

A complexidade do trabalho precário na Atenção Psicossocial Territorial: reflexão crítica sobre o contexto brasileiro

The complexity of precarious work in Territorial Psychosocial Care: critical reflection on the Brazilian context

Israel Coutinho Sampaio Lima¹, José Jackson Coelho Sampaio¹, Karlla Christine Araújo Souza²

DOI: 10.1590/0103-1104202313614

RESUMO Este artigo propõe compreender, na perspectiva da Teoria da Complexidade, e por meio da reflexão teórica crítica, a precarização do trabalho enquanto realidade no mercado brasileiro do trabalho público da saúde e sua influência nos resultados de uma política pública baseada no paradigma teórico/prático da Atenção Psicossocial Territorial. Traça uma possibilidade de problematização sobre o tema central, por meio dos princípios: sistêmico, hologramático, círculo retroativo, recursivo, autonomia/independência, dialógico e o da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, propostos por Edgar Morin, diante das discussões e dos estudos realizados pelo Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho sobre a precarização do trabalho e a saúde mental em campo concreto. Essa reflexão propõe-se a ser fonte de reconhecimento para os atores, sobre as causas reais da precarização, que derivam do modo de exploração do trabalho em saúde em estreitamente próprio da aplicação do receituário neoliberal em estados burocráticos autoritários situados na periferia do capitalismo dependente. A reflexão permitiu a compreensão do todo e das partes que constituem o problema, reconhecendo as causas reais da precarização, ao contrário da culpabilização dos trabalhadores da saúde mental, diante das condições insalubres, da jornada de trabalho e da insegurança sobre os direitos sociais e direitos trabalhistas.

PALAVRAS-CHAVE Precarização do trabalho. Centros de Atenção Psicossocial. Saúde mental.

ABSTRACT *This article proposes to understand, from the perspective of Complexity Theory, and through critical theoretical reflection, the precarization of work as a reality in the Brazilian public health work market, and its influence on the results of a public policy based on the theoretical/practical paradigm of Territorial Psychosocial Care. It outlines a possibility of problematizing the central theme, through the principles: systemic, hologrammatic, retroactive circle, recursive, autonomy/independence, dialogic, and the reintroduction of knowledge in all knowledge, proposed by Edgar Morin, in view of the discussions and studies carried out by the Life and Work Research Group on the precariousness of work and mental health in a concrete field. This reflection is intended to be a source of recognition for actors on the real causes of precariousness, which derive from the way in which health work is exploited, which is closely related to the application of neoliberal prescriptions in authoritarian bureaucratic states located on the periphery of dependent capitalism. The reflection allowed the understanding of the whole and the parts that constitute the problem, recognizing the real causes of precariousness, which blame mental health workers, in the face of unhealthy conditions, working hours, and insecurity about social rights and labor rights.*

KEYWORDS *Employment. Mental health services. Mental health.*

¹ Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil.
isracoutinho@hotmail.com

² Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN) – Natal (RN), Brasil.



Introdução

O campo epistemológico da Atenção Psicossocial Territorial (APT) foi construído por meio das lutas do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica (MBRP), sendo este a base política e social para a aprovação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001¹, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas que vivem com algum tipo de sofrimento e/ou transtorno mental. Essa lei promoveu o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental para a produção do trabalho interdisciplinar humanizado, do respeito à subjetividade e da valorização do trabalhador da saúde².

O campo emerge da necessidade de superação do então modelo psiquiátrico clássico, hospitalocêntrico, que enfocava o cuidado no combate aos sintomas da doença mental, sob a lógica biológica da causa-efeito positivista. Em trajetória de superação, esse último modelo, por sua vez, buscou avançar, em seu tempo, sobre as formas como o cuidado à doença mental era materializado entre o final do século XVII e o começo do século XIX, caracterizadas pelo modelo asilar, que excluía da sociedade os considerados perigosos, incuráveis e contagiosos, por meio de violência praticada pelo isolamento social recluso sobre os que não se enquadravam nos modelos sociais tidos como ideais³.

Nesse processo evolutivo, não linear e não homogêneo, a APT vem promovendo mudanças tanto na atenção quanto na prática da produção do trabalho, sobretudo pelos avanços promovidos na substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Tais serviços produzem atenção à saúde mental, por meio do cuidado integral e humanizado, considerando a história e o papel das pessoas que vivem com transtornos mentais, além do reconhecimento da individualidade e da autonomia destes, enquanto seres, em um território vivo, em que a APT precisa estar articulada com os demais pontos da rede de atenção social e de saúde, a fim de favorecer atenção integral e cidadã⁴.

