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Brasil, 2012), há uma mudança de estratégia, estabelecendo-se a inserção transversal das ações de saúde do trabalhador em todos os pontos da RAS, almejando uma maior capilaridade. Soma-se a isso o fato de a organização da rede de saúde ser ainda marcadamente atravessada pelos preceitos tayloristas, sobretudo na separação e distribuição hierárquica das atribuições do planejamento e da execução entre distintos pontos da rede, bem como a valorização e estímulo à especialização das práticas profissionais, a despeito de contribuições mais recentes do campo da gestão no sistema de saúde (Almeida, Alves, Moraes, & Bianco, 2023). Em meio a esse contexto, a alta prevalência de transtornos mentais entre a população trabalhadora não é suficiente para despertar a atenção para o trabalho como possível causa do adoecimento, sendo muitos os casos de SMRT não identificados (Araújo et al., 2017; Cardoso & Araújo, 2016).

Para o aprimoramento da assistência à SMRT no SUS, é incontornável a implementação de políticas formativas dos profissionais de saúde. Considerando a responsabilidade dos municípios na execução das políticas públicas de saúde, o desenvolvimento de competências para lidar com SMRT entre os profissionais da Atenção Básica é, ou deveria ser, uma questão importante para os gestores municipais de saúde. Contudo, na percepção de que o campo de saúde dos trabalhadores enfrenta dificuldades de inserção programática, torna-se necessário compreender os processos que (im)possibilitam tal desenvolvimento e, principalmente, como tais questões vêm sendo apreendidas e mobilizadas pelos gestores de saúde. Trata-se de compreender os limites para o desenvolvimento dos processos formativos dos trabalhadores em torno dessa problemática, sobretudo no que tange aos processos gerenciais envolvidos. Parte-se da premissa de que as práticas gerenciais estão relacionadas não só a fatores históricos, contextuais e/ou programáticos, mas também às representações sociais partilhadas em torno de determinados objetos, entendidas como conhecimento produzido e compartilhado por este grupo social, considerando-se que essas representações estão relacionadas às práticas empreendidas pelo grupo (Jodelet, 2001; Moscovici, 2015). Portanto, a depender das representações acerca dos objetos abordados, a atuação desses gestores pode contribuir ou dificultar o processo de desenvolvimento de competências dos profissionais em SMRT. Com base nisso, o objetivo da pesquisa foi analisar as representações sociais dos trabalhadores em cargos de gestão acerca das competências para atuar sobre a SMRT, e como elas podem contribuir ou dificultar o desenvolvimento dessas competências profissionais de trabalhadores da Atenção Básica nesta temática. Ainda que os processos formativos não possam limitar-se à esfera gerencial, é inegável o papel estratégico dessa no desenvolvimento de competências e para implementação das políticas de Educação Permanente em Saúde (EPS) (Ceccim, 2005; Silva & Scherer, 2020), razão que justifica sua investigação.

A preocupação com o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde vem ganhando destaque nos últimos anos, inclusive com a institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [Pneps] (Brasil, 2017). A PNEPS preconiza que a transformação

das práticas dos profissionais de saúde aconteça a partir da reflexão crítica sobre o processo de trabalho, privilegiando metodologias que reconheçam a importância do contexto de trabalho, os saberes da experiência e o compartilhamento de saberes nas equipes interdisciplinares (Brasil, 2017; Cardoso, 2012; Ogata et al., 2021). Essas ideias são corroboradas por diferentes autores que discutem o desenvolvimento de competências dos profissionais nas organizações, notadamente aqueles alinhados à chamada corrente francesa (Morais, Melo, & Bianco, 2015; Salles & Villardi, 2017), que têm em comum o entendimento de que competência não se limita às prescrições de um cargo ou posto de trabalho e não se resume a um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes de determinado indivíduo (Durrive, 2016, 2019; Le Boterf, 2003; Zarifian, 2012), o que os diferencia, por exemplo, das denominadas correntes americana e inglesa (Morais et al., 2015; Salles & Villardi, 2017). Adicionalmente, a questão da competência envolve complexa combinação de ingredientes (Bianco & Holz, 2015; Schwartz, 1998) em uma dinâmica entre saberes e ação mediada por valores (Durrive, 2016, 2019). Nessa perspectiva, o desenvolvimento de competências está diretamente vinculado ao contexto de trabalho, às situações com as quais os trabalhadores se deparam no cotidiano, às normas em debate e aos valores que atravessam o meio de trabalho.

Schwartz (1998) argumenta que toda atividade de trabalho é, em parte, possível de ser antecipada por um protocolo. Porém, é sempre, também, experiência e encontro que requer uma forma de competência adequada à infiltração do histórico no protocolo; isso porque o que se faz nunca é tão somente o que se prescreve. Isso reforça a contingência da situação, pois esse aspecto jamais pode ser padronizado. Para Le Boterf (2003), é importante que o profissional saiba transpor aquilo que aprende em cada situação para mobilizar em outras situações de maior ou menor complexidade, pois isso contribui para o desenvolvimento de competências, suas e do coletivo de trabalho. Alinhado ao proposto por Schwartz (1998), Durrive (2019) argumenta que compreender a competência como domínio do conhecimento, no momento de agir em uma situação, permite a elaboração de sistemas de referência e seu reconhecimento social. Mas esse domínio do conhecimento é acompanhado por um forte ponto de vista que permite administrar cada situação de forma singular, mobilizando o conhecimento a partir de uma perspectiva histórica e coletiva que envolve valores de cada profissional.

As contribuições desses autores se alinham à proposta de EPS na medida em que a educação em saúde e o trabalho em saúde não podem ser separados, pois são mutuamente construídos, contribuindo simultaneamente para o desenvolvimento de competências dos profissionais e para construção de identidade do sujeito ético-político e produtor de cuidado (Ceccim, 2005, 2012; Silva & Scherer, 2020). É a partir dessa perspectiva teórica que o desenvolvimento de competências dos profissionais em SMRT será analisado neste artigo. Essa concepção se distingue de práticas tradicionais de competência em saúde, relacionadas ao acúmulo de saberes técnicos especializados e ligados a uma abordagem que define competência a um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (Silveira & Villardi, 2022). Na perspectiva aqui adotada, o trabalho é reconhecido como atividade humana que não pode ser dissociada do processo histórico e necessariamente coletivo no

qual se insere (Schwartz, 1998). Para auxiliar na compreensão do problema investigado, utilizou-se também as contribuições da Teoria das Representações Sociais [TRS].

A TRS busca compreender as Representações Sociais [RS], que são conhecimentos produzidos e compartilhados por grupos sociais no cotidiano (Jovchelovitch, 2000; Moscovici, 2012, 2015). As RS têm como objetivo tornar algo não familiar em familiar, superando o sentimento de não familiaridade. Por meio das RS, o objeto de representação é integrado ao mundo mental e físico, tornando conceitos abstratos mais concretos. As RS são criadas pelos sujeitos como um recurso para se manter informado, interpretar os acontecimentos e se adaptar às necessidades identificadas. Elas orientam os sujeitos na nomeação, definição e interpretação dos aspectos da realidade cotidiana, permitindo tomadas de decisões e definição de posicionamento (Jodelet, 2001; Moscovici, 2015). Na construção das RS, os sujeitos simbolizam e interpretam o objeto, sendo parte da construção e da expressão do sujeito (Jodelet, 2001). As RS não devem ser entendidas apenas como atividade representacional, pois estão imersas na realidade (Jovchelovitch, 2007). Dessa forma, o social tem importante papel na formação das representações, uma vez que estão relacionadas à comunicação e às práticas sociais, tais como os diálogos, os rituais, os discursos, os processos de trabalho, os modos de produção e a cultura de forma geral. São fenômenos sociais e não apenas uma agregação de representações individuais (Jovchelovitch, 2007).