No entanto, o trabalhador, apesar de ser tido como um dos elementos-chave para a concretização da reforma psiquiátrica, vem sofrendo com as condições precárias do trabalho em saúde mental. Essa situação torna o cenário, por si só, complexo diante da contradição e da dualidade do desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Mental, do ponto de vista da seguridade social e trabalhista⁵ – em uma crise que se aprofunda no último quinquênio, a partir da reforma do aparelho do Estado brasileiro efetuada por meio da Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017⁶, a qual incorpora nos serviços públicos as principais tendências do capitalismo flexível global, respaldadas em teoria justificadora denominado de neoliberalismo, que reduz o poder do Estado sobre a regulação e a garantia dos direitos trabalhistas⁷.

São ações que repercutem diretamente não só na saúde destes como também na produção individual e coletiva de cuidados prestados aos usuários por toda a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), principalmente entre os serviços que mais cresceram numericamente em todo território nacional, os Caps, que tensionam o modelo hospitalocêntrico em psiquiatria⁸.

É nessa conformação complexa de mundo, com contraposições, contradições e deslizamentos não lineares, que se pretende discutir uma política de Estado, no campo da saúde mental, que valoriza os trabalhadores e que não se rende a uma lógica produtivista do capital sobre a produção do trabalho, que, paradoxalmente, materializa a precarização do trabalho. Nessa conjuntura, coloca-se como possibilidade o desenvolvimento do pensar e do dialogar, para que o tema seja problematizado e compreendido em relação aos reais interesses das forças envolvidas, visando enfrentar a alienação dos seres em um mundo real disruptivo⁹⁻¹¹.

A complexidade do mundo exige pensamento profundo para compreendê-lo e que parta da interpretação do pesquisador, sobre os princípios sistêmico, hologramático, circular retroativo, circular recursivo, autônomico

e dialógico⁹⁻¹¹ ante as categorias ‘vida’, ‘trabalho’, ‘precariado’, ‘subjetividade’, ‘saúde mental’, ‘stress’ e ‘alienação’. Essas categorias são problematizadas e estudadas pelo Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho (GPVT), sediado no Laboratório de Humanização e Atenção em Saúde (Lhuas) da Universidade Estadual do Ceará (Uece).

As pesquisas desenvolvidas pelo GPVT têm como guia os problemas oriundos dessas temáticas, com o apoio de pesquisadores de universidades do Brasil, da Argentina, do México e da Espanha. Esses cientistas sociais trazem para o grupo a divulgação de suas produções, troca de experiências e discussões necessárias para que a compreensão dos fenômenos psicossociais, os quais tendem a afetar a vida e o trabalho, seja repensada por diversos ângulos.

O presente artigo se propõe a compreender, na perspectiva da Teoria da Complexidade, e por meio da reflexão teórica crítica, a precarização do trabalho enquanto realidade no mercado brasileiro do trabalho público da saúde e sua influência nos resultados de uma política pública baseada no paradigma teórico/prático da APT.

Precarização do trabalho, trabalho precário e precariado

A compreensão sobre as diversas formas de conceituar precarização do trabalho e/ou trabalho precário, que será problematizada a diante, surge a partir dos teóricos postos em debates no GPVT. Ademais, a interpretação e a compreensão que faremos aqui se produzem sob a perspectiva da construção de um pensamento complexo, ancorado nos princípios sistêmico e hologramático propostos por Morin¹¹, o que torna tal interpretação única.

Pensando-se inicialmente de acordo com o princípio sistêmico, o indivíduo atravessa a sociedade e se encontra atravessado, direta

ou indiretamente, por ela. Há, portanto, interligação, interdeterminação e interdependência contínuas, nas quais coexistem forças que influenciam e são influenciadas por outros sistemas. Nessa lógica, a ideia sistêmica se contrapõe às alternativas reducionistas que buscam compreender o todo como simples soma das partes, desconsiderando o inter e o trans.

Pelo princípio hologramático, percebe-se a força de evidência de cada unidade, uma vez que tanto os organismos biológicos como as sociedades podem ser representados pelas partes constituintes, seja por informações genéticas, linguagens, normas e ritos^{9,11}. Enquanto perspectiva teórica, a determinação de um problema pode representar-se fora do lugar no qual o problema esteja expresso.

Partindo dessa perspectiva, a precarização do trabalho não constitui conceito preestabelecido e homogêneo, que permita a representação das partes constituintes do todo. O que temos é uma grande diversificação diante da heterogeneidade das partes que a constituem, nos campos político, social e cultural concretos, atravessados por contraditoriedades e superposições, que influenciam as configurações sobre como as sociedades se organizam, diante das perspectivas sobre democracia, direitos sociais e direitos trabalhistas, fundamentais para a identificação e a compreensão da problemática.