A formação das RS ocorre por meio dos processos de ancoragem e objetivação. A ancoragem consiste na classificação do objeto de representação a partir da rede de significados própria do sujeito, buscando um encaixe para o não familiar. É um processo de integração de um conhecimento novo à rede de significados já existente no quadro de referências individuais (Jovchelovitch, 2000; Moscovici, 2012, 2015; Oliveira & Werba, 2013), de modo a fixar o objeto e a representação em uma rede de significações (Jodelet, 2001). O processo de ancoragem pode ser entendido como a vinculação de algo estranho e perturbador a um paradigma que o sujeito já possui (Moscovici, 2015). Nesse processo, o objeto é reajustado para se encaixar adequadamente em determinada categoria preexistente, adquirindo características dos demais objetos daquela categoria. Logo, a ancoragem não é um processo neutro, sendo capaz de revelar as teorias que o sujeito tem sobre a sociedade ou sobre a natureza humana (Moscovici, 2015).

A classificação, no processo de ancoragem, pode ocorrer de duas formas: por meio da generalização, ao observar uma característica do objeto de representação compatível com um objeto de domínio do grupo social, os sujeitos passam a lhe conferir todas as características deste objeto (generalizando). Por outro lado, a particularização consiste na identificação de características particulares daquele objeto de representação em relação aos objetos de domínio do grupo social, o que o mantém sob análise como algo particular. O processo de ancoragem também envolve a nomeação dos objetos de representação, incluindo em um complexo de palavras, na cultura e possibilitando sua comunicação e vinculação a outras imagens (Moscovici, 2015).

A objetivação consiste em identificar a qualidade icônica de uma ideia de forma imprecisa, em reproduzir em formato imagético determinado conceito. A comparação, por exemplo, já pode ser entendida como forma de representar. A comparação do conceito de Deus com a figura

de um pai permite a visualização de Deus, um objeto de representação, como uma pessoa com a qual podemos interagir, o pai (Moscovici, 2015).

Os processos de objetivação e ancoragem ocorrem de modo concomitante e interrelacionado, conferindo sentido às RS. Esses processos podem ser entendidos como uma forma de lidar com a memória. O processo de ancoragem está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos classificados e rotulados da memória, sendo voltado para o interior dos sujeitos. O processo de objetivação pode ser mais ou menos voltado ao exterior, buscando conceitos e imagens aos quais vincular o objeto de representação de modo a torná-los mais familiares a partir do que já é conhecido (Moscovici, 2015).

As RS são produzidas nos diversos locais como bares, ruas, escritórios, entre outros, nos quais as pessoas analisam os acontecimentos e desenvolvem, espontaneamente e por meio da comunicação, formas de pensar que orientam seus comportamentos (Moscovici, 2015). Portanto, o ambiente de trabalho é um local que proporciona a interação necessária para construção de representações. Cabe destacar que os sujeitos e grupos sociais não são passivos no processo de formação das RS, que têm como principal elemento o saber cotidiano compartilhado (Moscovici, 2015). Esses saberes se fundem ao saber científico e tecnológico transformando-os por meio de uma racionalidade própria, que não pode ser desvalorizada em relação à racionalidade científica (Jovchelovitch, 2007).

No escopo deste artigo, a identificação das RS sobre competências e desenvolvimento de competências em SMRT, compartilhadas pelos entrevistados, auxilia a compreender quais são os conhecimentos, opiniões e valores que orientam as práticas direcionadas ao processo de desenvolvimento de competências no domínio da SMRT.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, analítico-descritiva (Flick, 2007). O lócus empírico foi a Secretaria Municipal de Saúde [Semus] de um município de grande porte, localizado na Região Metropolitana de Vitória-ES.

Participantes

Dada a diversidade de práticas e processos em saúde, buscou-se investigar as concepções de competência de gestores cujas principais atribuições possuíam relações mais diretas com as temáticas de interesse, a saber: gestores que atuavam na organização dos processos de desenvolvimento de competências e de formação profissional, bem como aqueles que atuam na gestão das políticas de saúde do trabalhador, de saúde mental e da Atenção Básica do município. Com o apoio de profissionais indicados pela Semus, foram identificados dez cargos de gestão em saúde dessas áreas de interesse, incluindo-se tanto a gestão administrativa, como é o caso de gerentes e coordenadores, quanto a gestão técnica das políticas de saúde, como é o caso das Referências Técnicas. A amostra foi por conveniência, e a escolha desses sujeitos de pesquisa se justifica pela posição de liderança e sua importância para implementação de práticas de

desenvolvimento de competências (Macêdo, Albuquerque, & Medeiros, 2014; Silva & Scherer, 2020) além de compartilharem opiniões, crenças e valores que moldam as RS (Jodelet, 2001; Moscovici, 2015) e propiciam a emergência de entendimento sobre competência e desenvolvimento de competências (Durrive, 2016, 2019; Le Boterf, 2003; Schwartz, 1998; Zarifian, 2012). Participaram efetivamente da pesquisa dois ocupantes de cargos de gestão ligados à área de Assistência à Saúde [AS], atuantes na gestão de políticas de saúde mental e da Atenção Básica do município, três à Vigilância em Saúde [VS] compreendendo a vigilância epidemiológica e vigilância em saúde do trabalhador, e quatro à Educação em Saúde [ES], que atuam nas áreas de formação e desenvolvimento de competência de profissionais de saúde. Entre os participantes, cinco tinham formação em enfermagem, dois em psicologia, um em odontologia e um em pedagogia. O tempo de atividade na Semus variou entre cinco e 24 anos, com média de 15 anos. A fim de manter o anonimato dos participantes, não são descritas características específicas do município e são utilizados nomes fictícios nas citações.

Instrumentos e materiais

Os dados foram produzidos por meio de entrevistas individuais semiestruturadas em profundidade (Flick, 2007; Kvale, 2007). A entrevista qualitativa pode ser utilizada com uma chave que permite ao pesquisador explorar as experiências dos sujeitos e compreender o seu mundo a partir da descrição dessas atividades, experiências e opiniões pelos próprios entrevistados (Kvale, 2007). As entrevistas ocorreram presencialmente, entre novembro de 2019 e março de 2020, com a participação de pelo menos dois pesquisadores, utilizando roteiro semiestruturado, tiveram duração média de 1 hora e foram gravadas em áudio. Os contatos para agendamentos das entrevistas foram realizados por telefone diretamente com cada participante.

O roteiro foi elaborado a partir do foco da pesquisa, buscando identificar as representações dos gestores sobre competências e como ocorre o desenvolvimento de competências dos profissionais da Atenção Básica de forma geral e, especificamente, em relação à SMRT. Realizou-se uma entrevista-teste com uma servidora vinculada à área de vigilância em saúde da Semus, e feitos pequenos ajustes no roteiro após o teste e também na condução de cada entrevista. O roteiro utilizado foi estruturado em três partes: a primeira abordava as atividades e atribuições do entrevistado a segunda parte incluía questões sobre saúde do trabalhador e saúde mental relacionada ao trabalho e a terceira abordava a temática das competências e seu desenvolvimento relacionando com a temática da SMRT.