No mundo ocidental, embora em posição periférica, portanto, mais vulnerável, o Brasil partilha, desde a década de 1970, uma crise internacional do capital, política, social e econômica, caracterizada no específico mundo do trabalho por contratações do tipo *part time*, sem benefícios sociais, com baixos salários, além da informalidade, em que os riscos ocupacionais passam a ser assumidos pelo trabalhador, e não pelo empregador ou pelo poder público. Os trabalhadores, atomizados, despolitizados, encontram-se por sua única conta, diante do capital oligopolista, financeirizado e sem pátria^{12,13}.

No Brasil, desde a década de 1950, a implantação do Fordismo, de modo heterogêneo e truncado, apesar de proteger alguns setores mais avançados, criou uma cadeia de condições precárias do trabalho, representada por insegurança salarial, insegurança ocupacional, ausência de qualificação profissional e insegurança habitacional. As novas lógicas de trabalho ficaram restritas aos grandes centros urbanos, em meio à ausência de direitos trabalhistas, diante da sociedade rural que migrou para as metrópoles em busca de melhores condições de vida – sendo a precarização do trabalho, efetivamente o trabalho precário, vivenciada por grande fração da classe trabalhadora, a despeito de grandes conquistas de direitos terem ocorrido sob o signo do Fordismo¹⁴.

No século XXI, a precarização do trabalho passou, no Brasil, a ser relacionada com a terceirização do trabalho promovida pela Lei nº 13.467/2017⁶, a qual amplia a possibilidade da existência do trabalho terceirizado com contratos precários e provisórios, apresentando baixo padrão salarial, antes restrito às empresas privadas, agora fortemente incorporados em instituições públicas. Isso passa a afetar os trabalhadores de nível superior e técnico, principalmente nos serviços de saúde, como médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e técnicos de enfermagem¹⁵.

Nesse mesmo contexto, Casulo¹⁶ amplia a concepção sobre a precarização do trabalho, somando o termo flexível ou flexibilidade à forma de contratação, envolvendo os contratos vulneráveis, a remuneração e a jornada de trabalho conversíveis, sob o ponto de gestão idealizada como toyotista; com base na produção neoliberal do capital para toda a classe trabalhadora, independentemente do nível de formação e qualificação, agora em um modo de vida *just-in-time* e *work office*.

É sobre esse novo modo de vida laboral que a precarização do trabalho, aquele que assim se tornou, e o trabalho precário,

aquele que já surge assim, vão envolver e afetar psicossocialmente a identidade profissional, devido à ausência de carreira e de constituição de uma memória social, pertencente a uma classe ocupacional, envolta em práticas estáveis, sob aspectos éticos de comportamento, reciprocidade e fraternidade¹⁷.

Apesar de a precarização do trabalho envolver características heterogêneas, dentro de uma classe ou grupo social, o precariado, conjunto dos precarizados e dos precários, ainda está se formando, sem identidade construída. Compreende-se que esses profissionais compartilham anseios, que poderiam ser a liga definidora dessa nova classe, ou subclasse, pois a precarização atinge todos os profissionais, independentemente da qualificação, do tipo de trabalho exercido e do tipo de vínculo empregatício⁸.

Para além do período cronológico, a precarização do trabalho vem se tornando um padrão sobre o modo de produção laboral, em que cada característica se interliga, produzindo uma nova forma evolutiva e retrógrada sobre as condições alienadas do trabalho, característica de uma lógica produtiva concreta. Não parece possível separar características passadas, do presente e de um possível futuro, pela indeterminação do fenômeno discutido. As políticas trabalhistas tendem a criar sistemas interligados em todo o mundo ou parte dele, em um curso de produção de alienação que envolve a autodestruição e a recriação da produção e da reprodução do trabalho, com preceitos antigos, porém, de modo heterogêneo e não linear, reduzindo a potência das organizações de massa.

Logo, a precarização do trabalho projeta-se como condição generalista, em sua desigualdade, e constante, em sua não linearidade, fazendo parte constituinte das classes sociais trabalhadoras, independentemente do nível educacional, as quais estão sob condições de trabalho penosos, com vínculos de trabalho flexível e/ou provisórios, regulamentados ou não por lei.

Construção e reconstrução da Atenção Psicossocial Territorial

A reflexão proposta por este tópico tem por base as inferências de Morin¹¹ sobre os princípios do círculo recursivo e da autonomia/independência. Elas exigem a clareza necessária para que construção e reconstrução dos fatos do passado e do presente possam ser contextualizadas sob ponto de vista dinâmico e amplo, considerando os cenários, as situações e os atores envolvidos no processo.