Procedimentos

As entrevistas foram gravadas em áudio e, após transcritas, estudadas por meio de análise de conteúdo temática (Flick, 2007; Gibbs, 2009). Essa abordagem foi utilizada devido à ênfase nos significados e sentidos das mensagens emitidas. Realizou-se a leitura exploratória das transcrições e elaboração de grade de codificação (Gibbs, 2009). Os códigos foram organizados em temas, categorias e assuntos, com uso do *software* Atlas TI (Muhr, 2020). Todos os

participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo informados sobre os objetivos e riscos da participação. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo, sob Parecer n. 3.378.498.

Resultados e Discussão

Os conteúdos discursivos analisados abordam a temática da competência de forma geral e suas especificidades para SMRT. Essas especificidades são expressamente mencionadas no texto. Os conteúdos foram organizados em quatro categorias: *atributos da competência*, *saberes necessários para operacionalizar onexo causal entre saúde mental e trabalho*, *representações sociais de competência* e *desenvolvimento de competências*. A categoria desenvolvimento de competências corresponde a mais de 80% dos trechos codificados no assunto, como se observa na Tabela 1.

Tabela 1

Frequência de ocorrência de cada categoria por área.

	ES	AS	VS	Total
Atributos da competência	1	0	3	4
Saberes necessários para operacionalizar onexo causal entre saúde mental e trabalho	1	2	2	5
Representações sociais de competências	7	4	9	20
Desenvolvimento de competências	75	30	45	150
Total	84	36	59	179

Na categoria atributos da competência, os gestores apontaram os seguintes fatores que contribuem para que o profissional seja considerado competente no contexto de trabalho: ser autodidata, proativo, buscar conhecimento e trabalhar em equipe. Esses atributos vão ao encontro das orientações da EPS (Brasil, 2017; Ogata et al., 2021) no sentido de que a prática de aprender e ensinar devem ser incorporadas ao trabalho e ao cotidiano das organizações de saúde. Também corroboram a necessidade da tomada de iniciativa e de responsabilidade por parte do trabalhador (Zarifian, 2012).

Nota-se, no entanto, que os atributos elencados são fortemente relacionados a características pessoais dos trabalhadores e, em certa medida, moralizantes (Durrive, 2016), pois o trabalhador que não possui esses atributos pode ser visto como um peso para a equipe, como sugere a fala de Luana (VS): *Para mim, o profissional de saúde tem que ser autodidata, uma das principais competências dele. Ele não precisa esperar eu chegar com uma portaria e falar que ele tem que estudar. Não, ele tem que buscar. (...) eu não posso ficar aqui esperando ser mandada, eu tenho que ser proativo*. Isso leva à individualização e à responsabilização desses trabalhadores pelo seu próprio desenvolvimento (Amaro, 2008). Mesmo o trabalho em equipe é apontado como um atributo individual que o profissional precisa ter, como aborda Iracema (VS): *Penso que são competências e habilidades que o profissional precisa ter, saber trabalhar em equipe é uma delas, em conformidade com uma*

concepção de competência atrelada às características individuais, ainda em evidência nos sistemas públicos de saúde (Almeida et al., 2023). O contexto de desenvolvimento desses atributos no trabalho e as responsabilidades dos gestores no processo não são abordados de forma explícita, sendo, conseqüentemente, minimizados.

Segundo Zarifian (2012), para que o trabalhador possa assumir e exercer responsabilidade sobre as situações é preciso que lhe sejam garantidos meios, formação e apoio. Durrive (2016), por seu turno, alerta que, ao desconsiderar a raiz coletiva do trabalho e o pertencimento de equipe, os organizadores reforçam uma noção de competência como qualidade individual transponível permanentemente, bem como a de um saber relacional ou comunicacional. É importante que os trabalhadores sejam capazes de tirar partido das sinergias de competências, recorrendo a uma rede de apoio para lidar com determinadas situações (Schwartz & Durrive, 2010).

Com saberes necessários para operacionalizar onexo causal entre saúde mental e trabalho, os gestores entrevistados citaram a necessidade de ter “visão ampliada de saúde”: *Para mim a principal [competência] é ter uma visão ampliada do que é saúde e quais são os determinantes desse processo saúde-doença* (Iracema, VS). A perspectiva referida pode ser entendida como o reconhecimento dos efeitos das dimensões sociais, incluindo o mercado, os modos de produção e as condições de trabalho sobre processos de saúde, extrapolando a lógica estritamente biológica (Borde et al., 2015). A escassez de enunciados (ver Tabela 1) e a menção a um único tema demonstra que os entrevistados têm dificuldade para identificar quais seriam os saberes necessários para operacionalizar onexo causal na SMRT. Considerando-se isso, o processo de ancoragem das RS ajuda a compreender a menção à visão ampliada em saúde. Ainda, num esforço de pensar em saberes necessários para manejar as questões de SMRT, sobre a qual não têm muito domínio, os entrevistados buscam referências em conhecimentos já sedimentados entre eles, como o conceito ampliado de saúde (Borde et al., 2015). No entanto, é preciso mencionar novamente que o modelo de atenção calcado no conceito ampliado de saúde ainda não se consolidou plenamente, estando em disputa com o modelo biomédico, que permanece como importante ancoragem para as representações e práticas em saúde. Tal disputa traz dificuldades para o desenvolvimento de competências em SMRT, que se assentam necessariamente sobre um modelo que considere os determinantes sociais da saúde.

Esse resultado corrobora a dificuldade de estabelecer onexo entre saúde mental e trabalho percebida pelos profissionais (Araújo et al., 2017; Bernardo & Garbin, 2011; Cardoso & Araújo, 2018) e de identificar o que é necessário para lidar com essa questão em termos de saberes técnicos e práticos e em termos de situação de trabalho. Um esforço vem sendo desenvolvido no sentido de oferecer ferramentas para que os profissionais de saúde possam lidar com SMRT por meio da elaboração de protocolos em Estados brasileiros (Bahia, 2014; Goiás, 2018). Esses protocolos focam no que é legalmente reconhecido como transtornos mentais relacionados ao trabalho e apresentam a necessidade de informações sobre a história de vida e laboral, bem como relacionadas ao ambiente psicossocial e as condições de trabalho do ponto de vista do trabalhador, envolvendo a participação de uma equipe multidisciplinar (Bahia, 2014; Goiás, 2018).

No Estado do Espírito Santo, as Diretrizes Clínicas em Saúde Mental apresentam, ainda que de forma superficial, orientações para identificação e condução de casos de SMRT (Espírito Santo, 2018). No município investigado, não foram identificados documentos desse tipo. Porém, a existência de protocolos e mesmo seu domínio por parte dos profissionais não garantem a ação competente (Durrive, 2016, 2019; Schwartz, 1998). Considerando a importância dos valores na dinâmica da competência (Durrive, 2016, 2019; Schwartz, 1998; Schwartz & Durrive, 2010), faz-se necessário discutir, nos processos formativos, os impactos do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores de forma a instigar os profissionais de saúde a considerar o trabalho como uma das possíveis causas de transtornos mentais. Nessa direção, é muito benéfico o desenvolvimento de formações que fomentem a compreensão dos processos de saúde de modo ampliado, visto que tal concepção propicia ampliar o leque de valores em torno dos processos de produção de saúde.

Em contrapartida, a aposta de que apenas o desenvolvimento de uma visão ampliada de saúde, e todos os valores do bem comum que ela enseja, seja suficiente para a realização do nexo entre saúde mental e trabalho ser relativizada. Até porque, se considerarmos que a alta incidência de adoecimento psíquico entre a população trabalhadora não seja suficiente para despertar o olhar para o trabalho como uma possível causa do adoecimento mental (Araújo et al., 2017), ter uma visão ampliada sobre saúde pode também não ser suficiente, na medida que faltam aos profissionais instrumentos de investigação, ferramentas de condução dos casos, além de conhecimentos específicos. A ausência desses fatores dificulta a mobilização das competências em SMRT, uma vez que essa mobilização depende de meios que permitam ao trabalhador tomar iniciativa e assumir responsabilidade (Zarifian, 2012).