Nesta etapa da discussão, propomos retornar aos fatos pelo processo produtivo e contínuo sobre a relação intrínseca produtor-produtor, na qual as ações e os efeitos de um evento se retroalimentam na produção dos fenômenos, em uma cadeia de enlaces históricos pelo Estado que é ator das políticas públicas e a sociedade à qual estas políticas se destinam, como são exemplos, no Brasil, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, consequência de três movimentos-chave: o da redemocratização, pós-ditadura militar, o da reforma sanitária e o da luta antimanicomial.

O princípio do círculo recursivo rompe com a noção de regulação da autoprodução e autorregulação, pois tanto a ação quanto o processo e o produto, quer único ou múltiplo, são necessários para a sua própria determinação e produção^{10,11}.

Autonomia e independência expressam a capacidade que organizações, estruturas e sociedade possuem para se organizar, dependendo, para tanto, de suas necessidades em relação ao meio geográfico, cultural e político-econômico em que estão inseridas. Portanto, a autonomia, ou o grau de autonomia, é construída em relação às características de cada cultura e ambiente físico; logo, cada sociedade ou cada indivíduo são auto-organizadores, continuamente se autoproduzindo, na dependência de muitos outros sistemas, como, por exemplo, o meio ambiente¹¹.

Assim, os novos lugares propostos pela APT, construídos ao longo das últimas três décadas, devido ao MBRP, em uma proposta política que se desenvolve desde a década de 1970, só foram possíveis devido ao amparo, à fortificação e ao impulso dados pela remodelação das políticas públicas de saúde, promovidas a partir da luta do Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária (MBRS) e do processo de redemocratização do País, disparadores de uma nova consciência social que envolve democracia, humanização, inclusão social, trabalho coletivo, colaborativo, multiprofissional e interdisciplinar, com planejamento participativo intersetorial¹⁸.

Esse trajeto de mudanças, oriundo do anseio popular e dos movimentos sociais, de base comunitária, contou com forte apoio sindical, de instituições de ensino superior e de uma parcela da classe política progressista; resultou na inclusão de seção própria na Constituição Brasileira de 1988, na aprovação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), nos 8.080 e 8.142, ambas de 1990, e na criação do SUS¹⁹, efetivamente implantado em 1992, após a devida inclusão na Lei Orçamentaria da União (LOU) aprovada em 1991. Por meio da realização de conferências municipais, estaduais e nacional, possibilitou-se a realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), das quais a primeira ocorreu em 1987, como consequência de indicação da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1986 – além da discussão de espaços colegiados para a promoção da atenção à saúde mental, que rompesse com o modelo asilar e o psiquiátrico hospitalar clássico: o primeiro, centrado na exclusão e na tutela plena dos ‘loucos’; o segundo, centrado na doença, na assistência, no combate aos sintomas, com base na visão positivista biológica³.

Em constante oposição, o modelo da APT, construído a partir do MBRP e implementado nacionalmente até os dias atuais, vem ampliando os conceitos de saúde, de saúde mental e de saúde integral, enfrentando a visão nosológica e fragmentada das partes que constituem o todo, neste caso, o indivíduo e a relação indivíduo/meio/indivíduo, além da utopia sobre

a compreensão da saúde como a ausência de doença e completo bem-estar biopsicossocial. Esse paradigma é construído sob perspectiva política, histórica, socioeconômica e cultural, que não pode ser reduzida, diante das possíveis compreensões isoladas do fenômeno doença mental, diante da complexidade dos processos saúde-doença em meio ao território de produção de cuidados em rede^{3,20}.

Foi nos embates promovidos nos espaços colegiados, entre forças conservadoras e progressistas, que a Lei nº 10.216/2001¹ surgiu como novo marco para o MBRP, sendo, portanto, uma conquista para as coletividades. Ela incorpora, em seus preceitos, o reconhecimento das características e necessidades sociais diante das particularidades dos sujeitos e do território em que habitam, resultando no redirecionamento do modelo assistencial até então vigente, para o modelo da APT, intercentrado no sujeito, na família, no cuidador, na comunidade, na produção do trabalho coletivo e criativo, em um dado território, onde estas relações e vivências se originam, se reinventam e se adaptam, em uma nova proposição de serviços de saúde, agora voltados para a atenção psicossocial, em território vivo.

Nessa nova conjuntura política e social, os primeiros Caps foram criados e disseminados por todo o Brasil, conseguindo levar atenção à saúde mental para municípios de pequeno porte populacional, com até 20 mil habitantes, por meio da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002²¹. Tais serviços passaram a ganhar destaque no processo de reconstrução dos cuidados de saúde mental, adiante da substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos, em todo o território nacional. Os serviços passam a ser organizados por porte populacional, características dos usuários e do território, sendo classificados em Caps I, Caps II, Caps III, Capsi (infantojuvenil) e Caps ad (álcool e outras drogas). Foi devido ao seu sucesso e à sua aproximação com os territórios que a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, passou a compreendê-los como pontos de articulação de uma rede, a Raps²².

Desse modo, pratica-se um conjunto de ações em saúde mental no SUS, cujos objetivos centrais buscam ampliar o acesso à APT, pela articulação dos serviços primários, secundários e terciários de saúde, além da intersectorialidade com os demais dispositivos existentes no território. Ademais, abrem-se novos espaços para a produção de saúde mental, com reflexões sobre a gestão, o trabalho e o cuidado, entre outros núcleos temáticos^{3,18,23}.

O sucesso da implantação dos Caps pode ser dimensionado pela expansão em termos numéricos. O Ministério da Saúde (MS) informa que o quantitativo de Caps, era de 148 em 1998, passando para 2.209 em 2014²⁴, e para 2.661 em 2019²⁵. A cobertura foi de 0,21 serviço por 100 mil habitantes em 2002, passando para 0,86 em 2014²⁵. Porém, em 2017, os rumos da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) mudaram diante de uma agenda implantada pelo governo federal, o qual publicou a Resolução nº 32, favorecendo e ampliando o financiamento por meio do SUS da rede hospitalar psiquiátrica privada, em oposição aos preceitos reformistas republicanos da APT, paralisando o surgimento de novos Caps.

Atualmente, apesar dos avanços alcançados pelo MBRP, que sensibilizou vários governos federais da redemocratização a discutirem o lugar social do transtorno mental e o trabalho no campo coletivo da saúde mental, estes temas foram paulatinamente sendo deixados de lado na agenda governamental: o modelo hospitalar psiquiátrico clássico foi retomado na prática e nas normas; os tratamentos individuais fármaco-biológicos foram incrementados; e o financiamento a serviços privados foi revalorizado.

Demonstra-se, assim, que o processo de mudança sofreu inflexões negativas que desafiaram a implantação plena do campo epistemológico da APT, exatamente pela forma como os usuários dos Caps, familiares e cuidadores, trabalhadores e gestores de saúde mental se ‘adaptaram ou se conformaram’ com as melhorias alcançadas em um processo de auto-organização de núcleos divergentes de

interesses, passando a conviver com as limitações político-orçamentária de desfinanciamento dos Caps impostas pelo governo federal desde pelo menos 2016.

Essa relação contraditória, dual e ambígua torna a conjuntura sociopolítica da APT confusa e conflituosa diante dos princípios do SUS e da própria proposta desse modelo de atenção. São correntes entrelaçadas que permanecem em constante tensão diante do que se deseja enquanto política social e trabalhista, ante o modelo de gestão neoliberal que se implanta a cada dia com maior vigor na administração pública, disfarçada de oportunidade ou de novas possibilidades de trabalho nessa área. Outrossim, há uma relação necessária para sua condição de existência, causação e produção, pois os modelos convivem em crise, avanços e resistência, o da APT e o do retrocesso, por meio da precarização da Raps e do SUS.

Precarização do trabalho na Atenção Psicossocial Territorial: em qual ponto estamos?

Em um processo retroativo, dialógico, reintroduzindo cada conhecimento em todo o conhecimento, em que os efeitos de um evento se repercutem continuamente, pode-se afirmar que as condições atuais da precarização do trabalho na APT vêm se delineando desde a implantação do SUS. Foi afetada por forças reacionárias, reforçadas exponencialmente a partir de 2016, incluindo de forma paralela os princípios do neoliberalismo, sobre a oferta e as parcerias público-privadas para a constituição da rede de saúde, uma vez que a reforma sanitária não se dobrou completamente diante da forte imposição dos empresários para que a rede de saúde fosse totalmente privada, o que expressaria a plena realização do capitalismo na saúde.

Elementos teóricos da vida e do trabalho em saúde mental, que discorreremos, a partir de Morin^{10,11}, colocam como sendo o princípio do

círculo retroativo, o qual busca romper com a causalidade linear, que sempre haverá uma causa-efeito, unidirecionada, permitindo o conhecimento da relação oposta e não linear, na qual é possível refletir sobre os diversos processos retroativos indivíduos/organizações/organizações/indivíduos.