Moscovici (2012) propõe que a emergência das representações sociais é influenciada por três fatores do processo de comunicação: 1) a dispersão e a distorção da informação sobre o objeto, cujo acesso às informações é desigual entre grupos e campos de interesse; 2) a focalização, com maior atenção a determinados aspectos do meio por parte do grupo, em detrimento de outros, e inevitável variação na relação com o objeto de um grupo para outro e; 3) a pressão à inferência, que se refere à necessidade de prontidão para agir e se posicionar diante das situações cotidianas. Considerando as respostas dadas pelos gestores sobre os conhecimentos necessários em SMRT, é preciso, então, refletir sobre a maneira como a política e as produções sobre o tema chegam aos diversos setores da gestão e se materializam em diretrizes e prescrições de trabalho. Ou seja, em que medida este tema está presente e quais aspectos são focalizados nas formações, em reuniões, e nos instrumentos de gestão. Com base nas respostas dadas pelos gestores, é razoável supor que as representações sociais identificadas se assentam num processo de comunicação em que a dispersão de informações sobre competências em SMRT e a pressão à inferência são desiguais entre os setores, se concentrando na área especializada – a vigilância em saúde do trabalhador. Por essa razão, ao serem requisitados a se posicionarem sobre o assunto, os gestores focalizam em sua resposta, de forma bastante genérica, aquela noção que seria mais próxima de uma tentativa de análise que abarcasse o elemento “trabalho”, que é a noção de saúde ampliada.

Na categoria *representações sociais de competências*, as representações que prevalecem compreendem competências como um conjunto de responsabilidades e atribuições: *[competência é] o que o profissional tem de atribuição no exercício das suas atividades laborais* (Iracema, VS); como atividade específica da categoria profissional: *Eu acho assim, competência de diagnóstico relacionado à saúde mental, não sei se é medicina do trabalho ou enfermeiro do trabalho. Não sei se... realmente eu não sei dizer se eu, enfermeira, posso dar diagnóstico relacionada à saúde do trabalhador, eu não sei. Eu acredito que não* (Joana, AS) e; como habilidades e ferramentas que o trabalhador possui: *De uma forma geral acho que é papel da [educação em saúde] sim desenvolver algumas habilidades dos profissionais para que eles se sintam cada vez mais capazes, com mais competência para lidar com a demanda da saúde* (Ivone, ES). Essas representações são mais frequentes entre os gestores da área de vigilância em saúde e estão alinhadas às correntes americana e inglesa sobre competências (Morais et al., 2015; Salles & Villardi, 2017). Isso decorre da ampla disseminação dessa corrente teórica no campo da gestão, inclusive na gestão da saúde no Brasil (Silveira & Villardi, 2022). Como apontado por Moscovici (2012), as RS são influenciadas por modelos teóricos que se aproximam mais da experiência cotidiana. Assim, o contato mais próximo desses gestores com essa perspectiva contribui para formação dessas representações.

As representações mencionadas contribuem para operacionalização do conceito por parte dos gestores entrevistados. No entanto, há uma limitação em considerar a noção de competência como característica totalmente antecipável a partir de alguns requisitos da atividade de trabalho passíveis de antecipação (Durrive, 2016; Le Boterf, 2003; Schwartz & Durrive, 2010). Isso pode levar os gestores a desconsiderar os aspectos contextuais do trabalho e a importância das redes de apoio para a ação competente, dificultando a mobilização de competências no cotidiano. Os processos formativos baseados nessas representações podem contrariar a lógica da EPS, que enfatiza a importância do contexto de trabalho para o desenvolvimento de competências (Brasil, 2017). Em relação à SMRT, a vinculação da noção de competências à atividade específica da categoria profissional, racionalidade atrelada à longa trajetória de formação profissional e disputas corporativas que visam segmentar a prática de saúde e atribuir especialidades e poderes aos nichos específicos de atuação, dificulta a implementação da atenção integral à saúde dos usuários do SUS (Ceccim, 2012; Santos & Bosí, 2021), contrariando as orientações das políticas públicas que destacam a necessidade de que todos os profissionais da RAS, principalmente na Atenção Básica, precisam estar aptos para estabelecer as relações entre as condições de vida e saúde-doença e o trabalho atual ou progresso dos usuários (Brasil, 2018).

Por outro lado, em menor número e especificamente na área de educação em saúde, há o reconhecimento da competência relacionada às possibilidades do contexto e como a capacidade de lidar com situações: *[...] às vezes o servidor vem, faz o curso, mas ele não chega lá, ele não consegue, às vezes não consegue nem por ele mesmo, porque não depende só dele, depende do diretor, depende do colega pra ajudar a organizar aquela ação que ele aprendeu aqui. Às vezes não consegue implantar* (Mariana, ES). Isso demonstra abertura para uma noção contextual de competência (Durrive, 2019; Le Boterf, 2003; Zarifian, 2012), na área de ES, proporcionada pela influência da

lógica da PNEPS (Brasil, 2017). Verifica-se, assim, a existência de debates internos entre forças que visam uma visão ampliada de saúde, aliás, objeto de ancoragem para a própria SMRT, e aquelas relacionadas às práticas usuais de segmentação dos saberes e fazeres dos profissionais mediante a complexidade de demandas existentes. Essa especificidade das representações na área de educação permanente em saúde demonstra como a inserção e os pertencimentos sociais e as experiências vividas são importantes condições de produção das representações (Jodelet, 2006). Como essa é uma área dedicada especificamente aos processos de formação, pode-se supor que tenham contato mais habitual com experiências e informações sobre abordagens mais plurais no processo de desenvolvimento de competências em saúde (Ceccim, 2012).

Na categoria *desenvolvimento de competências* foram identificados cinco temas: estratégias, avaliação do aprendizado, condições para o desenvolvimento de competências, planejamento ascendente, documentos norteadores do desenvolvimento de competência. A maior ocorrência dessa categoria na educação em saúde reflete as características próprias do setor que lida diretamente com a temática.

Os entrevistados apontaram como documentos norteadores do desenvolvimento da competência o Plano Municipal de Saúde [PMS], Diretrizes da Rede de Atenção, Diretrizes do Ministério da Saúde sobre a PNEPS e as Diretrizes Curriculares dos cursos ofertados pela área de ES: *Tem Plano Municipal de Saúde, tem o Plano Anual de Saúde, tem os indicadores de saúde que a gente segue, Diretrizes da Rede de Atenção, Diretrizes do Ministério da Saúde voltado para Política da Educação Permanente...* (Bruna, ES). Na vigilância em saúde é apontado também o Caderno de Atenção Básica à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CABSTT): *Então não é à toa que o próprio Ministério ele tem o caderno de atenção básica da saúde do trabalhador, porque o trabalho, ele é um importante determinante desse processo saúde-doença* (Iracema, VS).

Os documentos são importantes para o desenvolvimento de competências, uma vez que é a partir das prescrições que o trabalhador se coloca na situação, interpretando o singular a partir do prisma dos valores (Durrive, 2016, 2019; Schwartz, 1998). A PNEPS, o PDI e o CABSTT reconhecem a importância do contexto para mobilização de competências (Brasil, 2017, 2018), em consonância com a corrente francesa (Durrive, 2016; Le Boterf, 2003; Schwartz & Durrive, 2010). Porém, no PMS, é possível observar representações sobre a noção de competência mais vinculada às correntes anglo-saxãs. Esses documentos apresentam diretrizes genéricas que reconhecem os determinantes sociais de saúde e a necessidade de constante desenvolvimento de competências profissionais para fazer frente às demandas dos serviços. As orientações mais diretas aos profissionais da Atenção Básica sobre SMRT constam do CABSTT (Brasil, 2018). Na ausência de protocolos elaborados no contexto local para lidar com SMRT, os documentos que orientam a ação dos profissionais são de conteúdo mais geral e não protocolar; porém, somados a outros elementos contextuais, atuam como prescrição do trabalho. Assim, é de esperar a reprodução de práticas profissionais mais consolidadas – nesse caso, a segmentação dos saberes, o cuidado biologicista e fragmentação da assistência, conforme anteriormente indicado.

O *planejamento ascendente* é destacado como a forma pela qual a Semus programa atividades que contribuem para o desenvolvimento de competências dos profissionais, partindo das necessidades do contexto de trabalho: *A gente faz um planejamento ascendente, vai até as unidades, tenta identificar qual a demanda que tá sendo apontada ali, conversa com a gerência, tenta organizar isso com material, com indicadores, com dados do ano anterior para pensar, [...] a gente tem uma programação que é muito da necessidade* (Ivonete, ES). Entretanto, em algumas falas é possível observar que a responsabilidade por apontar as ações necessárias são concentradas em setores e gerências: *E aí assim, o que eles* (ES) *até chamam de planejamento ascendente das ações educativas. Acaba que cada setor, cada gerência aponta aquilo que é necessário, que ele entende como necessário para que algumas ações, processos ocorram* (Iracema, VS). A exclusão dos profissionais que de fato executam as atividades no cotidiano do processo de definição das formações a serem realizadas pode culminar na inadequação das formações para o contexto de trabalho, tendo pouca ou nenhuma contribuição para o desenvolvimento de competências para o contexto específico (Durrive, 2016). Essas informações indicam como ainda é evidente na gestão de políticas desse município, mas possivelmente de parte expressiva dos municípios brasileiros, a superação desse viés taylorista ainda marcante no setor público do país: há os que executam, e há os que planejam. Mesmo reconhecendo-se os esforços de políticas disruptivas em relação às práticas mais tradicionais, como a EPS, ainda é relevante o discurso da centralização decisória sobre a formação e execução em níveis centrais. As RS e as práticas são indissociáveis e se engendram mutuamente num processo dialético em que as representações guiam as práticas, que por sua vez agem na criação e transformação das representações. Estas últimas são enraizadas numa história coletiva, na qual as práticas e a experiência em relação às interações sociais têm um papel essencial (Abric, 2011). Desse modo, a prática concreta de centralização na gestão quanto às decisões sobre planejamento das formações acaba por reforçar as representações sobre o desenvolvimento de competências mais tradicionais e menos alinhadas aos discursos mais recentes das políticas.

As *condições para o desenvolvimento de competências* são vistas de forma positiva, principalmente quanto à abertura e à participação dos diferentes profissionais nos espaços de discussão: *Sim, eu entendo que [os profissionais têm voz ativa, costumam participar ativamente] sim, eu vejo mais esse momento como uma ferramenta muito potente de gestão do trabalho de manejo dos casos e que de fato não existe um grau, um caráter de hierarquia no saber. É uma troca de fato* (Iracema, VS). Essa participação ativa nos espaços de discussão é importante para o compartilhamento de saberes e para a reflexão sobre os processos de trabalho, permitindo sua transformação (Le Boterf, 2003; Schwartz & Durrive, 2010).

Por outro lado, a necessidade de liberação dos profissionais para participarem de cursos ou eventos de capacitação e a subutilização de reuniões de equipe são apontadas como desafios para o desenvolvimento de competências: *A gente tem um problema que quando você insere esse trabalhador na discussão. [...] Eu precisaria de liberar os trabalhadores para determinado processo, às vezes o processo da unidade de saúde não possibilita que todos tenham acesso a todas as ofertas que a secretaria coloca* (Jaqueline, ES). *Na prática, a reunião de equipe ainda acontece, eu acho que ela é*

pouco utilizada para isso [desenvolvimento de competências], mas eu acho que é o espaço que poderia ser, porque isso é garantido (Iracema, VS). Esses fatores demonstram as dificuldades em garantir os meios necessários para que os profissionais possam tomar iniciativa e assumir responsabilidade sobre determinadas situações de trabalho (Zarifian, 2012), pois a atualização promovida pelos processos formativos é essencial para que os profissionais possam atender adequadamente as demandas dos usuários do SUS; e as reuniões de equipe precisam ser conduzidas no sentido de promover a reorientação constante dos processos de trabalho (Brasil, 2017).

Novamente, é importante apontar que as práticas sociais efetivadas em determinado contexto são também fatores determinantes das representações sociais. Considerando especificamente as práticas profissionais, deve-se levar em conta que as organizações de trabalho colocam imposições e constroem a adotar determinadas condutas, e quando as representações e as práticas são divergentes num contexto de fortes impedimentos, a tendência é que as representações se transformem de acordo com a prática, quando o trabalhador não dispõe de muita autonomia (Abric, 2011; Rouquette, 2000). Nesse sentido, as RS presentes entre os gestores sobre a noção de competência como um conjunto de atributos pessoais e de saúde do trabalhador, como atribuição de categorias profissionais específicas, não contribuem para que a SMRT seja identificada como uma questão de interesse.

Entre as diferentes *estratégias de desenvolvimento de competências* apontadas pelos entrevistados, destacam-se as metodologias ativas, que são mencionadas na PNEPS como metodologias de ensino-aprendizagem que utilizam o trabalho como eixo estruturante dos processos formativos, promovendo a aprendizagem a partir das práticas e problemas reais do trabalho (Brasil, 2017). O uso de metodologias ativas em todos os processos formativos é apontado como um importante avanço para EPS no município. De acordo com os entrevistados, todos os processos formativos recorrem a esse tipo de metodologia, o que exige abertura para discutir questões próprias do contexto de trabalho. *Todos os nossos cursos aqui são trabalhados a partir de metodologias ativas* (Ivonete, ES). *À medida que eu trago, que eu uso de metodologias ativas, necessariamente eu preciso abrir espaço [para o trabalhador trazer questões do trabalho]* (Ivonete, ES).

O deslocamento de profissionais das gerências ao território, por exemplo, é mencionado como uma das formas de aplicação das metodologias ativas, importante para abordar a SMRT, programado pela secretaria: *É esse movimento que a gente tá fazendo com a equipe de saúde do trabalhador, despertar nesses profissionais que estão no nosso serviço com essas idas lá no serviço, despertar para ele reconhecer essas condições do paciente. Então isso tem sido realmente programado, estando dentro do nosso planejamento* (Luana, VS).

O matriciamento, entendido como estratégia de EPS que objetiva ampliar a oferta de ações em saúde a partir da articulação e do compartilhamento de responsabilidades entre diferentes atores envolvidos no cuidado à saúde (Souza & Bernardo, 2019), é apontado como uma possibilidade mais direta de abordar a SMRT a partir de demandas do próprio território. Por meio dessa estratégia, de acordo com os entrevistados, seria possível um compartilhamento com a equipe pedagógica que auxiliaria às equipes de Atenção Básica na identificação do nex

causal entre o adoecimento mental e o trabalho. Esse debate foi iniciado entre os gestores para posterior implementação junto às unidades, como sugere a fala de Luana (VS): *A gente faz muito o que se chama de matriciamento no apoio pedagógico da nossa equipe com a unidade de saúde quando recebe um profissional lá que traz essa demanda. Então o nexó é a gente que vai trabalhando aqui para construir isso junto com quem está lá na ponta.* Essa estratégia é apontada como um caminho possível, e necessário, para a inserção de políticas de SMRT na Atenção Básica (Souza & Bernardo, 2019).