Como o processo de mudanças de paradigmas em saúde mental é complexo por si só, devido a estigmas, em momentos históricos, sociais e políticos sempre heterogêneos é que o princípio dialógico busca evidenciar o antagonismo de ideias, situações, ambientes e/ou características que, ao mesmo tempo, são interdependentes, excludentes e ou complementares. O dialógico busca evidenciar as dificuldades e o antagonismo entre fenômenos, pois são partes fundamentais para que o todo seja compreendido, por meio da inseparabilidade do que é complementar, distanciando-se assim do que é dual, dúbio ou que possa tornar o pensamento confuso¹¹.

Para tanto, a reintrodução do conhecimento em todo conhecimento se faz necessária pela construção e reconstrução dos fatos, dos contextos, dos fenômenos, a partir das distintas formas, meios, situações ou sujeitos envolvidos no processo. Assim, o observador deve permanecer consciente de seu lugar no devir histórico e de suas particularidades antropológicas que o constituem, para que possa reconhecer outras formas de ver e compreender os fenômenos, em um processo de restauração do ser que desconhece das particularidades e das interações daquele meio.

Partindo das perspectivas acima citadas, a lógica privatista na saúde vem subvertendo e ganhando força sobre a racionalidade pública, apesar de a primeira reconhecer a necessidade da existência do SUS para a sua própria existência, considerando as condições socioeconômicas da população brasileira. Nessa relação parasitária, a entrada de entidades privadas na gestão da rede de saúde ganha espaço e força, as quais introduzem novas formas de gestão do trabalho diante do modo de contratação e domínio dos trabalhadores. Essa relação vem

precarizando o trabalho em diversos serviços do SUS, incluindo os Caps⁵.

Tal interface está construída e solidificada sob o ponto de vista privatista da morosidade das contratações via concursos públicos e da má gestão do SUS, a qual impacta diretamente nos custos com recursos humanos conforme os limites estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal nº 101, de 4 de maio de 2020, sendo, portanto, necessária a incorporação da terceirização e da flexibilidade dos contratos de trabalho por toda a rede SUS⁵.

A expansão da terceirização e dos contratos temporários pelos serviços estatais evidencia uma nova forma de precarização do trabalho, em que as empresas privadas, as Organizações Sociais (OS) e o Estado buscam reduzir os custos do trabalho, pelo rebaixamento de salários, aumento da jornada laboral e intensificação do trabalho. Sendo assim, os trabalhadores se tornam totalmente reféns do capital devido ao vínculo frágil de emprego, com o valor de uso do trabalho totalmente dominado pelo valor de troca^{16,17,26,27}.

O caminho da precarização do trabalho está legitimado desde 2017, a partir da reforma do aparelho do Estado brasileiro, ocorrida por meio da Lei nº 13.467/2017⁶, a qual incorpora nos serviços públicos as principais tendências do capitalismo flexível global, que reduz o poder do Estado sobre a regulação e a garantia dos direitos dos trabalhadores. Assim, a reforma trabalhista, concretizada pelo Presidente Michel Temer, atingiu agudamente a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), aprofundando a lógica de exploração do trabalho flexível⁷.

As políticas neoliberais têm se voltado contra a forma estável dos vínculos empregatícios devido à força que esse grupo possui diante da organização de seus pares, em um possível confronto com seus empregadores, na busca por garantia e melhoria dos aspectos que valorizam o trabalho; da mesma forma que a garantia de vínculo acompanha o direito de representação do todo, por uma liderança, a qual possui o direito de voz em prol da

valorização de sua categoria ou comunidade profissional^{7,16,17}.

Este fato age diretamente no trabalho do serviço público, geralmente desconhecido pela população, afetando o desempenho dos servidores devido ao sucateamento da infraestrutura de trabalho, segmentação das atividades, modelos ambíguos de gestão, conflitos de interesse, ausência de planos de cargos, carreiras e de salários que equalizem rendimentos, promoções, nomeações ou exonerações – além de desencontros entre a extensão dos vínculos trabalhistas com as demandas dos projetos terapêuticos individuais e coletivos^{26,27}.

Apesar de existir a manifestação do sentimento e da sensação de abandono, instrumentalidade da prática e universalização da alienação, pelos trabalhadores¹⁷, o que se observa é a existência de uma anomia coletiva, paralisante do MBRP, diante das condições precárias do trabalho, pela própria naturalização e conformismo do fenômeno enquanto necessários para a existência do emprego e das condições mínimas do existir, provavelmente associado com o privilégio por não estarem excluídos pelo mercado de trabalho, comparado com outra parcela de trabalhadores, principalmente em um momento de crise política e econômica que o Brasil passa na atualidade²⁸.