A realização de rodas de conversa a partir de casos reais dos territórios auxilia na identificação de pontos a serem aprimorados no cuidado com os usuários. Essa estratégia é apontada por uma das entrevistadas como a melhor estratégia de desenvolvimento de competências dos profissionais: *Para mim, é o que mais dá certo, roda de conversa é o que mais dá certo* (Luana, VS). Essas rodas de conversa acontecem tanto por iniciativa das unidades de saúde como dos gestores, quando identificam questões que demandem intervenção: *Então, sempre é por demanda. Às vezes acontece uma situação e aí precisa ir lá fazer uma roda de conversa para fazer uma escuta qualificada, para pensar quais estratégias precisa tomar para solucionar aquele problema ou mesmo que preveja para que não aconteça novamente. Então existe por demanda e existe também por provocação* (Mariana, VS). Observa-se que as estratégias de desenvolvimento de competências são utilizadas para diferentes objetivos, inclusive atender às demandas identificadas por meio do planejamento ascendente e as necessidades dos gestores. O apontamento dessa estratégia como a mais efetiva para o desenvolvimento de competências pode estar relacionado com a sua utilização para atender às demandas percebidas pelos gestores.

As diferentes estratégias de desenvolvimento de competências apontadas pelos entrevistados consideram a realidade de trabalho dos profissionais como fator importante para o desenvolvimento de competências de forma coerente com a PNEPS (Brasil, 2017; Ogata et al., 2021) e com a literatura que aponta que a competência é sempre relacionada à situação específica de trabalho (Le Boterf, 2003; Zarifian, 2012). Nesse aspecto, a aproximação com o trabalho permite a identificação e compartilhamento de saberes próprios daquela realidade, incorporando ingredientes da competência que não podem ser identificados sem essa aproximação (Durrive, 2016, 2019; Schwartz, 1998). Contudo, essa aproximação com a realidade dos profissionais também não fez emergir como prioridade a necessidade de desenvolvimento de competências em SMRT, ou seja, não foi suficiente para quebrar o ciclo vicioso decorrente do não estabelecimento do nexó entre trabalho e saúde mental.

As estratégias adotadas parecem contribuir diretamente para o desenvolvimento dos saberes dos profissionais acerca de temáticas pertinente à SMRT. Porém, não necessariamente promovem um retorno às prescrições do trabalho após os debates realizados. Assim, o impacto potencial dessas estratégias para a transformação do trabalho e da organização do trabalho visando à incorporação da SMRT na AB, conforme os entrevistados, não é alcançado. Entre os possíveis motivos dessa limitação, pode-se mencionar a falta de prioridade e pouca visibilidade da SMRT, a ausência de protocolos e linhas de cuidado que orientem pragmaticamente a prática,

a falta de dados, indicadores e formações específicas sobre a temática e as RS dos gestores sobre competências e saúde do trabalhador. A EPS pressupõe uma relação dialética entre a formação dos profissionais e as práticas de atenção à saúde que possibilitem a transformação dos processos de trabalho (Ogata et al., 2021), logo, a transformação do trabalho prescrito (Durrive, 2016, 2019; Schwartz, 1998) a partir dos processos formativos é um passo importante para EPS. Em que medida os constrangimentos reais impostos pelas condições precárias do trabalho em saúde são limitadores que contribuem para essa dificuldade em revisar as prescrições é algo do qual depende pesquisas ulteriores. De todo modo, é evidente que a tradicional separação taylorista entre planejamento e execução contribui para dificultar o retorno dos debates realizados em contextos de debates coletivos às prescrições.

Em relação à *avaliação do aprendizado*, foi possível observar diferentes visões entre os entrevistados. Alguns apontam a avaliação da satisfação dos alunos com os cursos oferecidos pela área de ES e a avaliação do corpo docente como as principais formas de avaliação: *Nosso processo de avaliar é escutar o trabalhador que passou pelo processo de formação. [...] Avalia o docente que deu, avalia a infraestrutura, ela avalia os conteúdos [...]* (Jaqueline, ES). Outros entrevistados apontam a melhora dos serviços e de indicadores de saúde a partir da realização de ações de capacitação: *[...] quando eu faço essas ações e vejo que esses indicadores melhoram, eu penso que isso não é uma parte fundamental, mas é uma parte que colaborou na melhora desse indicador junto com outras questões* (Mariana, VS). Porém, também é possível observar a falta de um acompanhamento sistemático do reflexo das ações de capacitação nos serviços: *A gente tem feito isso [ações para o desenvolvimento de competências] com frequência, mas eu não identifico hoje uma forma de verificar o impacto. Uma forma que eu digo de forma sistemática enquanto instrumento que verifiquem o impacto dessas atividades no trabalho. Enfim, não conheço nada que tenha sido feito assim* (Elton, AS).

A ausência de um processo avaliativo sistemático, apontada na fala do entrevistado, além de dificultar a identificação dos impactos das ações de desenvolvimento de competências nos serviços de saúde, pode desincentivar a implementação de políticas de EPS e a própria participação dos profissionais nas ações que forem disponibilizadas. Nessa perspectiva, a gestão da formação está desvinculada da gestão do trabalho, e o processo de avaliação foca no interesse e na percepção do trabalhador sobre a formação realizada, mesmo porque, como já foi discutido, há uma responsabilização dos profissionais pelo desenvolvimento de suas competências, entendidas como atributos pessoais. A avaliação é um ponto importante, pois além de identificar a efetividade das estratégias de desenvolvimento de competências implementadas, ela pode subsidiar a transformação das prescrições do trabalho, reduzindo a distância (sempre existente) entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Essa transformação é possível quando se reconhece a competência como uma mistura complexa de ingredientes com graus diferenciados de aderência à atividade de trabalho específica (Schwartz, 1998) e ainda se reconhece o sujeito que se coloca na situação por meio de valores mobilizados (Durrive, 2016, 2019). Mas, como vimos, a transformação das representações se relaciona intimamente com as práticas sociais. Desse ponto de vista, a implementação de práticas avaliativas que incorporem a reflexão coletiva sobre os

desdobramentos das formações em ações no cotidiano dos serviços gradativamente pode transformar as representações sobre o desenvolvimento de competências.

Embora as ações descritas pelos entrevistados possam contribuir para que os profissionais desenvolvam competências necessárias para lidar com a SMRT, as estratégias utilizadas e as formas de avaliação descritas não são suficientes, por si só, para a melhoria dos serviços, pois não promovem as transformações necessárias nas prescrições. Os profissionais que participam das rodas de conversa, do matriciamento ou outra estratégia de desenvolvimento de competência, a partir de uma situação que envolva a SMRT, podem ampliar o seu repertório de saberes para lidar com essa questão. Entretanto, eles continuam tendo que partir das mesmas prescrições sobre o trabalho distanciadas da realidade. Assim, sem a transformação dos processos de trabalho e dada a inexistência de orientações específicas sobre a temática, bem como a representação da SMRT como atribuição de categorias profissionais específicas, a SMRT permanece negligenciada (Souza & Bernardo, 2019).

Considerações Finais

A pesquisa analisou as representações sociais dos trabalhadores em cargos de gestão acerca das competências para atuar sobre a SMRT, e como elas podem contribuir ou dificultar o desenvolvimento dessas competências profissionais de trabalhadores da Atenção Básica nesta temática. Identificou-se que a prevalência de RS sobre competências como atribuições de cargos e postos de trabalho pode influenciar o desenvolvimento e a mobilização de competências. Observou-se nos discursos uma incipiente dispersão de informações sobre saúde do trabalhador e SMRT dentre setores que não são especializados, o que pode desfavorecer a transformação das representações sociais sobre a SMRT de área especializada para área transversal na rede de atenção à saúde. Há implementação de diferentes estratégias para o desenvolvimento de competências que podem contribuir para o aprimoramento da assistência em SMRT, destacando-se o uso de metodologias ativas. A falta de recursos, inclusive de tempo e pessoal, é identificada como desafio para o desenvolvimento de competências e a ausência de discussão de temas relacionados à SMRT como um agravante para essa área específica. A avaliação dos processos formativos, focada no julgamento dos participantes e sem acompanhamento das transformações nas prescrições e nos processos de trabalho, limita o potencial para transformação do trabalho a partir da reflexão dos trabalhadores.

Com base nesses achados, entende-se que os processos de desenvolvimento de competências dos profissionais, no contexto analisado, podem ser aprimorados com a disseminação de uma noção de competência desvinculada de atribuições de cargos, como a adotada pela PNEPS, entre os profissionais de saúde, com a implementação de um acompanhamento ou avaliação das transformações promovidas nos processos de trabalhos ou nos protocolos a partir dos processos formativos, bem como a disseminação de uma visão ampliada de saúde que considere os modos de produção e os processos de trabalho como um dos seus determinantes. Para o desenvolvimento de competência em SMRT, faz-se necessário também a inserção da temática

nos processos formativos, a elaboração de protocolos que orientem a ação dos profissionais e a disponibilização de outros meios que favoreçam a identificação e condução dos casos, além da adoção de estratégias para desmistificar a SMRT como área de atuação restrita a determinadas categorias profissionais.

Uma limitação da pesquisa foi a realização de entrevistas exclusivamente com gestores da Semus. A inclusão de profissionais da linha de frente da Atenção Básica é uma empreitada planejada, para pesquisa futura. Outra limitação, decorrente do contexto de pandemia de Covid-19, foi a impossibilidade de utilização de técnicas de pesquisa inicialmente planejadas, tais como a realização de grupos focais e observação. Não obstante essas limitações, a pesquisa possibilitou importantes reflexões de interesse acadêmico e prático.

Este estudo contribui para as pesquisas em SMRT, indicando possíveis caminhos para o desenvolvimento de competências sobre as relações entre saúde mental e trabalho para profissionais da Atenção Básica à saúde do SUS a fim de lidar com os efeitos dos novos modos de produção e organização do trabalho sobre a saúde. Contribui para as discussões a respeito da EPS, problematizando a necessidade de transformação dos processos de trabalho e das representações sociais a partir das ações implementadas pela EPS como estratégia de desenvolvimento de competências. Ainda no contexto teórico, a articulação entre os preceitos da EPS e a corrente francesa de competências, bem como a recente abordagem dinâmica da competência, ancorada na ergologia, também representa contribuições deste trabalho. Como principal contribuição teórica, destaca-se a relação entre as RS dos gestores e o processo de desenvolvimento de competências, uma vez que a representação da noção de competência, como atributos pessoais, e da SMRT, como responsabilidade de determinadas categorias profissionais, aspectos ligados a práticas e concepções tayloristas do trabalho em saúde, tendem a limitar a ação dos gestores no sentido de contribuir para o desenvolvimento de competências dos profissionais que atuam na linha de frente para lidar com esta questão. Do ponto de vista prático, o trabalho disponibiliza às secretarias municipais de saúde uma análise sobre o desenvolvimento de competências dos profissionais da Atenção Básica a partir de RS de gestores de saúde do município e aponta caminhos para se efetivarem as mudanças almejadas.

Referências

- Abric, J. C. (2011). Pratiques sociales, Représentations Sociales. In *Pratiques sociales et représentations* (p. 263–290). PUF.
- Almeida, L. A., Alves, R. B., Moraes, T. D., & Bianco, M. F. (2023). A Prioridade da Saúde Mental e Trabalho na Atenção Básica. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 13, 01–26. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2022.v13.46348>
- Almeida, L. A., Bianco, M. F., Moraes, T. D., Alves, R. B., Bastianello, G., & Vicentini, N. S. (2021). O Trabalho como Determinante da Saúde e Espaço de Desenvolvimento de Competências. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 21(2), 1367–1376. <https://doi.org/10.5935/rpot/2021.2.21507>
- Amaro, R. A. (2008). Da qualificação à competência: deslocamento conceitual e individualização do trabalhador. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, 9(7), 89–111. <https://doi.org/10.1590/s1678-69712008000700005>
- Andrade, L. O. M., Pelegruini Filho, A., Solar, O., Rígoli, F., Salazar, L. M., Serrate, P. C. F., ... Atun, R. (2015). Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: Case studies from Latin American countries. *The Lancet*, 385(9975), 1343–1351. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61494-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61494-X)
- Araújo, T. M., Palma, T. D. F., & Araújo, N. D. C. (2017). Work-related mental health surveillance in Brazil: Characteristics, difficulties, and challenges. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(10), 3235–3246. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17552017>
- Bahia. (2014). *Protocolo de Atenção à Saúde Mental e Trabalho*. <https://central3.to.gov.br/arquivo/276627/>
- Benevides, R., & Passos, E. (2005). Humanização na saúde: Um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 389–394. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832005000200014>
- Bernardo, M. H., & Garbin, A. D. C. (2011). A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: Desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), 103–117.
- Bianco, M. D. F., & Holz, E. B. (2015). Trabalho e Competência Industrial: Uma cartografia ergológica no setor de rochas ornamentais no Brasil. *Ergologia*, 14, 47–72.
- Borde, E., Hernández-Álvarez, M., & Porto, M. F. S. (2015). Uma análise crítica da abordagem dos determinantes sociais da saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde em Debate*, 39(106), 841–854. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>
- Brasil. (2012). *Portaria n. 1823, de 23 de agosto de 2012*. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Ministério da Saúde. http://bvmsms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html
- Brasil. (2017). *Portaria de Consolidação GM/MS no 02 de 28 de setembro de 2017*. http://bvmsms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2017/prco002_03_10_2017.html
- Brasil. (2018). Saúde do trabalhador e da trabalhadora. In *Caderno de Atenção Básica 41* (vol. 41). Ministério da Saúde.
- Cardoso, I. M. (2012). “Rodas de educação permanente” na atenção básica de saúde: analisando contribuições. *Saúde e Sociedade*, 21(suppl 1), 18–28. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500002>
- Cardoso, M. C. B., & Araújo, T. M. (2016). Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: Um inquérito no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 41, 1–14. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000118115>
- Cardoso, M. C. B., & Araújo, T. M. (2018). Atenção aos transtornos mentais relacionados ao trabalho nas Regiões do Brasil. *Psicologia & Sociedade*, 30, 1–11. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30163746>
- Ceccim, R. B. (2005). Educação permanente em saúde: Desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 161–168. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832005000100013>
- Ceccim, R. B. (2012). Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: Educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 253–277. <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1128>

- Costa, D., Lacaz, F. A. C., Jackson Filho, J. M., & Vilela, R. A. G. (2013). Saúde do trabalhador no SUS: Desafios para uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 38(127), 11–21. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100003>
- Durrive, L. (2016). *Compétence et activité de travail*. L'Harmattan.
- Durrive, L. (2019). Uma abordagem dinamica da questão da competencia, conhecimento pessoal e conhecimento acadêmico. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 13(2), 217–233. <https://doi.org/10.18569/tempus.v13i2.2680>
- Flick, U. (2007). *Managing Quality in Qualitative Research*. SAGE Publications Ltd.
- Franco, D. S., & Ferraz, D. L. S. (2019). Uberização do trabalho e acumulação capitalista. *Cadernos Ebape*, 17, 844–856. <https://doi.org/10.1590/1679-395176936>
- Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos: Coleção pesquisa qualitativa*. Armed.
- Goíás.(2018). Secretaria de Estado da Saúde. *Portaria n. 1128/2018*. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho. <https://www.saude.go.gov.br/files/sau-de-do-trabalhador/cerest/portarias/diretrizes-diagnosticas-e-terapeuticas-para-transtornos-mentais-relacionados-ao-trabalho.pdf>
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: Um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.). *As representações sociais* (pp. 17–44). EdUERJ.
- Jodelet, D. (2006). Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. In V. Hass (Org.). *Les savoirs du quotidien. Transmission, appropriations, représentations* (pp. 235–255). Les Presses Universitaires de Rennes.
- Jovchelovitch, S. (2000). *Representações sociais e esfera pública: A construção simbólica dos espaços públicos no Brasil*. Vozes.
- Jovchelovitch, S. (2007). Vivendo a vida com os outros: Intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In P. A. Guareschi & S. Jovchelovitch (orgs.). *Textos em representações sociais* (9a ed, pp. 63–85). Vozes.
- Klein, A. P., & D'Oliveira, A. F. P. L. (2017). O “cabo de força” da assistência: Concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(1), 1–10. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00158815>
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. Sage.
- Lacaz, F. A. C., Trapé, A., Soares, C. B., & Santos, A. P. L. (2013). Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: Um diálogo possível? *Interface: Communication, Health, Education*, 17(44), 75–87. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100007>
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Armed.
- Macêdo, N. B., Albuquerque, P. C., & Medeiros, K. R. (2014). O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 12(2), 379–401. <https://doi.org/10.1590/s1981-77462014000200010>
- Marinho, M. O., & Vieira, F. O. (2019). A jornada exaustiva e a escravidão contemporânea. *Cadernos EBAPE*, 17(2), 351–361. <https://doi.org/10.1590/1679-395171623>
- Martins, M. B., & Carbonai, D. (2021). Atenção primária à saúde: A trajetória brasileira e o contexto local em Porto Alegre (RS). *Revista Eletrônica de Administração*, 27(3), 725–748. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1413-2311.331.107905>
- Minayo Gomez, C., Vasconcellos, L. C. F., & Machado, J. M. H. (2018). A brief history of worker's health in Brazil's unified health system: Progress and challenges. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(6), 1963–1970. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>
- Morais, P. A. P., Melo, T. A., & Bianco, M. F. (2015). Noções/significado(s) de competência(s): uma revisão teórica. *Revista Cesumar Ciências Humanas e Sociais Aplicadas*, 20(2), 1–18. <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revcesumar/article/view/4042>
- Mori, É. C., & Naghettini, A. V. (2016). Formação de médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família no aspecto da saúde do trabalhador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 25–31. [http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300004](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300004)

- Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Vozes.
- Moscovici, S. (2015). *Representações sociais: Investigações em psicologia social* (11a ed). Vozes.
- Muhr, T. (2020). *Atlas.TI Cloud*. <https://atlasti.com/cloud/>
- Ogata, M. N., Silva, J. A. M., Peduzzi, M., Costa, M. V., Fortuna, C. M., & Feliciano, A. B. (2021). Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, 1–9. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2020018903733>
- Oliveira, F. O., & Werba, G. C. (2013). Representações sociais. In M. da G. C. Jacques, M. N. Strey, N. M. G. Bernardes, P. A. Guareschi, S. A. Carlos, & T. M. G. Fonseca (Orgs.). *Psicologia social contemporânea* (p. 104–117). Vozes.
- Paim, J. S. (2008). *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Edufba/Editora Fiocruz.
- Pasche, D. F. (2009). Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(suppl 1), 701–708. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832009000500021>
- Rouquette, M. L. (2000). Representações e práticas sociais: Alguns elementos teóricos. In A. S. P. Moreira & D. C. O. Oliveira (Orgs.). *Estudos Interdisciplinares de Representação Social* (p. 39–46). AB.
- Salles, M. A. S. D., & Villardi, B. Q. (2017). O desenvolvimento de competências gerenciais na prática dos gestores no contexto de uma Ifes centenária. *Revista do Serviço Público*, 68(2), 467–492. <https://doi.org/10.21874/rsp.v68i2.795>
- Santos, R. C., & Bosi, M. L. M. (2021). Saúde mental na Atenção Básica: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Nordeste do Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, 26(5), 1739–1748. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04902021>
- Schwartz, Y. (1998). Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educação & Sociedade*, 19(65), 101–140. <https://doi.org/10.1590/S0101-73301998000400004>
- Schwartz, Y., & Durrive, L. (2010). *Trabalho & Ergologia: Conversas sobre a atividade humana* (2a ed). EDUFF. Espírito Santo (2018). *Diretrizes Clínicas em Saúde Mental*. Secretaria de Estado da Saúde.
- Seligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. Cortez Editora.
- Silva, C. B. G., & Scherer, M. D. A. (2020). A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 24, 1–15. <https://doi.org/10.1590/interface.190840>
- Silveira, D. G. M., & Villardi, B. Q. (2022). Competências para gestão de hospitais brasileiros: Evidências da literatura. *RAHIS – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 19(2), 26–45. <https://doi.org/10.21450/rahis.v19i2.7374>
- Souza, H. A., & Bernardo, M. H. (2019). Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: A práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 44, 1–8. <https://doi.org/10.1590/2317-636900001918>
- Vaclavik, M. C., Oltramari, A. P., & Oliveira, S. R. (2021). Empresariando a informalidade: Um debate teórico à luz da gig economy. *Cadernos EBAPE*. <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cadernosebape/article/view/84834/80280>
- Zarifian, P. (2012). *Objetivo competência: por uma nova lógica*. Atlas.

EQUIPE EDITORIAL**Editora-chefe**

Cristiane Silvestre de Paula

Editores associados

Alessandra Gotuzo Seabra

Ana Alexandra Caldas Osório

Luiz Renato Rodrigues Carreiro

Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira

Editores de seção**“Avaliação Psicológica”**

Alexandre Luiz de Oliveira Serpa

André Luiz de Carvalho Braule Pinto

Juliana Burges Sbicigo

Natália Becker

“Psicologia e Educação”

Alessandra Gotuzo Seabra

Carlo Schmidt

Regina Basso Zanon

“Psicologia Social e Saúde das Populações”

Enzo Banti Bissoli

Marina Xavier Carpena

“Psicologia Clínica”

Ana Alexandra Caldas Osório

Carolina Andrea Ziebold Jorquera

Julia Garcia Durand

“Desenvolvimento Humano”

Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira

Rosane Lowenthal

Suporte técnico

Camila Fragoso Ribeiro

Fernanda Antônia Bernardes

Giovana Gatto Nogueira

PRODUÇÃO EDITORIAL**Coordenação editorial**

Surane Chiliani Vellenich

Preparação de originais

Carolina Amaral (Caduá Editorial)

Revisão

Mônica de Aguiar Rocha

Diagramação

Acqua Estúdio Gráfico