Contudo, é antagônico com os princípios do MBRP e da APT, que buscam o redirecionamento das práticas de cuidados para uma atenção humanizada, interdisciplinar, sob o ponto de vista da gestão colegiada em espaços coletivos, os quais valorizem os trabalhadores, os usuários e os gestores da saúde mental. Porém, esse conflito passa a ser percebido apenas sobre os efeitos da causa, diante do número insuficiente de profissionais⁵, atenção centrada em terapêuticas individualistas e medicalizante¹⁸, sobrecarga de trabalho²⁹, ausência de espaços colegiados²⁷, diversos vínculos empregatícios em uma mesma equipe²⁶, insalubridade e inadequação do espaço físico dos Caps³⁰.

Dessa forma, os trabalhadores dos Caps se tornam sujeitos e tomam para si os efeitos

da causa privatista neoliberal incorporada na gestão de tais serviços, assumindo um perfil de ressignificação da culpa por tais problemas diante de uma responsabilidade exclusiva e particular associada à equipe, valendo-se da compreensão das relações causa/efeito e efeito/causa, por meio do processo de alienação que envolve a culpabilização de si e da equipe pelas falhas e condições precárias do trabalho oriundas da política pública estraçalhada.

Considerações finais

Como ponto de compreensão, pode-se inferir que o reconhecimento sobre a forma como o fenômeno precarização do trabalho vem sendo constituído se dá em campos de forças que se interinfluenciam, nos quais sua representação é diversa, sobretudo nos campos político, social e cultural concretos. O contraditório sobre a garantia ou a perda regulamentada em lei dos direitos sociais e dos direitos trabalhistas é um fato observado e real, inerente ao processo de alienação promovido pelo sistema econômico e político. Nesse sentido, torna-se fundamental a problematização da precarização do trabalho, por meio da consideração de seu caráter multifatorial das representações das desigualdades, em seus diferentes modos de produção, alienação e afetação diante da complexidade existente que é o trabalho em saúde mental em um dado recorte histórico.

Apesar dos avanços alcançados pelo MBRP, o quadro político apresenta-se como desfavorável ao processo reformista e progressista, pela implantação contundente de uma agenda governamental de extrema direita, a qual privilegia o modelo psiquiátrico clássico, com ênfase em tratamentos individuais fármaco-biológicos e a revalorização sobre o financiamento de serviços privados em oposição aos Caps.

A reflexão sobre o tema-problema pode ser realizada de modo que considere os princípios: sistêmico, hologramático, círculo retroativo, recursivo, autonomia/independência, dialógico e o da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, resultante de um olhar complexo e crítico, ou por outras formas que promovam a compreensão do todo e das partes que a constituem em interdependência e interdeterminação.

Tal possibilidade discursiva permitirá que os fatos presentes na linha do tempo sejam refletidos e debatidos coletivamente, em tentativas que promovam a retomada das lutas sociais-trabalhista, proposta pelo MBRS e pelo MBRP, nas dinâmicas resultantes do SUS e da APT, para que os processos de alienação que culpabilizam os trabalhadores da saúde mental, diante das condições insalubres, da jornada de trabalho extensificada/intensificada e da insegurança sobre os direitos sociais e direitos trabalhistas, em suas diversas formas, sejam quebrados. Isso pode beneficiar atores principais, fonte de reconhecimento das causas reais da precarização, que derivam do modo de exploração do trabalho em saúde em estreitamente próprio da aplicação do receituário neoliberal em estados burocráticos autoritários situados na periferia do capitalismo dependente.

Colaboradores

Lima ICS (0000-0002-1929-6142)* contribuiu para elaboração, concepção e desenho da obra; e aquisição, análise de informações para o trabalho. Sampaio JJC (0000-0003-4364-524X)* contribuiu para concepção do trabalho, revisá-lo criticamente quanto ao conteúdo intelectual importante e aprovação final da versão a ser publicada. Souza KCA (0000-0002-3992-2163)* contribuiu para revisá-lo criticamente quanto ao conteúdo intelectual importante. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 6 Abr 2001. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
2. Aboud-Yd M. Por uma clínica antimanicomial: a ousadia de um projeto. In: Campos FB, Lancetti A, organizadores. Saúde Loucura: experiências da Reforma Psiquiátrica. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p. 91-100.
3. Nunes JMS, Guimaraes JMX, Sampaio JJC. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. Physis. 2016 [acesso em 2020 nov 2]; 26(4):1213-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312016000401213&lng=en&nrm=is.
4. Bleicher T, Sampaio JJC, Gomes VB. O auxiliar em saúde mental: da concepção à prática do serviço. Trab educ saúde. 2015 [acesso em 2022 jun 21]; 13(supl1):61-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00043>.
5. Barros ACF, Bernardo MH. A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. Rev Psicol UNESP. 2017 [acesso em 2020 nov 2]; 16(1):60-74. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/845/826>.
6. Brasil. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Diário Oficial da União. 13 Jul 2017. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm.
7. Alves G. A nova precariedade salarial e o socio-metabolismo do trabalho no século XXI; Reforma trabalhista: a nova ofensiva neoliberal no Brasil. In: Casulo AC, Silveira C, Alves G, et al. organizadores. Precarização do trabalho e saúde mental: o Brasil da era neoliberal. Bauru: Canal 6; 2018. p. 14-62.
8. Araújo-dos-Santos T, Nunes DO, Pereira RB, et al. Associação entre variáveis relacionadas à precarização e afastamento do trabalho no campo da enfermagem. Ciênc. saúde coletiva. 2020 [acesso em 2020 nov 2]; 25(1):123-33. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/S89Xqvmcdg3rP7gGz7BKqfD/?lang=pt>.
9. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma e reformar o pensamento. 20. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.
10. Morin E. Ciência com consciência. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.
11. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 5. ed. Porto Alegre: Sulina; 2015.
12. Kalleberg AL. O crescimento do trabalho precário: um desafio global. Rev bras ciênc soc. 2009 [acesso em 2022 jun 21]; 24(69):21-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092009000100002>.
13. Fink L. The First Precariat? Int Labor Work Class Hist. 2017 [acesso em 2022 jun 21]; 91:99-108. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S014754791600034X>.
14. Braga R. A política do precariado: do populismo à hegemonia lulista. São Paulo: Boi Tempo; 2012.
15. Druck G, Dutra R, Silva SC. A contrarreforma neoliberal e a terceirização: a precarização como regra. Cad CRH. 2019 [acesso em 2022 jun 21]; 31(1):1-12.

- 21]; 32(86):289-306. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i86.30518>.
16. Casulo AC. O Brasil e a nova ordem neoliberal: impactos na saúde mental da classe trabalhadora. In: Casulo AC, Silveira C, Alves G, et al. organizadores. Precarização do trabalho e saúde mental: o Brasil da era neoliberal. Bauru: Canal 6; 2018. p. 63-81.
17. Standing G. O precariado: a nova classe perigosa. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2019.
18. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [acesso em 2022 jun 21]; 23(6):2067-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
19. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990. [acesso em 2020 out 2]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
20. Sampaio JJC, Guimarães JMX, Abreu LM. Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará. 2. ed. Fortaleza: EdUECE; 2019.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. 19 Fev 2002. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 23 Dez 2011. [acesso em 2020 nov 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
23. Moreira MIB, Onocko-Campos RT. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saude soc*. 2017 [acesso em 2020 nov 2]; 26(2):462-74. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PkZqTgktdvt6R4wJT6PqTqR/abstract/?lang=pt>.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados 12, Ano 10, nº 12. 2015 out. [acesso em 2020 nov 10]. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf.
25. Oliveira T, Boldrini TV. Atenção psicossocial: Investimento em Saúde Mental cresceu quase 200%. Brasil. Ministério da Saúde. 2020 jan 9. [acesso em 2020 nov 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilanciasanitaria/2020/01/investimento-em-saude-mental-cresceu-quase-200>.
26. Campos GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007 [acesso 2022 abr 20]; 12(supl):1865-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700009>.
27. Campos AG. Efeitos da Terceirização sobre a saúde e segurança no trabalho: estimativas com base nos afastamentos. In: Campos AG, organizador. Terceirização do trabalho no Brasil: novas e distintas perspectivas para o debate. Brasília, DF: Ipea; 2018. p. 187-203.
28. Lee CK. Precarization or Empowerment: reflections on recent labor unrest in China. *J. Asian*

- Studies. 2016 [acesso 2022 abr 20]; 75(2):317-33. Disponível em: <https://repository.ust.hk/ir/Record/1783.1-99464>.
29. Clementino FS, Miranda FAN, Martiniano CS, et al. Avaliação da satisfação e sobrecarga de trabalho dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial. *Rev Fund Care Online*. 2018 [acesso 2022 abr 20]; 10(1):153-9. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322364513_Avaliacao_da_satisfacao_e_sobrecarga_de_trabalho_dos_trabalhadores_dos_Centros_de_Atencao_Psicossocial.
30. Lima ICS, Nascimento CEM, Brandão CB, et al. Precarious work in health and mental suffering in Brazil within the context of COVID-19. *Research, Soc. Develop*. 2021 [acesso 2022 mar 30]; 10(4):e27510414141. Disponível em: <https://rsd-journal.org/index.php/rsd/article/view/14141>.

Recebido em 27/06/2022
Aprovado em 20/12/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve