

**Fundação Oswaldo Cruz
Escola Fiocruz De Governo
Gerência Regional de Brasília
Programa De Pós-Graduação *Strictu-Sensu*
Mestrado Profissional Em Políticas Públicas Em Saúde**

HALINA CAVALCANTI GOUVEIA

“Pra que amanhã não seja só um ontem com um novo nome”: repercussões da privatização da gestão nos Serviços Residenciais Terapêuticos em Recife- PE.

Brasília

2022

**Fundação Oswaldo Cruz
Escola Fiocruz De Governo
Gerência Regional de Brasília
Programa De Pós-Graduação *Strictu-Sensu*
Mestrado Profissional Em Políticas Públicas Em Saúde**

“Pra que amanhã não seja só um ontem com um novo nome”: repercussões da privatização da gestão nos Serviços Residenciais Terapêuticos em Recife- PE.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – *Stricto Sensu* Mestrado Profissional em Políticas Pública em Saúde da Escola de Governo da Gerência Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr.^a Francini Lube Guizardi.

Brasília

2022

Título do trabalho em inglês: "So that tomorrow is not just yesterday with a new name":
repercussions of privatization of management in Residential Therapeutic Services in Recife-
PE.

G719p Gouveia, Halina Cavalcanti.
"Pra que amanhã não seja só um ontem com um novo nome":
repercussões da privatização da gestão nos serviços residenciais terapêuticos
em Recife- PE / Halina Cavalcanti Gouveia. – 2022.
227 f. : il. color.

Orientadora: Francini Lube Gutzardi.
Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde),
Brasília, 2022.
Bibliografia: f. 164-174.

1. Reabilitação Psiquiátrica. 2. Serviços de Saúde Mental. 3. Privatização. I.
Título.

CDD 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Livia Rodrigues Batista - CRB-1/3443
Biblioteca Fiocruz Brasília

Halina Cavalcanti Gouveia

Para que amanhã não seja só um ontem com um novo nome": repercussões da privatização da gestão nos Serviços Residenciais Terapêuticos em Recife- PE.

Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Saúde e Justiça Social.

Aprovado em 30/11/2022.

BANCA EXAMINADORA



Dra. Francini Lube Guizardi - Orientadora - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



Dra. Fernanda Maria Duarte Severo – Membro Interno - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



Dra. Marcela Adriana da Silva Lucena– Membro Externo – Faculdade Frassinetti do Recife (FAFIRE)

Dr. Swedenberger do Nascimento Barbosa – Suplente - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

*Dedico essa pesquisa a todos(as) os(as) mortos(as)
e sobreviventes dos manicômios brasileiros.*

*Em especial, àqueles que me deram a
oportunidade de compartilhar os desafios da luta
cotidiana pela existência, liberdade e o reencanto
pela vida:*

*Antônio (in memoriam), Adilson (in memoriam),
Carlos Roberto (in memoriam), Leo, João, Higino,
Braz, Márcio, Ivo, Antônio Marcos, Atair, José
Mauro, Ronaldo, Amâncio, Jairo, Carlinhos, Luís
e Sr. Paulo.*

AGRADECIMENTOS

Minha maior preciosidade são as pessoas com quem tenho a oportunidade de compartilhar a vida. Algumas me inspiram a história e seus feitos, outras dividem lado a lado essa caminhada, e outras que ainda virão, dedico cada energia na construção de um mundo melhor de se viver. É a esse conjunto de pessoas que se entrelaçam dentro de mim e com quem sustento a esperança e a coragem, que agradeço a fortaleza que se dá nas trocas e no companheirismo cotidiano. Algumas dessas não poderiam deixar de serem citadas brevemente nessas próximas linhas. Agradeço então...

A todas as trabalhadoras e todos os trabalhadores da ciência e da educação do Brasil, em especial às/aos que constroem à Fiocruz. A resistência durante os últimos anos de desinvestimento e ataques foi fundamental para manutenção da vida, do conhecimento e da esperança.

A todas e a todos que construíram essa Turma Especial deste Programa de Mestrado (coordenação, tutoria, secretaria acadêmica, docentes, professoras/es convidadas/os): não há conhecimento neutro, e sem a valorização e o respeito ao conhecimento construído ao longo dos anos pelos movimentos populares e povos tradicionais como princípio metodológico de vocês eu não teria tido coragem de enfrentar esse desafio de retorno ao universo acadêmico.

Às minhas companheiras e a meus companheiros da Consulta Popular e da Rede Nacional Internucleos de Luta Antimanicomial através do Núcleo Estadual de Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades: *porque contigo não termino em mim mesma* e pela sustentação coletiva para cumprimento dessa tarefa tão importante na minha trajetória de luta e resistência.

Ao NAE Saberes da Resistência: o companheirismo, as risadas, as tarefas construídas de forma coletiva, a escuta e a torcida foram suspiro durante essa vivência de sala de aula virtual.

A Niara, Fernando, Dorinha, Déa, Bruno, Allan e George: daquelas boas surpresas do encontro com companheiras e companheiros com quem permanecerei dividindo os sonhos, as lutas, as resistências pela construção de um projeto popular para nosso país. Obrigada pelas melhores trocas de figurinhas, pelos sambas que dançamos, e todas as canções que ainda cantaremos.

As minhas girassóis: os aprendizados mais bonitos dessa jornada surgiram daqui. Esse círculo de mulheres garante força, coragem, acolhimento, compreensão, risadas, surpresas, delicadezas e uma experiência de amor e companheirismo revolucionário. Cada letrinha escrita aqui, tem muito de vocês. Uma experiência bonita e sem traumas para a produção dessa pesquisa tão importante para mim não aconteceria sem vocês.

A minha orientadora Francini: um exemplo forte e delicado da mais profunda revolução que uma pedagogia comprometida com a liberdade provoca na vida de quem tem a sorte de tê-la por perto. Seu projeto de orientação coletiva, nesse formato e intensidade, com a construção de tantas trocas de afetos e projetos, é potente e transformador. Professora, obrigada pela paciência, pela inspiração, pela ousadia, pela gentileza, pelo companheirismo na construção desse trabalho e pelo carinho que semeamos juntas.

A todas as minhas amigas e meus amigos: vocês são uma das belezas que colhi nessa caminhada da vida e estão numa multiplicidade infinita de lugares, dentro e fora de mim, inclusive no desafio de decidir fazer essa pesquisa, e construí-la. Sabem o quanto são tão parte de mim e de tudo que eu faço. Obrigada pelo amor, pela torcida, por dividir as dores e as delícias da vida.

A Catarina e Nelma: obrigada pelas lembranças permanentes de vocês para saber como eu estava no desafio (quase) solitário de fazer essa pesquisa e por tanto que a gente tem feito junto

nesse caminho cruzado da vida. Obrigada pelas mãos firmes e justas que me ensinaram tanto nas lutas que fazemos parte, seja no movimento social onde nos forjamos, seja no trabalho onde foram inspiração de acolhimento e coragem. Essa pesquisa tem muito de vocês e de tantas outras mulheres que andam ao nosso lado.

Gerbson, meu amigo, como nosso amor é diferente de tudo que já tive: permeado de diferenças, com uma ausência do corpo mas sempre na presença de trocas. Obrigado por estar junto comigo e por compartilhar tua experiência de pesquisa, que tanto fiz torcida.

As(aos) minhas(meus) colegas de trabalho do Serviço de Apoio a Mulher Wilma Lessa, do Serviço Social da Policlínica Agamenon Magalhães e do Consultório na Rua: obrigada pela compreensão, pelas trocas de plantão que me possibilitaram assistir as aulas, pelo estímulo e por dividir o cotidiano de trabalho no Sistema Único de Saúde comigo.

A minha mãe Tânia, meu irmão Rafael e minha companheira Taísa: ser família com vocês é um presente e eu agradeço por ser quem sou por causa de vocês. Agradeço pela força e coragem que sinto por sempre acreditarem muito mais em mim do que eu mesma, por estarem junto, por me ajudarem sempre que preciso, por mandarem lanches, fazerem almoços, me dar chocolates e enfrentarem comigo os aperseios e desesperos mesmo sem entenderem tanto sua razão.

Por fim, e não menos importante, a todas(os) trabalhadoras (es) que fazem a história da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica aqui em Recife. Em especial, aquelas(es) que contribuíram com essa pesquisa de forma direta, compartilhando suas análises, suas experiências e seu tempo; e as(aos) que, de forma indireta, pois dividiram comigo, no cotidiano do trabalho e das lutas, as reflexões e os desafios que provocaram esse trabalho.

“(…)

*Permita que eu fale
Não as minhas cicatrizes
Elas são coadjuvantes
Não, melhor, figurantes
Que nem devia tá aqui*

*Permita que eu fale
Não as minhas cicatrizes
Tanta dor rouba nossa voz
Sabe o que resta de nós?
Alvos passeando por aí*

*Permita que eu fale
Não as minhas cicatrizes
Se isso é sobre vivência
Me resumir a sobrevivência
É roubar o pouco de bom que vivi*

*Por fim, permita que eu fale
Não as minhas cicatrizes
Achar que essas mazelas me definem
É o pior dos crimes
É dar o troféu pro nosso algoz e fazer nós sumir,
aí.*

“(…)”

(Emicida)

RESUMO

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) foram uma das principais respostas do Estado Brasileiro para a questão da moradia para pessoas com longos anos de internação psiquiátrica com vulneráveis redes de apoio social e familiar. Em Recife, esses serviços municipais passaram a ser geridos, indiretamente a partir de 2011, através de convênios com entidades privadas sem fins lucrativos. Hoje são 50 dispositivos em todas as regiões da cidade, divididos sob a gestão de duas instituições filantrópicas: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira e Santa Casa de Misericórdia do Recife. O objetivo desta pesquisa foi analisar as repercussões da privatização da gestão dos Serviços Residenciais Terapêuticos no município de Recife a partir de três principais eixos: alterações na gestão do trabalho, no paradigma orientador desta gestão e, a identificação das possíveis consequências para a promoção da autonomia dos(as) moradores(as) desses SRT. Trata-se, portanto, de uma pesquisa qualitativa onde foi utilizada análise documental, grupos focais e entrevistas semiestruturadas para a coleta de dados. Os dados primários foram organizados a partir de sete categorias: Lógica do Cuidado no Centros de Atenção Psicossocial; Fragmentação da Gestão; Seleção das Equipes; Efeitos do regime jurídico do vínculo empregatício no trabalho; Burocratização do trabalho; Descontinuidade Administrativa; e Educação Permanente. Foram observadas a inserção de uma lógica gerencial e uma consequente burocratização do cuidado, aliados a uma precarização do trabalho nos SRT do município. Tais elementos, por sua vez, se apresentaram como dificultadores para a construção de intervenções promotoras de autonomia e fragilizadoras do paradigma da atenção psicossocial.

Palavras-Chave: Reforma Psiquiátrica; Atenção Psicossocial; Residência Terapêutica; Privatização.

ABSTRACT

The Therapeutic Residential Services (TRS) were one of the main responses of the Brazilian State to the issue of housing for people with long years of psychiatric hospitalization with vulnerable social and family support networks. In Recife, these municipal services started to be managed indirectly from 2011, through agreements with non-profit private entities. Today there are 50 devices in all regions of the city, divided under the management of two philanthropic institutions: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira and Santa Casa de Misericórdia do Recife. The objective of this research was to analyze the repercussions of the privatization of the management of Therapeutic Residential Services in the city of Recife from three main axes: changes in work management, in the guiding paradigm of this management and, the identification of possible consequences for the promotion of the autonomy of the residents of these TRS. It is, therefore, a qualitative research where documental analysis, focus groups and semi-structured interviews were used for data collection. Primary data were organized into seven categories: Logic of Care in Centers of Psychosocial Care; Management Fragmentation; Selection of Workers; Effects of the legal regime of the employment relationship at work; Bureaucratization of work; Administrative Discontinuity; and Permanent Education. The insertion of a managerial logic and a consequent bureaucratization of care were observed, allied to a precariousness of work in the TRS of the city. These elements, in turn, presented themselves as obstacles to the construction of interventions that promote autonomy and weaken the paradigm of psychosocial care.

Key words: Psychiatric Reform; Psychosocial Care; Therapeutic Residency; Privatization

RESUMEN

Los Servicios Residenciales Terapéuticos (SRT) fueron una de las principales respuestas del Estado brasileño a la cuestión de la vivienda para personas con largos años de internación psiquiátrica y con redes de apoyo social y familiar vulnerables. En Recife, estos servicios municipales pasaron a ser gestionados indirectamente a partir de 2011 a través de convenios con entidades privadas sin fines de lucro. Hoy existen 50 dispositivos en en todas las regiones de la ciudad, divididos bajo la gestión de dos instituciones filantrópicas: el Instituto de Medicina Integral Profesor Fernando Figueira y la Santa Casa de Misericórdia do Recife. El objetivo de esta investigación fue analizar las repercusiones de la privatización de la gestión de los Servicios Terapéuticos Residenciales en el municipio de Recife-PE desde tres ejes principales: cambios en la gestión del trabajo, en el paradigma rector de esta gestión y la identificación de posibles consecuencias para la promoción de la autonomía de los habitantes de estos SRT. Se trata, por lo tanto, de una investigación cualitativa donde se utilizó análisis documental, grupos focales y entrevistas semiestructuradas para la recolección de datos. Los datos primarios se organizaron a partir de siete categorías: Lógica de atención en CAPS; Fragmentación de la gestión; Selección de Equipos; Efectos del régimen jurídico de la relación laboral en el trabajo; burocratización del trabajo; Discontinuidad Administrativa; y Educación Permanente. Se observó la inserción de una lógica gerencial y la consecuente burocratización de la atención, aliada a una precariedad del trabajo en los SRT del municipio. Estos elementos, a su vez, se presentaron como obstáculos para la construcción de intervenciones que promuevan la autonomía y fragilizan el paradigma de la atención psicosocial.

Palabras clave: Reforma Psiquiátrica; Atención Psicosocial; Residencia Terapéutica; Privatización.

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Avaliação de Impacto à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CI	Comunicação Interna
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DOR	Diário Oficial de Recife
DS	Distritos Sanitários
GGR	Gerência Geral de Regulação
HGOF	Hospital Geral Otávio de Freitas
IAUPE	Instituto de Apoio a Universidade de Pernambuco
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OS	Organização Social
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PTS	Projetos Terapêuticos Singulares
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SEAB	Secretaria Executiva de Atenção Básica
SEGTES	Secretaria Executiva de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde
SEPMAD	Secretaria Executiva de Planejamento, Monitoramento e Articulação Distrital

SERMAC	Secretaria Executiva de Regulação, Média e Alta Complexidade
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Técnica(o) de Referência

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Valores de Custeio dos SRT do Convênio nº 95/2006	87
Gráfico 2 - Valores dos Convênios (2006-2021)	88
Gráfico 3 - Implantação de SRT no Convênio nº 95/ 2006.....	96

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.....	47
Figura 2 – Tipos de Instrumentos contratuais utilizados no SUS	85
Figura 3 - Estimativa financeira total de execução dos SRT.....	91
Figura 4 - Estimativa financeira total de execução dos SRT.....	92
Figura 5 - Equipe contratada para SRT pela Santa Casa de Misericórdia.....	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Documentos utilizados na pesquisa.....	79
Tabela 2 - Número de SRT x Relatórios Anuais de Gestão	95

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
2. REVISÃO DE LITERATURA	27
2.1. Sobre o neoliberalismo, crise do capital e a privatização do SUS: <i>o que não tem conserto, nem nunca terá</i>	27
2.2. Filantropia, Terceiro Setor e mercantilização do SUS: <i>tá cheio de tubarão do mar</i>	32
2.3. <i>Faz escuro em todo canto, liberdade em todo canto</i> : a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, a Desinstitucionalização e Atenção Psicossocial no Brasil.....	37
2.4. <i>Pra cima deles, passarinho</i> : a construção da Rede de Atenção Psicossocial.....	44
2.5. <i>Estamos indo de volta pra casa</i> : história dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil e em Recife.....	48
2.6. <i>São sementes espalhadas nesse chão</i> : a construção da RAPS em Recife.....	54
2.7. <i>Pra a gente sair da lama e enfrentar os urubu</i> : remanicomialização e contra-reforma da Política de Saúde Mental, Álcool e outras drogas.....	57
3. PERCURSO METODOLÓGICO	62
3.1. Por onde andei: a rota da pesquisa	62
3.1.1 <i>Período de Estudo</i>	64
3.1.2 <i>Unidades de Análise</i>	65
3.1.3 <i>População</i>	66
3.2. O trajeto dos encontros na rede.....	67
3.2.1 <i>Grupos Focais e Entrevista Coletiva</i>	68
3.2.2 <i>Entrevistas</i>	73
3.3. <i>As pedras no caminho</i> do acesso à informação e a análise documental.....	74
3.4. Processo de análise.....	81
3.5. Aspectos éticos.....	82
4. RESULTADOS	84
4.1. A partir das leituras.....	84
4.2. A partir da escutas.....	100
4.2.1 Lógica do Cuidado no CAPS.....	100
4.2.2 Fragmentação da Gestão.....	105
4.2.3 Seleção das Equipes.....	107

4.2.4	Efeitos do regime jurídico do vínculo empregatício no trabalho.....	110
4.2.5	Burocratização do trabalho.....	113
4.2.6	Descontinuidade Administrativa.....	118
4.2.7	Educação Permanente.....	122
5.	DISCUSSÃO	128
5.1.	<i>Enquanto os homens exercem seus podres poderes: a lógica gerencial e a burocratização do cuidado</i>	128
5.2.	<i>Somos só carne humana pra moer: a precarização do trabalho</i>	140
5.3.	<i>Não há terra nesse vaso: fragilização do paradigma da Atenção Psicossocial e repercussões para a promoção de autonomia</i>	146
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	156
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		164
 APÊNDICES		175
APÊNDICE A - Roteiros de Entrevistas Semiestruturadas.....		175
APÊNDICE B - Roteiros de Grupos Focais.....		177
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....		179
 ANEXOS		182
ANEXO A - Resposta ao pedido de Acesso à Informação (Julho/2022)		181
ANEXO B - Resposta ao pedido de Acesso à Informação (Agosto/2022)		182
ANEXO C - Atribuições da Coordenação Administrativa, Coordenação Clínica, Técnico de Referência, Analista de Monitoramento e Avaliação, Cuidadores, Técnico de Enfermagem, Apoiador Técnico do Projeto Serviço Residencial Terapêutico contratados pelo conveniado sob coordenação da Secretaria de Saúde.....		183
ANEXO D – Funções do Cuidador (em construção) – Projeto Rehabitar.....		193
ANEXO E – Funções da Técnica de Referência (em construção) – Projeto Rehabitar.....		194
ANEXO F – Relatório Técnico		195

1. INTRODUÇÃO

*Quando vou pra dar batalha
Convido meu coração*

(Canção de Siruiz, João Guimarães Rosa)

O registro de um trabalho como este carrega também a história das pessoas envolvidas com ele até aquele momento. Introduzi-lo é também poder contar como aquele encontro com determinada questão do mundo apresenta-se agora como questão de pesquisa, como se pretende contribuir com reflexões e alterações em processos complexos, políticos e estruturais.

Assistente Social de formação, passei a graduação tentando aproximações com a área da saúde mental sem nenhum sucesso. Na realidade, nem a saúde se apresentou naqueles primeiros anos como campo de pesquisa ou estágio. Assim que me formei, contudo, surgiu o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade de Pernambuco, em parceria com Secretaria de Saúde de Pernambuco. Foi assim que entrei com mais 14 profissionais para compor a primeira turma deste programa que até hoje resiste na formação de base territorial, psicossocial e multiprofissional. O ano era 2010 e foi aí que também se iniciou o processo de fechamento e desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico José Alberto Maia. Algumas matérias jornalísticas veiculadas na época resgatam um pouco do momento em que o poder público, por fim, realizou intervenção:

Uma ação conjunta entre o estado, o município de Camaragibe e o governo federal, no fim de 2009, deu início ao processo de fechamento do José Alberto Maia. Os pacientes em piores condições de saúde foram levados aos hospitais gerais ou a outras instituições psiquiátricas para tratamento. Os demais estão sendo realocadas em residências terapêuticas e, em alguns casos, retornando às famílias. [1]

O Hospital Psiquiátrico José Alberto Maia é conhecido como “cidade dos loucos”. O atendimento é precário e os doentes não têm nenhuma atividade terapêutica. Faltam camas, lençóis, roupas e calçados. Os cabelos são raspados pra evitar piolhos e a falta de higiene aumenta as doenças de pele. A desnutrição é comum no local, resultado de prateleiras quase vazias e alimentos estragados. Na câmara frigorífica, sobra ferrugem e falta carne. Os pacientes só não passam mais necessidades porque os promotores

públicos determinaram que a Prefeitura e a Secretaria de Saúde do Estado garantissem uma alimentação por dia, o almoço, que é servido em uma quentinha. O mais grave é a falta de cuidados. No pavilhão, apenas dois auxiliares de enfermagem têm que cuidar de 102 idosos. Debilitados, os pacientes nem levantam da cama. [2]

Não cheguei a ver o horror que era a estrutura física deste manicômio, mas pude ver, acompanhar e conhecer as pessoas que sobreviveram a tantos anos de institucionalização, negligência e violência. As marcas daquela experiência apresentavam-se em demandas difíceis de serem cuidadas e que reivindicavam esforço técnico, articulação intersetorial, clínica ampliada, tecnologias leves pautadas no máximo de acolhimento, escuta, vínculo. Essa marca na história brasileira e mundial de tanta exclusão e silenciamento não pode jamais ser esquecida. Como é dito pelos movimentos populares: *para que não se esqueça, para que nunca mais aconteça.*

Após passar um ano trabalhando com a equipe responsável pela transição dessas pessoas, do hospital psiquiátrico para suas famílias ou Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), volto a trabalhar com experiência semelhante em outra unidade hospitalar em processo de fechamento. Por três anos estive dentro de outro manicômio, na gerência de uma equipe que precisava iniciar um processo de desinstitucionalização de forma contraditória e questionável: de dentro dele mesmo, onde a própria instituição deveria ser responsável por sua interdição. Ainda que não tenha tido oportunidade de ver esta unidade ser encerrada a partir dessa função, em 2014, fui trabalhar com dois grupos de 8 homens, em dois SRT de Recife que foram inaugurados justamente por conta desse processo de fechamento.

Essa pesquisa surge, então, a partir da minha experiência concreta como trabalhadora desses SRTs, neste momento sob cogestão com uma instituição privada sem fins lucrativos, no município de Recife-PE. Nela pude observar as alterações na organização do processo de trabalho e indicativos de repercussões da administração privada para implementação da Atenção Psicossocial e da Desinstitucionalização em acordo com os princípios apontados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A história da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, aqui no Brasil, também trata da construção da Reforma Sanitária. Por constituir uma ligação tão intrínseca, aparece por tantas vezes como processo implícito. Todos os debates que permeiam a construção de uma outra sociabilidade entre a loucura e a sociedade, e de um outro paradigma orientador da construção de política pública, se inscrevem na defesa da saúde como “direito de todos e dever do estado” conforme Artigo 196 da Constituição Brasileira. Partimos aqui do referencial de que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como rede do SUS, é conformada por uma potente e complexa rede de pessoas e serviços que se conectam a princípios de atendimento público, universal, gratuito, laico, antimanicomial e de qualidade.

Por outro lado, em consonância com a história de nossa formação social, no Brasil foi constituído um vasto complexo hospitalar psiquiátrico vinculado a interesses particulares, ou quando muito, a interesses corporativos. Durante a Ditadura Civil-Militar (1964-1985) nosso sistema de saúde foi fortemente influenciado pelas iniciativas privadas, quando tivemos o paradigma biomédico firmado e financiado intensivamente pelo poder público. Na área da Saúde Mental houve um grande *boom* de hospitais psiquiátricos em todo país, e os números de internações foram os maiores de nossa história. A grande maioria dessas internações era financiada pelo estado brasileiro, mas pertencia a unidades privadas.

Foram os governos militares que consolidaram a articulação entre internação asilar e privatização da assistência, com a crescente contratação de leitos nas clínicas e hospitais psiquiátricos conveniados, que floresceram rapidamente para atender a demanda. As internações passaram a ser feitas não apenas em hospitais públicos (que, dadas as suas precárias condições, permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculos com a previdência social), mas em instituições privadas, que eram remuneradas pelo setor público para isso. Na maioria das vezes, as clínicas contratadas funcionavam totalmente às expensas do Sistema Único de Saúde (SUS) – antes via INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). Sua única fonte de receita era a internação psiquiátrica, remunerada na forma de diária paga para cada dia de internação de cada paciente.[3]

O financiamento público para empresas privadas aparece na história da Reforma Psiquiátrica Brasileira de forma bastante perversa. Até hoje, a defesa de um modelo fechado,

manicomial, centrado em serviços hospitalares e ambulatoriais uniprofissionais, fazem parte do discurso de associações de médicos psiquiatras, da indústria farmacêutica e de donos de empresas hospitalares ou, mais recentemente, de donos de Comunidades Terapêuticas. Estes serviços mudaram seu nome, sua apresentação, seu salão de entrada, mas surgem com a mesma base de sustentação: a população negra e em vulnerabilidade social como público-alvo; o financiamento público como fonte de riqueza e sustentação; o isolamento como proposta clínica e terapêutica; o paradigma manicomial como sustentação ideológica.

Diante deste retrospecto sobre os interesses privados na construção da política pública de saúde mental, este trabalho surge no bojo do fortalecimento de uma crítica sobre os fenômenos da privatização e terceirização promovidos pelo Estado, porém aqui, para fins de aproximação do objeto de estudo, fazendo o recorte nos efeitos ocasionados na política de saúde.

O fenômeno das Organizações Sociais de Saúde, por exemplo, tem provocado a produção de diversas pesquisas em todo o país nos últimos 20 anos. Em Pernambuco, observou-se esta opção de gerenciamento por volta do ano 2006. Este mecanismo tem crescido e se firmado no cenário estadual. Em Recife, observamos o início da implementação deste tipo de convênio com empresas para gerência de serviços públicos nos últimos 8 anos, após eleição para prefeitura do mesmo grupo político que está no governo do estado há quase 12 anos, mesmo período em que este modelo estava sendo implementado. A decisão de gestão privada para um dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial, em especial do Eixo da Desinstitucionalização, certamente nos sugere um universo de desconfianças e inseguranças a respeito dos efeitos gerados pelo olhar administrativo e empresarial na rede substitutiva. Dado o histórico descrito, questionamos se tal mudança ocasionaria a fragilização do paradigma de reabilitação psicossocial e o afastamento da lógica do cuidado público, na perspectiva do direito.

O estudo de políticas públicas de saúde dificilmente será percorrido sem um mergulho nos processos históricos e institucionais que acompanharam a solidificação da resposta pública à determinada expressão da questão social. De toda forma, sinto a necessidade política de afirmar que sua condução está estritamente relacionada a que projeto de país nos dedicamos a construir. E o projeto de nação que almejamos fala do que entendemos, defendemos e queremos para o povo brasileiro. Meu ponto de partida é que a dedicação a esta pesquisa só faz sentido pela possibilidade de gerar reflexão sobre o histórico processo medicalizante, isolador, violentador, amordaçador, que permeia e disputa a formação do cuidado às pessoas que possuem algum tipo de sofrimento psíquico.

Neste trabalho, discutimos os serviços que existem para acolher pessoas com longo processo de internação psiquiátrica, com sofrimentos mentais graves cronificados pela instituição que delas deveria cuidar. Para essas pessoas, o respeito à singularidade, à circulação na cidade, à autonomia, à moradia, à possibilidade de escolher e decidir sobre os pequenos e grandes processos de sua vida, são direitos reconquistados, em relação aos quais não devemos tolerar nenhum tipo de flexibilização em sua execução a respeito do paradigma orientador. A classe trabalhadora vem sendo atacada das mais diversas formas, o que gera impacto nas vidas de quem atende e de quem é atendido nos serviços de saúde em nosso país. O Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), grande protagonista da Reforma Psiquiátrica Brasileira, denunciou todo um sistema de violação de direitos a partir da precarização do trabalho e da violência institucional feita também aos trabalhadores dos serviços de saúde mental – naquela época, os manicômios.

Por fim, porém ressaltando ser a grande provocadora desse estudo, está minha existência militante junto ao Movimento de Luta Antimanicomial. É este sangue que corre e é este olhar que enxerga o mundo, que suspeita dos interesses privados na construção do Estado Brasileiro ao longo da história. É de onde parte o compromisso de fazer análises em busca não só de

possíveis denúncias, mas da possibilidade de mobilizar diversos sujeitos envolvidos com o fazer cotidiano desses dispositivos, com a perspectiva de promover avaliações coletivas e impulsionadoras de transformações de redes, serviços e políticas públicas; com a expectativa de impulsionar o fortalecimento da geração de autonomia para usuários(as), familiares e trabalhadores(as) envolvidos (as) com a luta cotidiana de construir a RAPS em tempos de neofascismo no Governo Federal e de profundos ataques a Política de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, desde o ano de 2018.

Esse estudo almeja contribuir com análises sobre os impactos da terceirização na gestão de serviços de saúde no município. Fizemos a opção de pesquisar as repercussões da privatização nos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial por meio de um estudo de caso sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos, entre os anos de 2011 e 2021. Partindo desta principal finalidade do estudo, acrescentamos, ainda, alguns outros objetivos que, ao mesmo tempo que são parte deste primeiro, conferem-lhe materialidade ao longo da pesquisa, na medida em que demonstram a partir de que referências serão identificadas essas repercussões.

Primeiramente, buscamos descrever as mudanças na gestão do trabalho das Equipes de Referência dos Serviços Residenciais Terapêuticos após a privatização da gestão através da cogestão com instituições privadas filantrópicas. Para o entendimento de gestão de saúde, utilizamos definição utilizada por Paim e Teixeira [4] referindo-se “à criação e utilização de meios que possibilitem concretizar os princípios de organização da política” (pág. 76), reforçando, todavia, que tais meios devem ir além de tomadas de decisões burocráticas, no sentido de viabilizar os princípios do SUS na prática. A mudança no modelo assistencial, como defendida pela RFB, exige considerar uma complexidade de dimensões e um processo de “co-responsabilização entre profissionais, usuários e gestores na definição e realização da atenção

à saúde, em que se incluem a gestão e o controle social” (pág. 722) [5]. Partimos da afirmação de que

Refletir sobre as transformações do trabalho tem implicações políticas e éticas uma vez que as relações e instrumentos utilizados na produção do conhecimento e dos produtos materiais e não materiais não estão separados das escolhas e julgamentos de valor. (pág. 722) [5]

A partir desse entendimento sobre as alterações no modelo gestor, investigamos alterações no paradigma orientador dos Serviços Residenciais Terapêuticos, ocorridas após a privatização da gestão. Como paradigma orientador referimos aquele utilizado como base para construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Rede de Atenção Psicossocial, constituídos centralmente sob os conceitos de Desinstitucionalização e Atenção Psicossocial. Para definição de paradigma, utilizaremos composição proposta por Costa-Rosa [6] que se utiliza de quatro parâmetros: a definição de 'seu objeto' e dos 'meios' teórico-técnicos de intervenção (o que inclui as formas da divisão do trabalho interprofissional); as formas da organização dos dispositivos institucionais; as modalidades do relacionamento com os usuários e a população; as implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico, técnicos e ideológicos. Por fim, buscamos identificar as consequências para o desenvolvimento da promoção de autonomia dos(as) moradores(as) dos Serviços Residenciais Terapêuticos, após privatização da gestão, através de convênio com entidade privada sem fins lucrativos.

Esta pesquisa se inicia já apontando um limite, tratado quase como uma contradição, pela ausência da participação dos principais sujeitos a quem a investigação se dedica e pelos quais ganha sentido: as moradoras e moradores dos SRT. Ainda assim, acreditamos que, justamente por isso, os resultados subsidiam e apontam para um campo de pesquisa onde novos estudos são necessários para identificar questões e produzir ferramentas de avaliação, e o mais importante, de geração de mudanças que qualifiquem as políticas públicas.

O processo de decisão do caminho metodológico foi bastante influenciado pelo cuidado necessário e responsável que acredito ser importante ter diante do contexto de gestão privada,

que fragiliza vínculos de trabalho; portanto, a forma de acessar as questões do estudo precisou garantir, além do sigilo, a produção de registros mais coletivos que individuais. O intuito de convocar tantos sujeitos distintos se relacionou ao sentido de elaborar um processo investigativo e avaliativo participativo. A construção deste trabalho perpassou pela reflexão sobre limites e desafios, mas também se dedicou a apontar formas de resistência do serviço público vinculado ao SUS, de aprofundamentos de debates, de apontamentos de mudanças.

A produção de um percurso de estudo que, desde seus primeiros passos de execução, almejou provocar reflexões e mudanças nas pessoas que constroem os serviços foi central para nossa perspectiva ética e política. Seja pelo que acreditamos da função da educação e da pesquisa na transformação das pessoas, e por consequência, do mundo e sua ordem societária hegemônica; seja pela instituição que proporcionou esse amadurecimento por meio desse programa de mestrado, numa conjuntura em que é preciso levantar as bandeiras do óbvio; seja pelo que se faz de princípio na construção da Reforma Sanitária e Psiquiátrica Brasileira, onde clínica e política constroem-se dialeticamente na disputa por uma sociedade mais justa, solidária e com saúde, “como capacidade de lutar contra tudo que nos oprime” como bem afirma o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST).

Esse trabalho está dividido em quatro partes. Na primeira, está apresentada de forma sistematizada e sintética o referencial teórico que sustentou o problema da pesquisa e as análises que foram construídas. Na segunda, encontra-se o percurso metodológico desenhado e como ele foi realizado, apontando alguns desafios encontrados no encontro com o universo que foi recortado para escuta e leitura. Na terceira parte, encontram-se os resultados obtidos, tanto na pesquisa documental realizada, quanto no encontro com trabalhadoras(es) e gestoras(es); ainda nesta parte, estão as discussões que construímos a partir das reflexões realizadas com esses resultados e sustentadas pelo arcabouço teórico. Na última parte, por fim, encontram-se as considerações finais do trabalho.

1. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Sobre o neoliberalismo, crise do capital e a privatização do SUS: *o que não tem conserto, nem nunca terá*¹

Até a década de 1970, o Brasil mantinha um padrão de acumulação do capital baseado na superexploração do trabalho (baixos salários, jornadas prolongadas, etc.) e na produção prioritária de bens de consumo duráveis, para um mercado interno, e de produtos primários ou industrializados para exportação, dada sua condição de país dependente. Contudo, o processo de reestruturação do capital chegou ao país fortemente na década de 1990, sob o paradigma do Neoliberalismo, alterando os padrões organizacionais e de produção. Esse processo é identificado com o aumento significativo da flexibilização, da informalidade e da precarização da classe trabalhadora. [7]

A flexibilização produtiva, as desregulamentações, as novas formas de gestão do capital, a ampliação das terceirizações e da informalidade acabaram por desenhar uma nova fase do capitalismo no Brasil. As novas modalidades de exploração intensificada do trabalho, combinadas com um relativo avanço tecnológico em um país dotado de um enorme mercado consumidor tornaram-se elementos centrais da produção capitalista no Brasil. (pág. 41) [7]

De forma geral, ao se falar da crise capitalista de 1970-1980 aponta-se a tendência da queda da taxa lucro, e como resposta, o reforço à valorização financeira através de capital fictício, apropriando-se ainda dos fundos públicos. A recessão ocorrida após o colapso do banco Lehman Brothers, em 2008, por sua vez, foi enfrentada com a redução do investimento e a aceleração da especulação financeira. “Para se ter uma ideia, entre 1980- 2014, os ativos financeiros globais aumentaram significativamente, passando de quase 12 trilhões de dólares a 294 trilhões, respectivamente.” (pág. 15) [8]

¹ Trecho extraído da música O Que Será (À Flor da Pele) do cantor e compositor Chico Buarque de Hollanda.

O Golpe de 2016 foi um marco para a democracia brasileira e para a negação dos direitos sociais [9–12]. O Governo Bolsonaro, eleito em 2018, apresentou-se com uma ofensiva conservadora no Estado e na esfera cultural e social do país. Carnut e Mendes [8] nos apontam o entendimento de que esta situação vai para além de uma crise conjuntural, tratando-se de uma movimentação típica da crise do capital, que por sua vez, tem rebatimentos diretos na forma como o Estado se reconfigura, incluindo aí seus aspectos jurídicos, além de mecanismos de privatização da gestão das políticas sociais e dos ajustes fiscais.

Para os autores, as sucessivas movimentações golpistas no continente latino-americano relacionam-se com a necessidade de restituição de poder das oligarquias para manutenção do capital em nível global. A condição histórica de colônia, inserida na divisão internacional do trabalho, trouxe consequências marcantes para a formação social brasileira e para a forma de responder à crise capitalista no último período: “o pesado ajuste fiscal para assegurar o capital rentista, o pagamento do serviço da dívida pública, a abertura e privatização da economia brasileira para atender ao capital internacional, além dos cortes aos direitos trabalhistas e sociais” (pág. 21). [8]

Nos mesmos trinta anos que marcam a existência do SUS, também podem ser identificados diversos mecanismos de incentivo público ao investimento privado no mercado da saúde. Por outro lado, o subfinanciamento persiste sendo um dos maiores problemas na estrutura do sistema público e agrava-se neste tempo histórico de crise, com ajuste fiscal e restrição no orçamento público.

A respeito dos interesses privados nas políticas públicas, Andreazzi [13] reforça a análise de que mercado e Estado complementam-se e também disputam áreas de abrangência de sua ação, e que na saúde, não só no Brasil, há uma histórica articulação entre esses campos. Tais mercados, inclusive, são definidos pelo Estado, que por sua vez, surge do conflito de classes sendo, por isso, sempre permeável aos interesses privados. Certamente há a necessidade

de analisar tal quadro a partir da formação social do nosso país, e de como o privado tem se movimentado nessa arena de disputa dos excedentes advindos da produção de cuidado em saúde.

Na década de 1980, o Estado brasileiro apoiava os investimentos privados principalmente através do financiamento de serviços; já na década seguinte, os planos de saúde privados surgiram como uma nova modalidade que permanece consolidando-se. Nos anos 2000, três fenômenos chamaram atenção: conformou-se como período de consolidação de investimento do grande capital na prestação de serviços de saúde, incluindo as grandes empresas de planos de saúde; houve aumento do uso da renda privada pela população de baixa renda para financiamento de serviços de saúde, seja através de planos de saúde ou de pagamentos de serviços particulares; e, por último, tema diretamente vinculado a esta pesquisa, por se tratar de aumento das privatizações através de terceirizações de serviços estatais para empresas (lucrativas ou não lucrativas), como as Organizações Sociais e as Fundações Públicas de Direito Privado.

Estas têm como indutora a própria conjuntura da mundialização financeira e a mudança do papel do Estado dos anos 1990. Estado este que deve ser flexível para viabilizar o equilíbrio fiscal, pedra angular do neoliberalismo na gestão da economia. Nesse sentido, custos fixos em função de compromissos com serviços e funcionalismo próprio devem ser substituídos por formas de gestão privadas e transferência de custos para a sociedade. (pág. 37) [13]

Soares [14] reforça o uso do termo contrarreforma para tratar tais impactos da crise do capital na Reforma Sanitária no Brasil, através do neoliberalismo na década de 1990, o qual é retomado também como modelo econômico após o Golpe de 2016. Se graças às lutas sociais ganhou força o desenvolvimento de um projeto de política de saúde como direito humano fundamental, num sistema público de universalização e democratização, que chegou a ser oficializado com a Constituição de 1988; contudo, foi nesta década também que os serviços de

saúde em sua máxima complexidade (serviços, produção de mercadorias, comercialização, finanças) apresentaram-se cada vez mais como fonte de maximização do capital.

Em uma pesquisa que estudou três documentos² orientadores do SUS, publicados pelo Ministério da Saúde nos anos 2000, a autora identificou o que chama de ‘racionalidade’ da contrarreforma na política de saúde na contemporaneidade. Afirmou: “De fato, a política social expressa interesses diversos de classes e grupos de classes e, para que ganhe forma, desde o seu planejamento até a sua gestão e execução, comporta uma racionalidade que a fundamenta e organiza.” (pg. 24) [14]. Dividiu sua análise em três grandes eixos centrais, que se relacionam e complementam entre si:

- i. *Saúde e Desenvolvimento*: neste item a saúde apresenta-se como elemento importante para o desenvolvimento do país, e portanto, uma política pública com necessidade de qualificação e investimento; ao mesmo tempo, ela critica que não se apresenta uma escolha do governo brasileiro por um desenvolvimento que objetive diminuir as desigualdades sociais, e sim políticas seletivas e focais que almejam atuar pela equidade. Ainda neste item, identifica também a forma como o país situa a saúde como setor de potencial desenvolvimento econômico, por meio do financiamento de mercado privado, tanto a saúde suplementar, como o estímulo às diversas modalidades de parceria público-privado;
- ii. *Redefinição do Público Estatal*: numa tentativa de construir uma proposta que fosse aceita pelos diversos segmentos envolvidos, incluindo os movimentos populares sanitários, é criada - através das fundações públicas de direito privado - um arranjo institucional de caráter parcialmente público e parcialmente privado, como se fosse possível uma atuação compartilhada na gestão e não houvessem interesses particulares agindo pelo setor privado, já que se garante a manutenção do serviço público. É inserida na gestão pública uma racionalidade empresarial que desvaloriza os serviços públicos tradicionais,

² “Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão” – que congrega as principais diretrizes dos Pactos pela Saúde (2006); “Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados – informações sobre o Projeto de Lei Complementar enviado ao Congresso Nacional pelo Governo Federal (2007); “Plano Mais Saúde: direito de todos 2008-2011 (2007).

numa promessa de modernização e profissionalização. Saliencia-se que essa lógica adentra nos serviços públicos principalmente a partir da gestão do trabalho com alteração em plano de carreira, formato de contratação, carga horária, gerando novas formas de precarização do trabalho na esfera pública;

- iii. “*Novos*” *Modelos de Gestão*: seguindo a lógica de que ações do Estado devem ter estrutura menos burocrática, com regulação mais flexível, ela aponta que desde a década de 1990 o governo já assimilava a lógica gerencialista. Hoje a inovação de gestão apontaria para processos de decisão focados em espaços colegiados de gestores, diminuindo cada vez mais a arena pública democrática que seria legitimada nos conselhos de saúde, por exemplo;

Tais estratégias contemporâneas para responder à reestruturação do capital apresentam repercussões profundas no âmbito do trabalho e não apenas do ponto de vista da fragilização do direito à saúde (e demais políticas sociais) para a população usuária. Com vistas à ampliação da exploração do trabalho, é observada uma flexibilização nas relações trabalhistas, com a redução da estabilidade, a redução do seguro desemprego, a flexibilização da jornada de trabalho, e a desvalorização do salário mínimo. Há também um aumento significativo do desemprego, com uma parte importante da população excluída do mercado de trabalho. Martins e Molinaro [15] falam da necessidade de se tratar do direito *no* trabalho e *ao* trabalho.

Druck [16] afirma que há também um elemento ‘social’ na precarização do trabalho. Uma estratégia de dominação do capital, neste momento histórico, que institucionaliza a instabilidade, generalizando-a em diversas áreas e segmentos. Ela ainda acrescenta dois elementos importantíssimos: que a implicação da alteração no mundo do trabalho tem rebatimentos em diversas áreas da vida social, incluindo restrição no acesso a bens públicos como saúde e educação; e

[...] expressa-se não apenas no âmbito do mercado de trabalho (contratos, inserção ocupacional, níveis salariais), mas em todos os campos, como na organização do trabalho e nas políticas de gestão, nas condições de trabalho e de saúde, nas formas de resistência e no papel do Estado. (pág. 16) [16]

A terceirização no serviço público ganhou força nos últimos 15 anos e foi ampliada em 2015, com autorização do Supremo Tribunal Federal (STF) para utilização de tal mecanismo também para serviços essenciais do Estado, como saúde, educação, cultura, ciência e tecnologia, desporto/lazer e meio ambiente. Apresenta-se como um ataque ao funcionalismo público, ao próprio conteúdo de responsabilidade estatal, e fragiliza serviços públicos que acabam sendo comparados com serviços contratados, que têm recebido valores mais altos de investimento nos últimos anos, de forma geral, em todo o país.

A hipótese é de que a terceirização do serviço público no Brasil, além de ser um dos mecanismos mais importantes e eficientes de desmonte do conteúdo social do Estado e de sua privatização, é a via que o Estado neoliberal encontrou para pôr fim a um segmento dos trabalhadores, o funcionalismo público, que tem papel crucial para garantir o direito e o acesso aos serviços públicos necessários à sociedade, e sobretudo à classe trabalhadora, impossibilitada de recorrer a esses serviços no mercado. (pág. 18) [16]

2.2 Filantropia, Terceiro Setor e mercantilização do SUS: *tá cheio de tubarão do mar*³.

As lutas que precederam a Constituição Federal (CF) de 1988 e a legislação do Sistema Único de Saúde, no início da década de 1990, trataram, não somente, da reformulação do sistema de saúde nacional, mas apontaram para uma discussão profunda sobre o conceito de saúde, recolocando-o como direito universal. Foi um movimento que surgiu no enfrentamento ao regime ditatorial e, dessa forma, e dessa forma era essencialmente democrático. [17]

Considerando todos os tensionamentos em torno do financiamento, da estatização dos serviços e do espaço ao setor do mercado, foi garantido espaço constitucional para as iniciativas privadas, em especial, as sem fins lucrativos. O artigo 199 da CF sinaliza: “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo

³ Trecho da música Dorival, da banda pernambucana Academia da Berlinda.

diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. [18]

Lima[19] sinaliza que atualmente há um aumento da disputa entre as entidades privadas para acessar o financiamento público, o que pode ser identificado, inclusive, pelas inúmeras modalidades e parceria público-privada e pelas diversas nomenclaturas e pessoas jurídicas possíveis. Segundo análise da autora, essas entidades filantrópicas, que assim se nomeiam após “Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social”, concedido pelo Ministério da Saúde, são privilegiadas por um fácil acesso aos recursos e por uma série de benefícios tributários que as isentam ou oferecem descontos para impostos e pagamentos de contas, como de água e energia. Para melhor visualização, utilizamos dados da Receita Federal: no período de 2003 a 2011, o volume de recursos que o Estado deixou de recolher, através da declaração de Imposto de Renda de Pessoa Física, de Imposto de Renda de Pessoa Jurídica e de desonerações fiscais dirigidas à indústria farmacêutica e aos hospitais filantrópicos, ultrapassou R\$ 104 milhões. [20]

As conhecidas Organizações Sociais (OS), surgidas no fim da década de 1990, que permitiram o aprofundamento da modalidade dentro do setor Saúde através da criação de legislação para Organizações Sociais de Saúde (OSS), constituem um novo formato de associação das entidades filantrópicas com o Estado. Entre os anos de 1998 e 1999 foram promulgadas Leis que são marcos para a criação e ampliação das OS como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, e que passam a poder realizar parcerias com o Poder Público através de contratos de gestão. A Lei 9.637/1998 definiu o Programa Nacional de Publicização - PNP “com o objetivo de estabelecer diretrizes e critérios para a qualificação de organizações sociais, a fim de assegurar a absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União” (Art. 24º)[21], com o intuito de institucionalizar e incentivar esse modelo de gestão privada.

Alguns entes federativos implementaram de imediato esse novo formato no setor saúde, através das OSS, como os casos de São Paulo e Bahia. No final do ano de 2007, já existiam 70 OSS em todo o país, com maior concentração nas regiões Sudeste e Nordeste[22]. O aumento dos serviços prestados por essas instituições tem ampliado a compreensão de *complementaridade invertida*:

Nesse sentido, o SUS enfrenta o duplo processo de complementaridade invertida: por um lado os convênios com as instituições sem fins lucrativos, que ofertam serviços de ambulatoriais e assistência hospitalar financiados pelos SUS em hospitais da rede filantrópica, e por outro, a transferência da gestão das unidades públicas de saúde, em todos os âmbitos de atenção, para entidades sem fins lucrativos qualificadas como Organizações Sociais. (pág. 7) [23]

Entenderemos aqui esse processo político de aumento sistemático de diversos tipos de contratualização do setor público com o setor privado para prestação de serviços de saúde como uma, das várias facetas da privatização da saúde em curso no Brasil. Correia apud Silva et al [17] denomina privatização como a expansão do setor privado por dentro do SUS, que tem se dado através da compra de serviços privados de saúde, complementares aos serviços públicos, e mais recentemente, através do repasse da gestão do SUS para entidades privadas.

O projeto neoliberal, ao negar o caráter universal para políticas sociais e propor respostas públicas focalizadas, ou seja, respondendo de forma pontual a alguns segmentos com necessidades básicas não garantidas, amplia o espaço para que o mercado e demais setores privados, como os filantrópicos, construam e ofertem suas respostas 'complementares' àquelas do poder público. Para Montañó [24] surgem daí três tipos de respostas à Questão Social: i) a precarização das políticas sociais e assistência estatais; ii) a privatização da seguridade social, que por sua vez, tem se dado em dois formatos: re-mercantilização, com a oferta de produtos no mercado para parte da população, e a re-filantrópização, na medida em que parte da população não conseguirá nem ser atendido pelo estado, nem acessar o mercado, e portanto, serão atendidos por práticas inseridas no chamado Terceiro Setor.

Esta tríplice modalidade de resposta à “questão social” (estatal, filantrópica e mercantil) exige um processo que cumpre tanto uma função ideológica como de viabilidade econômica. Em geral, as organizações do chamado “terceiro setor” não têm condições de autofinanciamento e requerem, particularmente, a transferência de fundos públicos para seu funcionamento mínimo. Esta transferência é chamada, ideologicamente, de “parceria” entre o Estado e a sociedade civil. O Estado, supostamente, contribuindo (financeira e legalmente) para propiciar a participação da sociedade civil (pág. 56-57). [24]

Em pesquisa realizada por Melo & Lessa [25] a partir do Censo do IBGE de 2005 das Fundações e Associações Sem Fins Lucros (FASFIL), nomenclatura utilizada pelo IBGE para definir Organizações Não Governamentais e similares, foi observado que apesar de tais entidades no campo da Saúde não representarem quantitativo expressivo na época, se comparado aos números totais (1,31%), havia ainda um potencial de crescimento que era identificado ao longo dos anos. “Enquanto o subcampo Hospital manifestou um crescimento 31,1% no período 1996-2005, no outro subcampo, Outros Serviços de Saúde, houve uma expansão de 178,9% no quantitativo de entidades.” (pág. 269). Ao analisar a distribuição da força de trabalho, dos vínculos e dos salários das(os) trabalhadoras(es) contratados por essas instituições, os autores também conseguiram constatar um cenário de baixos salários, discrepâncias regionais e diversificados e precarizados vínculos de trabalho.

Santos apud Santos & Servo [26] apontam três questões da literatura das ciências econômicas que problematizam a decisão governamental de contratualização com prestadores de serviços privados. A primeira relaciona-se com a construção de habilidades distintas das necessárias para prestação de serviços diretos, como entendimentos sobre formatos de contratos e formas de monitorá-los. A segunda, relaciona-se à possibilidade permanente da existência de “oportunismo”, por ambas as partes. A última, apesar das autoras sinalizarem que é um campo de pouca visibilidade acadêmica, relaciona-se fortemente com esta pesquisa realizada: “[...] envolve os custos da perda de coordenação provocados pela transição do modelo de coordenação hierárquica burocrática que caracteriza a administração pública direta para o

modelo mais flexível, descentralizado e fragmentado pressuposto na contratualização.”. (pág. 12) [26]

Somando-se ao argumento da incapacidade do Estado de responder com qualidade de forma direta a prestação de seus serviços, há também o forte argumento do limite imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) - Lei Complementar nº 101/2000 para contratação de recursos humanos, necessitando assim, de terceirização e contratualizações com entidades privadas. Contudo, também tem sido apontado que os órgãos governamentais têm minimizado a necessidade de composição de um quadro de funcionários que fiscalize a execução do serviço prestado, inclusive com acompanhamento das obrigações trabalhistas relacionadas ao convênio, gerando a necessidade de criação de novos setores, que também ampliarão custos pela necessidade de especialização e qualificação na área.[27]

Ribeiro [27] realizou um amplo estudo sobre a terceirização administrativa e os impactos para o Sistema Único de Saúde, com uma ampla análise historiográfica e documental. Ela confronta os posicionamentos do STF com o do Tribunal de Contas da União (TCU): o primeiro nega contratos de gestão como processo de terceirização pela natureza de convênio, com “harmonia de objetivos” do ente público e o privado; já o segundo,

(...)vai além ao explicar que a figura da terceirização se faz presente quando o Estado contrata serviços do setor privado, que os presta em nome próprio, sob sua responsabilidade, mediante quantia prevista em contrato, realizado através licitação ou sua dispensa/inexigibilidade, permitido o fim lucrativo, conforme preceitua a legislação e permite a CRFB.(pág. 197) [27]

A autora lista uma série de legislações que foram conformando robustez a esse processo de terceirização, ao longo dos anos da história da administração pública no país, quando o Estado tem diminuído progressivamente seu papel como produtor e tem sido privatizado através da criação de mecanismos de convênios e contratos: (i) os convênios com entes privados sem fins lucrativos (Lei nº 8.666/1993); (ii) a concessão comum de serviços públicos e a permissão de serviços públicos (Lei nº 8.987/1995); (iii) o contrato de gestão celebrado com organizações

sociais (Lei nº 9.637/1998); (iv) o termo de parceria firmado com organizações da sociedade civil de interesse público (Lei nº 9.790/1999), (v) a parceria público-privada (Lei nº 11.079/2004); (vi) a franquia postal (Lei nº 11.668/2008); (vii) serviços determinados e específicos (Lei nº 13.429/2017). [27]

Santos & Gershman [28] fazem uma análise, considerando a história da saúde pública brasileira e os ajustes macroeconômicos com redução de financiamento para área, de que há uma tendência para a especialização do setor público em cuidados de baixo custo e de menor complexidade, enquanto os segmentos de média e alta complexidade são priorizados pelos setores privados, e cada vez mais garantidos aos usuários do SUS através de judicialização, ficando restritos a grupos focalizados. Por sua vez, o segmento filantrópico tem confirmado sua baixa competitividade no mercado e sua dependência histórica do setor público: ele responde por 29,8% do total de hospitais do SUS, um terço dos leitos e 48,5% do segmento privado contratado.

Nessa trajetória, o horizonte, ainda incerto, nos confronta com a perspectiva real de crescente escassez de recursos para financiamento de serviços públicos em geral. A baixa probabilidade de se conseguir contratar serviços de qualidade em um cenário de austeridade fiscal pode nos levar a reeditar a criação de um setor prestador de serviços SUS-dependente, repetindo o que já ocorreu no passado nos convênios com Santas Casas e instituições filantrópicas. (pág. 27) [26]

2.3 *Faz escuro em todo canto, liberdade em todo canto*⁴: a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, a Desinstitucionalização e Atenção Psicossocial no Brasil.

Ao processo iniciado em nosso país na década de 1970, de mudança de paradigma da Saúde Mental, do adoecimento psíquico e, conseqüentemente, também da Psiquiatria, chamamos de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Processo que se construiu e se consolidou

⁴ Tema construído pelos diversos movimentos populares da luta antimanicomial para o desfile do 18 de Maio em Belo Horizonte - MG, no ano de 2017.

com a Reforma Sanitária, os quais, portanto, persistem sob as mesmas bases e princípios orientadores.

Temos diversos registros do processo que desencadeou a RPB e como se deu seu percurso político, mas também institucional, e por isso não pretendemos retomar de tão longe esse resgate histórico. Ainda assim, trazemos alguns elementos que são estruturantes para o entendimento desta pesquisa.

A história do Alienismo enquanto ciência que geraria a Psiquiatria contemporânea é repleta de tentativas de reforma, ao passo que também sempre recebeu críticas sobre o modelo proposto. O isolamento e o tratamento moral representaram uma evidente contradição com os ideais libertários da burguesia, representados pela Revolução Francesa. Aqui no Brasil, por exemplo, durante a República, até a década de 1950, foram criadas várias colônias de alienados com o intuito de mantê-los em uma instituição afastada dos centros urbanos, com foco no possível aspecto terapêutico que o trabalho geraria. Porém, durou muito pouco para essas colônias se apresentarem da mesma forma, por se tratar justamente de uma instituição asilar, com algumas mudanças na aparência. Trabalhava-se com isolamento, o tratamento moral, respondia-se a uma questão social através do higienismo, da patologização da pobreza, sobre o debate da normalidade versus anormalidade, a partir da ciência como fonte de uma verdade neutra. [29]

A experiência de enfrentamento do fascismo e nazismo durante II Guerra Mundial foi determinante para abrir possibilidades de questionamento a esse modelo de tratamento em hospícios. Era evidente para todo o mundo que as condições de vida dada aos pacientes eram as mesmas apresentadas nos campos de concentração.

Arbex [30] faz um registro sobre o Hospital Colônia da cidade de Barbacena – MG e nos traz o número de, pelo menos, 60 mil pessoas mortas nessa unidade, onde a maioria foi internada à força. Cerca de 70% não tinha sequer diagnóstico de doença mental, deixando

evidente não só as péssimas condições, mas a função social que o modelo manicomial detém, de silenciamento da classe trabalhadora, pois se tratavam de alcoolistas, pessoas LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais/travestis/transgêneros, queer, intersexuais) , prostitutas, meninas grávidas estrupradas por patrões, esposas confinadas, mulheres que perderam a virgindade antes do casamento, pessoas que perderam seus documentos, presos políticos. Essas pessoas tinham suas cabeças raspadas, roupas arrancadas, nomes descartados, chegavam a comer ratos, bebiam água do esgoto, dormiam sobre capim, eram espancados e violados.

Esse chocante e doloroso retrato, de apenas uma das tantas experiências brasileiras, foi o ponto de partida para que trabalhadoras e trabalhadores de hospitais psiquiátricos se organizassem em busca de melhores condições de trabalho para si, e conseqüentemente, para os(as) pacientes ali internados. O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), surgido em 1978, foi o grande marco do que hoje chamamos de Movimento de Luta Antimanicomial, movimento social responsável pela luta política que desencadeou grandes alterações no Estado brasileiro, e nos formatos do que chamamos de Política de Saúde Mental no Brasil.

É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (pág. 7) [31]

Este movimento tem suas propostas inspiradas pela Psiquiatria Democrática, criada na Itália a partir da década de 1960, que teve como mais expressiva referência o médico Franco Basaglia e sua experiência de Desinstitucionalização na cidade de Trieste. Na medida em que se planejava o fechamento do hospital psiquiátrico da cidade, foram criados outros serviços de saúde que pretendiam ser substitutivos, como os Centros de Saúde Mental regionalizados, inspiração para os Centros de Atenção Psicossocial brasileiros.

Franco Basaglia passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas, e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e patologização da experiência humana. (pág. 49) [29]

A partir de então, Costa-Rosa [6] propõe que possamos dividir as práticas em saúde mental no Brasil em dois modos principais: o modo asilar e o modo psicossocial. Ainda que sua formulação tenha sido construída antes da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (2001), entendemos a disputa entre os dois marcos político-ideológicos e teórico-técnicos ainda persiste e se utiliza de tais referências. Seguiremos este autor [6] para uma caracterização sintética do que conforma o paradigma psicossocial:

- Desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural por oposição à hospitalização, medicalização e objetificação, que são elementos componentes deste parâmetro no paradigma asilar;
- Singularização por oposição à adaptação e ao tamponamento de sintomas;
- Participação, autogestão e interdisciplinaridade por oposição à estratificação e interdição institucionais, à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar;
- Interlocução, livre trânsito do usuário e da população, e territorialização com integralidade são metas radicais no modo psicossocial quanto à forma da relação da instituição com a clientela e a população, por oposição à imobilidade, mutismo e estratificação da atenção por níveis (primário, secundário e terciário) que caracterizam o modo asilar;

A esse ‘modo psicossocial’ foram incorporados os conceitos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial formulados pelos teóricos italianos, constituindo-se como aportes analíticos centrais para o campo epistemológico na área, e portanto, também para essa pesquisa.

Apesar de dois termos distintos, compreende-se que sejam relacionados, com o entendimento de que um está arraigado na existência do outro, de forma dialética, e no primeiro encontramos o aporte teórico-prático que dá subsídio para a formulação de um projeto de intervenção, de reabilitação.

A Desinstitucionalização é identificada pelo processo de libertação e construção de autonomia do sujeito ou de seu coletivo, a partir da ruptura processual do enquadramento, silenciamento e mortificação provocada pelas instituições, em especial a do Manicômio, não só como instituição concreta - os hospitais psiquiátricos - mas como instituição que perpassa a construção da “pessoa louca”, seu lugar possível na sociedade. O objetivo prioritário da desinstitucionalização é a transformação das relações de poder entre instituição e os sujeitos, com a construção de contratualidade, trocas sociais, em que sujeitos são compreendidos como protagonistas de sua história, ao invés da marca da tutela e da relação objetificada com o outro a partir de sua condição psicopatológica. [32]

Desta forma, a Desinstitucionalização resgata a necessidade de mudança do “objeto” em questão, abandonando a centralidade da busca numa pretensa cura, pela busca das possibilidades de cada sujeito, a partir da produção de saúde e reprodução social. Pode-se apontar daí três aspectos que caracterizam este percurso: a construção de uma outra política pública de saúde mental, com garantia de ampla participação; a potencialização da experiência de cada sujeito durante o processo terapêutico; e a construção de dispositivos externos ao manicômio que vão transformando os recursos materiais e humanos que ali eram construídos. [32]

Por sua vez, o debate conceitual sobre Reabilitação Psicossocial constrói-se mais fortemente a partir de um autor italiano chamado Benedetto Saraceno, que centra sua defesa na ampliação das oportunidades de trocas de recursos e afetos. Para Saraceno [33], “a reabilitação não é a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas

a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos” (pág. 122), principalmente a partir de três grandes segmentos: moradia, rede social e trabalho com valor social.

Como esta pesquisa parte do estudo sobre um dispositivo que tem sua centralidade nas trocas e relações permitidas e provocadas pela moradia, destaco relação importante feita pelo autor sobre a reabilitação psicossocial a partir deste cenário:

A reabilitação deve se ocupar da casa e do habitar. Se partimos desta afirmação, podemos procurar entender qual, na realidade, é um dos compromissos da reabilitação. Trata-se de manter separados, na linha teórica, as duas noções (casa e habitar) para compreender que as funções da reabilitação aludem seja a uma conquista concreta (a casa), seja à ativação de desejos e habilidades ligadas ao habitar. (pág 116) [33]

Nessa breve apresentação de concepções tão importantes para o desenvolvimento da pesquisa, reforço a diferenciação que existe na literatura a respeito dos termos *Atenção* e *Reabilitação* Psicossocial. Este último, formulado pela experiência italiana, é um dos principais conceitos que serve de embasamento teórico e prático para a elaboração do primeiro termo, já descrito aqui enquanto paradigma.

Ainda, o percurso histórico evidencia que, enquanto a Reabilitação Psicossocial parece “chegar” ao Brasil como uma espécie de importação de uma perspectiva teórico-metodológica italiana e aqui assumir diversas formas e concepções, como já abordado anteriormente, a Atenção Psicossocial parece intitular a própria experiência brasileira de transformação e de conformação de um campo assistencial consequente à somatória de lutas, militâncias, experiências pioneiras emblemáticas e referenciais teórico-práticos. (pág. 46) [34]

É então a partir destas perspectivas que a RPB se apresenta à sociedade brasileira não apenas como um projeto de reestruturação da rede de assistência à saúde da população com sofrimento psíquico, mas como uma exigência de um grande processo de mudança na relação entre a loucura e a sociedade, que prevê uma nova ética de sociabilidade, e por conseguinte, uma nova ética de cuidado. Amarante apud Guimarães [35] considera que

[...] o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica é poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a doença mental e com seu portador, direcionando tais relações para a superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos; ou, ainda, estabelecer com o portador de doença

mental uma relação de coexistência, troca, solidariedade, positividade e de cuidados. (pág. 19) [35]

Faz-se importante o registro de que a RPB surge contrapondo-se ao projeto manicomial hegemônico estabelecido no país até então, e que este é caracterizado até hoje pela centralidade do modelo biomédico, pela parceria com a indústria farmacêutica e com a categoria médica, e com destaque para fins deste estudo: pela parceria público-privado com histórico de enriquecimento de empresas privadas com financiamento público ao longo de décadas.

A materialização dos princípios dessa reforma encontra-se nos novos serviços que hoje compõem todos os eixos da Rede de Atenção Psicossocial e nas diretrizes e ferramentas construídas para seu funcionamento. A organização dos serviços, das ofertas terapêuticas, dos territórios, das equipes e dos projetos de cuidado são orientadas através do entendimento desse outro sujeito que renasce para a dignidade, a visibilidade e a cidadania após longos anos de violação de direitos, exclusão, silenciamento e aprisionamento.

Todo esse processo foi construído no bojo da Reforma Sanitária, e alguns princípios permanecem sendo unicamente utilizados e legitimados pelos serviços públicos, na organização dos serviços em rede, com propostas interdisciplinares, com desenvolvimento de autonomia do sujeito a partir da Clínica Ampliada. Por outro lado, permanecendo a maior parte do setor privado no investimento e defesa aos atendimentos fragmentados, unidisciplinares (hegemonicamente através do campo 'psi'), em serviços ambulatoriais ou hospitalares.

Da mesma forma que o processo da RPB inicia-se e fortalece-se através da organização de movimentos populares de trabalhadores da área, toda sua trajetória, até os dias atuais, está intimamente ligada a esta força política que disputa a política pública e outra sociabilidade entre homens, mulheres e a loucura.

Essa estratégia estabeleceu uma diferença, principalmente nos anos noventa, entre a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária: por um lado, ocupou espaços no aparelho estatal e por outro manteve uma identidade de movimento social, por meio do

Movimento da Luta Antimanicomial e das associações de usuários. Nutrindo-se das cotidianas questões que surgiam no embate da construção da transformação da assistência, a Reforma Psiquiátrica se atualizava, também, com as questões sociais de seu tempo histórico (pág. 19)[36]

O Movimento de Luta Antimanicomial, oficializado com este nome no II Congresso dos Trabalhadores de Saúde Mental, o conhecido Congresso de Bauru, em 1987, anunciou seu compromisso político com a alteração do sistema manicomial: “[...]Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos.”. [37] É sobre essa força social organizada em movimentos populares, associações de usuários, fórum de trabalhadores, encontros nacionais, entre tantas outras ferramentas de organização política, que a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem-se constituído e resistido com a busca pela ampliação da experiência de convívio com a loucura e com o sofrimento psíquico, através do estatuto dos direitos, da liberdade, da solidariedade.

2.4 *Pra cima deles, passarinho*⁵: a construção da Rede de Atenção Psicossocial

*“(...)pedra lançada
na terra das cercas de arame
sua dor é também dor do mundo
semente brilhante no ar(...)”⁶*

A Lei 10.216, promulgada em 2001, é um grande marco na legislação da Política de Saúde Mental, após o início do processo da RFB. Ela é a grande referência para o redirecionamento da política, que até então estava em constante processo de mudança e

⁵ Referência à música *Pra cima deles passarinho* ou *Semente Brilhante* de Lira, Clayton Barros, Emerson Calado, Nêgo Henrique, Rafael Almeida) interpretada por Cordel do Fogo Encantado.

⁶ Trecho da música *Pra cima deles passarinho* música *Pra cima deles passarinho* ou *Semente Brilhante* de Lira, Clayton Barros, Emerson Calado, Nêgo Henrique, Rafael Almeida) interpretada por Cordel do Fogo Encantado.

ampliação dos novos serviços, a partir de portarias e resoluções, além do controle social, com as Conferências de Saúde Mental.

Importante resgatar que um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde foi constituir-se como política pública universal durante governos neoliberais, na década de 1990. Este também é um importante elemento para entender algumas derrotas normativas durante seus primeiros anos. Esta Lei, por exemplo, conhecida como Lei Paulo Delgado, foi proposta como Projeto de Lei, pelo deputado, no ano de 1989 e só conseguiu ser aprovada doze anos depois, e com alterações profundas em seu texto.

Embora saudada como a lei da Reforma Psiquiátrica, seu texto final está muito distante do saudável radicalismo do projeto original, de autoria do deputado Paulo Delgado, aprovado em 1989, o qual propunha claramente a “extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros serviços”. Neste, tínhamos uma proposta de substituição de modelo e, na lei sancionada em 2001, a substituição transforma-se em proteção de direitos e redirecionamento. A mudança não foi apenas semântica, mas de essência. Transformada em um texto tímido, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas, e apenas acena para uma proposta de mudança do modelo assistencial. (pág. 21-22) [36]

Ainda assim, no ano de 2013, em entrevista, o mesmo Pedro Gabriel também nos ajuda ao apontar algumas conquistas que conseguimos obter após sua aprovação, ao exemplo da criação de serviços comunitários de saúde mental em todo o país; da atenção ao sofrimento mental ter-se colocado próxima da população, atingindo pequenos municípios do interior e tornando-se demanda de praticamente todas as prefeituras; regiões passaram a implantar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); a atenção primária começou a ser treinada para atender os casos; além da redução e do fechamento expressivos dos hospitais psiquiátricos; em suas palavras, a atenção ao sofrimento psíquico “ganhou valor político”. [38]

Nesta dimensão, a que Amarante [29] denomina de ‘jurídico-política’, encontram-se todos os desafios de mudança de alteração do arcabouço normativo e jurídico que representam nós críticos para a garantia dos direitos desses ‘novos sujeitos de direito’(os sujeitos com sofrimento psíquico) e que não se restringem só ao direito à saúde em liberdade, mas à renda,

trabalho, cultura, lazer, estudo, etc. Se a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como também ficou conhecida a Lei 10.216/2001, teve papel decisivo, as legislações estaduais também tiveram fundamental importância, e destaco aqui a Lei 11.065/1994 de Pernambuco, onde essa pesquisa é realizada, aprovada anos antes da nacional.

Em 2011, uma portaria também ganha fundamental importância sobre o desenho dessa nova rede de serviços de saúde mental. A Portaria 3088/2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção. [39]

Essa Portaria é uma das consequências da Portaria 4.279/2010 do Ministério da Saúde, que havia estabelecido diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, apontando como principal objetivo “promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica” (Anexo – pág.1)[40]. Em seguida, ainda tivemos o Decreto 7508/2011, aprovado com o intuito de regulamentar a Lei 8080/1990 em seu aspecto organizativo, de planejamento, de assistência e de articulação, reafirmando as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde [41]. Por sua vez,

Experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário. (Anexo – pág.1) [40]

A partir de então, foram discutidas e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), entre os anos de 2011 e 2012, as seguintes temáticas das Redes de Atenção à Saúde: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**; Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; e. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. [42]

A Rede de Atenção Psicossocial é composta pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. [39]

Figura 1 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: Ministério da Saúde [39]

Destaca-se o Eixo das Estratégias de Desinstitucionalização, no qual se encontram o Programa de Volta pra Casa e os Serviços Residenciais Terapêuticos, estes definidos em portaria como moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. [39]

Em dados apresentados pelo Ministério da Saúde, logo após a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial, demonstra-se a proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares, entre 2002 e 2011, quando se identifica a mudança no gasto público de 75% e 24%, respectivamente, neste primeiro ano, e a alteração para 71% e 28% em menos de dez anos após. Ainda assim, os gastos do Ministério da Saúde com esta rede, naquele ano, não havia chegado a 2,51% do total. [43]

2.5 *Estamos indo de volta pra casa*⁷: História dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil e em Recife.

Como já apontado anteriormente, a compreensão em torno do habitar é um dos pilares centrais para o processo de desinstitucionalização [33]. A saída do hospital psiquiátrico e a possibilidade de reconstrução de moradia, indica também a potência de construção de outras identidades que foram suprimidas durante o isolamento, tais como morador(a), colega de quarto, vizinho(a), que por sua vez geram novas habilidades, novos desejos, novos afetos. Além deste elemento terapêutico, a fragilidade da rede substitutiva e extra-hospitalar durante os primeiros anos de Reforma Psiquiátrica, aliado a uma dificuldade de reinserção familiar e comunitária desses(as) usuários(as) advindos de longa internação, foi impulsionador da criação e planejamento de alternativas de acolhimento e moradia para essas pessoas [44]

As primeiras Residências Terapêuticas surgiram em Trieste, na Itália. Inicialmente era previsto a reestruturação de prédios dentro dos hospitais para organização de moradias, mas em seguida, com maior estruturação da política e dos recursos financeiros, foi iniciado o processo que possibilitava as pessoas advindas de longo internamento a moradia em apartamentos ou casas na comunidade. Aqui no Brasil, ainda antes da legislação, na década de 1990, já haviam experiências importantes em alguns estados como Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, São

⁷ Trecho extraído da música *Por Enquanto*, do cantor e compositor Renato Russo.

Paulo. Nesta época eram chamadas de lares abrigados, pensões protegidas ou moradias extra-hospitalares, e foram decisivas para a criação destas iniciativas como política pública [44,45], tanto que consta em registros do Controle Social, através do relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, a necessidade de construção de ‘lares abrigados’[46]. Respostas como essas também seguem sendo desenvolvidas em diversos países, guardando suas especificidades políticas e culturais, e embora tenham influenciado a experiência brasileira, “as estruturas e os processos nacionais foram decisivos na conformação final de nossas iniciativas nessa área, conferindo especificidade e identidade aos nossos serviços residenciais”.(pág. 786) [44]

[...]a experiência internacional vem mostrando que as alternativas de estrutura organizacional e nível de cuidado dispensado internamente aos dispositivos podem ser muito diferenciados. Elas podem variar de serviços estatais permanentes para usuários muito dependentes, com supervisão interna 24 horas por dia e 7 dias por semana, até dispositivos mais flexíveis como casas temporárias, famílias substitutivas, moradias independentes próprias ou alugadas, ou mesmo lugares independentes em pensão, com uma supervisão mínima por parte de trabalhadores de saúde mental. O princípio básico que orienta a proposta deste leque mais amplo de opções residenciais é ofertar dispositivos adequados à variedade de quadros diferenciados de dependência e autonomia, à situação social, familiar e comunitária e ao desejo expresso de cada cliente singular. (pág. 82) [47]

Como política pública federal, os Serviços Residenciais Terapêuticos, ou ainda, as também chamadas Residências Terapêuticas, surgiram através da Portaria GM/MS nº 106 / 2000, em um momento de ampliação e complexificação da rede de serviços de saúde mental. No artigo primeiro desta portaria são definidos como “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social”(Art. 1º) [48].

Já no parágrafo seguinte, aponta-se o mecanismo de transferência do financiamento dos hospitais para esses serviços, a medida em que os pacientes fossem transferidos:

[...] uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental. (Art. 2º) [48]

Segundo Luzio e Yasui [36], essa portaria que apontava uma possibilidade de consolidação da rede de serviços, também recebeu importantes críticas no momento de sua criação:

Os representantes dos empresários da assistência psiquiátrica, temendo o deslocamento dos recursos financeiros das internações para as residências terapêuticas e a conseqüente perda da sua fonte de ganhos fáceis, apontavam, entre outros problemas, para o risco da desassistência dos usuários internados. Os representantes do Poder Judiciário, juízes e promotores, questionavam a legalidade de passar aos usuários o dinheiro destinado anteriormente à internação. Influenciados ainda pela cultura da exclusão da doença mental e da periculosidade da pessoa considerada doente mental, receavam que esse novo serviço ferisse os direitos tanto dos usuários como da sociedade. (pág. 21) [36]

Importante o destaque de que sua definição extrapola a noção de serviço de saúde, já que são essencialmente espaços de morar, viver, com a necessidade de articulação com a rede de atenção psicossocial de cada território. Por sua vez, o suporte psicossocial por meio de equipes interdisciplinares precisa garantir atendimento às demandas de cada morador, em formato singular, independentemente de quantos moradores ali residam, evitando a construção de planos e projetos que apenas respondam às necessidades coletivas daquele grupo. [49]

Em cartilha informativa sobre os SRT, o Ministério da Saúde explicita a possibilidade de constituição de parcerias em sua execução em convênios com entidades filantrópicas, associações, com as atribuições estabelecidos explicitamente no convênio. [49] A Portaria nº 175/2001 define que esses serviços deveriam estar vinculados a serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, como os CAPS, e contar com uma equipe mínima responsável pelo acompanhamento dos moradores, composta por um profissional médico e dois

profissionais com formação em ensino médio e capacitação ou experiência em reabilitação psicossocial [50].

Há dois tipos de SRT, segundo normativa técnica do Ministério da Saúde, que diferem pela necessidade de cuidados intensivos do grupo de moradores, exigindo uma demanda de equipe técnica de suporte também distintos, embora fosse sempre reforçado que cada casa deveria ser pensada, planejada e organizada de acordo com seus habitantes, sempre enfatizando a centralidade da moradia para esses dispositivos. De forma geral, os SRT tipo I teriam foco na inserção dos moradores na rede social existente na comunidade, precisando do suporte de apenas um cuidador; já a tipo II, seria caracterizado por um público carente de cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente. [49]

Com o objetivo de contribuir com o processo de inserção social dessas pessoas, ampliando a rede de convívio, de trocas, de sustentação material e de estimular a plena garantia de direitos, foi articulado o Programa De Volta pra Casa no ano de 2003. A partir da Lei 10.708/2003, instituiu-se um auxílio, vinculado a este programa, para pessoas com histórico de longa permanência, de valor fixo, com duração de um ano, podendo ser renovado de acordo com necessidade da pessoa beneficiária [51]. Este auxílio e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) - vinculado à Lei Orgânica da Assistência Social – permanecem sendo as principais fontes de renda própria dos moradores dos SRT.

Trago trecho extraído de Mostra Fotográfica realizada pelo Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização do SUS e da Coordenação de Saúde Mental, que tinha como tema o registro e resgate histórico de tantas vidas que se propunham a uma nova jornada em liberdade, através do Programa De Volta para Casa. Ele não apresentará os tantos desafios de implementação do programa no seu cotidiano, mas nos serve como retrato da potência desses dispositivos, na importância de seguirmos na aposta desse cuidado ancorado no paradigma da Desinstitucionalização.

Cada um a seu tempo, dentro de suas possibilidades, precisa começar do nada: reorganizam seus corpos, aprendem a se cuidar, aprendem a olhar para os dois lados antes de atravessar a rua, a chegar no estabelecimento comercial e a dizerem o que desejam. Precisam aprender a lidar com o dinheiro: o valor das notas (“a nota da onça é melhor”) e das coisas; a não se deixarem ser lesados por outros que querem se aproveitar do que carregam nas carteiras ou do que guardam nos bancos. É um aprendizado complexo, difícil, trabalhoso para eles próprios e para os cuidadores e técnicos de referência das casas.

O cotidiano das residências em que moram esses sobreviventes das internações psiquiátricas de longa permanência é permeado por um rebuliço, uma rotina cheia de afazeres que inclui também o cuidado com a casa e com os outros moradores.

Alguns já conquistaram seus próprios trabalhos e, além do Programa de Volta para Casa e do Benefício de Prestação Continuada (benefício garantido pela Constituição de 1988 a portadores de deficiências e idosos maiores de 67 anos), recebem salários em troca do serviço que prestam: Sebastiana, residente de uma residência terapêutica, mora sozinha, cuida de moradoras de outra casa; Valdivino percorre as casas entregando a feira da semana: verduras, frutas, ovos, carne; Élcio faz um serviço de office-boy de uma ONG.

João queria tanto ser garçom que seu desejo possibilitou uma parceria com o SENAC no curso de hotelaria. Outras parcerias vão se estabelecendo com os artesãos da cidade e as possibilidades de emprego vão se desenhando.

A rede vai se estruturando e extrapola os limites dos serviços de saúde. A rede envolve os vizinhos, os cuidadores, os técnicos, os professores das mais variadas artes, os comerciantes. Todos afetam e são afetados pelos loucos que, agora, andam soltos pela cidade e que, também eles, geram e fazem circular valores. Com o benefício que recebem compram mercadorias e serviços: contratam faxineiros, motoristas, lavadeiras, manicures ...

Vivem, enfim, com a sua loucura (mais a mostra do que a nossa) e confirmam que podem com ela conviver, mas sem que ela seja a única coisa que lhes resta. Não mais estão condenados a serem loucos. Têm ânsia e urgência de viver. [52]

Almeida e Cesar [53] apontam que ainda temos alguns desafios para a ampliação desses dispositivos no país, com dificuldades técnicas e políticas, mas que o principal obstáculo encontra-se na realocação dos recursos financeiros nos níveis federal, estadual e municipal. Sugerem novas formas de financiamento, inclusive através de parcerias intersetoriais, que não fiquem centradas no repasse das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), e a ampliação da inserção de moradores com sofrimento psíquico grave e sem referência familiar, mas que não necessariamente tenham tido experiências com a institucionalização.

Furtado e Braga-Campos [54] se utilizam do histórico da experiência canadense para levantar algumas questões que necessitamos avançar no Brasil sobre o desenvolvimento desse dispositivo de moradia. Em Quebec, o processo inicia-se voltado fortemente para a reabilitação psicossocial dos(as) moradores(as), com fins de desenvolvimento de habilidades e autonomia; nas décadas seguintes, há forte entrada de instituições comunitárias e não-governamentais

disputando a arena da moradia, onde os moradores receberiam suporte variável e flexível, como resposta aos organismos públicos que não respondiam às demandas dos(as) usuários(as). No início dos anos 2000, por fim, inicia-se um movimento para acesso à moradia como direito de cidadania. Os autores questionam como a experiência brasileira tem-se restringido a uma rigidez da aplicação das poucas portarias existentes, de que tratam dos SRTs, construindo um perfil mais ou menos único de dispositivo. Todavia, reforçam que, para além de novas normativas, é importante construir outros caminhos de análise e de escuta para o planejamento de novas possibilidades de moradia, com os atuais moradores, e os que, ou nunca foram ou já saíram, e dessa forma constituíram outras formas de morar na cidade.

Trazendo para o território onde essa pesquisa foi realizada, identificamos que o município de Recife criou, no ano de 2002, o Projeto Reabilitar, posteriormente chamado de Programa Reabilitar, já como uma proposta de moradia assistida. Em 2009, quando Aguiar [55] realizou sua pesquisa, a nomenclatura permanecia a mesma e assim ela resgatava os objetivos da Secretaria de Saúde através desse programa:

- a. Desenvolver habilidades e potencialidades que favoreçam a conquista da autonomia e a retomada da vida em comunidade;
- b. Criar mecanismos de engajamento social levando as pessoas à descoberta de um novo projeto de vida por meio da conscientização e suas possibilidades de mudança;
- c. Promover o conhecimento e a utilização dos recursos comunitários para o atendimento às necessidades de cada indivíduo, favorecendo a adaptação das pessoas a uma nova estrutura de vida;
- d. Desenvolver atividades terapêuticas que favoreçam o desenvolvimento da capacidade laborativa, visando à reinserção gradativa no mundo do trabalho;
- e. Propiciar a convivência comunitária por meio das atividades socioeducativas, tais como: auto-expressão, criatividade, musicalidade, participação comunitária; por meio de tarefas e situações relacionadas a essas práticas. (pág. 51)[55]

Ao fim de sua pesquisa ela acrescenta o que chama de “sementes”, como sugestões de ações que possam vir a potencializar a promoção de autonomia nos SRT do município e que também nos servem como referência para o percurso de análise sobre esses dispositivos no município em estudo. Recomenda que deveria haver maior envolvimento e responsabilização

da equipe do CAPS com o SRT, construindo linhas de ação; que os SRT deveriam estar localizados em territórios de cobertura de Estratégia de Saúde da Família; que a equipe mínima fosse formada por 6 cuidadores em plantões de 12x60h e um profissional Técnico de Referência para cada duas SRT; criação de espaços de interlocução entre profissionais, como reuniões e supervisão clínica, além de espaços entre moradores e equipe; supervisão continuada e educação permanente para cuidadores; construção de Projeto Terapêutico Individual com participação de equipe e morador; melhor definição das atribuições dos cuidadores; construção de Projeto Terapêutico Individual com participação de equipe e morador; necessidade de apropriação do território onde aquela moradia está inserida. [55]

2.6 São sementes espalhadas nesse chão⁸: a construção da RAPS em Recife.

Dando consequência ao aparato legal das portarias ministeriais e da Lei Estadual 11.064/1994, junto às permanentes mobilizações pela alteração das bases da política de saúde mental em todo país, a década de 1990 em Pernambuco foi também marcada pelo surgimento de diversos serviços extra-hospitalares.

Em 1990 foi criado o Centro de Prevenção Tratamento e Reabilitação de Alcolismo - CPTRA, que posteriormente seria um CAPSad. Em 1993 foram inaugurados o hospital-dia Espaço Azul, no Hospital Ulysses Pernambucano (anos depois também transformado em CAPS); o Centro Especializado Médico Psicopedagógico Infantil (CEMPI) e o Núcleo de Atendimento Psicossocial ao Adolescente (NIAPSA), no Hospital Geral Otávio de Freitas (HGOF), especializado em tratamento de transtorno mental na infância, em regime extra-hospitalar. Em 1994, no mesmo hospital, HGOF, foi criado o hospital-dia Espaço Livrementemente (outro serviço que viria a ser um CAPS). Em 1994 e 1995 também surgiram as oficinas

⁸ Trecho extraído da música Pequena Memória para um Tempo sem Memória, do cantor e compositor Gonzaguinha (1945-1991).

terapêuticas na Policlínica Albert Sabin e na Policlínica Lessa. Todos esses serviços, localizados no município de Recife, no momento de seu surgimento estavam sob gestão estadual. [56]

Em 1995 foi inaugurado o CAPS Galdino Loreto, o primeiro sob gestão municipal. Neste ano foi contabilizada uma redução de 34,9% dos leitos psiquiátricos, que passaram de 6000 para 3949 leitos, no estado de Pernambuco. [56] O surgimento desses novos serviços estava inserido em um estado em que as internações psiquiátricas estavam em segundo lugar, no que se refere à internações hospitalares, chegando a 17.423 em 1998, sendo 40 % de longa permanência. Em 1999, das 19 unidades hospitalares sob gestão do município de Recife, 10 tinham convênio com o SUS; destes 10, sete eram hospitais psiquiátricos. Apesar destes sete representarem aproximadamente 35% dos hospitais no município, representavam desproporcionalmente 60% dos leitos ofertados. [56]

Na gestão municipal dos anos 2001-2004 houve significativa expansão dos serviços substitutivos e, ao término desse período, a cidade do Recife funcionava com 08 unidades CAPS e 07 SRT, sob coordenação do Programa Reabilitar. Nos anos seguintes, Recife permaneceu com a ampliação e qualificação da rede substitutiva, agora já contando com a promulgação da Lei 10.216/2001. Apesar dos registros de compromisso de diminuição dos leitos psiquiátricos, em 2008 o município contava ainda com 1048 leitos em hospitais psiquiátricos. [57]

Entre os anos de 2013 e 2016, houve finalmente o encerramento dos últimos 528 leitos psiquiátricos sob gestão municipal [58]. Foi neste momento que ocorreu um aumento significativo de SRT na cidade, para onde a maior parte destes pacientes foi transferida. Em período anterior, segundo o Plano Municipal de Saúde, existiam 24 dispositivos deste tipo, passando a 52 em 2017 [59,60].

Segundo o último Plano Municipal de Saúde (2018-2021), a cidade está dividida em 94 bairros distribuídos em 6 Regiões Político-Administrativas (RPA) e em 08 Distritos Sanitários

(DS). A RAPS do município é composta por: 17 Centros de Atenção Psicossocial (4 CAPS Tipo II, 4 CAPS Tipo III 24H, 4 CAPS Álcool e Drogas, 2 CAPS Álcool e Drogas Tipo III 24H e 3 CAPS Infantojuvenil); 52⁹ Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), sendo 45 Tipo I e 7 Tipo II; 3 Unidades de Acolhimento; 24 leitos de atenção integral em hospitais conveniados; 6 Equipes de Consultório de Rua e 2 Equipes de Consultório na Rua[60].

Em estudo recente sobre ‘os passos e descompassos’ da construção da política de saúde mental em Recife, Melo [58] aponta que a rede de serviços que temos hoje pode ser analisada a partir de três matrizes: 1) originada do HUP e dos demais serviços psiquiátricos estaduais posteriormente municipalizados; 2) gestada a partir do Hospital Geral Otávio de Freitas (HGOF), um serviço estadual; e 3) composta pelos serviços e ações originalmente municipais. A autora salienta que tais matrizes não foram de formulação linear, e nos chama a atenção que a partir de tal sistematização é possível identificar paradigmas semelhantes nos serviços de mesma matriz, e distintos entre cada matriz, e que por sua vez, convivem juntos hoje na construção desta RAPS contemporânea.

Observamos que os microprocessos de organização do trabalho e a oferta de cuidado em muitos desses dispositivos têm décadas de construção, enquanto outros serviços são bem jovens, não tendo completado nem cinco anos de existência, como veremos ao longo de nossa discussão. Todas essas singularidades entre os serviços, bem como os espaços e a forma de construção dessa rede de atenção, demandam um exercício analítico para além da mera contemplação por parte de quem se propõe descrever seriamente a RAPS/Recife (...). (pág. 64) [58]

A partir desta lógica, e considerando a investigação sobre os mecanismos de gestão privada dos serviços de saúde mental no município, pondero a possibilidade de que esteja em curso a constituição de uma nova matriz não só na RAPS de Recife, mas em toda rede de serviços de saúde do município, uma vez que há serviços que surgiram após a parceria entre o

⁹ Apesar do dado do Plano Municipal de Saúde, durante a pesquisa identificamos o número de 50 SRTs no município, diante do fechamos de dois destes dispositivos.

setor público e o privado e, por consequência, onde os processos de trabalho são organizados a partir de padrões distintos dos anteriores.

2.7 *Pra a gente sair da lama e enfrentar os urubu*¹⁰: remanicomialização e contra-reforma da Política de Saúde Mental, Álcool e outras drogas.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira apresenta-se como um processo ampliado de mudança dos pressupostos de compreensão do fenômeno da loucura e, conseqüentemente, dos mecanismos que a sociedade utiliza para lidar com ela no cotidiano e através de políticas públicas. Desde a década de 1980, o que se denominava como paradigma da atenção psicossocial foi hegemônico para o Estado brasileiro, mas ainda assim nunca deixou de ser um campo permanente de disputa com concepções distintas. Passos [61] sugere que tenham, pelo menos, três projetos facilmente identificados em disputa: 1) a proposta radical de Reforma Psiquiátrica, pautada na Luta Antimanicomial; 2) a proposta de manutenção da perspectiva manicomial tradicional; 3) a proposta de uma Reforma Psiquiátrica “simpática” às mudanças de carácter meramente legislativo e assistencial.

A partir do ano de 2016, após a ruptura democrática evidenciada pelo Golpe [8–12] que retirou a Presidenta Dilma de seu cargo, iniciou-se um processo acelerado de desmonte do que havia sido construído na Política de Saúde Mental até então, elaborando condições legais com alterações normativas ao que tem sido chamado de “Nova Política de Saúde Mental”.

Ainda assim, vale a pena voltar um pouco mais na linha do tempo, registrando que em 2010 surgiu a utilização de uma suposta ‘epidemia do crack’ que chamava a atenção para o orçamento das pastas da saúde e da justiça. É neste contexto que o governo institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, implementado pelo programa “Crack: é possível vencer”. Já neste momento, abre-se um considerável espaço para as organizações

¹⁰ Trecho extraído da música A Cidade, do cantor e compositor Chico Science (1966-1997).

não governamentais, chegando à inclusão das Comunidades Terapêuticas na RAPS, com a Portaria Ministerial em 2012. [62]

Nesse sentido, parte da categoria médica, liderada pela ABP, reforça o grupo de opositores em torno de interesses da corporação. Outro grupo, movido pelo interesse em questões religiosas e no orçamento público, começa a ganhar o espaço estatal, sob a insígnia de Comunidades Terapêuticas, sintetizando um segmento heterogêneo com práticas bem diversificadas entre si, agregadas pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). (pág. 120) [62]

Ainda antes da saída da Presidenta Dilma, já em uma conjuntura bastante difícil de governo, na tentativa de acordo com outros partidos, o Ministério da Saúde sofreu significativas alterações, com nomeações que tiveram uma repercussão importante na Coordenação de Saúde Mental, dentre as quais se destaca a nomeação de Valencius Wurch para assumir o cargo. Valencius era ex-diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras, o maior hospício da América Latina, localizado no Rio de Janeiro, e fechado após diversas denúncias. Ele representava a força dos setores contrários à atenção psicossocial. Naquele momento, 656 movimentos populares e entidades assinaram manifesto contrário, o que não foi suficiente e a nomeação foi efetivada. Iniciou-se, assim, uma das grandes intervenções nacionais da Luta Antimanicomial: o movimento Fora Valencius e a Ocupação da Coordenação Nacional de Saúde Mental que durou 123 dias ininterruptos. Valencius foi exonerado semanas após o fim da ocupação. [61]

Contudo, é a partir do ano de 2016, com o Governo Temer e o Governo atual de Jair Bolsonaro, que se tem a identificação explícita de um retrocesso na política pública brasileira, em um movimento identificado como contrarreforma psiquiátrica, ou remanicomialização. Este nome é dado diante da filiação ideológica e teórica das atuais mudanças, vinculadas ao mesmo movimento que orientava a condução hospitalocêntrica e não territorial executada no país até os anos 1980. Por isso também, questiona-se o termo “nova” utilizado pela apresentação das alterações da política, por serem novas apresentações de velhas práticas.

O campo da atenção psicossocial no Brasil vive atualmente uma crise sem precedentes na história da reforma psiquiátrica. Por mais de trinta anos, o modelo de cuidado em

saúde mental, pautado na liberdade, respeito e autonomia das pessoas com transtornos mentais, avançou lenta, porém ininterruptamente. A rede de serviços de base comunitária, o orçamento para estes serviços e sua proporção com o custo dos hospitais psiquiátricos, cresceram em cada um destes anos. Desde 2016, no entanto, pela primeira vez, vemos um “processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica”. (pág. 2) [63]

Em 2016, o Governo Temer toma uma das medidas mais graves para a discussão do financiamento de políticas essenciais: com a Emenda Constitucional nº 95 congelou-se por 20 anos os gastos primários da União, com consequências graves, principalmente para as políticas sociais, como educação e saúde. No ano seguinte, o Governo Federal alterou a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, fragilizando a cobertura, as recomendações para Agentes Comunitários de Saúde, e alterando a lógica de matriciamento. Sabe-se que a fragilização da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde Família também enfraquece o fluxo de cuidado com a RAPS no território, levando-se ao retorno da centralização da lógica ambulatorial. [63]

A “Nova Política de Saúde Mental” foi apresentada em Nota Técnica 11/2019 do Ministério da Saúde [64], porém ela pode ser entendida como uma síntese de cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais publicados nos últimos três anos que trazem tais medidas: ampliação do financiamento de hospitais psiquiátricos, com reajuste de 60% nas diárias; redução no cadastramento dos Centros de Atenção Psicossocial; ampliação de financiamento das Comunidades Terapêuticas; suspensão do financiamento a diversos serviços já implantados; alteração do formato de transferência de recursos do governo federal para os municípios, permitindo que os gestores locais possam alocar verba onde considerarem conveniente, sem obrigatoriedade de dispositivos comunitários. Além disso, restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico retirando a utilização dos termos substitutivos aos demais dispositivos da rede; recriou o hospital-dia, vinculado a hospitais psiquiátricos e sem referência territorial; com estímulo aos ambulatórios de especialidades, também sem referência territorial. [65]

Cada proposta de alteração na política não tem passado sem mobilização e denúncia por parte de diversos setores do controle social, como o próprio Conselho Nacional de Saúde (Recomendação nº 01/2018) e Conselho Nacional de Direitos Humanos (Recomendação nº 03/2019). Além deles, destaca-se a atuação de movimentos populares, como o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial – MNLA e a Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial – RENILA; associações como as Associação Brasileira de Saúde Mental - ABRASME e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO; além de conselhos de profissões, como o Conselhos Federais de Psicologia e de Serviço Social, que têm se posicionado abertamente contra todo o processo de alteração na política, denunciando a ausência de debate com a sociedade civil e a negação de todas as indicações legitimadas nos últimos anos pelo Controle Social em seus Conselhos e Conferências. A Defensoria Pública da União também ajuizou a Ação Civil Pública de Ilegalidade ainda em 2017. [63,66–69]. O Ministério Público Federal, através da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão assim afirmou:

Nos últimos anos, no entanto, foram registrados significativos retrocessos no SUS, notadamente o subfinanciamento do setor. Na área da saúde mental, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou a Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, cujo propósito enunciado é “fortalecer e apoiar técnica e financeiramente o processo de desinstitucionalização de pacientes moradores em Hospitais Psiquiátricos” (art. 8º). No entanto, inclui os hospitais psiquiátricos especializados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o que contraria a excepcionalidade da internação psiquiátrica e o tratamento preferencial em serviços comunitários de saúde mental (art. 2º, parágrafo único, IX, da Lei 10.216/2001). A Resolução nº 32/2017 previu, ainda, a parceria entre Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério do Trabalho em relação às comunidades terapêuticas (art. 11), instituições que, no Brasil, têm natureza asilar. Tais disposições representam um retrocesso na política de saúde pública, por acarretarem o retorno a um modelo arcaico de tratamento, que subtrai o paciente da sua existência e da possibilidade concreta de sociabilidade, lançando-o num espaço de exclusão. (pág. 4) [70]

Tal processo ainda permanece em andamento. Em dezembro de 2020, o Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho para revisão da RAPS, com proposta de revogação de mais de cem portarias, ameaçando diversos programas e projetos de base comunitária. Este movimento foi chamado de *Revogação*. [66] Tais propostas ainda não foram efetivadas, mas

permanece o contexto de constante ameaça. Diante da apresentação destas intenções pelo governo federal, foi instituída uma Frente Ampla em Defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial que em seu manifesto, apoiado por quase 75 mil pessoas, denuncia os interesses privados de uma parcela da categoria médica e a influência e relação atual da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) no Ministério da Saúde:

O fato é que se verifica hoje uma total submissão da Política Nacional de Saúde Mental aos interesses das iniciativas privadas, o que coincide com a presença corporativista da Associação Brasileira de Psiquiatria junto ao Ministério da Saúde. A agenda capitaneada pela ABP apenas se sustenta neste cenário necropolítico que ameaça a democracia conquistada pela Constituição de 1988. Esse objetivo é expresso em sua plenitude devastadora num documento discutível do ponto de vista técnico-científico, no qual defendem tortuosamente a volta de um modelo já ultrapassado. Sob o título de “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil”, a proposta desmonta o conceito de integralidade do cuidado e desconsidera a humanidade das pessoas com sofrimento mental, reduzidas à condição de doentes mentais. E como se não bastasse, falam em nome de toda a psiquiatria e do restante da sociedade. Estamos aqui para dizer que nós usuários dos serviços de saúde mental, familiares, trabalhadores e gestores da rede substitutiva bem como professores e estudantes da comunidade acadêmica não somos representados pela ABP, que por sua vez não representa todos psiquiatras, muito menos todas as outras categorias profissionais e setores da sociedade civil. [71]

Foi considerando a gravidade deste contexto e das diversas movimentações conservadoras que representam interesses privados, nos últimos anos, que esta pesquisa identificou a possibilidade das terceirizações na gestão dos serviços de saúde mental se apresentarem como mecanismo de fragilização do Sistema Único de Saúde como política pública universal, laica, de qualidade e gratuita. Questionou-se se o processo de inserção de organizações privadas na gestão de serviços essenciais para a Política de Saúde Mental representou uma possibilidade de fragilização do paradigma da atenção psicossocial, que já não é legitimado pelas instâncias do Poder Executivo Federal, mas ainda sustentado em práticas cotidianas pelos sujeitos individuais e coletivos que têm-se dedicado ao fortalecimento de novas práticas psicossociais, a exemplo de todas as entidades públicas e da sociedade civil que se manifestaram contra a “nova política”.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Por onde andei: a rota da pesquisa

Este trabalho foi fruto de uma pesquisa qualitativa, em que se objetivou identificar novos sentidos e significados a partir de uma mudança, aparentemente apenas administrativa, num serviço público de saúde. Apesar de um universo de estudo com possibilidade de recortes múltiplos, buscou-se aqui a análise do fenômeno a partir dos relatos e interpretações das pessoas envolvidas em todo o processo de construção destes dispositivos e das mudanças ocorridas ao longo do período.

Saliente-se ainda o termo processo, aqui particularmente rico, caracterizando o método qualitativo, como aquele que quer entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta; e não aquele que almeja o produto, isto é, os resultados finais matematicamente trabalhados. (pág. 509) [72]

A pesquisa não corresponde a uma Avaliação de Impacto à Saúde (AIS) mas, ainda assim, o debate em torno da utilização incipiente dessa metodologia no Brasil e na América Latina foi importante para a delimitação do estudo na perspectiva de uma nuance avaliativa. Apesar de grande parte das reflexões voltarem-se para os efeitos de políticas ambientais e econômicas sobre a saúde da população, utilizo-me da prerrogativa de que alterações administrativas e gerenciais na política de saúde podem apontar impactos importantes na saúde da população atendida pela política pública em questão, necessitando de análises permanentes sobre os efeitos daquela tomada de decisão.

A AIS pode assumir algumas diferentes definições, no entanto, é comum a ideia de que seja uma ferramenta de tomada de decisão, projetada para levar em conta a grande variedade de potenciais efeitos que uma determinada proposta pode ocasionar sobre a saúde de sua população-alvo, resultando em um conjunto de recomendações baseadas em evidências que auxiliem o processo de tomada de decisão. (pag. 352) [73]

Consideremos também AIS como campo de saber, no qual pode ser encontrado um universo de estudos que se materializam de diversas formas, mas que apresentam semelhantes bases e pilares, a exemplo da avaliação de vulnerabilidades e análises situacionais, que “se volta a orientar a prevenção, a gestão e compensação dos danos à saúde (impactos negativos), e a promoção dos impactos positivos, subsidiando a tomada de decisão em qualquer fase do ciclo de vida de uma estratégia”. (pág. 833) [74]

Abe e Miraglia [73] fizeram esforço importante de associar os princípios gerais postos pela AIS e pelo SUS, e que se configuraram como norteadores também desse trabalho: democracia, considerando a importância do acesso aos serviços e à informação para tomada de decisão; equidade, considerando os efeitos sobre os grupos mais vulneráveis; desenvolvimento sustentável, integrando não só efeitos de longo e curto prazo mas também a integralidade na execução da política de saúde; ética, reforçando a transparência e informação durante todo o processo de construção e avaliação; abordagem global, com consideração ao estudo epidemiológico e indicadores de saúde; envolvimento de comunidades, garantindo a participação social.

Acrescentamos ainda o horizonte ético e metodológico do campo da geração participativa das avaliações em saúde, em acordo com a compreensão da utilidade social dessas pesquisas. Apesar do limite e recorte deste estudo, tivemos a pretensão de incluir diferentes pontos de vista e valores durante produção de dados; potencializar a utilização dos resultados obtidos; reforçar o caráter político na busca da garantia de que as políticas sociais promovam e redistribuam bens e poder; e promover processos de formação e capacitação na medida em que sejam construídos processos de análises e reflexões. [75][75,76]

Spinelli [77] fez uma série de críticas ao formato frequentemente utilizado para a avaliação de programas ou políticas. Ela fala da fragilidade em que se encontra o poder público, em que gestores com frequência não consideram as avaliações ou experiências anteriores para

a formulação e execução das políticas. Os trabalhadores, por sua vez, acabam centrando seus esforços na busca por ferramentas em experiências de países desenvolvidos ou percebendo sua situação de trabalho como questão singular: “assim, as técnicas se impõem e definem *os fazeres* que se tornam significação, enquanto os trabalhadores ficam reduzidos a mero significados”. Aponta ainda um erro comum nos processos avaliativos, de privilegiar programas e serviços e negligenciar processos de avaliações das gestões e/ou das organizações, e esta pesquisa dedicou-se a contribuir neste tipo de abordagem.

Vamos sustentar a ideia de avaliação como atividade constante ligada ao próprio processo de trabalho e contextualizada. Ou seja, como processo e não como visão externa circunscrita à verificação do cumprimento ou não dos resultados. Se não é assim se desconhece a historicidade do processo de trabalho e se impede que a avaliação funcione como parte substancial dele. Essa concepção de avaliação relaciona-se, portanto, de maneira íntima como o modelo organizacional, ou seja, o modelo de gestão, os sistemas de informação e a rede de conversações. (pág. 108) [77]

Partimos da compreensão de que na investigação de repercussões na organização do trabalho e na forma como ele é estruturante para a oferta da linha de cuidado na saúde, tais considerações sobre os processos de pesquisa e avaliações sobre políticas públicas ganham especial relevância na saúde mental. Este é um campo que tem como fundamental a subjetividade, e objetivar conceitos como autonomia, clínica, cidadania, reabilitação é tarefa complexa, tornando importantes outras práticas de aproximação dos problemas e sua textualização. Nesse contexto, a participação dos grupos envolvidos é apreendida como uma ferramenta potente, e também como uma postura política e ideológica, relacionada aos valores de justiça social e democracia, no sentido de que grupos histórica e socialmente oprimidos poderiam influenciar no curso de determinada política pública. [78]

3.1.1 *Período de Estudo*

A pesquisa considerou os anos de 2002 a 2022, em busca de conseguir identificar elementos históricos, políticos e organizativos do processo de construção desses dispositivos no município de Recife, nas duas modalidades já implementadas de gestão: gestão direta da Secretaria de Saúde do município e após transição para cogestão com entidade privada filantrópica. Contudo, para a identificação das alterações executadas após cogestão, consideramos o período de 2011 a 2021.

3.1.2 Unidades de análise

A pesquisa dedicou-se ao estudo dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) do Eixo da Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde do município de Recife, Pernambuco. Hoje o município conta com 50 SRT. Todos em cogestão com entidade privada filantrópica, através de contratos com a Secretaria Municipal de Saúde, processo este iniciado em 2011.

Foram utilizados dois critérios de inclusão para construção da amostra do estudo qualitativo, em razão de um universo grande de serviços e, portanto, de trabalhadoras(es), assim como pela própria limitação de tempo e recursos humanos para a sua realização. O primeiro deles foi a delimitação de recorte considerando apenas as equipes envolvidas com SRTs que tivessem passado pela transição entre os dois modelos de gestão, ou seja, aqueles que foram inaugurados como serviços municipais e que passaram pelas mudanças consequentes da cogestão com as instituições privadas. A partir de leituras anteriores, incluindo documentos oficiais como Plano Municipal de Saúde (2010-2013), e o contato com trabalhadoras da Coordenação de Saúde Mental do município, foi identificado o número de 11 SRT que tiveram a gestão realizada de forma direta pelo poder público e que, em seguida, passaram pela transição para a cogestão.

O segundo critério, por sua vez, foi a escolha de apenas uma das entidades filantrópicas conveniadas, a Santa Casa de Misericórdia, em busca de limitar a amostra a uma experiência semelhante entre os SRTs e suas equipes, com mesma orientação gestora sobre o processo de trabalho, além de ser esta instituição que permanece com a gestão das primeiras onze casas mencionadas anteriormente. Avaliamos que incluir as duas empresas poderia gerar diferenças na amostra que aumentassem consideravelmente a população e a complexidade da análise, podendo provocar distanciamento do objeto principal do estudo. Exemplificando: dois contratos de gestão, coordenações distintas, prováveis organização da gestão de trabalho distintas, instrumentos de acompanhamentos distintos, entre outras ferramentas específicas gerenciadas por cada empresa no contrato com o órgão público.

3.1.3 População

O trabalho com a Atenção Psicossocial é uma construção relacional entre diversos eixos de sociabilidade, como família, a rede de serviços, a comunidade e o território, em suas relações com os sujeitos principais desse processo: pessoas com histórico de adoecimento psíquico e, neste caso, com histórico de longas internações psiquiátricas. Neste sentido, pode-se destacar a relevância deste entendimento em relação aos sujeitos que são operadores de tais ações nas instituições, políticas públicas e serviços. São eles que possibilitam, e por muitas vezes conduzem ou limitam, o processo de reencontro com as potencialidades outroras amordaçadas, que acompanham os(as) moradores(as) nesse novo caminho de conquista de um espaço ético-político-cultural-social-territorial, sejam elas(es) as(os) trabalhadoras(es) de saúde ou as(os) gestoras(es) envolvidos com o processo de trabalho do dispositivo.

Participaram da pesquisa profissionais de saúde envolvidos diretamente com a assistência prestada nos dispositivo incluídos, e por consequência, com o planejamento do trabalho a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e a

Desinstitucionalização, sendo eles: Técnicas(os) de Referência, Cuidadoras(es), Trabalhadoras(es) e Gerentes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aos quais os SRTs pesquisados são vinculados, e Coordenadoras(es) dos SRTs, sejam os vinculados à Secretaria de Saúde Municipal, sejam os vinculados às instituições contratadas.

Os 11 (onze) SRT que foram geridos diretamente pela Secretaria de Saúde, estão localizados em cinco dos 8 Distritos Sanitários (DS) que existem hoje na gestão do município, sendo eles os DS II com 4 SRT; DS III com 2 SRT; DS IV com 2 SRT; DS V com 2 SRT e DS VI com 1 SRT. Desta forma, os CAPS envolvidos foram os CAPS II e III destas áreas referidas, respectivamente o CAPS II José Carlos Souto, CAPS II Esperança, CAPS II Espaço Vida, CAPS III Galdino Lorêto e CAPS III Davi Capistrano.

3.2 O trajeto dos encontros na rede

Atendendo aos objetivos da pesquisa, utilizamos três técnicas de acesso às informações pretendidas. Foram elas: a análise documental, grupo focal e entrevistas semiestruturadas. Ainda que o projeto já tivesse sido apresentado às Coordenadoras Clínicas do SRT, como representação da própria Gerência de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, em busca da Carta de Anuência da Secretaria de Saúde, após aprovação de Comitê de Ética e de Qualificação do Projeto, tivemos outro encontro com essas trabalhadoras, desta vez, apenas as que eram vinculadas à instituição conveniada pesquisada, para planejamento da execução e da aproximação com os serviços e as(os) trabalhadoras(es).

Neste momento, foram compartilhados os nomes e os telefones de contato das(os) trabalhadoras(es) que estavam nos SRT que faziam parte do estudo, assim como das referências das gestoras dos CAPS que eram vinculados aos mesmos. Também foram compartilhados nomes de pessoas que estiveram nas funções de TR de SRT na época em que a gestão era direta, pela Secretaria de Saúde, e que estiveram na gestão do Programa/Projeto Reabilitar. Para acesso

as(aos) Cuidadoras(es) foi sugerido que o contato pudesse ser feito através dos CAPS e das TR, tanto para os que estavam vinculados atualmente por meio da contratualização, quanto os que eram servidores e ainda se encontravam vinculadas(os) à rede municipal.

Na busca de facilitar o primeiro contato com essas pessoas, que estavam inseridas em tantos dispositivos distintos, utilizamo-nos de ferramentas audiovisuais para fazer um pequeno vídeo de apresentação da pesquisadora, da pesquisa e do convite a participação na mesma. Alguns vídeos foram feitos para um grupo de pessoas (exemplo: “gerentes de CAPS” ou “Técnicas de Referência”), outros mais direcionados a uma pessoa, a partir de sua função, como às coordenações do programa ou da política, e foram enviados através do aplicativo de telefone *Whatsapp*.

3.2.1 Grupos Focais e Entrevista Coletiva

A utilização de grupos focais na pesquisa se deu por entender que o método privilegia a fala coletiva geradora, não só de posicionamentos individuais a partir da vivência e as sínteses feitas por cada pessoa, mas também de análises coletivas, compartilhadas a partir de experiências similares em relação àquele determinado objeto em discussão. Questões que surgem no encontro entre as pessoas dificilmente surgiriam em espaços individuais de abordagem. Segundo Gui,

O principal interesse é que seja recriado, desse modo, um contexto ou ambiente social onde o indivíduo pode interagir com os demais, defendendo, revendo, ratificando suas próprias opiniões ou influenciando as opiniões dos demais. Essa abordagem possibilita também ao pesquisador aprofundar sua compreensão das respostas obtidas. (pág. 4) [79]

Os espaços coletivos nesse formato possuem a potência de gerar processos avaliativos que podem apontar propostas, encaminhamentos e construções. Uma dinâmica que tende a provocar mudanças e gerar transformações nas questões ora trabalhadas, neste caso, os serviços

públicos de saúde. Esse formato também foi julgado adequado diante da busca por uma maior proteção em relação aos indivíduos incluídos na pesquisa, e que hoje se encontram em funções de assistência nesses serviços, através de contratos por tempo indeterminado com cada instituição filantrópica. Uma possível análise negativa ou o apontamento de fragilidades da empresa empregadora poderia ser interpretada como ameaça, correndo risco de demissões ou outras punições trabalhistas. Tais questões, que envolvem a precarização dos vínculos trabalhistas, permearam o cuidado na condução, da investigação buscando proteger etica e politicamente todos os trabalhadores que aceitaram envolver-se no processo.

Barbour [80] sugere que a utilização desta técnica é potente para acessar grupos de fala que, individualmente, poderiam sentir-se coagidos, desconfortáveis em falar de sua experiência ou ponto de vista. Ela também tem a capacidade de oportunizar a participação de pessoas ou grupos que geralmente seriam silenciados e invisibilizados. Apresenta, ainda, “ótimo desempenho ao proporcionar *insights* dos processos, em vez dos resultados” (pág. 54) que são identificados pelo encontro e trocas geradas pela condição de grupo.

Através do uso da técnica foram organizados três grupos homogêneos compostos por pessoas que possuíam a mesma função em relação aos serviços, no momento em que a pesquisa foi realizada. Buscou-se compor grupos entre 8 e 10 pessoas, observando o mínimo de 5 pessoas e o máximo de 12 pessoas.

Gondim [81] nos ajuda a definir a utilização dos grupos focais com propósito exploratório. A autora enfatiza que “a sua orientação teórica está voltada para a geração de hipóteses, o desenvolvimento de modelos e teorias, enquanto que a prática tem como alvo a produção de novas ideias, a identificação das necessidades e expectativas” (pág. 152).

Tais grupos foram formados a partir das seguintes composições:

G 1: Técnicas(os) de Referência

G 2: Cuidadoras(es)

G 3: Equipe de CAPS (gerência + equipe técnica)

Optamos por compor os grupos com os profissionais que estão no cotidiano da assistência e que atualmente são contratados sob gestão compartilhada, organizando-os então nos G1 e G2. O G3, de forma distinta, é composto pelo serviço de referência para o tratamento e reabilitação psicossocial dos moradores, que são os CAPS. Todo SRT precisa de estar vinculado a um CAPS para sua habilitação no Ministério da Saúde, e toda sua equipe possui atribuições específicas de acompanhamento e construção participativa nos PTS de cada morador. Consideramos esse grupo estratégico por sua permanência no acompanhamento dos SRTs desde o início de cada inauguração, até o momento atual, acompanhando a transição, o que favoreceu análises importantes sobre o processo histórico e como tem se dado a entrada de um setor privado na gestão de um dispositivo outrora público. Esse último grupo foi composto por pessoas dos diversos CAPS do município que acompanharam as duas formas de gestão dos SRT e que ainda permaneciam vinculadas ao serviço CAPS.

Para o G1, havíamos conseguido formar um grupo com todas as 6 Técnicas de Referência das 11 SRTs pesquisadas. O número menor de profissionais em relação aos serviços justifica-se pelo fato de que, em Recife-PE, cada TR é responsável por duas SRT. Na segunda quinzena do mês de Fevereiro de 2022 iniciaram-se os contatos através do envio dos vídeos, que abriu o diálogo com cada pessoa, e possibilitou conversar melhor sobre as dúvidas e a metodologia utilizada, a partir dos retornos individuais. Após enfrentar o desafio de encontrar um horário em que todas as convidadas pudessem estar presentes, o grupo focal foi realizado em 19/04/2022. Ele aconteceu em formato virtual, na Plataforma Microsoft Teams, após tentativas presenciais que foram revelando-se inviáveis, inclusive, pela demanda de trabalho das mesmas e por questões de saúde. Todavia, o grupo foi realizado com a participação de 05

das 06 pessoas, pois uma delas precisou acompanhar um(a) morador(a) em uma consulta médica importante que havia se tornado necessária após o agendamento coletivo da atividade.

Para o G2 o número de pessoas envolvidas e que poderiam participar do grupo era muito maior. Há um universo médio de 4 cuidadores(as) por SRT, totalizando aproximadamente 44 pessoas que foram convidadas a participar da pesquisa a partir desta função exercida no SRT. Buscando uma melhor representatividade, tínhamos a expectativa de recrutar uma pessoa por cada uma das 11 SRT escolhidas para o estudo. Contudo, neste caso, tivemos dificuldade de adesão e um número menor de pessoas que se disponibilizaram a participar da pesquisa.

Para esse grupo de trabalhadoras(es), o vídeo construído foi enviado para as TRs que já haviam sido sensibilizadas a participar da pesquisa, que por sua vez, enviaram para o grupo de *whatsapp* de cada SRT junto com um pequeno texto construído pela pesquisadora, para que, à medida que cada pessoa se interessasse, entrasse em contato diretamente, sem precisar anunciar ao grupo ou a TR que estaria com desejo de participação. Deste universo total, apenas conseguimos contato com 06 cuidadoras que se disponibilizaram a participar da pesquisa. Contudo, no dia da realização do grupo, que aconteceu em 22/04/2022 de forma presencial, apenas compareceram ao local combinado 03 trabalhadoras. Desta forma, precisamos fazer um ajuste na metodologia e nas ferramentas utilizadas, para a construção de uma entrevista coletiva. Dialogando com experiência relatada por Kramer [82] acreditamos que o objetivo de privilegiar métodos dialógicos foi mantido. Na entrevista coletiva, como se esperava nos grupos focais, as narrativas de cada participante, assim como suas diferenças, foram apresentadas com mais intensidade; também observamos que a posição de suposta hierarquia na relação com a pesquisadora se apresentou de forma sutil, e o conhecimento e diversidade foi compartilhado com mais tranquilidade.

Acreditamos que o número baixo de pessoas interessadas nesse grupo, considerando o universo total, relaciona-se com questões sociais, econômicas e políticas; a carga horária intensa

de trabalho, da maior parte que tem mais de um vínculo, com turnos de descanso bastante limitados; e a insegurança gerada pelo de vínculo de trabalho. Considerando tudo isso, também avaliamos que a estratégia de utilização de vídeo de *whatsapp* não foi a mais adequada para esse grupo, apesar de se tornar a única possível, diante da dificuldade de planejar 44 visitas em localidades distintas, para convites diretos.

Por fim, para o G3, tínhamos o universo de 5 serviços envolvidos, e tínhamos a proposta inicial de 2 profissionais por cada CAPS responsável pelo acompanhamento de cada SRT, sendo 1 gerente e 1 técnica(o) do serviço. Da mesma forma como fizemos para o G1, iniciamos os contatos com a gestão dos serviços na segunda quinzena do mês de fevereiro de 2022.

Dos cinco serviços, duas equipes sentiram-se contempladas pelas informações apresentadas no vídeo enviado, e de pronto, apresentaram os nomes e os contatos das(os) profissionais que se disponibilizaram em participar. Duas outras equipes solicitaram participações nas reuniões de equipe para apresentação do projeto e da proposta de participação, o que aconteceu nos dias 31/03/2022 e 07/04/2022. Um dos serviços não conseguiu participar da pesquisa, e apesar de alguns contatos com sua gestão, a comunicação foi muito difícil e desencontrada. Não tivemos respostas objetivas nas diversas tentativas de contato e oferta de visitas ao serviço. Nos dias que antecederam a realização do grupo, tínhamos a confirmação de 8 pessoas, porém, no dia 22/04/2002 quando ele foi realizado, também de forma virtual através da Plataforma Microsoft Teams, contamos com a participação de 05 trabalhadoras(es).

3.2.2 *Entrevistas*

Para participantes que ocupam (ou ocuparam) cargos de coordenação e gestão, seja no serviço público ou na entidade privada, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Fizemos essa escolha porque a ocupação dos cargos aconteceu em momentos históricos e papéis institucionais bastante distintos. A conformação de um grupo desta forma heterogêneo

anunciava a perda de escuta mais atenta de detalhes e análises de cada um, as quais poderiam permanecer demasiadamente superficiais.

Essa mesma escolha também foi feita para acessar algumas servidoras que atuaram como técnicas de referência e cuidadoras, durante período de gestão direta pela secretaria de saúde do município. Desta forma, pretendíamos realizar 9 (nove) entrevistas com pessoas que ocupam e ocuparam tais funções, de acordo com recorte de amostra já desenhada anteriormente.

Dentro do universo das coordenações (Gerência de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, da Secretaria de Saúde de Recife durante implementação da gestão indireta e a atual; coordenação do projeto reabilitar e coordenações clínicas dos SRTs), foram realizadas 05 entrevistas (presenciais ou virtuais através da Plataforma Microsoft Teams, que estão identificadas na pesquisa pela ordem cronológica em que os encontros aconteceram: E1 (17/03/2022) , E2 (25/03/2022), E3 (01/04/2022), E4 (10/05/2022), E5 (13/05/2022).

Com as Técnicas de Referência da gestão pública direta dos SRT foram feitas duas entrevistas. No contato inicial com as coordenações clínicas dos SRT identificamos algumas pessoas que estiveram nessa função. Utilizamos como critério os seguintes elementos: maior tempo na função; permanência na rede e acesso ao telefone de contato para início do convite à participação. Estas entrevistas estão identificadas também pela ordem cronológica dos encontros a partir da identificação: TR1 (06/03/2022) e TR2 (18/03/2022). Nesse grupo, todos os encontros aconteceram de forma presencial.

Duas entrevistas foram feitas com cuidadoras que são servidoras do município e que estiveram nos últimos anos vinculadas aos SRTs. Elas foram afastadas a partir da mudança de gestão indireta desses serviços. Também estarão nomeadas por ordem em que as entrevistas foram feitas: C1 (02/03/2022) e C2 (07/03/2022). Nesse caso, ambas foram feitas em formato virtual através da Plataforma Microsoft Teams.

3.3 As pedras no caminho¹¹ do acesso à informação e a análise documental

*Nunca me esquecerei desse acontecimento
Na vida de minhas retinas tão fatigadas
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
Tinha uma pedra
(Carlos Drummond de Andrade)*

Considerando o objetivo de aferir alterações no processo de gestão dos serviços de saúde, utilizamos a pesquisa documental para identificar os caminhos institucionais adotados pela Secretaria de Saúde do município nesses dois momentos históricos. Pretendia-se observar de que forma se deu a condução técnica e administrativa do processo; quais serviços foram envolvidos; quais os mecanismos foram utilizados pelos gestores para execução de tal política; como se deu o registro do acompanhamento e monitoramento dos dispositivos e os projetos terapêuticos singulares, das moradias e dos moradores e moradoras. Pesquisar a respeito dos termos desses contratos para entender a divisão de responsabilidades entre o público e o privado também fez parte desse percurso.

Desta forma, no início da pesquisa tínhamos o indicativo de buscar informações para contribuir com a análise por meio do acesso a: Canais de transparência da gestão pública; documentos oficiais da secretaria de saúde; registros no conselho municipal de saúde; contrato de gestão entre prefeitura e a entidade filantrópica; registros oficiais de reuniões de gestão com o tema dos SRTs; notícias em canais de divulgação oficial das entidades envolvidas; registros de monitoramento e acompanhamento; planejamento institucional; relatório anual de gestão; planos de saúde do município; prestação de contas do convênio.

Ao planejarmos esse estudo, imaginamos que a busca e sensibilização das(os) trabalhadoras(es) para participação seria um dos maiores desafios. Considerávamos o tempo disponível como escasso, o cansaço de quem trabalha com saúde mental e enfrentou a Pandemia

¹¹ Uma referência ao poema No Meio do Caminho, do poeta Carlos Drummond de Andrade (1902-1987).

do Covid-19 e todas as consequências para o adoecimento mental das perdas e da pauperização no país. Também sabíamos do constrangimento e do receio da exposição. Em todo momento, sabíamos desse desafio, não contávamos, contudo, com a dificuldade do órgão público de compartilhar documentos e registros da gestão dos SRTs. Enfrentamos na pesquisa documental não só a dificuldade de acessar a informação sobre o objeto pesquisado, mas também uma dificuldade de receber informações corretas sobre como obtê-las, fato este que se tornou motivo de preocupação e atraso ao longo dos meses. Alguns documentos eram de domínio público mas não estavam publicados como deveriam. Processos de nova anuência foram solicitados no fim da pesquisa, quando já havia sido obtida no ano anterior, no momento do desenvolvimento do projeto. A Lei de Acesso à Informação foi utilizada em dois momentos, diante da indisponibilidade da gestão pública de colaborar com o levantamento das informações e documentos. Consideramos as tantas demandas profissionais dedicadas à organização da rede e dos serviços no SUS, mas ao longo dos meses, a forma como tudo foi se dando, sugeria a criação permanente de impossibilidades e dificuldades, que registravam a todo momento a falta de documento, de monitoramento e de transparência com a utilização dos recursos públicos.

A Carta de Anuência da Secretaria de Saúde foi recebida no dia 28/10/2021. Antes de solicitá-la, tivemos dois momentos com a equipe da Gerência de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, quando o projeto foi enviado antecipadamente, apresentado e discutido. Enquanto contávamos com a aprovação do Comitê de Ética, retomamos para planejamento coletivo mais concreto sobre os passos a serem dados na rede. Em todos esses momentos, tratamos da pesquisa documental e da possibilidade de passar um momento naquele setor. Indagamos a forma como consideravam mais adequado fazê-lo para poder acessar documentos de registro e acompanhamento dos SRTs. Este momento nunca ocorreu e só foi compartilhado um documento recente, construído para fundamentação de convênio com a entidade filantrópica, em formato de Plano de Trabalho (2022-2026).

Apesar dos contatos telefônicos constantes e insistentes, apenas no fim do mês de Maio de 2022 conseguimos a informação de que não poderiam compartilhar diversos documentos solicitados, e que precisaríamos procurar contato com a Secretaria Executiva de Atenção Básica (SEAB). A primeira certeza que temos é: a informação de que não seria nessa gerência poderia ter sido fornecida antes. Ainda assim, até agora temos dúvida sobre como a gestão dos SRTs pode não ter acesso aos contratos dos convênios que executam e monitoram, ou não ter acesso a documentos básicos como os relatórios anuais da gestão que são feitos por todos os órgãos da Secretaria de Saúde, e que deveriam estar divulgados para toda a população.

Depois de alguns dias em busca de contato com a SEAB, tivemos uma confirmação de que este não era o caminho correto para obter a documentação e que, a partir de então, provavelmente precisaria me dirigir a mais duas outras Secretarias Executivas: a Gerência Geral de Regulação (GGR) da Secretaria Executiva de Regulação, Média e Alta Complexidade (SERMAC) para buscar acesso aos contratos dos convênios e os relatórios de acompanhamento dos mesmos; e a Secretaria Executiva de Planejamento, Monitoramento e Articulação Distrital, em busca dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG). Já estávamos em Julho de 2022 quando consegui contato com trabalhadoras(es) desta última, que nos indicaram pessoas da GGR para nos apresentar e solicitar a demanda.

Em paralelo, já haviam sido pesquisadas todas as informações que poderiam estar no endereço virtual do canal da transparência – Recife e nas publicações do Diário Oficial de Recife. No D.O.R foi pesquisado, entre os anos de 2011 a 2021, tudo que se relacionasse aos SRTs e à Santa Casa de Misericórdia do Recife, onde conseguimos acompanhar os extratos dos contratos dos convênios ao longo dos anos.

Quando parecia que finalmente havíamos encontrado o caminho do acesso às informações, o prazo já estava se esgotando, e tomamos a decisão de centrar no que seria elementar para o desenvolvimento dessa pesquisa: O contrato de convênio entre a prefeitura e

o hospital Santo Amaro/Santa Casa de Misericórdia para execução dos SRT; relatório de cumprimento e/ou plano operativo assistencial; relatório de execução físico-financeira; relatórios anuais de gestão entre os anos de 2011-2021.

Com a Gerência Geral de Regulação obtivemos um bom contato e a sinalização de responder a demanda de forma tranquila e sem burocracia, mediante a carta de anuência e Comunicação Interna (C.I.) de coleta já fornecidas pela Secretaria Executiva de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES). Contudo, os retornos foram – como de costume – demorados e, durante espera (21/06 – 04/08), abrimos processo no Portal da Transparência de Recife em 19/07/2022 através do Protocolo nº 2022005090034000034. Apesar de termos recebido por e-mail alguns documentos solicitados, recebemos uma outra parte complementar apenas pelo retorno do pedido em 18/08/2022. Na resposta ao pedido (Anexo A), recebemos tal orientação: “Na oportunidade já foram disponibilizadas algumas informações e a pesquisadora esclareceu que o relatório de cumprimento de metas e de execução financeira que deseja são específicos da execução dos Serviços de Residência Terapêutica, não sendo uma informação disponível na Gerência Geral de Regulação, uma vez que realizamos monitoramento global do convênio. Nesse sentido, a área técnica de saúde mental poderá ser consultada para verificar disponibilidade da informação.”. Esta era nossa teoria inicial, de que o que buscávamos estaria na Gerência de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, contudo nosso caminho havia partido de lá e já não tínhamos tempo para uma nova tentativa de acesso, tornando-se um limite para essa pesquisa.

Em busca dos RAG conseguimos contato em meados de Julho de 2022 com a Secretaria Executiva de Planejamento, Monitoramento e Articulação Distrital - SEPMAD. Apesar de terem sido muito disponíveis para atender à demanda, os caminhos apontados para que acessássemos – o que achávamos que seria mais fácil – tais relatórios foram confusos, burocráticos e absurdamente cansativos. Foi orientado que fosse solicitada uma nova C.I. de

coleta, desta vez com o nome da Secretaria Executiva. Ao entrar em contato com a SGTES, recebi a resposta de que, para uma nova C.I. de Coleta, eu precisaria reiniciar a solicitação de anuência do município. Apesar de não compreendermos aqueles descaminhos, entendíamos que precisávamos esgotar todas as possibilidades de acessar tais documentos, de modo que foram reenviadas todas as documentações. E apesar de seguir todas as orientações, recebemos a seguinte mensagem em 03/08/2022: “Após análise, a SEPMAD não autoriza o projeto de pesquisa, tendo em vista que não está claro quais informações estão sendo solicitadas.”

Duas coisas nos chamou a atenção nesse momento. A primeira, era que a informação que não estava clara havia sido informada por diversas vezes, inclusive à pessoa que orientou o recomeço do processo de coleta e a Anuência. A segunda, era que, apesar de entender os cuidados com uma série de documentos públicos, estes, em especial, já deveriam estar dispostos e acessíveis para toda população, e até aquele momento só constavam no Portal da Transparência os dos anos 2019 e 2020. Como exigido pela Lei Complementar nº 141/ 2012:

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância *do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público*, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000. [83]

Diante da dificuldade, abrimos outro processo no Portal da Transparência de Recife em 03/08/2022 com o Protocolo nº 202200554003400999. Tivemos resposta em 22/08/2022 (Anexo B) onde fomos informadas de que todos os relatórios solicitados agora estavam disponíveis no meio eletrônico para amplo acesso.

A acusação de falta de transparência e de monitoramento de qualidade acompanha diversas pesquisas sobre a relação do público com o setor privado para a execução das políticas públicas. Nesta pesquisa não foi diferente. Ainda que tenhamos seguido todas as orientações e ritos burocráticos de acesso a dados, informações, documentos e pessoas, tivemos uma caminhada difícil, lenta, e que foi intensificada pela inserção de *pedras no caminho* do desenvolvimento da pesquisa, seja por descuido, seja por desinteresse, seja para dificultar, seja por má fé, seja para ocultar. Nunca saberemos, e o resultado dessa pesquisa é fruto do enfrentamento de algumas dificuldades e dos limites impostos por tantas outras.

Por fim, listaremos abaixo toda a documentação utilizada no processo de análise deste estudo, com identificação de fonte de acesso e período:

Tabela 1 - Documentos utilizados na pesquisa

Identificação do documento	Data/Ano	Fonte
Edição do D.O.R nº 123	19 de Outubro de 2011	Diário Oficial de Recife
Edição do D.O.R nº 28	10 de Março de 2012	Diário Oficial de Recife
Edição do D.O.R nº 29	13 de Março de 2012	Diário Oficial de Recife
Edição do D.O.R nº 92	04 de agosto de 2012	Diário Oficial de Recife
Edição do D.O.R nº 13	31 de Janeiro de 2014	Diário Oficial de Recife
Edição do D.O.R nº 141	04 de Dezembro de 2014	Diário Oficial de Recife
Extrato de Sétimo Termo Aditivo ao Convênio nº95 / 06/07/2006	19 de Dezembro de 2015	Diário Oficial de Recife
Extrato de Oitavo Termo Aditivo ao Convênio nº95 / 06/07/2006	19 de Dezembro de 2015	Diário Oficial de Recife
Extrato de Nono Termo Aditivo ao Convênio nº95 / 06/07/2006	08 de Dezembro de 2016	Diário Oficial de Recife
Extrato de Décimo Termo Aditivo ao Convênio nº95 / 06/07/2006	08 de Dezembro de 2016	Diário Oficial de Recife
Extrato de Décimo Primeiro Termo Aditivo ao Convênio nº95 / 06/07/2006	08 de Dezembro de 2016	Diário Oficial de Recife
Extrato de Convênio nº 29 firmado em 06 de Junho de 2016	23 de Março de 2017	Diário Oficial de Recife
Extrato do Primeiro Termo Aditivo ao Convênio nº 29/2016	22 de Dezembro de 2020	Diário Oficial de Recife
Extrato do Segundo Termo Aditivo ao Convênio nº 29/2016	24 de Dezembro de 2020	Diário Oficial de Recife
Portaria nº 129/2021 - GAB/SS	04 de agosto de 2021	Diário Oficial de Recife
Projeto de Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial – Serviços Residenciais Terapêuticos	2021	Secretaria de Saúde de Recife
Convênio nº 95 de Assistência à Saúde, objetivando a prestação de Serviços Médico Hospitalares e	06 de Julho de 2006	Secretaria de Saúde de Recife

Ambulatoriais que celebram entre si o município de Recife e a Santa Casa de Misericórdia de Recife /Hospital Santo Amaro		
Convênio de Cooperação Técnica nº 29 06/06/2016 que cooperam entre si o município de Recife e a Santa Casa de Misericórdia de Recife /Hospital Santo Amaro	2016	Secretaria de Saúde de Recife
Convênio de Cooperação Técnica nº 4801.2.007.2021 que celebram entre si o município de Recife e a Santa Casa de Misericórdia de Recife /Hospital Santo Amaro	09 de agosto de 2021	Secretaria de Saúde de Recife
Plano de Trabalho para Convênio	2022	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Segundo Semestre 2011	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Primeiro Trimestre 2012	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Segundo Semestre 2013	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Janeiro a Abril 2014	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Maior a Dezembro 2014	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Janeiro a Junho 2015	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Julho a Dezembro 2015	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Janeiro a Junho 2016	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Julho a Dezembro 2016	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Janeiro a Junho 2017	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Julho a Dezembro 2017	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Janeiro a Junho 2018	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Julho a Dezembro 2018	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Janeiro a Junho 2019	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Julho a Dezembro 2019	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Janeiro a Junho 2020	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Julho a Dezembro 2020	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Gestão	2011	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Gestão	2012	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Gestão	2013	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Gestão	2014	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Gestão	2015	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Gestão	2016	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Gestão	2017	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Gestão	2018	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Gestão	2019	Secretaria de Saúde de Recife

Relatório Anual de Gestão	2020	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Atividades	2019	Santa Casa de Misericórdia de Recife
Relatório Anual de Atividades	2020	Santa Casa de Misericórdia de Recife
Relatório Anual de Atividades	2021	Santa Casa de Misericórdia de Recife

Fonte: Própria autora

3.4 Processo de análise

As entrevistas semiestruturadas e os grupos focais tiveram seus roteiros construídos com questões disparadoras semelhantes, de forma que pudessem ser analisados a partir da mesma categoria geradora da narrativa dos participantes.

Após os encontros realizados, todo o material audiovisual foi transcrito, transformado em textos, que foram explorados com o método da análise proposto por Bardin [84]. A técnica é centralmente dividida em três fases: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material, categorização ou codificação; 3) Tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

Bardin apud Sousa e Santos [85] chamam a atenção ao fato de que, embora exista uma diversidade de interpretações e formas de aplicação, a análise de conteúdo exige uma sequência sistemática que garante uma consistência à pesquisa qualitativa, tirando o máximo de abstrações do fenômeno ou da resposta dada pelos sujeitos envolvidos. Durante a pré-análise, foram somados ainda o material encontrado em pesquisa documental, para então dar início à leitura flutuante, a primeira atividade que “consiste em estabelecer contacto com os documentos a analisar e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações.” (pág. 96). [84]

No tratamento dos resultados, os depoimentos foram divididos em núcleos argumentativos a partir das questões provocadas nas entrevistas, nos grupos focais e na entrevista coletiva. Esses núcleos argumentativos foram reunidos em depoimentos feitos por todas as categorias de participantes, mas de forma que tenha ficado separado e garantido o

registro de que grupo e indivíduo partiu tal declaração. Tal divisão foi o início do processo de exploração do material, de onde partiu as construções de categorias mediante recorte e agregação.

Para a categorização do material nas entrevistas e grupos focais, foi utilizado o software Atlas.ti, diante da possibilidade de facilitar o processo de análise qualitativa com ferramentas digitais que ajudaram na codificação, na organização e na gestão dos arquivos construídos. Em um primeiro momento, organizamos as transcrições em seis documentos: D1 – cuidadoras; D2 – gestoras; D3 – Grupo CAPS; D4 – Grupo TR; D5 – TR; D6 – Grupo Cuidadoras. Em seguida, criamos arquivos sistematizados a partir das categorias que serão apresentadas posteriormente no item dos resultados desta pesquisa.

Tal caminho metodológico pretendeu garantir, durante o processo, a divisão da análise em três grandes eixos de trabalho de acordo com os objetivos específicos da pesquisa, quais sejam: alterações na gestão do trabalho, mudança de paradigma e promoção de autonomia. A análise de temas também constitui-se como modalidade de análise de conteúdo e “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido” (pág. 105) [84].

3.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi realizada seguindo todas as orientações previstas na Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, assim como a Resolução CNS nº 466/2012 que visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Também tivemos como norteadora a Resolução CNS nº 510/2016 que trata das normas para as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que

envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis.

Todas as pessoas convidadas e envolvidas com o desenvolvimento desta pesquisa foram apresentadas ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), quando foram prestadas, da maneira mais adequada e acessível, as informações acerca do objetivo do trabalho e da importância de sua participação. As pessoas que participaram assinaram o TCLE ou verbalizaram seu acordo, nos casos da execução virtual, após leitura e compreensão do documento de forma dialogada com a pesquisadora.

Compreende-se os riscos inerentes ao desenvolvimento de toda pesquisa e, por isso, todo esforço foi realizado para a preservação dos dados, confidencialidade e anonimato dos sujeitos, assim como a garantia da privacidade com uso de informações obtidas em base de dados, conforme postura ética esperada e exigida.

O projeto foi submetido à Escola de Governo em Saúde do Município do Recife vinculada à Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria de Saúde de Recife para solicitação de Carta de Anuência para desenvolvimento do projeto no município. Também foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fiocruz Brasília.

4 RESULTADOS

4.1 A partir das leituras

Com o objetivo de identificar a história oficial do início da cogestão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Recife, analisamos alguns documentos públicos. Números e datas não eram os únicos elementos almejados nessas leituras, buscávamos também compreender em que formato estava se dando o monitoramento, o acompanhamento, a supervisão, a execução da oferta do serviço, que é de responsabilidade do ente público.

Utilizamos os registros do Diário Oficial do Municipal, dos Contratos dos Convênios de Cooperação Técnica, dos Relatórios Anuais de Gestão da Secretaria de Saúde de Recife, dos Relatórios Anuais da Santa Casa de Misericórdia, do Projeto de Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) / Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e dos Relatórios da Comissão de Acompanhamento da Contratualização. Abaixo, registramos alguns achados que consideramos relevantes para caracterização e análise do convênio estabelecido, e suas repercussões.

a. Sobre os Convênios

Considerando o aumento do fenômeno da terceirização através das Organizações Sociais de Saúde na gestão das políticas públicas de saúde em todo território nacional, e fortemente no estado de Pernambuco, considerávamos a possibilidade do modelo de contrato de gestão dos SRTs se tratarem desta modalidade. Muitas pessoas escutadas ao longo da pesquisa de campo, assim consideram tais entidades filantrópicas que também são OSS, e também executam outros serviços públicos nessa modalidade. Contudo, identificamos que nesse caso estudado se trata da modalidade de convênio com entidade filantrópica, oficializada como alternativa desde a Constituição de 1988.

Todavia, achamos importante evidenciar algumas diferenças entre esses dois formatos de repasse de recursos públicos para entidades sem fins lucrativos. Reforçamos que para todos os casos, é necessário a avaliação da demanda para verificar a impossibilidade de resposta dos entes públicos. Ambos os formatos tratados aqui são dispensados os processos licitatórios.[86]

Como definição de convênio, trazemos elaboração do Tribunal de Contas da União:

É todo e qualquer instrumento formal que discipline a transferência de recursos financeiros dos orçamentos da União para um órgão ou entidade da administração pública estadual, distrital ou municipal, direta ou indireta, ou ainda entidade filantrópica sem fins lucrativos na área da saúde (§1º do art. 199 da CF/1988). Sua finalidade é a execução de programa de governo envolvendo a realização de projeto, atividade, serviço, aquisição de bens ou evento de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação. (pág.12) [87]

Já as Organizações Sociais de Saúde se relacionam com o Poder Público através de Contratos de Gestão e surgiram com a mesma legislação que cria o Programa Nacional de Publicização, a Lei nº 9.637 de 1988, onde define em seu primeiro artigo:

“O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei.” (Artigo 1º) [21]

Figura 2 – Tipos de Instrumentos contratuais utilizados no SUS

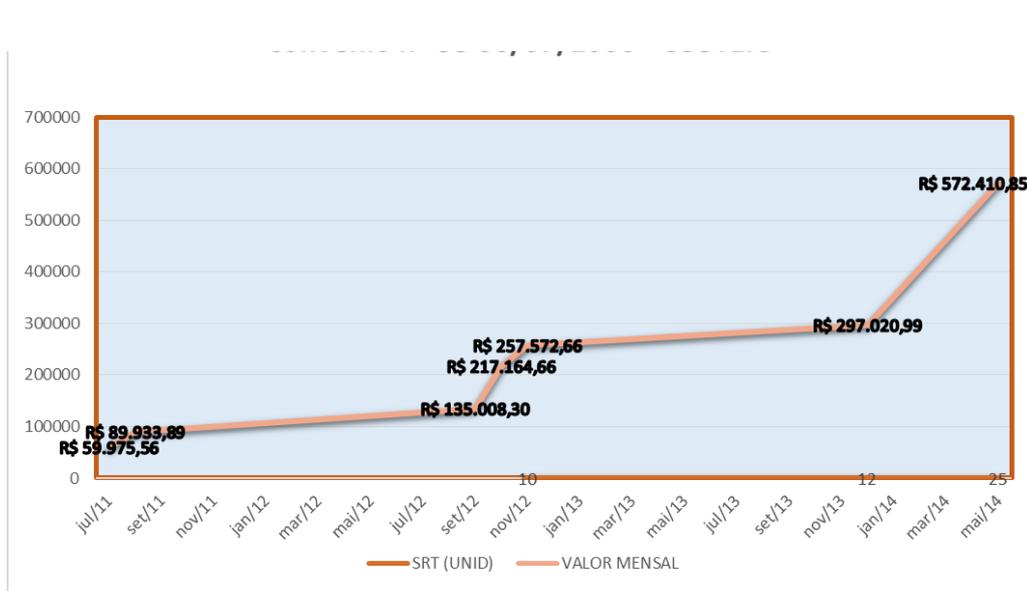


Fonte: Ministério da Saúde [86]

A relação contratual entre a Secretaria de Saúde de Recife e a Santa Casa de Misericórdia de Recife/ Hospital Santo Amaro está firmada através de três convênios de cooperação técnica, nos quais há a contratualização de diversos serviços inseridos na Média e Alta Complexidade. Além de atender a população que se utiliza unicamente dos serviços do Sistema Único de Saúde por meio de uma multiplicidade de serviços ambulatoriais, hospitalares e de emergência, ele também tem sido responsável pela cogestão de alguns serviços públicos, como os Serviços Residenciais Terapêuticos discutidos nessa pesquisa. O Hospital de Santo Amaro foi fundado em 1873, e é certificado como Hospital Filantrópico.

A Santa Casa de Misericórdia do Recife/Hospital Santo Amaro tem como objetivo, acolher e tratar com dignidade, pacientes oriundos principalmente das camadas mais pobres da sociedade recifense. É cadastrada como Hospital Geral. Faz parte de um conjunto de hospitais classificados como filantrópicos. (...) Destina 100% da sua capacidade instalada ao atendimento à população usuária do SUS. (Plano Operativo Assistencial, 2016) [88]

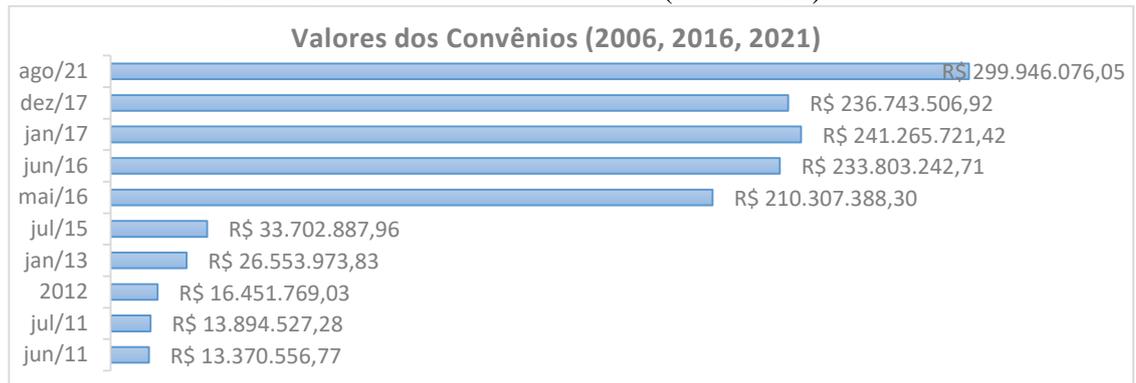
Apesar de identificarmos que a contratualização dos SRT foi iniciada apenas em 2011, o primeiro convênio em que se apresentam é o Convênio nº 95 de 06 de Julho de 2006. Supomos que ele foi assinado, inicialmente, para a contratualização de outros serviços historicamente ofertados pela entidade filantrópica, pois não tivemos acesso ao plano operativo anual, no qual há maior detalhamento dos serviços contratados. Através do Diário Oficial de Recife (D.O. R), observamos que no extrato do sétimo aditivo do convênio, publicado em Dezembro de 2015, mas que altera a programação orçamentária a partir de Julho de 2011, há o indicativo de implantação de SRT, assim como trata de reajuste financeiro para o custeio destes serviços. Ao longo dos anos, esses aditivos foram atualizando os valores de implantação e custeio dos SRTs no convênio, passando de R\$ 59.975,56 mensais antes de Agosto/2011 para R\$ 572.410,85 em Maio/2014, com a implantação de 25 SRT, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 1 - Valores de Custeio dos SRT do Convênio nº 95/2006

Fonte: Diário Oficial de Recife

Em seguida, foi firmado o Convênio de Cooperação Técnica nº 29, em 06 de Junho de 2016, com prazo de execução de 5 anos. Foi estimado em contrato o valor total de R\$ 210.307.388,33, contudo em Extrato do Primeiro Aditivo já se apontava o valor de R\$ 241.265.721,42. No mês de dezembro de 2020, já no fim do período de execução desse contrato, mas se referindo ao período a partir de dezembro de 2017, houve outra alteração passando para o valor total de R\$ 236.743.506,92. O Convênio anterior, em seu décimo primeiro aditivo, atualizava a partir de 2014 o valor total para R\$ 33.702.887,96, que em 2011 era R\$ 13.370.556,77. Observamos aí um aumento importante de 1670% do valor repassado pela Secretaria de Saúde de Recife para esta instituição filantrópica nos últimos

O último Convênio de Cooperação Técnica nº 4801.2.007.2021 foi assinado em agosto de 2021, com prazo de execução de 5 anos, como os anteriores. Inicia com o valor estimado total de R\$ 299.946.076,050. No gráfico abaixo, conseguimos visualizar o aumento do repasse financeiro ao longo dos anos da gestão pública para a entidade filantrópica.

Gráfico 2 - Valores dos Convênios (2006-2021)¹²

Fonte: Diário Oficial de Recife e Contratos dos Convênios

Como o primeiro contrato (assinado em 2006) foi firmado em data muito anterior ao objeto da pesquisa, e portanto, em formato distinto dos demais (formas de pagamento e de controle) apontamos alguns elementos dos dois que se seguiram e que tratamos acima, o de 2016 e o de 2021. Seu formato é padronizado e uma série de elementos se repetem, então vamos identificar apenas algumas questões importantes para a pesquisa e alguns elementos que se diferenciam entre eles.

Esses contratos vão apontar alguns instrumentos regulatórios e de prestação de contas:

a) Relatório de cumprimento do objeto, b) Plano operativo assistencial, c) Relatório de execução físico-financeira, d) Demonstrativo de execução da receita e despesa, e) Relação de pagamentos e comprovantes de pagamentos, f) Relação de bens adquiridos, g) Extrato de conta bancária, h) Comprovante de recolhimento do saldo de recursos.

Também tratam da conformação de uma comissão permanente de acompanhamento do convênio - já mencionada no convênio de 2006 - a qual foi constituída por dois representantes de cada parte, com a atribuição de acompanhar a execução do convênio em conformidade com o plano operacional. Identificamos em D.O.R a Portaria nº 129/2021 – GAB/SS que trata da comissão de acompanhamento para avaliação do desempenho das metas qualitativas e

¹² Apesar do convênio ter iniciado em 2006, só conseguimos identificar números correspondentes ao Valor Total do Convênio em Diário Oficial a partir de 2011. Este primeiro convênio estudado tinha uma proposta de pagamento distinto dos demais, em valores pré-fixados e pós-fixados, com indicativo anual no contrato de convênio,

quantitativas estabelecidas na contratualização no âmbito do SUS-Recife. Entre os anos de 2011 a 2014 também identificamos alterações nas mudanças de membros da comissão.

De forma geral, “o primeiro convenente” (a secretaria de saúde do município) tem a responsabilidade de exercer *a regulação, o controle, a avaliação, monitorar o funcionamento, vistoriar as instalações, garantir o funcionamento da comissão de acompanhamento, analisar e aprovar os relatórios*, além de apresentar periodicamente relatórios técnicos e administrativos ao Conselho Municipal de Saúde - além de realizar o pagamento dos serviços contratados. [88][89]

Por sua vez, “ao segundo convenente” (Santa Casa de Misericórdia), cabe garantir o cumprimento das metas e serviços especificados no plano, prestando serviços gratuitos, atendendo às disposições legais, submetendo-se às normas técnicas e administrativas e aos princípios do Sistema Único de Saúde. Ademais, é necessário que atenda às disposições legais que regem os serviços executados de acordo com os objetivos dos mesmos e apresente relatórios mensais e anuais. O segundo convenente é responsável por garantir a educação permanente dos recursos humanos, de maneira articulada com os demais pontos de atenção da rede de atenção à saúde; e deve aderir *ao Plano Nacional de Humanização do Ministério da Saúde*. [88,89]

No Convênio de 2016[88], foram pactuados as seguintes ações e serviços:

- i. Rede Urgência e Emergência: referente a atenção integral e especializada em enfermaria clínica de retaguarda, através de diárias e leitos;
- ii. Fortalecimento da Rede Hospitalar: através da execução dos Serviços de Assistência Domiciliar (SAD) com a contratualização de 3 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e 1 Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) com cobertura assistencial adstrita nos Distritos Sanitários IV e V;

- iii. Serviço de Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (NASF): neste eixo, são contratualizadas equipes para se configurarem como Núcleos de Apoio a Saúde da Família, que deverão dar cobertura a rede de serviços de saúde do Distrito Sanitário IV;
- iv. *Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)*: é neste grupo que a pesquisa se desenvolve, onde se encontram dois serviços executados por essa filantrópica: os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e as Unidades de Acolhimento (UA);
- v. Serviço de Fortalecimento da Rede de Saúde Bucal: contratualização de 02 Serviços de Prótese Dentária nos Distritos Sanitários IV e V, através dos Centro de Especialidades Odontológicas;
- vi. Assistência Ambulatorial: serviços prestados no hospital através da realização de consultas, exames e/ou procedimentos regulados pelo gestor municipal;
- vii. Assistência Hospitalar: atendimento no ambiente hospitalar ou domiciliar conforme indicação, e através de regulação para internações de cirurgias eletivas ou da rede de urgência e emergência;

No convênio de 2021[89], tais serviços são agrupados em três componentes de contratualização: Projetos de fortalecimento das redes de atenção à saúde, incentivos de apoio à contratualização e a assistência à saúde. No primeiro, se encontram os itens II, IV e V apresentados acima e que se mantém, contudo não há mais menção às equipes do NASF, ainda que se indique um projeto de fortalecimento da atenção à saúde com “o objetivo de inserir profissionais de diversas especialidades para contribuir com a rede na realização de atividades”. Há o acréscimo ainda de um projeto de fortalecimento das ações de combate à COVID 19 através da contratação de enfermeiros e técnicos de enfermagem para atuar na identificação, notificação, monitoramento e manejo dos casos. O segundo item trata de repasse referente ao

cálculo de incentivo de adesão à contratualização (IAC), ou seja, pagamento mensal realizado pelo ente público para os estabelecimentos que prestam serviços de forma complementar ao SUS, conforme Portaria GM/MS nº 2617/2013. Por fim, no último item encontram-se os serviços referidos nos itens VI e VII, que também já haviam sido indicados no convênio anterior e que se mantiveram.

Retornaremos abaixo os serviços contratualizados dentro do item Projeto de Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – Residências Terapêuticas, nesses dois convênios firmados, para observar a ampliação da rede desses serviços com a modalidade de transferência da gestão direta e do aumento, conseqüente, dos recursos públicos repassados.

No Convênio Nº29/2016 havia ainda a estimativa de implantação de 15 SRT tipo I, totalizando o custeio de 28 SRT tipo I com alimentação integral, e 7 SRT tipo I com alimentação parcial. Estavam previstos ainda os valores referentes à coordenação, e previsão de recursos para pagamento de cuidadores extras, repassados mediante comprovação da despesa. Segue quadro de estimativa financeira apresentado no plano operacional:

Figura 3 - Estimativa financeira total de execução dos SRT

Quadro 8 – Estimativa financeira TOTAL de execução dos SRT.

Tipo de Incentivo	Parcela única	Valor Total (R\$)/ mês	Valor Total (R\$)/ ano
Implantação	300.000,00	-	-
Taxa Adm Implantação	15.000,00	-	-
Pós-pago	-	14.000,00	168.000,00
Coordenação	-	33.636,36	403.636,32
Taxa Adm Coordenação	-	3.363,64	40.363,68
Custeio	-	890.909,04	10.690.908,48
Taxa Adm Custeio	-	89.090,96	1.069.091,52
TOTAL	315.000,00	1.031.000,00	12.372.000,00
TOTAL CUSTEIO + IMPLANTAÇÕES			12.687.000,00

Fonte: Convênio nº29/2016 [88]

No Convênio nº 4801.2.007.2021/2021, por sua vez, identificamos um momento em que já não há mais previsão de implantação de novos dispositivos, sendo então contratualizados os

34 SRT tipo I já em funcionamento. Há os valores repassados para 33 SRT tipo I integral, e 1 (uma) destacada como SRT tipo I especial, pelo aumento de 500 reais no custeio com a justificativa de um valor maior no aluguel do imóvel. Também são registrados os valores para custeio da equipe de coordenação e, diferente do contrato anterior, um repasse pré-pago para o que está identificado como equipe volante, ou seja, prevista desta vez a contratação de um grupo de profissionais cuidadores para acompanhamento de moradores em internamentos ou outras situações que demandem contratação de cuidador extra. Segue abaixo estimativa de custos deste novo convênio:

Figura 4 - Estimativa financeira total de execução dos SRT

Quadro 8 – Estimativa financeira TOTAL de execução dos SRT.

COMPONENTE	VL. UNITÁRIO	QUANTIDADE	VALOR TOTAL/MÊS	VALOR TOTAL/ANO
RT TIPO I	R\$ 28.500,00	33	R\$ 940.500,00	R\$ 11.286.000,00
RT TIPO I INTEGRAL ESPECIAL	R\$ 29.000,00	1	R\$ 29.000,00	R\$ 348.000,00
COORDENAÇÃO	R\$ 55.029,08	1	R\$ 55.029,08	R\$ 660.348,96
EQUIPE VOLANTE	R\$ 92.248,13	1	R\$ 92.248,13	R\$ 1.106.977,56
SUBTOTAL PRÉ-PAGO	-		R\$ 1.116.777,21	R\$ 13.401.326,52

Fonte: Convênio nº 4801.2.007.2021/2021[89]

b. Relatórios Anuais de Gestão

A partir das leituras realizadas nos relatórios anuais da Secretaria Municipal de Saúde pouco podemos identificar sobre a cogestão compartilhada entre o ente público e a entidade filantrópica para executar os serviços de saúde do convênio. Na RAG de 2014 há menções ao processo de manutenção das Unidades de Acolhimento(UA) com responsabilidades compartilhadas; na de 2016, observamos uma série de ações para padronização e implantação de leitos do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) em parceria com a Santa Casa de Misericórdia. [90,91]

A respeito do objeto de estudo, identificamos no documento relativo ao ano de 2013 a menção ao convênio na meta de manutenção dos dispositivos: “Garantida a manutenção das 13 Residências conveniadas. As 11 restantes foram reprogramadas através da contratualização”. Em seguida, apenas encontraremos no relatório do ano de 2017 uma listagem dos 52 SRT implantados ao longo da história do município, diante do fechamento de todos os leitos de longa permanência na cidade, onde se observa ao lado da nomenclatura de cada dispositivo, entre parênteses, o nome da entidade filantrópica que era contratada para sua gestão: (IMIP) ou (Santa Casa). [92]

A partir do documento referente ao ano de 2018, começamos a identificar ações de monitoramento “da rede de Serviços de Residência Terapêutica na perspectiva de qualificar a assistência aos moradores”, quando foi criado o instrumento, e quando se seguiram as ações de fato a partir do ano seguinte [93]. Em 2019, a ação era descrita pela visita das coordenações clínicas e do Núcleo Gestor (CAPS e Gerência da Política), *in loco*, às moradias; foram realizadas oito. Diante do universo ficamos na dúvida se foram feitas oito visitas de monitoramento em cada SRT ao longo do ano, ou se foram oito no universo dos 50 SRT, ou se ainda essa visita de monitoramento é contabilizada de forma distinta das visitas mensais ou bimensais que as coordenações clínicas reportaram fazer aos dispositivos de sua referência durante as entrevistas [94]. Já a partir de 2020, além dessas visitas, há a menção a “agendas colegiadas com os prestadores” no mesmo item descritivo da ação, tendo sido realizadas quatro de oito colocadas como meta anual. [95]

Nos anos de 2014 a 2016, identificamos ainda uma ação de “monitoramento das informações referentes ao orçamento e aos tipos de contratação entre a SESAU e hospitais filantrópicos, conveniados, Organizações Sociais de Saúde (OSS), para administração terceirizada da rede”, contudo havia menção apenas a um processo de monitorar os contratos existentes, e nada referente ao processo de acompanhamento da qualidade dos serviços

prestados; ainda que haja meta anual de auditoria dos serviços de saúde, no geral, da rede própria e conveniada. [90,91,96]

No ano de 2016 foi citada a publicação de “novos convênios com os 04 Hospitais Filantrópicos da rede complementar (Santo Amaro, Maria Lucinda, IMIP e Hospital Evangélico)”. Contudo, no relatório do ano seguinte foi identificado o número dos novos contratos e não há a menção ao de nº 29/2016 firmado com a Santa Casa de Misericórdia. O relatório refere o Convênio nº 28/16 - DOM 18/03/17 que desconhecemos o conteúdo, mas não aborda os dispositivos mencionados nessa pesquisa. [91,97]

No que se refere às ações de monitoramento e acompanhamento da execução dos contratos, identificamos entre os anos de 2018 e 2020, apenas, a menção a “Realizar reuniões de acompanhamento das comissões de contratos e convênios”. Neste primeiro ano foram referidos descontos financeiros a partir da avaliação dos desempenhos quantitativos e qualitativos da prestação de serviços e foram feitas todas as reuniões planejadas, no total de 16. No ano seguinte, o número cai para 12 e no ano de 2020 não há referência a nenhuma reunião, fato justificado pela pandemia do Covid-19. [93–95]

Apesar da fragilidade dos relatórios acerca das ferramentas de acompanhamento dos convênios, e da forma como se dá o monitoramento dos serviços no contexto de cogestão, identificamos nestes documentos o registro do processo gradual de descredenciamento dos leitos de longa permanência do município, todos em unidades privadas, porém financiadas pelo Sistema Único de Saúde. Importante ressaltar a relevância dessa conquista histórica para a mudança do paradigma e do cuidado das pessoas com sofrimento psíquico na cidade. Ainda que pese a precarização da Rede de Atenção Psicossocial, a centralidade do financiamento público em serviços interligados por esta rede, orientada pela proposta antimanicomial, situa o debate na cidade e a discussão das políticas públicas em consonância com a RPB.

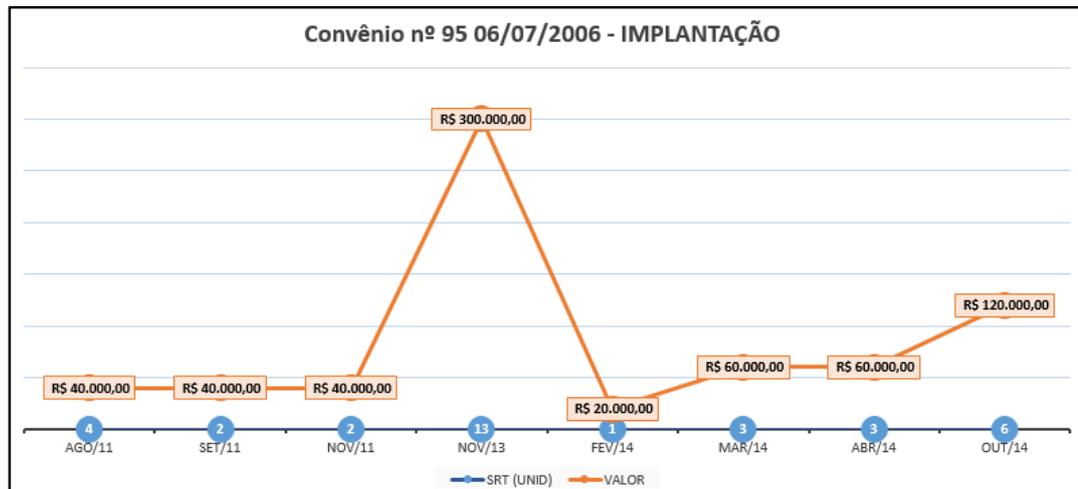
À medida que os leitos foram fechados, em um primeiro momento ocorreu a criação de Módulos de Reabilitação Psicossocial, com a proposta de conduzir a transição para a desospitalização, ainda que a maioria desses pontos de atenção tenha permanecido no mesmo hospital psiquiátrico. Em seguida, observamos o aumento significativo dos Serviços Residenciais Terapêuticos, para onde as pessoas foram transferidas e passaram a residir. Esses dados convergiram com as informações trazidas pelo Diário Oficial de Recife, que reportam apenas o repasse financeiro para implantação e custeio dessas unidades. Na tabela e no gráfico abaixo, tentamos sistematizar tais números para melhor visualização desse elemento histórico.

Tabela 2 - Número de SRT x Relatórios Anuais de Gestão

RAG/ ANO	Nº de Leitos de longa permanência	Nº de Leitos em Módulos de Reabilitação Psicossocial	Implantação de novas SRTs	Nº de SRT
2010	5 hospitais			15
2011			12	22
2012		300	2	24
2013	3 hospitais transformados em módulos		3	27
2014	-82	219	4	31
2015	0		2	33
2016	0	211	19	52
2017	0	0	0	52
2018	0	0	-2	52
2019	0	0	0	50
2020	0	0	0	50

Fonte: Própria autora a partir dos Relatórios Anuais de Gestão 2010-2020 [90-99]

Gráfico 3 - Implantação de SRT no Convênio nº 95/ 2006



Fonte: Diário Oficial de Recife

c. Relatórios Anuais da Santa Casa de Misericórdia

No endereço eletrônico da Santa Casa de Misericórdia encontramos publicados os relatórios anuais de atividades dos anos de 2019, 2020 e 2021. Eles mantêm o mesmo padrão de registro e especificam pouco as ações, de fato executadas, em cada serviço contratualizado. No item introdutório do relatório aponta-se os recursos utilizados pela instituição, e conseguimos observar, em consonância com outros documentos e a literatura sobre a relação das entidades filantrópicas com investimentos públicos, que no ano de 2021 96% das receitas da entidade foi proveniente de convênios. [100]

Nesses últimos anos, houve pequenas mudanças nos recursos humanos contratados para a execução dos SRT, que passaram de 203 para 230, e foram reduzidos novamente no último ano para 211 [100–102]. Coloco abaixo quadro construído pela instituição para apresentar conformação do corpo técnico contratado:

Figura 5 - Equipe contratada para SRT pela Santa Casa de Misericórdia

FUNÇÃO	QUANTIDADE
Coordenação Administrativa	02
Coordenação Clínica	03
Motorista	03
Apoio Administrativo	01
Técnicos de Referência*	20
Cuidadores Feristas*	13
Cuidadores*	169
TOTAL	211

*Considerando os contratos por tempo determinado – CTD 's

Fonte: Relatório Anual da Santa Casa de Misericórdia (2021) [100]

No número de moradores também há alguma alteração, que pode ter se dado com a chegada de novos moradores e, em seguida, com uma redução possivelmente também relacionada aos óbitos durante pandemia do Covid-19 - que foi citada porém não explicitada – passando de 245 moradores nas 33 SRT, para 258, e ano passado com 253 moradores.

No serviço prestado há uma divisão das atribuições compartilhadas com a gestão pública. Deixa-se evidente que se trata de um processo de corresponsabilização e que inclui garantia de suporte administrativo, recrutamento de pessoal e manutenção dos dispositivos, enquanto a Prefeitura de Recife ficaria encarregada do “cumprimento da Política de Saúde Mental”, dos cuidados clínicos e da reabilitação psicossocial através dos CAPS do município.

Ainda que uma parte importante no texto se repita, observamos, contudo, que nos últimos anos houve um acréscimo no texto que trata sobre o “objetivo” dos SRT. Em 2019, e provavelmente em anos anteriores, encontrávamos:

As Residências Terapêuticas atendem a um programa que tem como objetivo acolher, em moradias, pessoas com transtornos mentais. O programa obedece ao modelo funcional das leis 10.216/01 (federal) e 11.064/94 (estadual), que tratam da descontinuação do modelo convencional para o tratamento dos doentes psiquiátricos. [101]

Agora, observamos:

As Residências Terapêuticas atendem a um programa que tem como objetivo acolher, em moradias, pessoas com transtornos mentais, *visando promover o resgate da autonomia e do protagonismo de suas vidas*. O programa obedece ao modelo funcional das Leis nº 10.216/01 (Federal) e nº 11.064/94 (Estadual), que tratam da

descontinuação do modelo convencional para o tratamento dos doentes psiquiátricos.
[100]

Podemos supor que a revisão do objetivo dos serviços executados relacione-se a um maior debate sobre as formas de gerenciar tais equipamentos, decorrentes de tensionamentos provocados pela clínica na perspectiva da Atenção Psicossocial em relação a questões administrativas, e uma maior compreensão sobre a Política de Saúde Mental, que reverbera na escrita.

d. Projeto de Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) / Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – 2021

Tivemos acesso a este documento, de 2021, e como não foi compartilhado nenhum outro documento anterior com conteúdo semelhante, que possibilitasse comparações ao longo dos anos, trabalharemos com o acúmulo construído até então. Como foi possível também acessar alguns registros da Coordenação do Projeto Rehabitar (2001-2006), também os utilizaremos para observações e análise desses movimentos da história da gestão desses serviços em Recife.

Neste projeto, assinado pela Secretaria Municipal, há o registro de que a gestão pública reafirma a opção de continuidade do convênio com as entidades filantrópicas (IMIP / Fundação Professor Martiniano Fernandes e Santa Casa de Misericórdia / Hospital Santo Amaro) para manutenção dos 50 SRT do município. Também consideram, contudo, que “diante das dificuldades e contradições e contradições existentes/inerentes ao processo, é fundamental o estreitamento/ alinhamento de todos os atores envolvidos, uniformizar as diretrizes pautada na Política de Saúde Mental e linha guia construída pela RAPS do Município” (pg. 3-4)[103]. Este trecho sugere que os temas pesquisados e levantados ao longo da pesquisa são também percebidos pela gestão pública, que tenta usar o projeto como ferramenta unificadora das três gestões (duas instituições conveniadas e a secretaria de saúde municipal) envolvidas no

processo, assim como de sua equipe de trabalhadoras(es). No documento há uma descrição importante e detalhada das atribuições, não só da Prefeitura do Recife e da entidade conveniada, quanto de todos os cargos propostos no projeto: Coordenador Clínico, Coordenador Administrativo, TR (Técnica de Referência), Cuidador(a) de SRT (I e II), Técnico de Enfermagem de SRT II, Analista de Monitoramento e Avaliação e Apoiador Técnico das Coordenações Administrativas e Clínicas. (Anexo C)

e. Relatórios da Comissão de Acompanhamento da Contratualização

Tivemos acesso a relatórios construídos pelas comissões de acompanhamento da contratualização dos serviços realizados por intermédio do convênio com a Santa Casa de Misericórdia/Hospital de Santo Amaro entre os anos de 2011 (segundo semestre), 2012 (1º trimestre), 2013 (segundo semestre), 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020.

Até 2017, o documento é dividido em três estratégias de análise, como definem: em relação ao desempenho ambulatorial, em relação ao desempenho hospitalar, e em relação aos serviços contratualizados (onde estão os SRT estudados) item no qual se descreve o seguinte procedimento: “avaliação do funcionamento das equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), *Residência Terapêutica (RT)* e Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), conforme pactuado através de seus incentivos.”

Todavia, apesar de ser indicado no início do documento que haveria algum tipo de análise para esses serviços, não há nenhuma referência a essas pactuações ou a uma mínima descrição sobre o funcionamento desses serviços ou, ainda, de que forma ele está sendo avaliado. Apenas encontramos dados numéricos sobre valores contratualizados, produções, desempenho e indicadores relativos aos custos de atendimentos hospitalares ambulatoriais.

No ano de 2013 foi citado um relatório de avaliação dos serviços pelas áreas técnicas, com vistas às alterações previstas no próximo aditivo. No entanto, apesar do documento citar

que estes dados estariam em anexo, não os encontramos – ao menos no documento recebido. Em 2014, foi citada novamente uma avaliação dos serviços que estaria em anexo, que também não foi identificada.

A partir de 2017, contudo, nas estratégias de análise já não mais encontramos os serviços contratualizados. Apenas é registrada a avaliação feita, em números, sobre os serviços ambulatoriais e hospitalares. Se os serviços que sabemos que permanecem contratualizados não estão sendo observados por esta comissão, como estariam sendo acompanhados e monitorados?

Ainda que tal processo de acompanhamento historicamente tenha ocorrido por meio de controle financeiro, resta a dúvida sobre a necessária avaliação qualitativa da prestação destes serviços. Em nossa pesquisa documental não encontramos números relativos às ações realizadas na execução dos SRT, dos NASF, do SAD nesses documentos, aspecto que nos leva a questionar a transparência e a prestação de contas nos processos de contratualização dos entes públicos com entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

4.2 A partir das escutas

Durante o contato realizado com as(os) trabalhadoras(es) que estão, ou estiveram, vinculados à oferta de cuidado aos(as) moradores(as) dos SRT, em entrevistas individuais, coletivas e grupos focais, conseguimos identificar uma série de questões surgidas ou potencializadas no processo de gestão compartilhada com a entidade privada. Em consonância com o método utilizado e com os objetivos do estudo, organizamos o material coletado a partir de categorias que serão apresentadas a seguir.

4.2.1 Lógica do Cuidado no CAPS

A legislação brasileira indica que os SRT devem estar vinculados a um serviço de saúde mental, sendo este sua referência para suporte terapêutico dos(as) moradores(as) que vivem

naquele dispositivo. Embora seja dito que este serviço possa ser o CAPS ou outro serviço ambulatorial de saúde mental, a centralidade do serviço CAPS na Reforma Psiquiátrica Brasileira faz com que grande parte dos SRT esteja vinculada a este tipo de serviço.

Em Recife, o processo seguiu desta mesma forma. Todo SRT está vinculado ao CAPS de referência daquele território. Os distritos sanitários possuem, ao menos, um CAPS e a partir do bairro em que este dispositivo-moradia é implantado, a equipe desse serviço assume o acompanhamento do dispositivo e de seus moradores. Apesar da lógica permanecer a mesma, ao longo dos anos tem-se percebido uma mudança na forma como se dá essa relação, ou seja, na perspectiva em que é realizado o acompanhamento e o diálogo necessário entre os dois serviços.

Durante os primeiros anos de implantação dos SRT do município, a gestão desses dispositivos era feita diretamente pela Secretaria de Saúde, através dos CAPS. A partir dos relatos coletados durante a pesquisa, identificamos que durante esse período, em todas as etapas da construção, as referências dos CAPS encontravam-se envolvidas, o que se manifestava desde a identificação do imóvel, da seleção da equipe, do encaminhamento e resolução de demandas administrativas, da solicitação e repasse de insumos, da prestação de contas, mas também pela discussão da chegada de moradores(as), a construção do processo de adaptação e dos PTS, da inserção na cidade. Ou seja, eram estes serviços os responsáveis pelos aspectos administrativos e os relativos ao cuidado e à atenção psicossocial.

Os SRT contam como equipe formada por cuidadores e um(a) técnico(a) de referência. Apesar dos cuidadores terem passado por diversas modalidades de vínculo durante esse primeiro período, identificado pela administração direta pelo poder público, as(os) técnicas(os) de referência eram profissionais servidoras do município, lotadas nos CAPS, e que dividiam sua carga horária e atribuições entre os atendimentos realizados no serviço e no dispositivo da

residência terapêutica. Tal relação é identificada como um dos fatores que tornava o acompanhamento dos(as) moradores(as) algo permanente dentro dos CAPS:

A técnica de referência da residência terapêutica atuava também no CAPS como técnica de referência no CAPS....Então imaginem o entrosamento que havia à época entre os dois serviços, não é? Entre a residência e o CAPS. Porque não havia um distanciamento ou afastamento burocrático, ou afastamento institucional e contratual. (Grupo Focal – CAPS)

[...] mas eu percebo que a relação, ela não é mais tão próxima como era antes. Antes, eu me lembro que as discussões das residências terapêuticas, elas não estavam presentes dentro do CAPS só no momento da reunião e que eram mais vivas do que eu observo hoje, eram bem mais vivas essas discussões. (Grupo Focal – CAPS)

Ainda que se identifiquem alterações do ponto de vista da gestão dos recursos, sejam eles humanos ou financeiros, a maior preocupação compartilhada pelas pessoas que participaram da pesquisa foi o significado desse afastamento para o que se entende como clínica da atenção psicossocial. Sendo o CAPS o serviço identificado como um dos principais serviços substitutivos à lógica manicomial, ele é compreendido como ponto de atenção que evita internamentos psiquiátricos e faz atendimentos às crises, na perspectiva da clínica ampliada e da territorialização do cuidado; e também como ponto de construção, debate, manutenção e aprofundamento da desinstitucionalização. É neste local que se visualiza e se garante a construção de projetos de vida articulados com uma clínica e uma política que sustente a ousadia permanente de romper com a exclusão e o aprisionamento da loucura.

Quando o CAPS saiu da jogada perdeu muito, a gente perdeu muito em qualidade de construção de PTS mesmo, da clínica, a gente perdeu muito a clínica... e ficou tudo muito...prestação de contas (...). (Entrevista com C2)

Todavia, é perceptível que ao longo dos anos tem-se buscado formas de identificar sob que aspectos se dá essa relação entre os CAPS e os SRTs, ou seja, de que forma as responsabilidades são gerenciadas entre os diversos órgãos e serviços públicos do município. Tanto nos primeiros anos de implantação, como atualmente, ou seja, após esses vinte anos de história dos SRT em Recife, há um debate sobre de que maneira a equipe de referência dos SRT

precisa estar inserida nos CAPS, ou de que forma a equipe do CAPS consegue dar conta do acompanhamento cotidiano de manutenção de moradia, diante da extensa e complexa demanda já recebida por este serviço. Tais debates são expressos de diversas maneiras, sendo potencializados pela chegada de um novo ator no processo de gestão dos dispositivos, que são as entidades filantrópicas conveniadas. Ainda que houvesse uma vinculação direta entre os dois serviços, havia um entendimento de que se tratavam de duas equipes distintas, e talvez por esses aspectos não estarem totalmente definidos, também havia desentendimentos e compreensões que apontavam fragilidades no processo de trabalho. A equipe do CAPS compreendia que a construção da dinâmica de trabalho de forma distinta, ou específica para o dispositivo, poderia significar um afastamento, e por sua vez, fragilizar a clínica da atenção psicossocial:

Agora os cuidadores também tinham algumas coisas que a gente fazia no próprio CAPS também entendeu? A gente ia para os CAPS né, também fazer algumas discussões... um ponto que também era frágil era muito criticado, era uma polêmica porque se dizia que a gente queria ser um projeto à parte do CAPS. (Entrevista com G1)

Encontramos também a percepção de que este afastamento se dava no cotidiano pela dificuldade da equipe do CAPS estar dentro da dinâmica desse serviço-moradia:

Porque parece que o CAPS já era tão cheio de coisas, sabe? Assim que poucos dava atenção para a residência, né? Só vinha olhar para a residência quando acontecia alguma coisa extraordinária, era que o CAPS chegava até lá... (Entrevista com C2)

A chegada do convênio com as instituições filantrópicas instituiu duas novas funções que antes estavam inseridas dentro da dinâmica de CAPS: a coordenação clínica e a coordenação administrativa. Estas equipes são contratadas pela filantrópica, uma com mais outra com menos interferência da política municipal, mas nenhuma delas lotada no CAPS. O aumento do número de SRT, de 11 (quando da gestão direta) para 50 (atualmente) exige, de fato, um investimento técnico mais robusto e complexo para sua manutenção, sob todos os aspectos; contudo, uma reformulação dentro do organograma público usualmente acontece com

maior diálogo e participação das equipes envolvidas. Supomos, após relatos, que a chegada de uma entidade filantrópica junto com um processo de ampliação dos serviços aconteceu de forma rápida e sem a participação do principal serviço que era responsável pelos SRT e possuía acúmulo e experiência no trabalho.

[...]eu acho que foi uma coisa negativa nesse processo é meio que deixar o CAPS de lado, eu falo assim porque eu vejo muito (...) aquela correria que tem o dia que tem que pegar o dinheiro, o dia que tem que prestar conta, e às vezes o dinheiro não é dado em um dia só, aí tem que pegar, sabe? autoritária... não existe muita flexibilidade... exigência demais e até que ponto isso ajuda nesse processo de casa, até que ponto a gente tá reforçando esse lugar de casa e não de serviço? Até porque, na casa da gente tem que ter um orçamento, tem que ter controle do que a gente gasta, mas não tem essa rigidez toda 'gastou tanto tem que ter tanto' pode passar dez reais? Pode (...) então acho que essa ausência do CAPS nesse processo não foi legal. (Entrevista com TR 2)

O sentimento de desconfiança e de fragilidade acontece diante de um processo de afastamento, no qual a principal referência é substituída por uma entidade meramente administrativa, que não demonstra compreender as particularidades do serviço, diferentemente do CAPS, que debatia recursos no mesmo local onde se debatiam projetos terapêuticos. Novos processos de gestão dos SRTs e do cuidado com os(as) moradores(as) são entendidos como intrínsecos a sua existência, contudo, é questionada não só a forma, mas as consequências, desse novo modelo de gerenciamento. Os SRT são dispositivos de referência para o processo de desospitalização no país e por isso se tornaram referência na Reforma Psiquiátrica. Portarias e normativas foram criadas no bojo de um processo em que se discutiam, também, princípios e diretrizes de uma rede de atenção psicossocial. As seguintes questões foram apontadas: o que expressa o deslocamento da referência do CAPS na condução dos SRTs, em relação ao paradigma da à atenção psicossocial e da Desinstitucionalização? Tais entidades filantrópicas estão cientes do suporte e da flexibilização que se exige na gestão de tecnologias leves essenciais para o trabalho cotidiano dos SRT?

4.2.2 Fragmentação da Gestão

A chegada de uma nova instituição para a administração dos SRT em Recife alterou a forma como o processo de trabalho se dava nos dispositivos, e inseriu um novo ator para a organização, não só dos recursos materiais necessários para a existência e manutenção da casa e da vida dos(as) moradores(as), mas também para a agenda política da rede de serviços de saúde mental à qual esse dispositivo está vinculado. O contrato e o que a gestão pública aponta como divisão de responsabilidades indicam que é dever da Secretaria de Saúde a condução do processo de execução do serviço, sendo as entidades filantrópicas apenas executoras administrativas monitoradas e gerenciadas pelo gestor da política pública. Contudo, a experiência prática tem demonstrado uma dificuldade de conduzir o processo de tal forma. Durante a pesquisa identificamos que há uma análise generalizada na rede, a partir do olhar de distintas funções envolvidas no cuidado com os SRT, de que há um descompasso e um descolamento entre as orientações realizadas pelas duas “gestoras” atuais: a gerência de saúde mental e a entidade filantrópica conveniada.

Há uma crítica sobre a ausência de uma linha de cuidado com responsabilidades definidas, ou caso exista, de não estar sendo executada a contento, causando incertezas em quem faz parte da equipe de referência, sejam as(os) técnicos(as) de referência e cuidadoras(es), mas também quem precisa deste alinhamento para o acompanhamento terapêutico dos(as) moradores(as).

É que não dá tempo da gente trocar um pouco com a coordenação.... porque é tudo, né? Naquela hora que a gente está lá... mas a gente termina se esbarrando em duas gestões, certamente eu acho, são duas conduções, né? São dois processos de trabalho, vamos dizer assim. (Grupo TR)

[...] em relação às normativas fica tudo muito folgado... Por quê? Porque é várias ordens... a Santa Casa tem uma ordem, a prefeitura tem outra. (Grupo Cuidadoras)

É que se não houver um alinhamento, se não houver uma proximidade e é uma decisão de gestão, aí é uma decisão de gestão da política de saúde mental de como vai coordenar essas coordenações clínicas com a gerência do serviço e os TRs e os moradores.... porque é isso... sim é gestão, gestão de cuidado...quando isso fica

partido, fica psicótico quando um TR de residência responde a dois sem haver uma conexão e uma definição básica do que é que está fazendo? Por que está se fazendo e tem uma linha de cuidado? Isso torna muito difícil. (Grupo CAPS)

A compreensão de que uma dualidade na construção de diretrizes e de referências para o monitoramento do trabalho gera insegurança e desorganização da equipe demonstrou ser um consenso entre as diferentes perspectivas de gestão do trabalho que identificamos. Este aspecto torna-se ainda mais relevante quando consideramos que o processo de trabalho em análise envolve uma construção recente e contra-hegemônica, como a atenção psicossocial e a desinstitucionalização.

O cuidado em saúde mental na perspectiva antimanicomial tem-se construído e fortalecido pelo aprofundamento do trabalho e da pesquisa na área, internacional e localmente. É reconhecido pela criação e utilização de ferramentas e técnicas específicas, compartilhadas com outros serviços da rede de saúde, como o dispositivo técnica de referência, projeto terapêutico singular, matriciamento, clínica ampliada, entre tantos outros. Desta maneira, o envolvimento de gestores que desconhecem tais mecanismos e sua importância para a construção de práticas e fluxos pode ser entendido, à primeira vista, como um fator meramente administrativo, quando na verdade interfere diretamente em processos que são essenciais para a existência daqueles serviços. Um exemplo recorrente nos relatos refere a institucionalização de regras que antes não faziam parte da dinâmica e que se relacionam apenas com a entidade conveniada:

[...]Todas essas regras e essas normas e essa vigilância e controle... então aquela coisa do dinheiro, de tirar xerox de tudo, quero nota e prestar conta, sabe? Então a gente ficava meio que numa corda bamba, né? De um lado, a gente queria fazer daquela experiência, proporcionar uma experiência que fosse mais natural possível, por outro lado, a gente era cheio de regras, de cobranças, de normas a cumprir e não deixava a gente atuar ali como se não fosse uma instituição. E aí vem a aquela coisa... da desinstitucionalização... Até que ponto? A residência também não é um institucionalizar, né? Essas pessoas ali dentro... (Entrevista com C2)

Nesse sentido, sobressai também a utilização de referências, práticas e normas hospitalares que são completamente antagônicas para o que se espera da rotina de um SRT. As

peessoas que chegam para morar nessa modalidade de serviço têm histórico de longas internações em hospitais psiquiátricos e sofrimentos relacionados com a utilização de símbolos e procedimentos vinculados à prática hospitalocêntrica, centrada no cuidado biomédico e em seu silenciamento e negação como sujeitos.

Que às vezes possa parecer uma coisa besta, por exemplo, quando eu fui visitar as tipo II, e encontrava no quarto do cuidador...é... descartex, C.I. do prestador dizendo é preciso usar crachá, não sei quê, eu “Não, aqui na casa ninguém usa crachá! Vamos recolher os descartex e o quarto do morador não é posto de enfermagem!”. Estava visível para todo mundo ver, porque é que isso não estava incomodando as pessoas que estavam no projeto? Então é por isso que eu digo da diretriz. Eu tenho muito claro que aquilo é uma casa e quando eu entro eu vejo um descartex aquilo me choca. (Entrevista com G5)

Percebe-se que a inserção de uma entidade que demonstra desconhecer as diretrizes da Política de Saúde Mental traz tensões que poderiam ser evitadas caso este aspecto fosse considerado no momento da contratualização do serviço, ou ainda, fosse construído um processo amplo de monitoramento e controle da forma como tais serviços estão sendo executados pela mesma. Esta dualidade de linhas de comando gera, na verdade, não só duas coordenações em paralelo, mas a disputa de dois projetos que por vezes fazem leituras distintas de uma ação a ser tomada por, na sua essência, possuírem racionalidades distintas sobre a gestão da vida e do cuidado.

E aí a fragilidade de ser contratualizada... isso que fica muito à mercê, também né? Das correlações de forças... (Entrevista com G4)

Então tem os tensionamentos que a gente faz, constante assim... e por isso que esse desafio constante de você dizer “Epa! não, isso aqui é uma casa, isso não cabe aqui!”. (Entrevista com G5)

4.2.3 Seleção das Equipes

A forma como a equipe foi inserida nos serviços mudou muito ao longo dos anos. Através dos relatos percebemos que inicialmente havia um maior controle e investimento nos perfis de trabalhadoras(es) envolvidos. As coordenações do programa, vinculadas à Secretaria

de Saúde, e posteriormente as coordenações clínicas, atualmente vinculadas à entidade filantrópica, eram indicadas por seu histórico envolvimento e investimento na Política de Saúde Mental.

Por sua vez, as técnicas de referência eram inicialmente servidoras vinculadas ao CAPS, indicadas em discussões técnicas das equipes de que faziam parte, e com acompanhamento do núcleo gestor da política. Em seguida, após a contratualização das entidades filantrópicas, há um afastamento compulsório dessas profissionais para inserção de trabalhadoras que agora precisariam ser contratadas pela entidade conveniada. Destaca-se, nesse processo, a surpresa das trabalhadoras inicialmente envolvidas, e a falta de cuidado com o trabalho e o vínculo realizado até então por elas.

[...] que eu saí, inclusive, saí porque eu não podia continuar porque eu não era OSS...e eu faço questão de dizer isso aqui porque foi bem difícil para mim e lembro como hoje quando chegou uma comunicação dizendo que eu não podia mais continuar na residência como TR, porque eu não era não era contratada e isso eu fiquei assim “Como assim? Como, minha gente, eu vou sair? Eu não tô entendendo qual é a dificuldade?” (Entrevista com TR1)

Os(as) cuidadores(as) passaram por uma série de distintas formas de contratação, e pelos relatos, no início, a maior parte foi convidada a trabalhar a partir do acompanhamento que a equipe da coordenação de saúde mental fazia durante a desospitalização dos futuros moradores dos SRT. Uma grande parte era técnico(a) de enfermagem das unidades hospitalares e que demonstravam em seu trabalho uma perspectiva humanizadora de cuidado, com disponibilidade e potência de fazer o trabalho com base em outro referencial teórico-metodológico. Em seguida, houve um concurso voltado para a contratação de cuidadores(as) de SRT. Nesse processo seletivo foi considerada uma escolarização mínima, o conhecimento em política de saúde e o desenvolvimento profissional a partir de um curso sobre saúde mental, organizado como segunda nota para aprovação dos(as) trabalhadores(as). Pela primeira vez havia se instituído um processo de seleção com requisitos formais para a contratação, assim como a ausência de

convite e/ou indicação para o trabalho. Porém, este processo não se apresentou livre de contradições, pois, se por um lado havia uma melhor condição de trabalho, com segurança e sem ameaças provenientes de contratação frágeis, também se apresentou uma entrada grande de estudantes de graduação, ou ainda, de profissionais de saúde já graduados ou pós-graduados que, grande parte, não se identificaram com as atribuições ou permaneceram de forma temporária até que alcançaram outras oportunidades de trabalho diretamente relacionada com sua formação profissional.

Com a inserção do convênio, os cuidadores servidores passaram progressivamente para outros locais de trabalho dentro da Secretaria de Saúde, a maior parte para os CAPS. Cuidadores passaram então a ser contratados em seleções feitas pela instituição conveniada. Nos primeiros anos, há o relato de que houve maior participação das próprias TRs ou gerentes dos CAPS. Hoje, há etapas seletivas organizadas unicamente pela instituição conveniada, ainda que a decisão final seja feita em acordo com coordenação clínica – que apesar de ter vínculo empregatício com a mesma instituição, permanece sob orientação de trabalho a partir da política, ou seja, da gerência de saúde mental da Secretaria de Saúde Mental.

Para além de um debate extremamente necessário sobre formas de seleção e contratação dos trabalhadores, neste ponto, registramos uma reflexão coletiva trazida por diversos sujeitos de pesquisa. Trata-se tanto da perspectiva das(os) trabalhadoras(es) que buscam esse nicho de trabalho, como de quem contrata. Qual a lente que conduz o olhar de quem fala sobre o trabalho dentro das entidades filantrópicas e de que maneira essas(es) trabalhadoras(es) tem sido apresentados ao universo do trabalho? A partir de que relação se desenha essa seleção para a permanência de uma postura crítica e formativa no trabalho?

E fico pensando também no perfil desses cuidadores e dos técnicos de referência... Quem são essas pessoas que estão hoje? São pessoas que estão alinhadas ao modelo antimanicomial? O que é que se quer, que as pessoas pensam? E fico refletindo também, como é como são, como estão os espaços de formação? (Grupo CAPS)

Apesar da educação permanente e dos processos formativos voltados ao trabalho serem uma exigência do contrato, questiona-se quais são as atribuições apresentadas e as habilidades avaliadas nesses processos seletivos. Identificamos que os questionamentos não se dão pela simples desconfiança diante da alteração do organograma de contratação, mas em razão da observação de mudanças importantes no perfil das novas equipes. Abaixo segue uma fala que sintetiza tais alterações:

Porque era um contratado, mas contratadas que receberam orientações da equipe do CAPS de referência. E quando entra as OSS começa a contratar essas pessoas que, eu não sei se recebiam formação, mas entraram pessoas com uma visão totalmente diferente de saúde mental, de reforma psiquiátrica, de luta antimanicomial, então as pessoas que entraram eram muito assim, subservientes. E os concursados, eles questionavam muito, desde sempre. Desde que entraram até a saída, são pessoas que sempre questionavam muito as coisas, sabe? E não se submetiam facilmente a algumas posições que a gente não concordava, no sentido de não ser antimanicomial, de não ser *desinsti* né? (Entrevista com C2)

Cuidadores, assim, que não têm perfil para isso, mas é indicado, é recomendado, então chega para a gente, sabe? Sem nenhuma formação. (Grupo TR)

4.2.4 Efeitos do regime jurídico do vínculo empregatício no trabalho

De maneira geral, durante os anos de execução dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Recife, foram observados dois tipos de contratação de profissionais: contrato através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e o concurso público, sendo que no primeiro formato ocorreram variações que repercutiram no desenvolvimento do trabalho. Contudo, chama a atenção que a maior precarização do trabalho, e onde foi observada uma variação importante do vínculo empregatício, foi na função de cuidador(a), em que usualmente encontramos trabalhadores(as) de escolarização entre nível médio e/ou técnico.

Comecei a trabalhar e foi quando surgiu a residência terapêutica, eu comecei a trabalhar e eu recebia por empenho não tinha nem carteira assinada. (Grupo Cuidadoras)

Em seguida, essa primeira forma de vínculo fragilizado foi substituída pela contratação através de uma instituição conveniada para o desenvolvimento do projeto, o IAUPE, quando

as(os) profissionais começaram a ser contratadas atendendo a legislação trabalhista vigente, com registro conforme a CLT.

Essas cuidadoras eram vinculadas ao IAUPE, que é um instituto da UPE e o vínculo delas eram contrato e elas recebiam por esse instituto... não passava nada pelo caps nem pela prefeitura...com certeza porque era uma instituição para poder o recurso ser liberado acho que tinha que ter algum contrato eu penso que tinha. (Entrevista com TR1)

Naquele momento, ainda que o processo de contratação desse grupo de profissionais fosse realizado por uma outra empresa, havia a permanência da condução da Secretaria de Saúde como centro de poder e comando para as decisões de contratação e demissão, e de todo processo de trabalho. Não havia até este momento, a percepção de dois espaços que configurariam uma cogestão.

As duas modalidades posteriores de contratação de cuidadoras(es) e técnicas(os) de referência centralizam o debate recente, já que foram as que aconteceram nos últimos 14 anos. Também são as que se apontam como modelos antagônicos no que se refere a precarização e segurança do(a) trabalhador(a): a contratação terceirizada e concurso público.

Até a chegada do convênio com entidades filantrópicas, o modelo em expansão era o do concurso público, e por este perfil identificamos investimento nos servidores desde o processo seletivo, com um curso sobre a política de saúde mental. Processos de educação permanente também foram disponibilizados para esses trabalhadores, com estímulos e garantias.

A estabilidade através de concurso público tem acompanhado a luta da classe trabalhadora pelo entendimento de que, sob a perspectiva da estabilidade, garante-se planos de cargos e carreiras, por meio de estatutos que regulamentem direitos e maior proteção dentro de conjunturas com alterações no plano de governo. Tais questões são fundamentais para quem tem a política de saúde e o cuidado como espaço de intervenção, como campo de trabalho. A permanente tensão entre projetos para a saúde pública brasileira, para os caminhos de construção (ou desconstrução) do SUS, e da Reforma Psiquiátrica Brasileira exige

trabalhadores que se envolvem no debate, na discussão do campo da política, da formação e do controle social. Sob ameaças de demissão torna-se impraticável a realização destes aspectos.

Dito isto, percebemos que há uma fragilização do debate sobre o projeto de desinstitucionalização do município e sobre os projetos terapêuticos singulares dos(as) moradores(as) quando predomina um vínculo de trabalho que proporciona menos formação na clínica do cuidado ampliado e no qual há ameaça permanente de desemprego. Observamos no trabalho de campo certa dificuldade de abordar tais questões. Ainda assim, elas são perceptíveis para o conjunto dos profissionais da rede, principalmente para os servidores públicos que acompanham os SRTs a cada mudança no formato do processo de trabalho, os quais conseguem indicar algumas questões que transpõem esse cotidiano do trabalho dos profissionais contratados:

E além da burocratização excessiva dos serviços e da relação contratual das Técnicas de Referência. Excelentes profissionais... o fato é que elas têm limitações. Hoje aqui são administrativas, contratuais...a relação com o patrão... então a gente percebe muitas vezes as colegas tolhidas, muitas vezes sem poder se manifestar e se colocar politicamente, porque é isso ou o desligamento e a gente sabe que a gente vivendo nossa sociedade capitalista, a gente precisa, produzir força de trabalho. (...) Então, muitas vezes essa relação perversa. (Grupo CAPS)

A questão da fragilidade dos vínculos empregatícios, o quanto isso afeta, não é? as possibilidades dos TRs posicionarem e pensar em outras estratégias... o quanto fragiliza reabilitação psicossocial, de fato. Em alguns momentos, as conduções aparentam que vão muito nesse sentido do controle mesmo...dos corpos para que, esses moradores, eles possam se manter ali, não é? (Grupo CAPS)

Conseguimos ainda identificar a percepção de ameaça permanente causada pela fragilidade deste modelo de contratação, a qual se mostra potencializada pela confusa relação de poder entre as duas instituições na gestão do trabalho, e portanto sobre qual delas decide pela permanência ou não de uma(a) funcionário(a).

[...] um coloca e os demais se calam porque tem medo de se for ... porque a gente vai prejudicar... (Grupo Cuidador)

[...] sabe assim eu acho que esse bloqueio que existe, do profissional com a TR e até com a coordenação. O próprio capitalismo faz isso. Às vezes a gente vai ter medo de perder a saúde mas tem medo, tem medo de perder a saúde mas não perder o emprego,

entende? Então assim a gente vai trabalhar doente pra não sofrer represália.... (Grupo Cuidador)

[...] porque os cuidadores lá não tem tempo. Eles estão nessa função muito sobrecarregada por causa daquela dentro do processo do vínculo de trabalho, que é diferente, não natureza diferente. É vínculo frágil que não dá pra se garantir, nem se pleitear, nem se conquistar reivindicações... desse sentido, de, enfim, é uma coisa muito colocada como a única opção para eles, um formato muito rígido nesse sentido. (Entrevista com C2)

O silenciamento apresenta-se como ferramenta importante do controle da classe trabalhadora, ao mesmo tempo, impede o envolvimento técnico e científico que possibilita o aprofundamento do trabalho em execução, pois que o aprofundamento perpassa naturalmente pelo questionamento, pela reflexão, pela dialética, e pela exigência de melhorias no trabalho. Ou seja, tal precarização no processo de trabalho nos serviços é apontada como uma fragilidade direta para o cuidado terapêutico nos SRT e de toda rede de atenção psicossocial, pois que ferramentas rígidas de controle dos trabalhadores afetam diretamente a produção de cuidado, de acompanhamento terapêutico, de percepção de delicadezas, da paciência para a convivência com a singularidade, para a criatividade no estímulo às diversas formas de se comunicar com o mundo.

Por exemplo, esse fator do cuidador contratado, está muito sobrecarregado. Isso também interfere na disponibilidade dele, porque também o cuidador, ele precisa ter disposição, ânimo para poder estar saindo com os usuários para o território, para descobrir, para vincular no território, ocupar, ele também precisa ter essa disposição e ele é um ser humano, né? Então ele precisa ter essa disposição física e também mental. (Entrevista com C1)

4.2.5 Burocratização do trabalho

Durante toda a pesquisa de campo um dos assuntos que mais surgiu em todos os segmentos pesquisados foi o da recente burocratização do processo de trabalho. Utiliza-se esse termo para descrever a supremacia e o excesso dos afazeres administrativos que subjagam o tempo necessário para o trabalho nomeado ‘corpo a corpo’, necessário para a construção de vínculos, promotor de reabilitações e estímulos a ocupações da cidade por corpos antes

invisíveis. Todavia, vale ressaltar que a burocracia da gestão pública também surgiu para falar de uma dificuldade administrativa para responder a todas as demandas de um serviço como o SRT.

(...) Quebrou o chuveiro. É então que se espere todo um segmento burocrático para chegar uma pessoa para consertar o chuveiro ou para comprar uma lâmpada. (Entrevista com G5)

Uma questão que nos pareceu importante foi que, o argumento que é trazido como crítica contundente sobre o processo de trabalho atual no âmbito do convênio, é o mesmo subjacente à justificativa para implementar essa modalidade de gestão, proposta como uma maneira de promover agilidade e flexibilidade para contratações, compras, suprimentos, manutenções, etc.

Elas não pagavam aluguel, não pagavam água e não pagavam luz, mas todas as outras questões de infraestrutura de uma casa, elas muitos momentos tinham que arcar, porque senão realmente o processo era muito moroso. Muito, né? É demorado. E aí assim eu acho que um convênio, quando chega, eu acho que vem mais nessa perspectiva. (Entrevista com G3)

A contratação de entidades filantrópicas, num processo de terceirização da gestão de serviços públicos, ainda que inserida legalmente como saúde complementar pela legislação que rege o sistema de saúde e sua relação com o setor privado e filantrópico, revela uma decisão política de alteração do paradigma do projeto de saúde do município. Apesar da afirmação, também constitucional, de que saúde é direito de todos e dever do estado, há ainda uma defesa conservadora de que a saúde é um bem comercializável e produtor de mais valia no capitalismo contemporâneo. Tal projeto se concretiza cotidianamente nos SRT com a inserção da racionalidade de gestão empresarial para o cotidiano de, mais que serviços de saúde, de dispositivos de moradia.

Por isso que tratoraram a gente, né? Os cuidadores, concursados, foram tratorados por essa racionalização, como se a política de saúde, como se a residência terapêutica fosse uma empresa... uma coisa que fosse administrada de forma empresarial, uma

racionalidade que tem que ser objetivo, tem que ser baixo custo, tem que ser a produtividade alta, né? (Entrevista com C1)

Mudou a concepção de modelo...mudou a concepção de que forma eu vou cuidar de pessoas que têm transtorno mental e que mora em residências terapêuticas. Eu vou cuidar numa perspectiva da atenção psicossocial, ou eu vou cuidar na perspectiva de um modelo médico-centrado, no modelo centrado apenas na ausência de enfermidades, não é? A meu ver, foi isso se rompeu com a lógica da atenção psicossocial. (Grupo CAPS)

Esta última fala destacada chama a atenção para a crítica sobre a concepção e o modelo de trabalho, e provoca a reflexão sobre os sutis mecanismos de fragilização da Atenção Psicossocial no cotidiano de trabalho. De certo que a intervenção provocada por tais convênios se distingue do modelo manicomial, anterior imposto no cuidado a essas pessoas. Contudo, é perceptível um distanciamento teórico-metodológico, e até uma indiferença sobre tal arcabouço, neste novo formato de administração. Reforçamos então o questionamento levantado pelo participante da pesquisa: seria a ausência de doença e a manutenção da vida em segurança o objetivo de tais serviços-moradias? E quais consequências a longo prazo poderíamos perceber se não novas modalidades de institucionalização?

Distantes do entendimento da complexidade que exige o trabalho dos SRT e de como as tecnologias leves (acolhimento, vínculo e busca de autonomia dos sujeitos, por meio de um diálogo aberto e uma escuta qualificada) são centrais, tais empresas constroem processos de gestão e controle usualmente utilizados nos demais serviços que historicamente ofertam, os hospitais. Há uma reprodução de mecanismos de controle do trabalhador, da utilização de seu tempo-trabalho, dos insumos utilizados, da comunicação e frequência com os tempos de manutenção da estrutura.

Agora quando entrou as OSS, o IMIP e a Santa Casa, o que eu notei de mais diferente assim, que me incomodou muito, foi a visão de residência, sabe? Ficou tudo muito engessado, muito rígido. E aquela coisa da autonomia ficou meio que de lado, porque depois que chegou essa terceirização, então, algumas regras foram colocadas, tipo: cuidador não pode sair da casa e deixar a casa sozinha. Moradores sozinhos não podem hipótese alguma. E isso é uma coisa que a gente fazia muito. Saia com um ou dois, deixar mais outras sozinha, em casa. A partir daí, não podia mais, sabe, deixar a casa sozinha. Eu acho que isso foi um retrocesso, assim, na própria autonomia das

moradoras, né? É como se tivesse sempre que alguém ali para vigiar. (Entrevista com C2)

Mas, por outro lado, a gente ficava muito preso, principalmente depois que entrou as OSS e que vieram todas essas regras e essas normas e essa vigilância e controle... então aquela coisa do dinheiro, de tirar xérox de tudo, quero nota e prestar conta, sabe? Então a gente ficava meio que numa corda bamba, né? De um lado, a gente queria fazer daquela experiência, proporcionar uma experiência que fosse mais natural possível, por outro lado, a gente era cheio de regras, de cobranças de normas a cumprir e não deixava a gente atuar ali como se não fosse uma instituição. E aí vem aquela coisa da desinstitucionalização...Até que ponto é? A residência também não é um institucionalizar essas pessoas ali dentro? (Entrevista com C2)

Apresentamos aqui dois exemplos importantes de construção de regras padronizadas pela entidade conveniada que interferiram de forma contraditória, não só no que se acredita ser o horizonte de intervenção de um SRT, mas com o que já havia de experiência positiva e de acúmulo da gestão pública para o cuidado das pessoas que moravam em tais dispositivos. A priorização dos projetos singulares dos(as) moradores(as) e das próprias residências, cada uma com suas dinâmicas singulares (seja dependendo de mais cuidado, seja dependendo de mais recurso humano, seja com mais possibilidades de autonomia e independência), deveria ser mantida, a fim de viabilizar o modelo assistencial proposto na RPB. Tal negação explícita que, o que é dito pela gestão pública, de que a condução da clínica do cuidado é sua responsabilidade e que permanece como organizador do processo de trabalho, não se demonstra na realidade. Foram apontados mecanismos de interferência da entidade conveniada na forma como se decide e se constrói tais projetos, como nos exemplos dados sobre a decisão se um grupo de pessoas pode ficar sem acompanhamento técnico, se uma pessoa pode sair só e de que forma essas pessoas podem circular e consumir pela cidade. Entende-se que usualmente é solicitado dos trabalhadores as notas fiscais referentes aos recursos utilizados em seu ambiente de trabalho, mas de que forma tal solicitação parece excessivamente controladora dos recursos dos moradores? Exigências como essas impediriam uma pessoa, com histórico de longos anos em instituição fechada, de andar por uma praça e comprar um picolé em um ambulante?

Agora qual é a dificuldade, quando a gente chega no passeio, ou até numa ambulante? Porque o que é que a empresa pede? Um recibo com identidade e CPF? É. Quem é ambulante não quer estar preenchendo. (Grupo Cuidadoras)

Somos levadas a indagar de que forma tais regras não constituem fatores de desestímulo e insegurança para técnicas(os) de referência e cuidadoras(es) ousarem apoiar novos projetos de vida. De certo que há a necessidade, enquanto serviço, de se responsabilizar e prezar pelos bens e recursos financeiros adquiridos pelos moradores, mas o que se aponta é que havia um entendimento de novos paradigmas orientadores do processo de trabalho, e que agora estão sendo substituídos por uma gestão formal e empresarial, que opera em uma perspectiva de negação do caráter de moradia do serviço.

Ainda há um outro elemento identificado, associado ao excesso de fazeres administrativos e de controle, que é a sobrecarga. O que se consegue apreender é que, a medida em que novos fluxos de prestação de contas e acompanhamento do trabalho foram implantados por essas entidades administrativas, em paralelo às demais atribuições já historicamente assumidas por esses profissionais, também mudou a forma de organização do tempo e das habilidades necessárias e requeridas desses profissionais. Entramos mais uma vez no debate da precarização do trabalho, quando se percebe um aumento das atribuições e responsabilidades do conjunto de trabalhadoras(es) sem a ampliação no quadro de profissionais ou ajustes em carga horária, retomando ao ponto de onde começamos: o excesso de demandas administrativas gera sobrecarga para os trabalhadores, que acabam por priorizá-las pela fragilidade de seu contrato de trabalho, no qual já não cabe o questionamento dessa organização do trabalho.

E aí, eu vou dizer um pouco, das terapeutas de referência que eu conheço que são pessoas extremamente preocupadas, mas também elas fazem tanto ato administrativo e as vezes elas perdem a questão terapêutica da singularidade de cada um. (Grupo CAPS)

Fora uma carga assim de coisas burocráticas muito grandes para dar conta aí que é um, sinceramente, tem coisas que eu não estou conseguindo dar conta. (Grupo TR)

Chegou um momento que eu digo que eu estou sentindo falta de falar da coordenação do projeto do programa, né? (...) nesse projeto de residência a gente vê muita condução

das residências, que é pela política, mas aí de um tempo deles para cá, a gente começou a escutar muito uma condução do de uma questão administrativa, que é da Santa casa, né? (Grupo TR)

Ainda sobre a perspectiva da alteração das atribuições, ou do acúmulo de responsabilidades, chama a atenção a forma como a burocratização também surge para a categoria de nível médio ou técnico, como possibilidade de exploração do trabalho com desvios de funções importantes para o processo de trabalho, de acompanhante terapêutico para responsável pela manutenção e higiene daquela casa, o que também é serviço. Questiona-se de que forma, cada casa, poderia construir um projeto autônomo de manutenção da vida que não considerasse a exploração dos trabalhadores, nem negasse a responsabilidade e autonomia dos moradores, sem todavia colocar esses sujeitos como únicos responsáveis por tal tarefa essencial.

Antes era pra gente só dar um suporte. Antes era só pra auxiliar ele a alguma dificuldade que ele tivesse. E a gente está ali pra ajudar eles. Que isso era o projeto e o trabalho, né? Que a gente receber eles na comunidade, recolocar eles na sociedade tudo. Só que mas agora não...a geladeira quem limpa é a gente, quem limpa ventilador é a gente, tudo é a gente. (Grupo Cuidadoras)

O cuidador do dia tem as saídas e tem todas as outras tarefas. Às vezes não sobra assim. E se não manda esse suporte aí é que não tem tempo mesmo. Aí você acaba deixando de fazer o que é de extrema importância. Que é tirar esse morador da casa. Fazer com que ele saia, vá passear no bairro, que ele vá pra praia, enfim, aí acaba ficando essa situação, né? (Grupo Cuidadoras)

Não deveria a estrutura público-governamental e a entidade contratada para gerir tal dispositivo ofertar uma mão de obra constante e especializada, à medida que fosse necessário para a manutenção da casa, como investir nos projetos singulares de cada pessoa ali residindo? A negação a essa questão óbvia só nos leva à redução de custos e ao controle de gastos, almejados por toda gestão empresarial, ainda que se trate de recursos públicos de uma política pública.

4.2.6 Descontinuidade Administrativa

Debate sempre presente no universo das políticas públicas, a mudança da condução de tais políticas a partir das alterações das gestões vinculadas aos processos eleitorais dos

representantes do executivo, em todos os níveis de gestão, também se apresentou como um elemento importante para a fragilidade e inconstância do processo de trabalho nos SRT de Recife.

Observa-se de maneira regular - e com certa naturalidade - que a alteração dos grupos políticos na condução dos poderes públicos tem trazido descontinuidade nos programas e prioridades anteriormente estabelecidos. Ainda que seja evidente que tais prioridades possam ser lidas de maneira distintas, e que a eleição indicaria esse acordo da maioria da população daquele território, salienta-se também que a perspectiva política está intrinsecamente vinculada ao paradigma e às ferramentas de gestão utilizadas. Ainda é importante observar que mesmo que o grupo político permaneça, a forma como os processos são conduzidos e pactuados ainda estão intimamente vinculados às pessoas que respondem pela direção daquele conjunto de ações.

Eu saí porque mudou a direção, minha superior aqui né? Porque eu era vinculada a coordenadora de saúde mental na época (...) foi maravilhoso depois veio uma outra pessoa e com uma cabeça, aí começou essa história de já querer terceirizar sim, aí a prefeitura queria comprar, fazer compra de cem quilos de feijão, sair distribuindo nas residências, quebrava toda a coisa de dizer assim, cada casa vai fazer tua compra. E a forma de pensar da nova diretora muito diferente da minha, eu achei também que ela foi meio sacana. (Entrevista com G1)

A fragilidade dos acordos realizados durante o processo é que chama atenção à primeira vista, de tal forma que conquistas observadas para o avanço da garantia de direitos de determinado grupo populacional, rapidamente se esvai com a alteração dos gestores, como o exemplo abaixo da relação do atendimento preferencial dos moradores dos SRT em determinada policlínica:

E logo quando eu entrei tinha um acordo com a gestão da policlínica e que a gente conseguia chegar lá e não pegava fila para marcar consulta para as moradoras. E marcava assim várias consultas. Aí depois mudou de gestão e isso se perdeu. Então as a gente ia e aí ficava na fila como todo mundo e tinha dificuldade de marcar. (Entrevista com C1)

Segundo escutas realizadas nesta pesquisa, a impermanência dos acordos e dos pactos de trabalho sugere inconstância na gestão dos serviços, em que orientações são refeitas, pactos são desacordados. Muitas dessas análises são trazidas não só pela equipe ‘da ponta’ da execução dos serviços mas, principalmente, das gestoras, que observam descaracterizações do trabalho e desconstruções de processos importantes que se dedicaram a contribuir.

A gente conseguiu isso por um tempo. Eu soube que agora muitas dessas coisas que a gente tinha até já desandou. (Entrevista com G4)

Eu estou um tempo por algumas gestões e realmente é, algumas coisas vão mudando, né? (Entrevista com G2)

Eu acho que existe muito essa dificuldade em falando do serviço ofertado pelo CAPS... porque vai mudando a gestão, vai mudando as posturas, as coisas não vão mais se mantendo e vai ficando difícil de se trabalhar dessa forma. (Grupo Cuidadoras)

[...] mas algumas questões ficavam sem amarração, né? Aí mudava a gestão, mudava tudo, né? (Entrevista com TR2)

Não obstante, também foram identificadas sugestões para que as repercussões das mudanças fossem atenuadas. Determinada colaboradora da pesquisa questiona se não seria importante a construção de um direcionamento para o funcionamento dos serviços.

Acho que vai muito desse olhar. Agora eu acho que a prefeitura enquanto órgão gestor da política precisava dar como se fosse uma linha-guia, sabe? Eu acho que falta isso. Eu acho que a gente tinha que ter um tipo, assim, a gente quer tanto que essas pessoas viviam na cidade, mas assim, é muito do meu entendimento da minha visão. Não é uma coisa que eu acho que a gente poderia ter diretrizes para um bom funcionamento da residência terapêutica. Sei lá, os documentos, os municípios mais destacados na reforma criaram linhas guias, criaram manuais. (Entrevista com TR1)

A participação coletiva e pública de gestores, trabalhadores, moradores, familiares, universidade, sociedade civil através de conselho de saúde e movimentos populares poderia investir em uma construção que apontasse para uma estabilidade e orientação para o processo de trabalho de tais dispositivos. A identificação de atribuições, orientações, restrições, organograma, fluxo de rede, possibilitaria uma consistência e uma qualidade maior do que a observada, e ainda funcionaria para responder ao segundo elemento destacado.

Se a relação já apresenta tais instabilidades na relação entre os gestores públicos, a relação com outra instituição potencializa a possibilidade de mais alterações, de acordo com quem está na gestão, visto que agora são duas perspectivas que precisam estar em diálogo para uma cogestão e novos pactos de trabalho. A possibilidade de alteração no paradigma e no processo de trabalho pode ser tensionada a acontecer por uma mudança de gestor, tanto da secretaria de saúde, como da entidade filantrópica, no caso, a Santa Casa de Misericórdia de Recife.

Com a prestadora, a compreensão é um pouco melhor que a outra. Tem sido uma insistência muito grande, mas, por exemplo, algo que foi feito, que a gente ainda está no processo de resgatar é a coordenação administrativa da residência. Ela era aqui. (Entrevista com G5)

Esta citação traz como exemplo o desafio de conduzir a política em parceria, não somente com uma entidade, mas com duas. Neste caso, elevaríamos bastante as possibilidades distintas que são acordadas e tensionadas por ambas as partes, sendo possível e provável, inclusive, pelos relatos, que os acordos e projetos se dêem, na prática, de formas distintas entre os 50 SRT existentes no município, de acordo com a instituição que o executa.

E o contrato aí não mudou...ele era de um modo geral, os termos contratuais eram os mesmos. Então a questão é o manejo, como você, de fato, maneja desde as relações com os prestador, as relações com CAPS, a relação com o território, a relação com as outras unidades de saúde e com os serviços não sanitários...como é que a gente cuida disso. (Entrevista com G4)

Tal afirmação sugere que o único orientador das atribuições da Secretaria de Saúde e da entidade conveniada é o contrato, os ditos ‘termos contratuais’, onde encontraremos responsabilidades em termos gerais de cada parte do processo jurídico, mas que deixa passível interpretações e disputas de poder entre as partes no processo de desenvolvimento do projeto conveniado. Entende-se que como resultado desta correlação de forças se apresentaria o desenvolvimento de um processo de trabalho para os SRT muito ou pouco burocrático, muito ou pouco desinstitucionalizante, muito ou pouco baseado na atenção psicossocial, muito ou

pouco promotor de autonomia, muito ou pouco reprodutor de mecanismos de institucionalização.

4.2.7 Educação Permanente

A compreensão de educação permanente apresenta em seu conceito um processo de formação que não se esgota. O território é vivo, as pessoas que se inserem nele são dinâmicas, o trabalho transforma a natureza e, portanto, temos construído conhecimento e ciência que nos apontam novas tecnologias – inclusive de cuidado – a todo momento.

Durante a pesquisa, foi perceptível o discurso coletivo de que se fazia necessário cada vez mais espaços formativos. Mas não só isso, identificou-se que alguns grupos recebem investimento maior do que outros, em um modelo de formação de formadores, e que há alguma fluidez no entendimento sobre o que compreenderíamos como reunião de discussão de casos ou organização de fluxos e demandas administrativas.

De forma geral, entendemos que ao longo dos anos foram criados espaços, mais ou menos regulares, e que os entendimentos sobre esses processos de formação alteraram pouco na proposta, embora haja relatos importantes sobre diminuição de frequência e de fragilização do conteúdo, além do distanciamento do CAPS, que segue identificado como espaço importante de matriciamento e formação para as equipes dos SRTs. A proposta prevê, de forma geral, um espaço de encontro entre coordenação e TRs, que na maior parte dos anos aconteceu de forma mensal e que posteriormente foi denominado de Fórum. Entende-se como espaço de discussão amplo, com a presença de outros atores, como gerentes de CAPS ou cuidadores, de forma mais pontual, a depender da gestão, da solicitação da presença e do debate em torno da pauta. Fala-se de um espaço de gestor da secretaria de saúde, da coordenação de saúde mental, com TRs, sejam na época de contrato ou do concurso.

E aí a gente conseguiu realmente manter esse fórum mensal, onde se discutia caso e discutia temas. E tinha essa possibilidade de encontro de TR com gerentes de CAPS,

com gerentes clínicos, e a questão das referências da coordenação (Entrevista com G2)

Também se apresenta um direcionamento em que as TRs construiriam um processo formativo constante e processual com a equipe de cada SRT, a partir de seu perfil e demanda. Isso se dava em reuniões da equipe da casa, no caso a TR e a equipe de cuidadores, com mais ou menos participação da equipe do CAPS, a depender do momento histórico. Há atualmente um distanciamento entre tais processos de construção entre os dois serviços. Inicialmente, identificamos que havia uma frequência semanal, hoje são referidos espaços mensais, que estão sendo mais ou menos formativos, a partir da demanda de casos e urgências que aquele dispositivo exige.

Porque você tem que potencializar o TR... a relação do técnico com o cuidador é muito complexa. E é nessa ideia dessas reuniões semanais, né? Reuniões semanais a gente discutia os casos, discutiu os problemas, a gente, por exemplo, chegou a fazer uma definição de funções, TR. Agora os cuidadores também tinham algumas coisas que a gente fazia no próprio CAPS também entendeu? A gente ia pros CAPS né? (Entrevista com G1)

Com a constituição da função de coordenação clínica, vinculada desde o início às entidades filantrópicas, no que tange ao contrato formal de trabalho, mas politicamente ligadas à coordenação de saúde mental, é apontada a importância dessa participação nas reuniões de cada SRT. Contudo, fica evidenciado que isto não acontece de forma sistemática, além da dificuldade permanente de garantia dos espaços formativos neste núcleo de trabalho.

[...] então a gente é, possibilita espaços também de educação permanente, né? Então, a gente tem como proposta, a gente tá coordenação clínica mensalmente participar da reunião que acontece com os TRs, o cuidadores de referência daquela residência terapêutica. E aí nesse espaço a gente discute algumas temáticas que diz respeito ao processo de residência terapêutica, de saúde mental, como também discute PTS de moradores, como também conversa sobre as relações e as dinâmicas das relações. [...] (Entrevista com G3)

Mas a ideia era mesmo assim, de que cada TR pudesse fazer esse espaço de formação também, sabe? Especificamente eu falava muito, e cobrava muito das referências, porque a ideia era que as referências também pudessem estar dando esse apoio. Mas tinha mais assim, reuniões de discussão de casa, sabe? Da dinâmica da casa e não formação mesmo, sabe? (Entrevista com G2)

Importante nos aproximar desta referência formativa solicitada da função de TR, quando identificamos, neste percurso, que há também uma sobrecarga e um aumento, verbalizado e identificado por um conjunto de atores, da demanda administrativa e burocrática.

[...] é por isso, assim, eu acho que não é todo mundo que tem perfil pra ser cuidador e não é todo mundo que tem perfil para ser TR, porque, afinal de contas, a gente termina desenvolver um trabalho de formação também. Então quando a gente se reunia naquelas quinzenas, depois a gente passou a se reunir mensal, a gente discutia desde o dia a dia ou algo que eu identifiquei que aquilo ali podia ter sido diferente, no sentido de ao longo da vida de alguém daquela casa, e a gente discutir por que que não foi dessa forma? (...) eu acho que eu tenho um pouco de receio que isso não aconteça em todas as casas, porque talvez alguns profissionais que estão nesse lugar de TR não tenham essa clareza. (Entrevista com TR2)

Acho que deixa muito para o TR, para a gente, da coordenação clínica... então assim, existe o processo seletivo, né? Eles são selecionados e aí a partir dessa seleção é, eles vão para uma residência terapêutica, onde vai ser acolhido por uma técnica de referência...(...) claro que em 2 horas, 3 horas não vai ter como, né? Porque eu acho que é algo que realmente só no cotidiano e que vai se dando esse processo. (Grupo TR)

O CAPS aparece de forma constante, tanto para o grupo de técnicas de referência, como de cuidadores, como serviço de referência e no início da história da implantação dos dispositivos era identificado como equipe de suporte, inclusive, para questões do cotidiano do processo de trabalho.

A gente tinha muito apoio. Na época, a coordenação de saúde mental, tínhamos reuniões mensais. Todo mês a gente tinha encontros e a gente sempre debatia temas. Isso fortaleceu muito a nossa ação enquanto técnica de referência e qualquer coisa também eu recorria o caso no caps, era o lugar da gente trabalhar tanto as questões do cotidiano, né? (Entrevista a TR1)

E, no primeiro momento, quando os cuidadores eram também contratados como são hoje, mas em um outro desenho institucional, antes do concurso público para essa categoria, eram também os CAPS os responsáveis pela formação e acompanhamento dos cuidadores, em parceria com o acompanhamento das TRs. Ou seja, nos primeiros 10 anos de implantação dos dispositivos, era esse serviço que cumpria uma função tão importante para estruturação teórica, metodológica, educativa das equipes.

Antes da gente entrar, tinha as contratadas. Só que as contratadas que eram antes da gente, elas foram formadas pelo pessoal do caps. Então, foram muito bem orientadas. (Entrevista com C2)

E quando eu vi esse processo da terceirização acontecer, né? Que os cuidadores começaram a entrar, eu percebi assim que tinha uma lacuna em relação a essa formação...esse olhar sobre a reforma psiquiátrica, sobre o cuidado da atenção psicossocial, sobre os manejos de crise, né? Sobre essa ótica da atenção psicossocial, do cuidado antimanicomial...eu sentia muita essa lacuna. A abordagem, a forma como entendia como lidava, com certa situação, ações. Enfim, eu percebi bastante essa lacuna. E também porque as atribuições deles se tornaram um pouco diferente da nossa. (Entrevista com C1)

Outro elemento que foi apontado, utilizando-se desta referência, entre a primeira metade do período como gestão direta da Secretaria de Saúde, e a segunda metade com cogestão entre este órgão público e a entidade filantrópica conveniada, envolve as ofertas de formação dos trabalhadores de saúde de maneira mais ampliada. Foi identificado que, quando da relação direta, o conjunto da equipe dos SRTs tinha acesso a uma oferta de cursos, formações, estímulos à qualificação profissional baseada na perspectiva da saúde pública, do entendimento e articulação entre a rede do Sistema Único de Saúde, entendendo os princípios e diretrizes da política pública. Por outro lado, quando um conjunto de trabalhadoras(es) se vincula a esta entidade, em uma relação empresarial, se afastam desse olhar pela ‘gerência’ do contrato de trabalho ser outro local, que inclusive faz uma leitura mais distanciada da necessidade de processos formativos permanentes e articulados com uma rede que não é a sua, incluindo questões de liberação de carga horária para tais momentos.

Eu acho que durante o período, assim que eu passei, quando era só concursados tinha muito isso, tinha oficina, tinha os cursos disponíveis para a gente, sempre informado que tinha. Então as pessoas iam, porque eu tinha condições de ir, tempo e horário, agenda, algumas pessoas não iam para todos, iam para um, para um, para uma outra. Agora, depois do processo de terceirização. Eu não lembro assim dessa, dessa oferta, ser constante, lembro que teve um alguns módulos que foi a gestão da Santa Casa, né? Teve algum e foi assim, muito pouco. Eu acho do período que eu fiquei na terceirização até hoje eu me transferi que eu fiquei sabendo que houve foram 2 momentos assim, 2 vezes que eu vi uma oficina.... (Entrevista com C1)

Por último, trazemos uma questão apontada em diversos momentos na trajetória dessa pesquisa: a fragilidade da formação de cuidadores no último período. O conjunto de elementos

destacados, como a burocratização do trabalho, o distanciamento do CAPS ou a mudança da forma de relação entre esses dispositivos, a fragilidade do vínculo na relação com a equipe, trazem consequências importantes para a categoria em maior número no dispositivo, e que possui o maior contato com os moradores(as) – e portanto, ocupando lugar central no processo de desinstitucionalização e do cuidado de forma ampliada. Foi identificado que nesses últimos 12 anos de cogestão não houve um processo formativo que incluísse ou pensasse nessas especificidades, apesar de serem mencionados momentos pontuais e uma retomada recente da atual gestão, iniciada nos últimos meses.

Mas assim, para os cuidadores de uma forma geral, realmente, não, não, não. Desde que eu cheguei, não, não tem nada. Vamos ver sistemático... diferente do que eu percebo para as TR, sabe? Acho que desde que eu estou aqui há 12 anos, nesse programa de residências terapêuticas e há 12 anos eu percebo que existe sim uma educação permanente para o grupo dos TRs, né? Seja fórum, seja um GT, né? (Entrevista com G4)

O lugar do CAPS mais uma vez é retomado com essa mudança no perfil formativo por consequência desse afastamento progressivo, e dessa mudança na forma de contratação, de acompanhamento, de seleção:

Mas a gente vai e fazia muito isso, também dentro... e mesmo com a terceirização, porque esses cuidadores você falou aí em processo de formação, formativo, eles não tem, eles não tem nenhum. (Grupo Caps)

Ou quando surge uma fala de um(a) trabalhador(a) que tem vínculo com os SRT desde o surgimento, e identifica uma interrupção nesse olhar:

Existia, né? Na minha existia. Sempre tinha. De primeiro, a gente ia pro caps e tinha reunião com a gerente do caps...com a gerente clínica do caps, a gente tinha um momento pra falar de cada morador e da situação dele ... mas depois acabou.. (Grupo Cuidadoras)

Conseguimos identificar, por fim, fragmentos de discursos num grupo com profissionais dessa categoria, os(as) cuidadores(as), que demonstraram de forma bastante explícita sua insegurança e preocupação com a discrepância entre a responsabilidade da função e a inclusão

em processos de qualificação, de debate sobre a clínica, os casos, os fluxos. Como recurso, apelam para a sabedoria religiosa diante de um sentimento de solidão, que não decorre de ser o único profissional em determinado momento no dispositivo, mas também da ausência de referência e orientação:

Então eu me ajoelhava assim meu Deus me dá força porque assim é um emprego que eu quero eu me identifico mas eu preciso eu preciso só de sabedoria pra poder conduzir certas situações, né? Porque hospital a gente tem mais mão de obra e na residência a gente é só. (Grupo Cuidadoras)

Ou ainda, de forma objetiva, com uma metáfora pedagógica:

Mas se tratando de Reforma Psiquiátrica, de Residência Terapêutica eu acho que falta o essencial, que é esse aprimoramento dos cuidadores. Eu vejo o cuidador como a base da residência terapêutica. Entendeu? Assim como eu vejo a saúde da família, o PSF como a base da saúde pública. Então se você não investe nessa base, vai ficar muito difícil esse negócio evoluir. Então, eu acho que falta investimento no cuidador e eu não estou falando só de investimento financeiro não, eu estou falando principalmente de conhecimento. (Grupo Cuidadoras)

Sobre não só a ausência de processos específicos para esse grupo de trabalhadores(as), há ainda a forma como se dá o processo de trabalho, que supomos ser a grande questão que fragiliza a formação. É do lugar que se vê aquele profissional, que o aproxima ou o distancia do centro do debate, da construção dos projetos terapêuticos, que o aproxima das decisões da rede que geram pertencimento coletivo e apropriação consciente do trabalho realizado, com consequências diretas na qualificação dos processos de promoção de autonomia para aqueles(as) moradores(as). Questiona-se como os espaços foram sendo fragilizados para a participação de cuidadores(as) no cuidado integral, e como poderiam ser pensadas estratégias para novos processos de vinculação e acompanhamento dessa categoria, considerando as especificidades que compõem o trabalho

Porque, na verdade, quem está mais de frente do caps é a TR né? Porque existe as reuniões semanais, então a dificuldade que o cuidador tem a gente passa pra TR e a TR aí com certeza discute o caso, sendo que é uma coisa que a gente não tem acesso. Porque eu acho que podia ter... Toda semana tem reunião, cada semana com um cuidador pra o CAPS pra se apresentar, porque eu estou no CAPS há sete anos, eu chego lá no distrito há sete anos...e eu chego lá o povo não sabe nem que eu sou cuidadora. (Grupo Cuidadoras)

5 DISCUSSÃO

5.1 *Enquanto os homens exercem seus podres poderes*¹³: a lógica gerencial e a burocratização do cuidado

Iniciaremos nossas análises sobre as mudanças provocadas no processo de trabalho dos Serviços Residenciais Terapêuticos, com o que, de fato, é a grande mudança: a decisão de cogestão entre o ente público e filantrópica conveniada, e o aprofundamento da divisão do trabalho entre o que pode ser apenas político e clínico, e o que é supostamente neutro: as questões administrativas.

A parceria com uma outra instituição inaugura a entrada de outro grupo no processo de organização do trabalho nos dispositivos. Não sabemos exatamente de que maneira tem-se dado em outros serviços contratualizados, como as Unidades de Acolhimento, também serviço integrante da RAPS, mas para as equipes envolvidas com o trabalho do SRT não tem sido tranquila a mediação entre esses dois centros de comando. Se para alguns tipos de serviços historicamente ofertados pela rede complementar, como os serviços diagnósticos e especialidades ambulatoriais, a aparência é de uma convivência mais harmoniosa entre as coordenações do conveniente e do conveniado, pela própria natureza do serviço prestado, onde o ente público paga o serviço, o usuário realiza o procedimento e não há uma gestão compartilhada desse fluxo, para os SRT a prestação do serviço tem-se dado de forma mais complexa.

A obrigação da instituição conveniada de prestar serviços de manutenção das moradias, de compra e reposição de itens de uso doméstico (como móveis, eletrodomésticos, roupas de cama e banho, etc.), de repasse de recursos para compra de alimentos e materiais de higiene, de

¹³ Trecho da música *Podres Poderes*, do cantor e compositor Caetano Veloso.

contratação dos recursos humanos, dentro da complexidade de um serviço-moradia, que exige atendimentos singulares e de acordo com cada grupo de moradores(as), tem-se apresentado como um grande desafio. A tendência tem sido de utilização de ferramentas de controle e prestação de conta utilizadas nas gestões privadas por organizações empresariais, e que usualmente generalizam e criam modelos de execução de forma padronizadas.

Essa tensão entre formas de fazer a clínica do cuidado da saúde pública e formas possíveis de fazer ela acontecer dentro da lógica privada tem feito com que as duas instituições convivam, de forma mais ou menos articulada, na execução cotidiana deste serviço. Os dois núcleos gestores têm se mostrado bastante presentes na organização de fluxos e orientações, cada um a partir de suas atribuições, contudo de forma contraditória e fragmentada.

As equipes identificam duas coordenações distintas a quem devem dar retornos e prestar contas do trabalho realizado em formatos e tempos diferentes, privilegiando de formas também distintas, perspectivas qualitativas e quantitativas. Como as duas chefias constroem a rotina de supervisão do trabalho de maneira segmentada, a partir de seu referencial de processo de trabalho, acabam gerando uma confusão e uma sobrecarga de atribuições e demandas que se somam, além de dúvidas sobre a quem recorrer diante de demandas do cotidiano, ou, de muitas vezes serem solicitados a darem ciência de ocorrências às duas coordenações, repetindo-se ações e gerando desgastes.

A relação entre as formas de gestão das duas instituições, no caso estudado dos SRT em Recife, aparece de uma forma bastante representativa: a desvinculação da Coordenação Administrativa da Secretaria de Saúde, através da Gerência de Saúde Mental, Álcool e outras drogas. Esta função era executada, no início da implantação desses serviços e nos primeiros anos, pela Gerência Administrativa do CAPS, ao qual o SRT era vinculado. Nesse momento, todo o funcionamento dos SRTs era fortemente vinculado aos CAPS e tinha-se o entendimento que fazia parte desse: as demandas administrativas eram compartilhadas entre TR, gerência

administrativa do CAPS, gestores do distrito sanitário; a TR era funcionária indicada do CAPS e dividia carga horária com este serviço, os planejamentos de eventos e discussões de casos compreendiam os(as) moradores(as) como os usuários admitidos no serviço.

Com o início do convênio, há o início da separação, com a criação de novos cargos no organograma do processo de trabalho dos SRTs. No plano do contrato há a diretriz de conformação de coordenação clínica e coordenação administrativa. A coordenação clínica, até o presente momento, apesar de contratada pela instituição filantrópica, foi selecionada pela gerência de saúde mental, álcool e outras drogas, e permanece fortemente ligada às gestoras da política, compondo o corpo técnico desta gerência.

Aqui há uma questão a ser registrada: ainda que a vinculação entre as coordenações clínicas e a política municipal tenha sido destacada, por intermédio da aproximação de suas gestoras ao longo do tempo, questionamos até que ponto não há tensões cotidianas para essas profissionais, que, de forma objetiva, são também funcionárias das entidades filantrópicas, e portanto, podem sentir constantes ameaças e inseguranças do ponto de vista trabalhista.

Em relação à coordenação administrativa, se evidenciam as alterações ao longo dos anos. No início do convênio, conseguiram manter-se como as coordenações clínicas, de modo que as questões administrativas eram geridas sob forte interferência dos princípios da política, com profissionais escolhidos pela experiência com saúde pública e a prática na atenção psicossocial. Contudo, hoje são contratadas e mantêm como referência e local de trabalho a instituição conveniada. Supomos que tal decisão acarreta um perfil de corpo técnico administrativo que centraliza sua prática na dedicação das responsabilidades e fluxos da instituição conveniada, tendo esta como referência de preceitos teóricos e técnicos, no que tange os desafios de organização e garantia da estrutura e dos recursos humanos e técnicos necessários para o desenvolvimento dos projetos terapêuticos dos(as) moradores(as) e das residências.

Em debate sobre processos de privatização da saúde através de contratualizações de serviços de saúde com OSS, Rodrigues [104] revela a identificação da supremacia da lógica do desempenho e da fragilização do serviço público. Ainda que neste estudo não se trate deste modelo de convênio, observamos aproximações dos estudos sobre alterações no processo de trabalho.

O que acontece em primeiro lugar é que a lógica de gestão deixa de ser pública para ser privada, tais unidades são administradas por entidades particulares, sob a influência da lógica de gestão por resultados, implantada pela reforma do Estado dos tempos de Fernando Henrique Cardoso. Isso quer dizer que o que se valoriza é sobretudo o desempenho em termos do número de atendimentos realizados e não a qualidade do cuidado de saúde às pessoas. Outro aspecto que muda é que os profissionais de saúde não são mais funcionários públicos, mas empregados regidos pela legislação trabalhista do setor privado. [105]

De forma geral, durante a pesquisa de campo, muito foi citado sobre a mudança da função e do processo de trabalho dessa coordenação. Conseguimos observar em suas atribuições o encontro da crítica apontada pelas(os) trabalhadoras(es) envolvidos (Anexo C). Há uma lista importante de atividades burocráticas que falam mais da administração do convênio e da contratação de Recursos Humanos, do que do olhar administrativo para o cuidado com os SRTs. Acreditamos que quando essa função estava inserida na Secretaria de Saúde, assim como ainda permanecem as coordenações clínicas, a discussão sobre as demandas e rotinas administrativas eram mais focadas nos dispositivos e nas pessoas inseridas naquela dinâmica. À medida que lotadas na própria conveniada, há um acúmulo de atribuições no cotidiano que vai olhar para a administração interna do conveniado, que deveria ser assumido por outros funcionários da administração da instituição, separando as atribuições administrativas.

Quando identificamos demandas apontadas de forma excessiva para responder a uma organização administrativa solicitada pelas coordenações, tais como “xérox de tudo”, nota de todo tipo de gasto do próprio morador, ou falas como “tem a questão do ponto da gente, dos cuidadores, que a gente tem que estar acompanhando, justificando aquelas justificativas

clínicas... minha gente, tudo isso é muito papel, muita coisa para a gente fazer.” (Grupo TR) ou ainda:

(...)porque tem as questões administrativas, né? A cogestão, é bem assim. A gente tem até uma cartilha. As residências, eu falo, tem até uma cartilha que a gente deve seguir por algumas questões, na questão da prestação, do ponto do cuidador, do nosso tem a gente tem que seguir aquele padrão agora”. (Grupo TR)

Questionamos, portanto: De que forma uma coordenação administrativa poderia circular nos serviços para dar mais suporte à equipe que está no SRT, e que tem indicado haver burocratização no cuidado com os mesmos? De que forma o apoiador técnico poderia dedicar-se também ao olhar e discussões nos SRTs, quando se imagina que estão inseridos na dinâmica administrativa da conveniada e não foram, ao menos, citados no processo de trabalho das equipes?

Em publicação construída pela Fiocruz para levantar elementos sobre contratualização no sistema de saúde na contemporaneidade, diante do aumento e das novas modalidades surgidas desses tipos de pactuações, é apontado que um dos maiores desafios das propostas de cogestão surge de distinções profundas entre esses setores, na sua gênese e formulação:

As diferenças incluem: os distintos objetivos – o do Estado, em princípio, de redistribuição das riquezas e, nas empresas, o de acumulação; os escopos de atuação – em que a ação é necessária, de um lado, e rentável, do outro; e os resultados esperados – o maior bem coletivo, de um lado, e o melhor desempenho individual, do outro. Essas diferenças fundamentam as distintas estruturas organizacionais e transformam a definição de uma agenda comum em um enorme desafio.[26]

Esta é uma questão central apontada ao longo da pesquisa: muda-se também no processo de trabalho os valores e questões consideradas como fundamentais no cotidiano. A lógica gerencial começa a existir de maneira profunda em serviços estratégicos para a desinstitucionalização, que, por outro lado, tem como organizador do processo de trabalho o cuidado subjetivo, práticas criativas, tecnologias leves, e o(a) usuário(a) – neste caso, moradores(as) – como medida de tempo e de organização de demandas.

O paradigma ideológico que sustenta a perspectiva gerencial para o Estado fundamenta-se centralmente em seu esvaziamento na função de promoção de direitos sociais, indicando a possibilidade de tratar a gerência de políticas sociais apartada da política e da economia, como se fosse possível, inclusive, que as decisões do mercado não tratassem de posicionamentos na própria política. Aponta-se a transição de uma relação do Estado com a sociedade a partir da noção de cidadania, para uma relação do Estado como empresa com seus clientes. [106]

Este modelo centrado na lógica privatista, empresarial e na precarização das respostas do Estado através de políticas públicas ganhou força num amplo projeto institucional. Inserido na Reforma do Estado, em 1995 foi elaborado pelo Governo Federal, sob gestão de Fernando Henrique Cardoso, o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado - MARE, sob a condução do então Ministro Bresser Pereira. Em continuidade a uma agenda de privatização de empresas públicas e focalização de políticas públicas, tratava-se também de alterar responsabilidades do Estado, passando progressivamente de agente executor para regulador ou apenas promotor de serviços.

Destacamos trecho extraído da introdução feita pelo então Presidente da República:

É preciso, agora, dar um salto adiante, no sentido de uma administração pública que chamaria de “gerencial”, baseada em conceitos atuais de administração e eficiência” (...) Por outro lado, mediante a flexibilização da estabilidade e da permissão de regimes jurídicos diferenciados, o que se busca é viabilizar a implementação de uma administração pública de caráter gerencial. (pág. 10) [107]

Na busca por um Estado enxuto, “gerencial”, a terceirização surgiu como um mecanismo de forte adesão, e vários órgãos e empresas públicas passaram a utilizar a contratação de empresas e entidades filantrópicas para a execução de seus projetos e ações.

Esta verdadeira desresponsabilização do Estado no trato da “questão social” só é possível de ser realmente compreendida na sua articulação com a auto-responsabilização dos sujeitos carenciados e com a desoneração do capital na intervenção social, no contexto do projeto neoliberal. Desresponsabilização estatal não pode significar que o Estado não faça parte deste movimento de transformação da modalidade de intervenção na “questão social”. O Estado, dirigido pelos governos

neoliberais, se afasta parcialmente da intervenção social, porém, ele é subsidiador e promotor do processo ideológico de “transferência” da ação social para o “terceiro setor”. [24]

As entidades privadas sem fins lucrativos, de que tratamos nesse trabalho, podem ser consideradas as mais antigas e tradicionais expressões da relação do Estado com o chamado Terceiro Setor. Apesar da conquista do Sistema Único de Saúde, com a Constituição Federal de 1988, as contradições e os embates ideológicos também ficaram registrados na legislação, e o espaço para a iniciativa privada foi garantida, como pode ser visto nos Artigos 197 e 199:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. [18]

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.[18]

Esse setor privilegiado, ‘sem fins lucrativos’, tem-se ampliado e renovado seus formatos de associação com o Estado para prestação de serviços públicos, como através das Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). Correia apud Bizerra & Silva [20] aponta que, ao observar o volume de recursos financeiros públicos que é repassado para compra de serviços privados filantrópicos pelo setor público, especialmente, nos procedimentos hospitalares, “demonstra que a referida complementariedade está invertida”.

Aliado à separação técnica entre as coordenações dos SRT, uma vinculada à gestão municipal e a outra como parte da gestão conveniada, há um aumento progressivo das demandas burocráticas e de novas atribuições administrativas para a equipe de trabalhadores dos SRTs, provocando alterações no trabalho. Entende-se também que a forma como as atribuições e os tempos dos profissionais são geridos tem consequências para suas ferramentas técnico-operativas.

Questionamentos sobre aumento de atribuições também são apontadas por pesquisa realizada por Moraes [108] ao estudar a Rede de Atenção Psicossocial no município do Rio de Janeiro, onde observou processos de privatização desta rede, através de convênios de gestão em CAPS. Ela questiona a agilidade, a eficiência e efetividade utilizadas pela gestão municipal como justificativa das contratualizações com entidades sem fins lucrativos quando, na verdade, são observadas intensificação do trabalho, o comprometimento da qualidade da assistência prestada aos usuários e o não cumprimento de execução do serviço através da lógica da ‘coisa pública’.

Ao se observar as atribuições da(o) técnico de referência (Anexo C) identificamos que há 3 páginas de itens descrevendo atribuições dessa(e) profissional, que executa as ações listadas em dois dispositivos, com duas equipes e duas coordenações diferentes. Trazemos aqui esse elemento, aparentemente quantitativo, porque há uma sobrecarga referida por elas na pesquisa de campo.

Nos chama a atenção que dentro desse escopo de atribuições há duas que se misturam com uma série de atos administrativos, sem qualquer diferenciação que expresse o nível de complexidade que as caracterizam, a saber: ‘suporte técnico aos cuidadores e moradores na organização cotidiana da casa na perspectiva da desinstitucionalização (...)’ e ‘conduzir a gestão clínica-administrativa das Residências Terapêuticas’ (..). O pouco registro do trabalho desenvolvido na gestão do dispositivo e do corpo profissional realizado por esta função desconsidera a necessidade de lidar com processos de conflito, de formação, de mediação, de acolhimento, de adoecimentos e das tecnologias leves que precisam estar ao alcance, além do entendimento dos tempos implicados nesses processos. Não obstante, vale a pena ressaltar que não há controvérsia no registro das atribuições, pois se encontram em consonância com a Política de Saúde Mental.

Ainda assim, observa-se um exagero no detalhamento de pequenos atos que fazem parte do processo de trabalho, como assinar folha de ponto, enviar programação semanal para coordenação, participar de reuniões semanais no CAPS e registro em prontuários. A explicitação das atribuições é um passo importante para a organização e gestão do trabalho, contudo, o foco exclusivo nas ferramentas de acompanhamento por parte da gestão retira a centralidade necessária que o paradigma da Desinstitucionalização precisa ter no cotidiano dos dispositivos: escuta, convivência, percepção de habilidades, identificação de desejos, construções de co-responsabilidades no cuidado com a casa, articulações intersetoriais para a garantia de direitos de forma ampliada.

No primeiro momento de construção dos SRT no município o paradigma da reabilitação psicossocial conduzia a construção de toda rede, ainda que a burocracia da gestão pública tenha sido identificada como um fator impeditivo e limitador de alguns processos de cuidado dos moradores. O sistema público, mesmo frágil, fortaleceu a perspectiva do direito e da justiça e é onde se tem relatos de todas as práticas potentes de desinstitucionalização em todo território brasileiro. Por outro lado, a gestão contratualizada registra no cotidiano das relações a supremacia do financeiro, do lucro, do contrato, do cumprimento de metas objetivas. Ainda que não negue o projeto antimanicomial, tais práticas fragilizam-no em sua concepção e na forma como ocorre o gerenciamento do trabalho realizado, dada a maneira com que as equipes podem ser cobradas ou demitidas, e a partir de qual referencial.

Nas atribuições elencadas para os cuidadores (Anexo C) verificamos uma série de descrições de atos administrativos como: acompanhar serviço de manutenção, preenchimento de folha de ponto, registrar em livros de plantão os valores dos recursos financeiros da casa, buscar medicação na farmácia. Qual seria de fato a função desses trabalhadores(as)?

Por outro lado, tivemos acesso a um documento construído no início da implantação dos SRT no município, no já citado Projeto Reabilitar (Anexo D). Este registro foi fruto de debates

em Fóruns de Saúde Mental com as(os) trabalhadoras(es) que estavam inseridas(os) nos dispositivos à época. Nele visualizamos um detalhamento de funções que sinalizavam um investimento técnico para o acompanhamento terapêutico, ressaltando o horizonte da desinstitucionalização, tais como: identificar habilidades e preferências de moradores, coordenação das atividades instrumentais de vida diária, identificar recursos na comunidade, participação na construção do projeto de vida dos moradores, favorecer participação ativa ou ativa assistida, etc. Como ressalta Salado [109]: “Ao considerarmos, por exemplo, que o objeto de trabalho do cuidador relaciona-se desde a ação mais individual com o morador no dia a dia da casa até as resoluções de conflitos com a comunidade, entendemos o desafio inserido nesse trabalho.” (pág.56). Ao longo da escuta realizada nos grupos e entrevistas foi apontado o esvaziamento terapêutico da função, que passou a ser centralizada em atos de controle da vida do usuário, das atividades domésticas e de cuidado com a casa. Foi sinalizado, por isso, a dificuldade de sair da residência com os moradores, de circular pela cidade e de compreender os projetos de cada pessoa.

Carneiro e Martins [110] estudaram também sobre repercussões dos novos modelos de gestão pública com parcerias com entidades sem fins lucrativos, no setor de saúde através de um estudo de caso com Agentes Comunitários de Saúde(ACS), no município do Rio de Janeiro. Assim como os cuidadores dos SRTs identificam uma dificuldade de serem legitimadas suas ações de saídas no território pela organização do processo de trabalho, as autoras visualizaram que numa semana-padrão construída pela nova organização gestora para os ACS faltava inclusão de atividades de encontros com a comunidade, ficando centrados em acolhimentos dentro da unidade e atividades administrativas. Também reafirmam, dialogando com diversas experiências nacionais, sobre a inexistência de participação dos trabalhadores e de controle social nos processos de negociação, de criação de instrumentos e indicadores, e de parâmetros de gerenciamento. Afirmam que “no período estudado, houve uma centralização das definições

na gestão central (...) que repercutiu no distanciamento entre os indicadores pactuados, as necessidades de saúde da população e a realidade de trabalho dos profissionais nas unidades”.

(pág. 59) [110]

A pesquisa revelou que as novas modalidades de gestão do trabalho introduzidas na administração pública pela reforma do Estado adotam estratégias, valores e ações próprias do setor privado, desresponsabilizando o Estado no provimento das políticas públicas e flexibilizando as relações de trabalho estabelecidas em lei. Isso trouxe repercussões para os trabalhadores no que tange a segurança, autonomia, função, remuneração, tempo e gestão ‘no’ e ‘do’ seu trabalho. (pág. 60) [110]

Tanto na pesquisa documental como na coleta de dados primários, nas entrevistas e grupos focais, identificamos o fechamento de dois SRT nos últimos anos. No Plano Municipal de Saúde (2018-2021) há o quantitativo de 52 serviços [60]. Contudo, hoje a cidade conta com apenas 50. Serviços da rede de atenção psicossocial serem fechados é algo que chama a atenção e merece o olhar atento e vigilante. Em reportagem realizada no momento do ocorrido foi reforçada a denúncia feita pelos órgãos de controle social e movimentos sociais, além de trabalhadoras(es) e usuárias(os) da própria RAPS do município, que questionaram os interesses financeiros para a tomada desta decisão:

Um outro ingrediente preocupa os movimentos de luta antimanicomial: o fato de as duas residências serem administradas por um hospital privado, o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (Imip), e não diretamente pela Prefeitura. O receio é de que critérios financeiros estejam pesando mais na decisão do que os clínicos. [111]

Esse fato histórico foi referido na pesquisa de campo como exemplo dos prejuízos trazidos pela lógica administrativa da instituição conveniada ao cuidado e respeito aos(as) moradores(as). A hipótese levantada em relatos colhidos pela pesquisa e por registros históricos, como a reportagem, é que pessoas foram retiradas de suas casas não por seu desejo ou escolha, ou por questões importantes do projeto do grupo de moradores, ou de parte deles. A lógica de fechamento dos dispositivos foi tomada pela interferência e pelo horizonte político de minimização do Estado e da oferta pública de saúde e habitação como direito.

O processo de fechamento dessas duas residências foi pautado por uma lógica mercantil, numa lógica de resultado. O argumento foi meramente financeiro, não se considerou em nenhum momento o desejo dos moradores, a relação e o vínculo que aqueles moradores tinham entre si. A decisão foi arbitrária, foi vertical e foi tomada de maneira aligeirada. (Grupo CAPS)

Sobre o fechamentos desses SRTs, nos remetemos a ausência de controle social e de participação popular para as decisões tomadas na gestão privada dos bens públicos. Durante a pesquisa documental, identificamos uma ausência de elementos de prestação de contas sobre o que estava sendo executado nos serviços contratualizados. Além de uma mera menção, não é evidenciado ou caracterizado de que forma os serviços estão utilizando seus recursos e sobre que categorias qualitativas esse formato de gestão tem beneficiado a população a quem o serviço é prestado.

Albuquerque et al. [112] também encontraram em sua pesquisa questões semelhantes quanto estudaram contratualizações com o privado realizadas pelo mesmo setor público estudado nesta pesquisa, a Secretaria de Saúde de Recife. Relatam que apesar da implantação de novos mecanismos de controle, como auditoria e ouvidoria, as avaliações não passam de análises contábeis. Da mesma forma como visualizamos nos relatórios estudados, elas indicam que:

No Recife, as metas de qualidade expressas no plano operativo anual de cada unidade, contratualizada, tornaram-se, nesse contexto, instrumentos burocráticos que não subsidiaram a decisão sobre a liberação ou não dos recursos, por referência ao cumprimento da prestação dos serviços. (pág. 1832) [112]

Elas ainda acrescentam que identificaram a ausência de acompanhamento desses convênios pelo órgão de referência de controle social do município: “os achados sinalizam para o não acompanhamento das unidades contratualizadas pelo Conselho Municipal de Saúde. Assim, as atividades de controle se restringiram ao âmbito dos “anéis burocráticos”. (pág. 1832) [112]

5.2 *Somos só carne humana pra moer*¹⁴: a precarização do trabalho

Seguindo esse horizonte de análise, resgatamos ainda questões bastante evidenciadas ao longo da pesquisa, no que se refere às alterações no processo de trabalho: alteração no formato de seleção e contratação da equipe, fragilidade no processo formativo e distanciamento ou fragmentação do cuidado compartilhado com o CAPS. Todos esses elementos remetem ao mesmo processo, já abordado anteriormente: a precarização decorrente do processo de terceirizações e privatizações nas políticas públicas.

Antes da contratualização realizada pelo poder executivo municipal com as entidades filantrópicas para a execução destes dispositivos, eles eram compostos por servidores municipais. TR eram servidores vinculados aos CAPS, onde também mantinha relação como equipe, com mais ou menos atribuições de acordo com a quantidade de moradias e moradores. A equipe de cuidadores tinha sido aprovada em concurso inédito no município para cuidadores de SRT e agentes redutores de danos, em uma conquista para o fortalecimento do trabalho em saúde na cidade. Embora tenha sido comentado que os cuidadores concursados trouxeram problemas para a concretização do cuidado, em decorrência da aprovação de pessoas com níveis mais altos de escolaridade que apresentaram dificuldade de permanência no cargo ou de executar as atribuições, acreditamos que são dados do mesmo problema, apenas sob outra perspectiva. O que faz um profissional com escolaridade de pós-graduação candidatar-se ao cargo de nível médio, em concurso público, se não a busca por melhores condições de trabalho? A transição para a gestão privada afasta os servidores das equipes dos SRTs de forma compulsória, e passa a realizar contratações, em respeito à Consolidação das Leis do Trabalho - CLT. Não podemos deixar de identificar a intencionalidade programática de esvaziamento da máquina pública, e conseqüentemente, do seu corpo de servidores.

¹⁴ Trecho da música Pedrada, do cantor e compositor Chico César.

A redução do efetivo de funcionários públicos estatutários, a quebra de direitos, a exemplo das reformas da previdência, a desvalorização salarial, a desqualificação e desmoralização da sua função e a sua submissão a formas de gestão privadas, somadas ao processo de terceirização constituem a força maior de uma ofensiva que tem por objetivo a extinção desse segmento de trabalhadores, pois a sua existência – enquanto força de trabalho vivo – é a única garantia para se manter algum caráter público de bens necessários à reprodução social dos trabalhadores em geral, como saúde e educação. [16]

Na alteração do formato de contratação e de vinculação com o trabalho público, além do aumento da burocratização, houve uma alteração importante com a redução do grupo de trabalho, em especial de cuidadores. A categoria, que havia tido uma conquista após anos de contratos frágeis, perdeu novamente condições de trabalho dentro do serviço público. Quando servidores, tinham a carga horária de plantonistas de 12h x 60h, a qual passou a ser 12h x 36h. Intensificou-se jornada e o período de descanso foi diminuído, o que aprofundou os desafios para o trabalho de reabilitação psicossocial. Em pesquisa realizada também com SRT no município, Aguiar [55] á apontava que o número necessário para um bom trabalho seria de uma equipe formada por 6 cuidadores, em plantão de 12h x 60h, com dois cuidadores feristas. Hoje, a equipe é formada por apenas 4 cuidadores (SRT tipo I, como as pesquisadas). A exploração e o cansaço são fatores que dificultam o trabalho em saúde, a lógica do cuidado e da escuta, além de gerar sofrimento para os trabalhadores.

Machado et al [113] retomam uma discussão importante sobre as alterações no mundo do trabalho e como a precarização do trabalho também trata da precarização da saúde dos trabalhadores caracterizada pela fragilização física, mental e subjetiva dos trabalhadores, num cenário de ritmo intenso de trabalho, aumento do controle, pressão sobre os tempos e gestão pelo medo. Reforça o debate de que a precariedade, diferenciando do processo de precarização, é condição inerente ao trabalho assalariado. Aponta que a fragilização das funções essenciais do Estado, como a seguridade e a assistência social, também traz consequências importantes para a identidade dos trabalhadores. “Percebe-se que, nesse processo, o núcleo duro da precariedade

do trabalho consiste não apenas na perda de direitos trabalhistas, mas também na perda dos direitos sociais, sendo a precariedade assumida como uma dimensão social.” (pág. 232) [113].

Na seleção dos profissionais contratados pelas instituições observamos uma fragilidade processual na participação da Gerência de Saúde Mental, Álcool e outras drogas. No início do processo de contratualização, tanto as coordenadoras, como equipes dos CAPS e dos próprios SRTs (a exemplo de TR participando de entrevistas com candidatos a cuidadores) demonstravam maior atuação no processo de seleção da equipe. Hoje, ainda que a coordenação afirme ter a decisão final sobre a contratação, algumas etapas seletivas são diretamente organizadas pela entidade conveniada, não sendo claro quais habilidades e características são consideradas no processo seletivo.

Da mesma forma como há uma fragilização no processo de contratação, há também no processo formativo. O distanciamento entre os trabalhadores contratados pela instituição e os vinculados diretamente à gestão pública, afasta-os de articulações intersetoriais e de processos formativos ofertados para a rede de serviços de saúde do SUS, no município. Observa-se então um isolamento deste grupo, que relata processos de educação permanente pontuais e voltados estritamente para o trabalho executado, sem perspectivas ampliadas de cuidado em saúde.

Mesquita [114] identifica que nos processos formativos construídos pelas entidades privadas (no caso estudado pela autora também se tratava de entidade beneficente), e portanto na forma como compreende a educação permanente e o perfil do trabalhador(a) contratado(a) e formada(a), há uma centralidade da perspectiva do gerencialismo. A autora percebe que na elaboração das questões formuladas por essas entidades não são consideradas diferenças territoriais e diferentes necessidades de saúde:

A questão que se coloca para esse “fetiche” pelo gerencialismo é que tais ferramentas, processos e procedimentos são transpostos do privado para o público, através de um discurso tecnicista, desenhados mais para oferecer números para os gestores do que para captar a realidade concreta, ou seja, acabam por não garantir a melhoria do SUS para a população. (pág. 147) [114]

Relacionamos tais questões elaboradas pela autora para refletir sobre a perspectiva de construção de macroproblemas pela gestão da entidade conveniada que não propicia a elaboração de construções analíticas a partir da realidade de cada SRT, de cada morador(a) e suas subjetividades. Por outro lado, espaços compreendidos como fóruns de discussão apenas em cada dispositivo, pode recair sobre o que Ramos apud Mesquita [114] identifica como “pedagogia das competências”, que entende como perspectiva pedagógica individualista, onde cada indivíduo deve adquirir uma série de competências desejadas pelo mercado/empregador verificáveis em situações ou tarefas específicas observadas no cotidiano do trabalho.

Acrescenta-se ainda que tal formato de gestão privada, com paradigma semelhante ao do mercado, constrói referenciais de gestão de pessoas e educação permanente relegando também aos trabalhadores a iniciativa e a responsabilidade do aprofundamento de seu conhecimento, utilizando-se ainda da ameaça constante de demissão mediante a não qualificação permanente.

No entanto, na forma como o mercado de trabalho vem se estruturando, esta responsabilidade passa a ser do trabalhador, que tem o ônus de manter-se “empregável”, ou seja, manter-se sempre atualizado, de maneira a garantir um “diferencial competitivo”. Transfere-se assim a responsabilidade pelo desenvolvimento profissional e qualificação do trabalho das instituições para os trabalhadores. [15]

Esse fenômeno não é isolado nem casual. Santana e Neto [115] identificaram uma alteração na perspectiva da educação permanente, em pesquisa sobre mudanças na gestão do trabalho, também em Pernambuco, a partir de estudo de casos de duas unidades hospitalares, uma gerenciada diretamente pela Secretaria Estadual de Saúde, e a outra com administração gerencial de uma OSS. Na gestão direta, a educação permanente também atuava como educação continuada, com incentivos à formação (cursos), preceptorias, além de formações sobre habilidades e competências direcionadas às demandas e reorganizações do processo de trabalho. Já na gestão indireta, identificaram-se algumas iniciativas de forma incipiente, não sistemáticas, sob responsabilidade da instituição. Ainda que o formato de gestão e de contrato

da referida pesquisa seja diferente de nosso objeto de estudo, o comparativo pode ser utilizado para compreensão da perspectiva de educação permanente sob o olhar gerencial de instituições filantrópicas, independente do formato de contrato assinado com o ente público, se através de convênio ou como OSS.

Importante registrar que, ao longo da pesquisa, se identificou um esforço da gestão pública em garantir espaços de construção coletiva e formação mensais com as TRs, em fóruns, e o estímulo de manutenção de momentos para as equipes de cada SRT, que acontecem em formatos e frequências variadas, a depender da equipe e das demandas do dispositivo. Como fragilidades, contudo, temos o afastamento da referência da equipe do CAPS, com sua perspectiva da atenção psicossocial e sua expertise no cuidado territorial, a diminuição da frequência (antes havia o indicativo de reuniões semanais, que passam a ser mensais ou bimensais) e a percepção de uma frequência maior em discussões de processo de trabalho e de situações ou casos que estavam necessitando de mais atenção naquele momento. Antes, esses encontros aconteciam majoritariamente nos CAPS, com o suporte não só físico deste serviço, mas de uma concretização daquele espaço como referência do cuidado ampliado para aqueles moradores e para a equipe, e hoje acontecem muito mais na própria SRT.

Acreditamos que a mudança da referência física dos SRT do CAPS sinalize o distanciamento dos serviços de gestão pública, e a centralidade no processo de trabalho direcionado pela instituição conveniada. Também questionamos limites impostos pela perspectiva de maior permanência dos trabalhadores de referência dentro do SRT, que ocasiona dificuldades de construir estrutura (quando necessário, com outros profissionais, por exemplo) para ausências da equipe do serviço em tempos dedicados ao processo de aprofundamento da qualificação e da formação.

Em diálogo com análises realizadas por Alves et al. [116] em pesquisa realizada em um Hospital Universitário que tem vivenciado um processo de flexibilização das relações de

trabalho a partir da realização de contratos e convênios, acrescentamos alguns outros elementos que se somam a esse afastamento processual dos demais serviços da rede pública e gestão direta do governo municipal. Identificam barreiras na organização sindical e nas relações entre os trabalhadores que possuem vínculos distintos, com podemos comparar com a realidade das pessoas vinculadas as filantrópicas para execução dos SRT, das que trabalham nos CAPS de sua referência, na mesma rede de serviços de saúde de Recife-PE. Os autores sugerem que a

[...] diferença de vínculos também contribui para o enfraquecimento e clivagem dos trabalhadores que, muitas vezes, não se sentem parte do mesmo coletivo. (...) Ademais, representações sindicais distintas fragmentam a categoria e dificultam sua organização, como ilustra o relato desse depoente sobre as greves: *Vou dar um exemplo: greve. Causou impacto porque quem está aqui do terceirizado trabalha, quem é o concursado cursado não trabalha (...) vínculos diferentes não unificam o movimento.* (pág. 3048) [116]

O grupo realizado com as TRs debateu a percepção de uma tensão permanente e de um excesso de responsabilidade centralizada nesta função, representada pelo fato de precisaram trabalhar em situações de intercorrências no SRT inclusive em horários noturnos, finais de semana e feriados. Em documento cedido pela coordenação da época do Projeto Reabilitar (Anexo E), onde também observamos anotações frutos das construções realizadas naquele contexto, vemos justamente outro entendimento sobre a função e as responsabilidades a ela vinculadas. Neste texto, afirma-se que não seria função da TR “trabalhar fora de seu expediente e dar suporte de emergência fora de seu horário de trabalho”, há ainda anotações sobre “soluções” em que as situações de emergência deveriam ser respondidas por órgãos como SAMU, Polícia, Bombeiros, Gestores (Gerências do Distrito e da Secretaria de Saúde). Apesar de não sabermos como esse debate caminhou ao longo dos anos, e como esse entendimento foi se alterando, a precarização do trabalho nos últimos anos é notória, e demonstra ter sido potencializada com contratações e terceirizações, quando se aponta um enxugamento de quadro de funcionários, atribuições e extensões de jornadas de trabalho.

Embora, epistemologicamente, os termos flexibilização e terceirização não impliquem necessariamente na precarização dos processos e das relações de trabalho, para os trabalhadores, gradativamente elas se tornam sinônimos, significando sofrimento e insegurança pela instabilidade do emprego. (pág. 3047) [116]

Druck [16] afirma que estudos ao longo dos últimos 30 anos têm demonstrado que mecanismos de terceirização revelam “a degradação do trabalho em todas as suas dimensões” (pág. 1). A autora utiliza-se de seis indicadores para desvelar a precarização social do trabalho, todos identificados na escuta das(os) trabalhadoras(es) dos SRTs pesquisados. São esses: a) as formas de mercantilização da força de trabalho; b) os padrões de gestão e organização do trabalho; c) condições de insegurança e saúde no trabalho; d) isolamento e perda de vínculos; e) enfraquecimento da organização sindical; f) crise do direito do trabalho, com diversos ataques a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Trata-se de um claro processo de precarização do serviço público, uma transferência de patrimônio público para uso da iniciativa privada, como é o caso dos hospitais, de um alto custo financeiro para o Estado, com desvio de recursos, num ambiente promíscuo em que se confundem o privado e o público e com uma forma duplamente perversa de precarização do trabalho, pois, por um lado, cria um segmento de trabalhadores sem vínculos permanentes, com alta rotatividade e sem um conjunto de direitos e, por outro, vai destruindo os funcionários públicos, com a redução de seu tamanho e dos seus direitos, desqualificando e desvalorizando uma categoria profissional que é essencial num Estado democrático. (pág. 29) [16]

5.3 *Não há terra nesse vaso*¹⁵: fragilização do paradigma da Atenção Psicossocial e repercussões para a promoção de autonomia.

O afastamento verificado entre as coordenações clínica e administrativa tem, como consequência, a dissociação entre atenção e gestão em saúde, aspecto que a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH) tem se dedicado a enfrentar. A PNH, que está afirmada como compromisso executor do ente contratado, caracteriza-se por buscar

¹⁵ Trecho da música *Flor de Plástico*, do cantor e compositor Russo Passapusso.

diminuir a interferência da lógica privada na organização da rede de saúde, e entende a humanização como “mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho.” (pág. 19).

[117]

As ferramentas e modalidades de acompanhamento e gestão de trabalhadores, e dos serviços por eles prestados à população, precisam estar profundamente associadas, construindo-se na lógica dialógica, sem perder de vista a real missão e objetivo daquela política pública, daquele serviço. Difícil não fazer menção à construção teórica de Paulo Freire que registra a impossibilidade de processos pedagógicos neutros, e enfatiza que todo conhecimento se vincula a uma ideologia, a um conjunto de fundamentos éticos. Traçamos aqui um paralelo sobre a impossibilidade de desvinculação do horizonte político da gestão do serviço de saúde da intervenção realizada pelos(as) trabalhadores(as), com o processo pedagógico estudado pelo educador:

Para que a educação fosse neutra era preciso que não houvesse discordância nenhuma entre as pessoas com relação aos modos de vida individual e social, com relação ao estilo político a ser posto em prática, aos valores a ser encarnados. Era preciso que não houvesse, em nosso caso, por exemplo, nenhuma divergência em face da fome e da miséria no Brasil e no mundo; (...). (pág. 108) [118]

Debate-se constantemente a forma como a técnica e a política se relacionam nesse campo dos saberes psíquicos e das práticas vinculadas a estes saberes. Segundo Marcus Vinicius [119], psicólogo, professor e militante da luta antimanicomial assassinado em 2016, essa relação intrínseca advém do poder que surge quando o saber médico hegemônico tomou para si a competência privativa de gestão da loucura na sociedade. Deste poder, portanto, derivou a forma como o Estado relacionava-se com a decisão sobre quem circulava ou não na cidade, quem seria considerado cidadão ou não. Para ele, essa dualidade entre técnica e política

era provocada com intencionalidade, apresentada com uma fundamentação pretensamente neutra, porém sustentada por um ato político, sem o qual não existiria.

Não há nada mais político do que definir quem vai ser sócio da sociedade, quem vai ou não ser sócio pleno da sociedade, no processo de definição dos entes que constituem a polis. É pela definição do louco como o sujeito incompatível com a convivência na polis que se estabelece a possibilidade da aceitação de um saber que vai agir em nome da sociedade, ocultando a sua dimensão política, e vai ter que postular para si um estatuto de um saber de natureza técnica, neutra, despolitizado, desinteressado politicamente. (pág. 120) [119]

Precisamos tratar com seriedade as consequências da utilização de ferramentas administrativas hospitalares e empresariais na gerência de serviços de moradia de pessoas que passaram longos períodos em instituições hospitalares, manicomiais, e que têm o SRT como espaço para reconstruir possibilidades de vida não-institucionalizadas. Os necessários crachás em serviços de saúde se tornam desnecessários; adesivos de identificação das filantrópicas nos móveis, dispensáveis; dificultar saída de trabalhadores como acompanhantes terapêuticos, contraditório; atribuir à técnica de referência utilização de seu tempo de trabalho para entrega de folha de ponto de suas equipes na sede da conveniada, sobrecarga.

Principalmente pela sua proposta híbrida entre serviço e casa, as ações e instrumentos utilizados nos SRT não se dão por uma abordagem prescritiva, sendo estes estabelecidos a partir da análise das situações cotidianas que vão se dando a partir do viver na cidade e nas relações estabelecidas nos coletivos aos quais os moradores estão inseridos, começando pelo o grupo da casa/SRT, os locais de tratamento, a escola, a academia, a igreja, o comércio, etc. As ações no SRT devem proporcionar aos moradores condições de negociações que possibilitem a construção de formas de inserção no tecido social. (pág. 27) [109]

Os resultados encontrados demonstram que a terceirização e a precarização, provocada pelos novos processos de gestão e contratualização do trabalho, fragilizam a intervenção realizada pelos(as) trabalhadores(as) e o referencial teórico-político assumido em suas práticas.

Retomando a experiência vivenciada no município de Rio de Janeiro, Moraes [108] aponta resultados semelhantes ao que obtivemos em relação aos efeitos da parceria público-privado no campo da saúde mental. Ela observou que havia uma alta rotatividade entre profissionais com contratos sendo interrompidos, muitas vezes, pelos próprios trabalhadores,

diante das péssimas condições de trabalho e dos atrasos salariais, com forte impacto em um dos principais pilares da intervenção psicossocial: o vínculo entre equipe e usuários. A alternância entre profissionais também gerou impactos na retomada e desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares, outra ferramenta central para o cuidado singular e clínica ampliada. Afirma que são os CAPS sob gestão de OSS que mais têm internado usuários em hospital psiquiátrico, fortalecendo a existência e centralidade do hospício na rede e na vivência de cuidado da população. [8]

A decisão pela investigação da promoção de autonomia, a partir do eixo construído por Furtado e Nakamura [120], em uma pesquisa sobre habitação para pessoas com sofrimento psíquico grave, surgiu como uma estratégia para identificar impactos no processo da atenção psicossocial, em face das iniciativas institucionais articuladas pelas redes de assistência e pelas(os) trabalhadoras(es) envolvidas(os). Ou seja, interrogamos de que maneira as alterações geradas com a cogestão poderiam interferir na capacidade e na dedicação da equipe de trabalhadoras(es) em construir intervenções com vistas a produção de projetos terapêuticos singulares que possibilitem a construção de autonomia de cada sujeito morador desses dispositivos.

A ocupação das pessoas com transtorno mental na cidade, em oposição ao modelo de exclusão e internamento psiquiátrico, sempre foi um debate precioso na construção da Reforma Psiquiátrica, e neste sentido, somos levadas a questionar a importância desse objetivo no trabalho realizado nos SRTs. Reforçando a percepção de fragilidade em que se encontram as atribuições dos cuidadores e sua prática cotidiana nos últimos anos, identificamos apenas dois itens (Anexo C) que tratam desse tema: acompanhamento em saídas para consultas médicas e acompanhamento terapêutico *no entorno da casa*, com objetivo de construção de laços com a vizinhança. Retomamos, desta forma, a fala apontada pelas participantes do grupo de cuidadoras(es), que sugeriu a dificuldade de saídas terapêuticas e acompanhamento para prática

de esportes, lazer, compras, etc. Elas relataram que tal dificuldade decorre da ausência de corpo técnico e da regra de não deixar a casa sem profissional presente com os demais moradores, que não desejassem também sair.

Achamos importante reforçar os princípios e diretrizes trazidos pelo marco legal dos SRTs em Portaria nº 106/2000, que exige que tais serviços precisam ser “centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social” (Art. 4º). A mesma legislação aponta a importância dos princípios da reabilitação psicossocial, num projeto amplo, que inclua políticas integradas e garantia de direitos negados anteriormente tais como educação, através de programas de alfabetização; reinserção no mundo do trabalho; inserção comunitária; construção de associação de usuários(as) e familiares; e autonomia para atividades domésticas e pessoais.

[48]

Somado a um processo importante de acompanhamento e facilitação das atividades de vida diária, em toda sua complexidade, além de construção de projetos terapêuticos que envolvem uma série de trabalho de articulações, experimentações, mediações, vinculações, e disposição ao sensível, à escuta, ao que é dito na multiplicidade de expressões de um grupo de pessoas com sofrimentos e sequelas graves de um passado violento, há um enrijecimento do fazer diário, relatado por uma série de procedimentos de registro, de controle, de autorização, de notificação as hierarquias superiores, comuns à lógica empresarial.

A questão que se coloca – além da mercantilização da assistência – é a de que as metas pactuadas nem sempre são factíveis de serem concretizadas ou mesmo estão longe de atenderem à complexidade das necessidades sociais da população usuária. E tanto uma questão como a outra terminam por gerar uma espécie de ciclo perverso: as metas, procedimentos, protocolos, terminam tornando-se mais importantes do que a finalidade dos serviços, num processo de reatualização da burocracia, mas de uma burocracia sobre as bases da lógica privada na execução de um serviço público. (Pág.94) [14]

Essa percepção de enrijecimento na condução gerencial, com a criação de novas normas, expressa um projeto de mercado. São instrumentos de fragmentação da realidade e empobrecimento da práxis gerados e mantidos pela racionalidade do capitalismo, de alienação do trabalho. Formalmente os princípios da política pública são mantidos, mas na prática, fragilizados por uma execução frágil e pontual.

Sem desconsiderar a necessidade da instituição construir novos formatos para gerir os recursos pelos quais é responsável, questiona-se a forma como têm se dado os novos desenhos, com novas atribuições para as mesmas funções, mantendo-se o número de profissionais. Não parece haver mudanças no corpo responsável pelo trabalho nos SRTs, o que vai levando a um acúmulo de funções, uma sobrecarga e uma cobrança, que leva os trabalhadores a se dedicarem a uma solicitação do empregador direto de forma mais disciplinada do que à clínica psicossocial, orientada pela Secretaria Municipal de Saúde.

No referido projeto para os SRT (Anexo C) identificamos a seguinte função para os cuidadores:

Desenvolver apoio cotidiano aos moradores dos SRTs de forma a estimulá-los para realização de atividades referentes ao seu autocuidado e da organização da casa, devendo para isso em situações de maior dependência dos moradores, realizar juntamente com eles, ou em situações extremas e necessárias, por eles, as atividades da casa, serviço de lavanderia e cozinha. (pg. 18) [103]

E refletimos: se as demandas aumentam, se o formato de registro e controle está sendo intensificado, se o tempo está sendo comprometido, se os moradores estão envelhecendo e mudando suas condições de autocuidado e cuidado coletivo com a casa, o projeto não deveria ser revisto de tal forma que a entidade filantrópica aumentasse o número de apoiadores administrativos para darem, de fato, apoio aos SRTs e suas equipes? O número de cuidadores poderia ser revisto para que houvesse condições de efetivar todo registro burocrático sem abrir mão do acompanhamento terapêutico? Ou, como serviços de arrumação e cozinha poderiam ser garantidos quando “situações extremas e necessárias” se oficializam na rotina?

Cortes e Barros[121] reforçam esta preocupação ao realizar estudo sobre processos de reabilitação psicossocial em SRT e da importância do investimento na formação e na construção dos instrumentos de trabalho. Embora as autoras tenham se voltado para a investigação do trabalho dos(as) cuidadores(as), são apontamentos que devem ser tidos como parâmetros para toda a rede de trabalhadores(as) que fazem parte do cotidiano de trabalho na desinstitucionalização.

O processo de trabalho alienado dos cuidadores induz a um cotidiano coisificado dos moradores. Se por um lado, o processo de trabalho dos profissionais do SRT ajuda o morador a objetivar o seu cotidiano e até mesmo superar a alienação deste, por outro lado, em outros momentos, este processo de trabalho subtrai o cotidiano do morador, alienando-o. Esta subtração foi constatada quando os profissionais executam as tarefas diárias “pelos” moradores e não “com” os moradores. (pág. 155) [121]

Sabemos que estes são tensionamentos consequentes da precarização do trabalho, tão intrínseca aos processos de terceirização - que incluem todas as novas modalidades de parceria e cogestão entre o público e o privado – e que se apresenta não apenas através da fragilização no mercado de trabalho, “mas nos campos da organização do trabalho, da política de gestão, nas condições de trabalho e de saúde, nas formas de resistência e no papel do Estado”. [16]

Venturini [122], com sua experiência em todo processo da desinstitucionalização e da Reforma Psiquiátrica na Itália e sua dedicação incansável em contribuir com a territorialização do cuidado em saúde mental, reafirma que o objetivo dos SRT ultrapassa a proposta construída pela própria Reabilitação Psicossocial, diante da centralidade dos(as) moradores(as) tornarem-se “gerentes dos próprios projetos terapêuticos”. Para isso, os serviços de saúde e socioassistenciais teriam o papel de integrar as instituições e as redes, assim como os trabalhadores(as) deveriam estimular a coesão social, lidar com as redes informais através do método da intersectorialidade.

A resposta é abandonar a ideia de trabalhar com as instituições e entre elas; o segredo consiste em trabalhar com as pessoas, com a subjectividade delas, com as pessoas que vivem e trabalham nas instituições. O segredo, na minha experiência, consiste em “raciocinar com os pés”. Qual o sentido destas palavras? Raciocinar com os pés

significa que nossos pés realmente conhecem a comunidade onde vivem os doentes. Nós temos que atravessar, em comprimento e em largura, a comunidade, viver a cotidianeidade, fora do ambulatório, dentro, ao contrário, do “laboratório da vida”. Só então pode-se compreender como se sedimentam as relações, como se cria o sofrimento, como se produz a saúde. O território não é só um espaço, com estruturas e instituições: o território são pessoas, são cidadãos, são histórias dos homens.(pág. 478) [122]

O que percebemos, contudo, é uma organização institucional que tem dificultado a realização do trabalho nessa perspectiva. Excesso de normas, de padrões de institucionalização, controles e burocracia têm-se mostrado como dificultadores da organização de um processo de trabalho centrado nas pessoas e em suas histórias. Projetos de protagonismo e autonomia, surgidos do encontro dos(as) moradores(as) com ferramentas que possibilitam a expressão de suas subjetividades, tornam-se exceções, quando deveriam ser a regra. A reprodução de rotinas pelas(os) trabalhadoras(es) como forma de cumprir requisitos rígidos impostos para o cotidiano de trabalho pela entidade filantrópica gera a demanda e a sobrecarga administrativa que fragiliza a disponibilidade e a construção de um ambiente que torne possível a troca entre sujeitos. A insegurança provocada pelo formato de contratação e pelo vínculo institucional também amedronta e enfraquece a criação de possibilidades e experimentações na relação entre os moradores, e entre os moradores e a equipe.

Costa-Rosa [6] assim caracteriza o paradigma psicossocial: “implicação subjetiva e sociocultural, e singularização por oposição à adaptação, ao tamponamento de sintomas”. Frente a essa noção, nos questionamos como tal processo pode se dar quando observamos uma fragilidade para a maior participação dos moradores nas atividades de vida diária e de cuidado da própria moradia, pela orientação implícita ou explícita de que os cuidadores deveriam ser responsáveis pela execução das mesmas, sem o horizonte de estímulo para que os moradores se dediquem a pequenas atividades que envolvem sua vida doméstica. Ou, ainda, com o aumento das regras sobre saídas de moradores e uso do recurso próprio, restringindo e construindo prescrições para as saídas dos mesmos.

Dialogando novamente com construção teórica importante sobre processos de autonomia formulado por Paulo Freire, reforçamos a importância de um processo de trabalho que compreenda e facilite um cotidiano que perceba nesse outro, o(a) morador(a), como sujeito de direitos que constrói seu processo no mundo de forma única, subjetiva, e processual. Não cabe aqui padrões de comportamento e de rotinas estabelecidas e esperadas para este coletivo.

Ninguém é sujeito da autonomia de ninguém. Por outro lado, ninguém amadurece de repente, aos vinte e cinco anos. A gente vai amadurecendo todo dia, ou não. A autonomia, enquanto amadurecimento do *ser* para *si*, é processo, é *vi* a ser. Não ocorre em data marcada. É neste sentido que uma pedagogia da autonomia tem de estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas de liberdade. (pág. 105). [118]

A impossibilidade de deixar moradores sozinhos em sua casa, a partir de uma avaliação coletiva, ou de alguns saírem sozinhos traz repercussões nos projetos singulares e na construção de projetos de autonomia e liberdade, mantendo a perspectiva do controle, da insegurança e a noção de que aquelas pessoas não tem condições de estar ‘fora dos muros’, reproduzindo padrões que desospitalizam, mas não desinstitucionalizam.

Em estudo feito por Almeida e Cezar [53] é reforçado a centralidade da equipe que trabalha em um SRT compreender sua atribuição de diálogo permanente e inserção na comunidade onde o dispositivo está localizado. O foco num processo pedagógico e de sensibilização permanente com os grupos sociais que fazem parte da vida dos(as) moradores(as) relaciona-se com a construção de novos agentes sociais coletivos. Este entendimento sobre a perspectiva do que é o trabalho num SRT vincula-se diretamente com a gestão do trabalho realizado de forma ampliada, e na potência (ou limitação) da promoção de autonomia realizado pela equipe, e portanto, da desinstitucionalização em processo vivenciada por aquele grupo.

Venturini [123] avalia que o processo de desinstitucionalização ainda está em vias de realização na maior parte dos países americanos e europeus, sendo ainda lento, e quando realizado é “frequentemente mal feito de forma apenas parcial” (pág. 14). Sinaliza que uma das

principais responsáveis tem sido a adoção de políticas sociais neoliberais, que se traduz em cortes importantes para as políticas de saúde. De forma distinta ao que foi identificado nesta investigação - onde foi percebida um enrijecimento na prática da equipe dos SRTs – o autor reforça a importância de que as estruturas do habitar deveriam ser configuradas com o máximo de flexibilidade. O horizonte precisa ser a efetivação de um espaço onde a comunicação, outrora interrompida, possa dar possibilidades de surgimento a uma lógica distinta da instituição psiquiátrica.: “uma lógica feita de pequenas coisas e de emoções, em geral ocultas e postas em parênteses” (pág. 109). [123]

O pesquisador ainda destaca a importância de estarmos vigilantes a construção da vida, das relações e dos serviços durante a Reforma Psiquiátrica, pois as características de contenção, de isolamento e padronização seguem presentes na sociedade, reproduzindo-se na perspectiva de construção de planos e padrões para a vida das pessoas. Indica que tais situações ocorrem também nos serviços surgidos como substitutivos, inclusive se dando por questões de ordens administrativas, da mesma forma como estamos refletindo ao longo desse estudo. “Isso acontece quando a administração faz prevalecer uma ótica institucional (Quanto me custa essa casa? Me convém fechar essa residência e abrir outra num lugar diferente? Substituir esse pessoal por outro mais barato?)” (pág. 120) [123]

A eficiência organizativa se torna miopia burocrática porque a história das pessoas, sua carga de sofrimento, os difíceis percursos rumo à liberdade são achatados como simples soluções técnicas e econômicas. Não menos criticável é aquele serviço psiquiátrico que continua a considerar tais lugares como objeto de seu *poder terapêutico* e que nos fatos, não tanto nas enunciações, pretende ter a última palavra sobre o tratamento, sobre os ex-usuários, sobre a organização do tempo livre e da casa. (pág. 120) [123]

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em Março de 2020, a Prefeitura do Recife anunciou a formulação de uma Lei Ordinária para a criação do Conselho Gestor de Conformidade dos Contratos de Gestão firmados com as Organizações Sociais de Saúde no âmbito da Secretaria de Saúde do Recife. Na justificativa apresentada para a constituição desse organismo, ela alega que a estratégia da gestão pública com o Terceiro Setor tem se mostrado eficiente, em contexto de crise, e que tem sido possível ampliar e qualificar a oferta de serviços à população:

O modelo é uma das principais estratégias da Prefeitura do Recife para a expansão da rede municipal de saúde, plano este que tem sido exitoso, haja vista a experiência comprovada com Hospital da Mulher do Recife - HMR e a Unidade de Pronto Atendimento Especializado - UPAE, do Arruda. (...) Assim, para o ano de 2020, a atual gestão do Município pretende ampliar esse modelo, com a abertura do Hospital Eduardo Campos da Pessoa Idosa - HECPI e, também, da Unidade de Pronto Atendimento Especializado - UPAE do Iburá. (pág. 4) [124]

Em Agosto de 2021, o atual prefeito de Recife promulgou a Lei Municipal nº 18.824/2021 que trata do regime das concessões e permissões de serviços públicos municipais. A atual gestão já vinha trabalhando neste projeto de ampliação da parceria com o setor privado, e anunciou o estudo para concessão de quatro parques públicos da cidade à iniciativa privada, o que deve acontecer até o ano de 2023¹⁶. No fim deste mesmo ano, também firmou outro contrato com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), desta vez, para iniciar estudos técnicos para outra Parceria Público-Privada (PPP) na área da educação, com previsão de construção, gestão e manutenção de 44 novas unidades educacionais¹⁷. Já este

¹⁶ Concessão de quatro parques do Recife à iniciativa privada preocupa a sociedade civil. <https://www.brasildefatope.com.br/2022/11/28/concessao-de-quatro-parques-do-recife-a-iniciativa-privada-preocupa-a-sociedade-civil#:~:text=Quatro%20importantes%20parques%20do%20Recife,2021%2C%20que%20previa%20a%20medida>

¹⁷ PPP para novas creches no Recife gera divergências na área da educação. <https://jc.ne10.uol.com.br/politica/2022/01/14938217-ppp-para-novas-creches-no-recife-gera-divergencias-na-area-da-educacao.html>

ano, ele afirmou que também está em curso estudo para outro projeto de PPP, também agora na Atenção Primária em Saúde em 41 unidades de saúde¹⁸.

Trazemos essas notícias recentes de movimentações da gestão atual do município com o objetivo de ampliação das parcerias do público com o privado para demonstrar que o estudo trazido aqui não é, de forma alguma, um fenômeno pontual. Pelo contrário, um projeto de gestão pública compartilhada com instituições privadas em diversas áreas de execução de políticas públicas (incluindo saúde e educação) está sendo debatido e implementado ostensivamente, a despeito das preocupações e denúncias de falta de debate com a sociedade civil e entidades trabalhistas e sindicais.

Nos parece evidente que, apesar dos resultados apontados aqui na pesquisa, a discussão sobre repercussão também se confronta com o arcabouço ideológico que tem sustentado essas decisões institucionais. O percurso desse estudo caminhou ao encontro de um aspecto importante e que muito tem sido anunciado e denunciado nos últimos anos: a retomada do neoliberalismo e suas repercussões para a intervenção do Estado, com a escassez de financiamento, espaço e estímulo para o desenvolvimento e aprofundamento da pesquisa e de novas práticas durante esses últimos anos no país. Em um cenário de contra-reforma na Política de Saúde no Brasil, a pesquisa adotou como recorte a Rede de Atenção Psicossocial. A Política de Saúde Mental, também foi duramente fragilizada e questionada na gestão federal do Governo Bolsonaro.

Se em um cenário nacional, há um questionamento de diretrizes e princípios importantes para a desinstitucionalização, do ponto de vista local, observamos que apesar da afirmação do horizonte técnico-político orientado pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial,

¹⁸ Profissionais da saúde do Recife temem que parceria com empresas inicie onda de privatizações. <https://www.brasildefatope.com.br/2023/01/23/profissionais-da-saude-do-recife-temem-que-parceria-com-empresas-inicie-onda-de-privatizacoes>

há uma alteração importante no processo de gestão dos serviços que impacta diretamente na execução e aperfeiçoamento do trabalho realizado com os(as) moradores(as) dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Recife-PE. Sem a ilusão de que a conjuntura nacional de golpes e contra-reformas nas políticas públicas no país não se apresentaria com uma série de desafios a serem enfrentados por gestores, trabalhadores, usuários e familiares, reforçamos contudo a urgência do aprofundamento da reflexão sobre novos processos de cuidado e inserção comunitária aliados a um debate de moradia mais profundo, que hoje se faz urgente para o conjunto da população brasileira.

Esta pesquisa almejou pesquisar o processo de trabalho no eixo da desinstitucionalização pelo entendimento, que se tornou evidenciado ao longo da investigação de campo, de que as diretrizes que sustentam a organização do trabalho estão diretamente relacionadas aos objetivos estruturantes do cotidiano do cuidado na relação entre a população que trabalha e a população que utiliza determinado serviço.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira construiu e operacionalizou uma série de mudanças profundas na forma de organização dos serviços e nos instrumentais técnico-operativos do fazer em saúde mental. As alterações recentes caminham no sentido de defender a existência dos serviços até hoje construídos, contudo promovendo mudanças que sinalizam sua descaracterização. Um Serviço Residencial Terapêutico não é apenas uma casa onde moram pessoas com histórico de longa internação em hospitais psiquiátricos, ele é caracterizado também pela forma como se dá a intervenção dos(as) gestores(as) e trabalhadoras(es) e como as relações de poder são estabelecidas, ou mais precisamente, desconstruídas. Um SRT se sustenta pelo paradigma da atenção psicossocial; pela inserção comunitária; pelo olhar técnico que considera a subjetividade; pela mudança na relação dos tempos, dos desejos e das possibilidades de cada grupo e indivíduo; pela criatividade na construção de projetos terapêuticos singulares; pela disponibilidade de troca e contratualizações entre os sujeitos que

ali circulam. Precisamos ser firmes em relação a alterações nesse referencial teórico, político, metodológico e avaliar a execução da política de forma permanente, sabendo do desafio da construção e execução dos serviços públicos.

Outro elemento que se apresentou de forma central neste estudo foi a relação público-privada no Estado brasileiro. A histórica supremacia dos interesses particulares da elite burguesa acarreta marcas profundas de desigualdades e fragilidades na execução e no desenvolvimento de políticas públicas. Observamos, portanto, reformas como a agrária, a urbana, e a da saúde - no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde - que enfrentam resistências em sua implementação, prejudicando o atendimento das necessidades da população. Latifundiários, donos de empresas de transporte, de empresas de construção civil, de hospitais, de indústrias farmacêuticas permanecem renovando sua participação hegemônica na disputa da construção do que é público. Não custa reafirmar o quanto os interesses privados foram, e são, cruéis e violentos na rede de serviços de saúde mental no Brasil.

Retomo esta análise para construir a reflexão que surgiu neste estudo de que precisamos estar atentos às diversas formas de apresentação desses setores empresariais na arena da política pública. Estudamos a relação de parceria do ente público com uma entidade beneficente que existe há muitos anos e tem sido responsável por cobrir uma grande lacuna nos procedimentos ambulatoriais e de exames, em relação aos quais o SUS mantém uma dependência histórica, provavelmente intencional. A construção da legislação inicial na década de 1990 (com aberturas ao setor privado, privilegiando a rede filantrópica) e a forma como essas entidades sobrevivem com sua fonte de renda quase exclusiva proveniente de contratos e convênios públicos nos permitem aventar as razões de tal dependência. A legislação contemporânea que sustenta a parceria do Terceiro Setor com o Estado permite uma diversidade de formatos de convênios e parcerias. Empresas têm fundado entidades sem fins lucrativos para disputar outras fatias de dinheiro público; entidades históricas beneficentes tem se configurado também como

Organizações Sociais, como é o caso da Santa Casa de Misericórdia de Recife, para a execução de outras parcerias com o Governo de Pernambuco, e com a Gestão Municipal de Recife. Estudos diversos [16,17,105,108,114,115,125] têm apresentado entidades sem fins lucrativos que se apresentam com mecanismos análogos ao de uma gestão privada, empresarial. Este elemento aparece na construção do processo de trabalho nos SRT do município e precisamos chamar a atenção para a gravidade das repercussões para o desenvolvimento do trabalho nesses dispositivos e na forma como são regulados, acompanhados e controlados como serviços públicos.

Processos de privatização e de terceirização são acompanhados - se não fundamentados - por um questionamento e descrédito nas propostas do Estado em enfrentar as expressões da questão social e na competência desse setor público para o desenvolvimento dessas respostas. Mecanismos de contratualizações e pagamento de serviços pelo Estado precisam ser analisados através da arena política em que se localizam, onde não há relações ou interesses neutros; onde as perdas e ganhos são avaliados não só pelo prisma financeiro, mas dos poderes e concepções de sociedade em disputa.

Processos como esses, fragilizam a construção de novas possibilidades de intervenção pela política pública e seus gestores, quando há uma concentração de esforços e tempos muito maior para o pagamento do serviço e seu controle, do que nas reflexões que o objeto de trabalho exige. Muito embora, também tenha ficado evidente a incapacidade de acompanhamento qualitativo e financeiro desses 'serviços prestados'. Trato aqui com ênfase na dificuldade de regulação do setor público, que não tem construído e se reformulado para acompanhar os processos sob sua responsabilidade, já que não percebemos nenhuma mudança para potencializar os processos de controle de tais serviços. Equipes que antes executavam a política, são deslocadas para um acompanhamento regulatório que sobrecarrega o setor responsável pela política pelo ente municipal, como parece não haver formação para essa nova função. Os

modelos de acompanhamento e prestação de contas seguem se tratando, quanto existem, dos repasses dos recursos. Pouco observamos sobre a qualidade e a partir do olhar do usuário e do Controle Social sobre aquele processo de desenvolvimento da política, pelo contrário, há um distanciamento e uma fragilidade de acompanhamento. Há uma percepção de invisibilidade desses serviços prestados por convênios e contratos pelo Controle Social que não recebe informações para seu debate aprofundado ou para participar nos rumos das decisões. Ainda que exista uma decisão firmada de contratualização da execução de tais serviços, não podemos abrir mão do processo de acompanhamento de seu desenvolvimento e dos rumos dos repasses financeiros, com excelência, de modo que o Estado garanta esta arena de disputa e debate de forma democrática e transparente. Indicamos ainda a necessidade de sinalização dos dispositivos que hoje estão em co-gestão nos Planos Municipais de Saúde e nos Relatórios Anuais de Saúde, apresentando elementos qualitativos e quantitativos do acompanhamento realizado pelo poder público nesta contratação.

Apesar de não ter sido elemento de aprofundamento do estudo, é importante não desconsiderar o aumento de mais de 1000% nos repasses financeiros da Secretaria de Saúde do Recife para esta entidade, através desses convênios, desde que eles foram iniciados. Recursos públicos precisam ser fiscalizados e sua utilização garantida de maneira, não só eficiente, mas de acordo com as diretrizes e normativas orientadoras do Sistema Único de Saúde. Difícil não se questionar que tipos de arranjos administrativos poderíamos ter construído dentro da administração pública, a despeito do desafio sabido da burocracia pública para movimentação dos recursos – que por vezes também foi identificado como uma questão para o trabalho específico necessário nesses SRTs.

Não deixaremos de ressaltar a potência do compromisso ético assumido pelo conjunto de trabalhadores(as) que estão inseridos nesses dispositivos, em função de gestão ou de assistência, e que relataram dificuldades observadas ao longo dos últimos anos ao passo que

demonstraram a dedicação cotidiana de permanecerem executando a política baseada nos referenciais postos pela desinstitucionalização.

Chegamos ao fim do estudo, apontando a necessidade de permanente investimento na reflexão e na produção de conhecimento sobre esses tipo de dispositivo. Evidenciou-se também a necessidade de qualificação dos processos de formação permanente e supervisão clínica-institucional de acordo com a complexidade deste fazer, além do suporte técnico e estrutural que as equipes têm recebido e utilizado para seu trabalho.

Sugerimos que investimento em estudo, avaliação e elaboração de uma Linha Guia de Cuidado a ser executada nos SRTs do município com identificação de atribuições, orientações, restrições, horizonte teórico-metodológico, organograma, fluxo de rede, pode se tornar um processo potente para a articulação da rede, com debate amplo, aberto e transparente, e um instrumento público de monitoramento e avaliação da política de desinstitucionalização na cidade.

As equipes responsáveis pelo acompanhamento da política municipal necessitam construir formas de negociação das práticas em que sejam privilegiados os projetos terapêuticos, em detrimento do controle administrativo nos quais essas entidades habitualmente centralizam suas práticas. Por último, mas não com menor importância, que se compreenda a relevância da organização do trabalho com vistas ao aprofundamento e à construção de possibilidades das relações e articulações entre os moradores(as) e a comunidade e outras políticas. Afirimo ainda uma das lacunas que sabemos existir desde o desenvolvimento inicial da pesquisa, e que acredito precisar também ser objeto de análise de pesquisas futuras: a escuta da perspectiva dos moradores(as) e seus familiares sobre as mudanças nos últimos anos na condução desses serviços-moradias.

Outros países avançaram no debate sobre direito à cidade e à moradia e de novos mecanismos de inserção das pessoas com histórico de adoecimento psíquico. Sabe-se que hoje

enfrentamos uma dura realidade no nosso país em que tais questões se apresentam de forma bastante frágil, deixando parcela grande da população em situação de miséria e vulnerabilidade. Há alguma esperança de que nos próximos anos possamos retomar mudanças profundas necessárias para o país. Que neste processo, possamos aprofundar políticas intersetoriais e o debate sobre a sociabilidade entre pessoas diferentes – em toda e qualquer manifestação dessa diferença – no território brasileiro, e que tenhamos respostas firmes e seguras para garantir cidadania, circulação na cidade, acesso a bens e serviços, saúde, educação. A Reforma Psiquiátrica Brasileira sempre foi parte de um esforço importante de escrever uma nova história para o povo brasileiro. Precisamos valorizar todo o percurso construído, insistir que a política pública precisa de constante avaliação com participação social e maior investimento, e estarmos vigilantes tanto aos ataques noticiados, quanto aos que chegam disfarçados de inovações, mas são apenas novas apresentações do mesmo produto. Para que amanhã não seja só um ontem com um nome, esse estudo buscou se construir como instrumento para novas análises e transformações.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Contradições marcam área de saúde mental em Pernambuco, afirma coordenadora [Internet]. 2010 [cited 2021 Sep 15]. Available from:
<https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2010/06/28/interna-brasil,199857/contradicoes-marcam-area-de-saude-mental-em-pernambuco-afirma-coordenadora.shtml>
2. Precariedade no maior manicômio de Pernambuco [Internet]. 2009 [cited 2021 Sep 15]. Available from:
http://www.seepe.org.br/index.php?categoria=noticias_principais_01&codigo_noticia=24092009140126&pag=499&cat=
3. Fonte EMM da. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSQUIÁTRICA: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no brasil. *Estud Sociol* [Internet]. 2012 [cited 2021 Jun 26];1(18). Available from:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>
4. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2006 [cited 2021 Jul 12];40(SPEC. ISS.):73–8. Available from:
<http://www.scielo.br/j/rsp/a/T59CdBgDQyGf3hqLpZCjyks/abstract/?lang=pt>
5. Scherer MD dos A, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009 Aug [cited 2021 Jul 12];43(4):721–5. Available from:
<http://www.scielo.br/j/rsp/a/DQWsMshGTGPKd6psQZwSmbF/?lang=pt&format=html>
6. Costa-Rosa A da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* [online] [Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2000 [cited 2021 Jul 31]. p. 141–68. Available from:
<http://books.scielo.org>
7. Antunes R. Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. *Estud Avancados*. 2014;28(81):39–53.
8. Mendes Á, Carnut L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *Rev SER Soc* [Internet]. 2020 [cited 2021 May 27];22:9–32. Available from:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5654317/mod_resource/content/1/ARTIGO

- Aquilas MENDES e Leonardo CARNUT_Revista SER SOCIAL_2020.pdf
9. Souza J. A radiografia do golpe: entenda como e por que você foi enganado. São Paulo - SP: Editora Leya; 2016. 144 p.
 10. Chaloub J, Medeiros J, Lima PL. O impacto do golpe de 2016 e o futuro da democracia brasileira [Internet]. [cited 2022 Dec 11]. Available from: <https://diplomatie.org.br/o-impacto-do-golpe-de-2016-e-futuro-da-democracia-brasileira/>
 11. Bastos PPZ. Ascensão e crise do governo Dilma Rousseff e o golpe de 2016: poder estrutural, contradição e ideologia. Rev Econ Contemp [Internet]. 2017 Dec 21 [cited 2022 Dec 11];21(2):1–63. Available from: <http://www.scielo.br/j/rec/a/Q64JZq7tHnKDsYGVRRYS4mD/abstract/?lang=pt>
 12. Vinicius De Abreu M, Yuri B, Alhadef G, Mateus S, Luís S. O Golpe de 2016 e o Futuro da Democracia no Brasil. São Luís - MA: Editora da UFMA; 2021. 133 p.
 13. Andreazzi M de FS de. O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. In: Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais. 2ª Edição. São Paulo - SP: Editora Cortez; 2012. p. 29–54.
 14. Soares RC. A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E O SUS HOJE: impactos e demandas ao Serviço Social. Universidade Federal de Pernambuco; 2010.
 15. Martins MIC, Molinaro A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. Cien Saude Colet. 2013;18(6):1667–76.
 16. Druck G. A TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA: FORMAS DIVERSAS DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO. 2016.
 17. Silva CMT da R, Gildete Ferreira da Silva, Correia MVC, Santos VM dos. A Privatização do Sistema Único de Saúde via a complementaridade do setor privado ao público. An da VII Jorn Int Políticas Públicas. 2017;14.
 18. BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.
 19. Saúde CN de. RECOMENDAÇÃO Nº 001, DE 31 DE JANEIRO DE 2018 [Internet]. 2018 p. 2. Available from: [https://doi.org/10.1016/j.gecco.2019.e00539%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.foreco.2018.06.029%0Ahttp://www.cpsg.org/sites/cbsg.org/files/documents/Sunda Pangolin](https://doi.org/10.1016/j.gecco.2019.e00539%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.foreco.2018.06.029%0Ahttp://www.cpsg.org/sites/cbsg.org/files/documents/Sunda%20Pangolin)

- National Conservation Strategy and Action Plan
%28LoRes%29.pdf%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.forec
20. SILVA, Edna Maurício da BIZERRA F de A. COMPLEMENTARIEDADE INVERTIDA NO SUS: o apoio do Estado brasileiro ao setor privado de saúde. I Semin Nac Serviço Soc Trab e Política Soc. 2017;
 21. BRASIL. Lei nº 9.637 de 15 de Maio de 1998 [Internet]. Brasil; 1998 p. 1–7. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm
 22. Sano H, Abrucio FL. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Rev Adm Empres.* 2008;48(3):64–80.
 23. Lima JB de. As instituições sem fins lucrativos no âmbito do Sistema único de Saúde: complementaridade invertida e privatização. *An do 16º Congr Bras Assist Sociais.* 2019;1–13.
 24. Montañó CE. O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do “terceiro setor.” *Lutas Sociais.* 2004;0(8):53–64.
 25. Melo MP de, Lessa SE do C. Políticas de Saúde, Neoliberalismo e o Crescimento do Chamado Terceiro Setor: uma análise das FASFIL do campo da saúde no Censo IBGE 2005 / Healthcare Politics, Neoliberal Project and the Growth of the Third Sector: an analysis of the FASFIL from de healt. *Textos Context (Porto Alegre).* 2017;16(1):262.
 26. Santos MAB dos, Servo LMS. Contratualização e Remuneração de Serviços de Saúde no SUS: Situação Atual e Perspectivas [Internet]. Rio de Janeiro; 2021 [cited 2022 Jul 22]. (Saúde Amanhã). Report No.: Textos para Discussão nº 66. Available from: <http://saudeamanha.fi>
 27. Ribeiro GM de A, O. O Sistema Único de Saúde ante as perspectivas da terceirização administrativa. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2018.
 28. Santos MAB dos, Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Cien Saude Colet.* 2004;795–806.
 29. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2013.
 30. Daniela Arbex. Holocausto Brasileiro. 1ª Edição. São Paulo - SP: Geração Editorial; 2013.
 31. BRASIL. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Brasília; 2005.
 32. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Risio C, Nicácio MF de S. Desinstitucionalizacão.

- 1990.
33. Saraceno B. *Libertando Identidades - Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora; 1999. 176 p.
 34. Morato GG. *REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: identificando concepções teóricas e práticas no contexto da assistência em saúde mental*. Vol. 8. Universidade Federal de São Carlos; 2019.
 35. Guimarães JMX, Sampaio JJC. *INOVAÇÃO NA GESTÃO EM SAÚDE MENTAL: INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS E (RE)INVENÇÃO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL* [Internet]. 1. Fortaleza - CE; 2016. 348 p. Available from: <http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/Inovacao e Gestao em Saude Mental.pdf>
 36. Luzio CA, Yasui S. Além das Portarias: Desafios da Política de Saúde Mental. *Psicol em Estud*. 2010;15(1):17–26.
 37. BRASIL. MNL. Manifesto de Bauru. *Cons Fed Psicol* [Internet]. 1987;1988. Available from: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>
 38. Com E, Delgado PG. “REFORMA PSIQUIÁTRICA: CONQUISTAS E DESAFIOS.” 2013;4.
 39. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Brasil; 2011 p. 9.
 40. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. 2010 p. 6–8.
 41. BRASIL. Presidência da República. Decreto Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Brasil; 2011 p. 1–7.
 42. Saúde. M da SS de A à. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. 2014 [cited 2021 Jul 30]; Available from: www.saude.gov.br/sas
 43. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados - Volume 11*. Brasília; 2012.
 44. Pereira Furtado J. *Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS*.
 45. Silva SLC da, Santos LC dos. *RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: uma política pública como expressão da luta antimanicomial*. VII Jorn Int Políticas Públicas. 2015;13.
 46. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. *Relatório Final - II Conferência Nacional de Saúde Mental* [Internet]. Brasília- DF: Ministério da Saúde; 1994. 63 p.

- Available from: <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
47. Vasconcelos EM. Os novos dispositivos residenciais no quadro atual da reorientação da assistência psiquiátrica brasileira. In: Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental. 2001.
 48. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 106, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000. Brasil; 2000.
 49. Ministério da Saúde. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Ministério da Saúde, Secr Atenção à Saúde, Dep Ações Programáticas Estratégicas. 2004;20.
 50. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 175, DE 7 DE FEVEREIRO DE 2001. Brasil; 2001 p. 6–8.
 51. BRASIL. Lei n° 10.708 de 31 de Julho de 2003. Brasil; 2003 p. 4–5.
 52. BRASIL. Ministério da Saúde. Mostra Fotográfica Programa De Volta pra Casa [Internet]. [cited 2021 Feb 3]. Available from: <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/index.html#nogo>
 53. Almeida FA de, Cezar AT. As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental. Rev IGT na Rede [Internet]. 2016 [cited 2021 Jul 29];n° 24:105–14. Available from: <http://www.igt.psc.br/ojs>
 54. Furtado JP, Braga-Campos FC. Problemas de uma casa chamada serviço: buscando novas perspectivas de moradia para portadores de transtorno mental grave. Residências Ter Pesqui e prática nos Process desinstitucionalização. 2011;51–65.
 55. Aguiar BL de. SERVIÇOS DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS : entre a tutela e a autonomia , a incansável busca pelo cuidado ... [Internet]. Universidade Federal de Pernambuco; 2009. Available from: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/8508>
 56. Ana Isi da Silva Maia. A política de saúde mental em Recife : caminhos da desinstitucionalização. Universidade Federal de Pernambuco; 2007.
 57. Alexciane Priscila da Silva. Caracterização da rede de atenção psicossocial do recife e sua interface com a regulação em saúde. Universidade Federal de Pernambuco; 2015.
 58. Melo TMAG de. MEMÓRIAS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM RECIFE: entre passos, descompassos e controvérsias. Universidade Federal de Pernambuco; 2017.
 59. RECIFE. Plano Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife 2014-2017. Recife - PE.; 2014.
 60. RECIFE. Plano Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife 2018-2021

- [Internet]. Recife - PE.; 2018. Available from:
http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018-2021_4.pdf
61. Passos RG. No Cenário Contemporâneo : Desafios Atuais Frente a Reação Conservadora. Soc Em Debate [Internet]. 2017;23(2):55–75. Available from:
<https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/1678>
 62. GUIMARÃES T de AA, ROSA LC dos S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. O Soc em Questão [Internet]. 2019;21(44):111–38. Available from:
<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=686&sid=59>
 63. Cruz NF de O, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trab Educ e Saúde [Internet]. 2020 Jul 15 [cited 2021 Jul 30];18(3):1981–7746. Available from:
<http://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?lang=pt>
 64. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 11/2019. Brasil: Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; 2019. p. 1–32.
 65. Delgado PG. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. Trab Educ e Saúde [Internet]. 2019 May 6 [cited 2021 Aug 17];17(2). Available from:
<http://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfsgDK7bkn/?lang=pt>
 66. Nota Técnica ABRASME sobre a revisao da politica de saude mental - dezembro de 2020 (1).pdf - Google Drive [Internet]. [cited 2021 Aug 24]. Available from:
https://drive.google.com/file/d/1_DF-sGcc3m-_BiPDdQ_rfxYTh8CD4Az-/view
 67. Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas - ABRASCO [Internet]. [cited 2021 Aug 24]. Available from:
<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>
 68. A (re)volta dos que não foram - Ou a falácia da segunda reforma psiquiátrica - ABRASCO [Internet]. [cited 2021 Aug 24]. Available from:
https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/carta_abrasme_segunda-reforma-psiquiatrica/32662/
 69. Contra retrocessos na política antimanicomial, CNS pede que governo revogue portaria – Justificando [Internet]. [cited 2021 Aug 24]. Available from:

- <http://www.justificando.com/2018/02/16/contra-retrocessos-na-politica-antimanicomial-cns-pede-que-governo-revogue-portaria/>
70. CIDADÃO PFDD DO. NOTA TÉCNICA N° 5/2019/PFDC/MPF [Internet]. Brasília-DF; 2019 [cited 2021 Aug 27]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf
 71. Abaixo-assinado · FRENTE AMPLA EM DEFESA DA SAÚDE MENTAL, DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DA LUTA ANTIMANICOMIAL · Change.org [Internet]. [cited 2021 Aug 27]. Available from: https://www.change.org/p/secretários-de-saúde-frente-ampla-em-defesa-da-saúde-mental-da-reforma-psiquiátrica-e-da-luta-antimanicomial?utm_content=cl_sharecopy_26209733_pt-BR%3A0&recruiter=446827650&recruited_by_id=ae3c56b0-a1e9-11e5-bc91-ef2573d233aa&utm_source=share_petition&utm_medium=copypink&utm_campaign=psf_combo_share_initial&utm_term=share_petition
 72. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):507–14.
 73. Abe KC, Miraglia SGEK. Avaliação de impacto à saúde (AIS) no Brasil e América Latina: Uma ferramenta essencial a projetos, planos e políticas. *Interface Commun Heal Educ*. 2018;22(65):349–58.
 74. Pereira C, Hacon S. A avaliação de impacto à saúde como campo de saber. *Saude e Soc*. 2017;26(3):829–35.
 75. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Cien Saude Colet*. 2001;6(1):165–81.
 76. Furtado JP, Campos RO. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. *Cad Saude Publica*. 2008;24(11):2671–80.
 77. Spinelli H. Além da quantidade e do objetivo: a avaliação como parte das micropráticas de trabalho. In: Editora H, editor. *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental : Desenho Participativo e Efeitos da Narratividadesenho Participativo e Efeitos da Narratividade*. 2ª Edição. São Paulo - SP; 2013. p. 103–24.
 78. Furtado JP, Rosana Onocko Campo. A participação de diferentes grupos de interesse na geração de conhecimentos sobre a rede de serviço avaliada. In: Editora H, editor. *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental : Deesenho Participativo e Efeitos da Narratividade*. 2ª Edição. São Paulo - SP; 2013. p. 231–48.

79. Gui RT. Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido [Internet]. Vol. 3, Revista Psicologia: Organizações e Trabalho. 2003. p. 135–59. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/7071>
80. Barbour R. Grupos Focais. Porto Alegre: Artmed; 2009. 216 p.
81. Maria S, Gondim G. GRUPOS FOCALIS COMO TÉCNICA DE INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA: DESAFIOS METODOLÓGICOS 1. 2003;12(24):149–61.
82. Kramer S. Entrevistas coletivas: uma alternativa para lidar com diversidade, hierarquia e poder na pesquisa em ciências humanas. In: Ciências humanas e pesquisa: leituras de Mikhail Bakhtin. São Paulo - SP: Cortez Editora; 2007. p. 57–76.
83. BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar Nº 141 de 13 de Janeiro de 2012. Brasil; 2012 p. 1–10.
84. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. 229 p.
85. Sousa JR de, Santos SCM dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa. Pesqui e Debate em Educ [Internet]. 2020 Dec 31 [cited 2021 Jul 14];10(2):1396–416. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE/article/view/31559>
86. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde. Brasília- DF; 2016. Report No.: 1ª Edição.
87. Brasil. Tribunal de Contas da União. Convênios e outros repasses. Brasília- DF; 2016. (6ª edição).
88. Recife P do, Recife SC de M do. Convênio de Cooperação Técnica nº 29 [Internet]. 2016. p. 47. Available from: https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625
89. Recife P do, Recife SC de M do. Convênio de Cooperação Técnica nº 4801.2.007.2021. Recife - PE.; 2021. p. 61.
90. Recife S de S do, GGPO GG de P e O-. Relatório Anual de Gestão 2014. Recife - PE.; 2015. p. 288.
91. Recife S de S do, GGPO GG de P e O-. Relatório Anual de Gestão 2016. Recife - PE.; 2017. p. 365.
92. Recife S de S do, GGPO GG de P e O-. Relatório anual de gestão 2013. Recife - PE.; 2014. p. 179.

93. Recife S de S do, DEPOGI DE de PO e G da I-. Relatório Anual de Gestão 2018. Recife - PE.; 2019. p. 256.
94. Recife S de S do, DEPOGI DE de PO e G da I-. Relatório Anual de Gestão 2019. Recife - PE.; 2020. p. 136.
95. Recife S de S do, SEPMAD SE de PM e AD-. Relatório Anual de Gestão 2020. Recife - PE.; 2021. p. 229.
96. Recife S de S do, GGPO GG de P e O-. Relatório Anual de Gestão 2015. Recife - PE.; 2016. p. 293.
97. Recife S de S do, DEPOGI DE de PO e G da I-. Relatório Anual de Gestão 2017. Recife - PE.; 2018. p. 214.
98. Recife S de S do, DGPG DG de P e G-. Relatório Anual de Gestão 2011. Recife - PE.; 2012. p. 188.
99. Recife S de S do, GGPO GG de P e O-. Relatório Anual de Gestão 2012. Recife - PE.; 2013. p. 177.
100. Recife SC de M do. Relatório de Atividades 2021. Recife - PE.; 2022. p. 164.
101. Recife SC de M do. Relatório de Atividades 2019. Recife - PE.; 2020. p. 128.
102. Recife SC de M do. Relatório de Atividades 2020. Recife - PE.; 2021. p. 0–150.
103. Recife P da C do. SM de S, Secretaria Executiva de Atenção Básica., Coordenação de Saúde Mental Á e OD. Projeto de Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Recife - PE.; 2021. p. 31.
104. Vieira FS, Santos IS, Ocké-Reis C, Rodrigues PH de A. Políticas sociais e austeridade fiscal. 2018;64.
105. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues. As Organizações Sociais na saúde, peça chave para a privatização da saúde - Cebes [Internet]. 2016 [cited 2022 Oct 23]. Available from: <https://cebes.org.br/as-organizacoes-sociais-na-saude-peca-chave-para-a-privatizacao-da-saude/18793/>
106. Krüger TR, Reis C. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. Serviço Soc Soc. 2019;(135):271–89.
107. Brasil. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado [Internet]. Brasília; 1995. Available from: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>
108. Moraes DPM. Ataques a Reforma Psiquiátrica por meio das Organizações Sociais (“OS”). An do Encontro Int e Nac Política Soc. 2019;V.1 N.1:1–15.

109. Salado CJ da S. O processo de trabalho de cuidadores em serviços residenciais terapêuticos: revisão de escopo. Universidade de São Paulo; 2019.
110. Carneiro CCG, Martins ICM. NOVOS MODELOS DE GESTÃO DO TRABALHO NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE E O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. *Trab Educ Saúde*. 2015;13(1):45–65.
111. Portela L. Fechamento de duas residências terapêuticas acende o alerta de retrocesso na política de saúde mental do Recife [Internet]. Marco Zero Conteúdo. 2018 [cited 2021 Aug 12]. Available from: <https://marcozero.org/fechamento-de-duas-residencias-terapeuticas-acende-o-alerta-de-retrocesso-na-politica-de-saude-mental-do-recife/>
112. Do Socorro Veloso Albuquerque M, De Moraes HMM, Lima LP. Contratualização em saúde: Arena de disputa entre interesses públicos e privados. *Cienc e Saude Coletiva*. 2015;20(6):1825–34.
113. Machado FKS, Giongo CR, Mendes JMR. Terceirização e Precarização do Trabalho: uma questão de sofrimento social. *Rev psicol polit* [Internet]. 2016;16(36):227–40. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2016000200007
114. Mesquita JF de O. A PRIVATIZAÇÃO DA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SUS: discurso e ideologia em materiais educacionais de uma instituição beneficente de saúde. Fundação Oswaldo Cruz; 2019.
115. Santana VGD, Santos Neto PM dos. Modelos de gestão pública da Secretaria de Saúde de Pernambuco: implicações na gestão do trabalho. *Saúde em Debate*. 2017;41(112):122–32.
116. Alves SMP, Coelho MC de R, Borges LH, Cruz CA de M, Massaroni L, Maciel PMA. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: A realidade de um Hospital Universitário Federal. *Cienc e Saude Coletiva*. 2015;20(10):3043–50.
117. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2010. 72 p.
118. Freire P. *Pedagogia da Autonomia*. São Paulo - SP: Paz e Terra; 2011. 143 p.
119. Silva MV de O. A ONIPRESENÇA DA POLITICA NO CAMPO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA. In: *Caderno Saúde Mental - A Reforma Psiquiátrica que Queremos*. Belo Horizonte - MG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; 2007. p. 119–25.
120. Furtado JP, Nakamura E. *Inserção Social e Habilitação de Pessoas com Sofrimento*

- Mental Grave. 1st ed. São Paulo - SP: Editora FAP - UNFESP; 2014. 432 p.
121. Cortes HM, Barros S. Reabilitação psicossocial de moradores de um serviço residencial terapêutico. *J Nurs Heal*. 2017;7(2):148.
 122. Venturini E. “O caminho dos cantos”: morar e intersectorialidade na saúde mental. *Rev Psicol*. 1992;22:471–80.
 123. Venturini E. *A Linha Curva - o espaço e o tempo da desinstitucionalização*. 22 Edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2016. 196 p.
 124. RECIFE. Projeto de Lei 06 / 2020. Recife - PE; 2020.
 125. de Moraes HMM, de Albuquerque M do SV, de Oliveira RS, Cazuzu AKI, da Silva NAF. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2018;34(1):1–13.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIROS DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

**Coordenação de SM (durante implementação e atual) / Coordenação do Projeto
Rehabitar / Coordenação da OSS / Coordenação de SRT Técnicas de Referência da
gestão pública direta dos SRT / Cuidadoras(es) Servidoras**

1. Você poderia falar um pouco sobre seu trabalho (atual ou anterior) com os Serviços Residenciais Terapêuticos em Recife?
 - Função
 - Tempo na função
 - Percurso para chegar nesta função / formação
2. Considerando sua experiência, como você falaria da importância dos SRTs e quais os maiores desafios na sua implementação / execução?
3. Para o cotidiano do trabalho nos SRT, que princípios ou objetivos são considerados? (questões administrativa e conflitos em geral)
 - espaço para a clínica de cada morador na condução
4. De forma geral, como você descreveria o cotidiano e a organização da equipe que trabalha diretamente no cotidiano dos SRT?
 - encontros/ reuniões/ fórum
 - responsabilidades compartilhadas entre SMS e OSS
5. Existe alguma sistematização para o desenvolvimento do trabalho nos SRTs?
 - se sim, de que forma.
 - se não, é uma questão ou de que forma as orientações se concretizam.
 - padrão de funcionamento
 - lugar da decisão dos moradores
6. Como você tem avaliado esta parceria da prefeitura, na política de saúde mental, com a OSS?
 - como prefeitura justifica / de que forma chegou para equipe servidora
 - como OSS avalia / compreende sua função / entende diferença com outras administrações
 - seleção de equipe
7. Existe processo de educação permanente / formação para o trabalho para esse serviço? Se sim, de que forma e de quem é a condução? Com que frequência? É suficiente?

8. Que outros serviços da rede são acionados de forma mais cotidiana pelos SRTs e seus moradores?
 - maiores dificuldade de acesso
9. Qual relação do termo 'promoção de autonomia' para o trabalho nos SRT?
 - importa?
 - onde identificar no cotidiano
 - quais maiores limites institucionais / gestão / administração
 - propostas?
10. Como pode ser avaliada a ocupação da cidade pelos moradores?
 - potência
 - nó crítico

APÊNDICE B – ROTEIROS DE GRUPOS FOCAIS

Aquecimento:

Vídeo:

Terapia da Liberdade - Sala de Notícias - Canal Futura (13:54’) ¹⁹

Questão disparadora - bloco 1 (paradigma orientador)

- Utilização da provocação do vídeo utilizado no aquecimento.

1. Considerando a experiência de vocês nos SRT, aqui em Recife, como é o cotidiano de trabalho, o dia a dia nas residências?

- importância / desafios
- formação: existem? são necessários?
- princípios orientadores no cotidiano
- padrão de funcionamento
- PTS: se fala? se faz?
- propostas?

Questão disparadora - bloco 2: (processo de trabalho)

- Utilização desse trecho introdutório, se possível projetar ou tratar sobre tema de forma livre e oral.

A organização de uma casa é um trabalho delicado, cotidiano, intenso, dinâmico e, por vezes, sujeito a desencontros e tensões. Soma-se a isso o fato de que numa casa como um SRT estamos ao mesmo tempo falando de uma moradia mas também de um serviço, ou seja, há que se tomar em conta sempre dessa contradição entre propiciar um espaço em que cada morador deve e pode chamar de “sua casa” mas também há que se adotar e seguir regras mínimas de convívio, higiene, ambiência. Um SRT deve, também, esforçar-se ao máximo para que os moradores acessem os cuidados de saúde necessários para garantir seu bem-estar da melhor maneira possível.

Fonte: Protocolo Saúde Mental Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Prefeitura de São Paulo, 2021. (pág. 5)

2. Essas casas em que vocês trabalham foram as primeiras do município e no início não existia uma entidade, como a Santa Casa. Os moradores e familiares falam sobre como era o SRT antes da gestão da Santa Casa? Na opinião de vocês quais as diferenças?

¹⁹ <https://www.youtube.com/watch?v=r6tLPh3-Gal>

- mudança no tipo de vínculo tem consequências para o trabalho?
- responsabilidades entre a prefeitura e a OSS na administração dos SRTs
- limites / potências e conflitos
- fóruns e espaços de reunião: entre a equipe, com moradores.
- formação
- sistematização / orientação

Questão disparadora- bloco 3: (promoção de autonomia)

- Utilização desse trecho introdutório, se possível projetar ou tratar sobre tema de forma livre e oral.

“[...] “É decidindo que se aprende a decidir. Não posso aprender a ser eu mesmo se não decido nunca” e, portanto, “faz parte do aprendizado da decisão a assunção das consequências do ato de decidir”.

Para Paulo Freire um elemento importante para construção da autonomia, além da responsabilidade na tomada de decisões, é a liberdade. Liberdade de pensar, se descobrir, se expressar, de decidir, de agir. A liberdade que se dá junto com a eticidade, de ser mais livre quanto mais eticamente vai assumindo a responsabilidade das ações, e para isso, requer correr riscos, assim como, do respeito à liberdade do outro. O espaço antes habitado pela dependência vai sendo ocupado pela liberdade, pela possibilidade de decidir e correr risco, e, assim, construir a autonomia.

Fonte: SOBEL, pág. 54-55, 2019.

3. Os SRT provocam mudança na vida de seus(suas) moradores(as)?

- desafios
- impedimentos ou limites institucionais
- promoção de autonomia
- circulação na rede
- qual a rede/ que outros dispositivos/ serviços são envolvidos no cotidiano / desafio de acesso

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Pra que amanhã não seja só um ontem com um novo nome”: repercussões da privatização da gestão nos Serviços Residenciais Terapêuticos em Recife-PE.”, desenvolvida por Halina Cavalcanti Gouveia, discente de Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde da Escola de Governo da Gerência Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz (GEREB/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Francini Lube Guizardi.

O objetivo central do estudo é analisar repercussões da privatização da gestão através das Organizações Sociais de Saúde dos Serviços Residenciais Terapêuticos no município de Recife-PE.

O convite a sua participação se deve ao envolvimento com os Serviços Residenciais Terapêuticos neste município ao longo dos últimos vinte anos, seja como trabalhador(a) ou gestor(a). Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão tomadas as seguintes medidas e para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades; qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa; além disso, o material coletado será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em () responder perguntas de um roteiro de entrevista ou () participação em um grupo focal, com o máximo de 12 pessoas. Esses momentos serão gravados se houver autorização do entrevistado(a) mediante assinatura deste termo, e o tempo dedicado para utilização de ambos os métodos será de, aproximadamente, uma hora e trinta minutos.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador, para utilização em pesquisas futuras, sendo necessário, para isso, novo contato para que você forneça seu consentimento específico para a nova pesquisa.

Não haverá um benefício direto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa, contudo, ela será de fundamental importância para a construção de conhecimento que pretende gerar conhecimentos que apresentem impactos positivos na execução da política pública de saúde,

trazendo assim, benefícios para o conjunto da população que utilizam e trabalham nestes serviços pesquisados.

Faremos todos os esforços para evitar e minimizar os riscos que podem estar envolvidos na sua participação nesta pesquisa contudo temos a obrigação de explicitar que, ainda assim, poderá haver potenciais riscos como cansaço ou aborrecimento ao responder questões levantadas em entrevistas ou nos trabalhos em grupo, ou ainda desconforto ou constrangimento por conta das gravações de áudio. Há ainda o risco permanente em pesquisas que envolvem pesquisa com seres humanos, que trata da quebra de sigilo que pode vir a ocorrer de maneira involuntária e não intencional, após perda ou roubo de documentos e instrumentos utilizados na coleta de dados.

Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada

Os resultados serão apresentados aos participantes a partir da publicação da dissertação e de artigos científicos. Haverá ainda a elaboração de Relatório Técnico Conclusivo, que deverá ser apresentado aos participantes e demais envolvidos na gestão no trabalho desses serviços. Também poderão ser realizadas oficinas temáticas que venham a contribuir com possibilidades de novos arranjos institucionais e posturas técnicas que façam parte do desenvolvimento dos serviços.

Qualquer dúvida, pedimos a gentileza de entrar em contato com Halina Cavalcanti, pesquisadora responsável pela pesquisa, telefone: (81) 996788937, e-mail: halina.cg@gmail.com ou com a pesquisadora orientadora Francini Guizardi, e-mail: flguizardi@gmail.com.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3329-4607 / 3329-4638 ou e-mail: cepbrasil@fiocruz.br

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa acima descrito.

Recife, ____ de _____ de 202__.

8 ANEXOS

ANEXO A – Resposta ao pedido de Acesso à Informação (Julho/2022)

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
GGR/SERMAC/SESAU



RESPOSTA AO PEDIDO DE ACESSO À INFORMAÇÃO Nº
2022005090034000034

Data da entrada da Solicitação: 19/07/2022

Descrição da Solicitação:

“De acordo com estudo realizado através do Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde, na Turma Especial: Promoção e Vigilância em Saúde, Ambiente e Trabalho, ministrado pela Escola de Governo Fiocruz - EGF/GEREB/Fiocruz Brasília, estou fazendo uma pesquisa que envolve os Serviços Residenciais Terapêuticos. Tenho em mãos documentos tais como: Parecer de Comitê de Ética, além de Carta de Anuência e C.I. de Autorização de Coleta de Dados do município. Solicito acesso aos seguintes documentos: - Contrato de Convênio entre a Prefeitura e o Hospital Santo Amaro/Santa Casa de Misericórdia para execução dos SRT: não tenho certeza se há outros mas após pesquisa em D.O.R identifiquei os Convênio nº 95 de 06/06/2006 e Convênio nº 29 de 06/06/2016 - Relatório de cumprimento destes convênios entre os anos de 2011 a 2021; - Plano Operativo Assistencial destes convênios entre os anos de 2011 a 2021; - Relatório de Execução Físico-Financeira destes convênios entre os anos de 2011 a 2021;”

Resposta à Solicitação:

Em atenção à solicitação PAI nº 2022005090034000034 informamos que esta Gerência Geral de Regulação dispõe das informações que serão disponíveis em drive, no seguinte link: <https://drive.google.com/drive/folders/1BKPM6gTkW9Oi-GG6FMJPaqhaqWZVWkib>.

Destacamos no drive estará disponível os Convênios nº 95 de 06/06/2006, nº 29 de 06/06/2016 e nº 4801.2.007.2021, com seus respectivos Planos Operativos Assistenciais (POA).

Informamos que a pesquisadora realizou contato direto com esta área técnica, e de posse de Carta de Anuência do município solicitou os mesmos dados. Na oportunidade já foram disponibilizadas algumas informações e a pesquisadora esclareceu que o relatório de cumprimento de metas e de execução financeira que deseja são específicos da execução dos Serviços de Residência Terapêutica, não sendo uma informação disponível na Gerência Geral de Regulação, uma vez que realizamos monitoramento global do convênio. Nesse sentido, a área técnica de saúde mental poderá ser consultada para verificar disponibilidade da informação.

GERENTE GERAL DE REGULAÇÃO

ANEXO B – Resposta ao pedido de Acesso à Informação (Agosto / /2022)

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE
SECRETARIA EXECUTIVA DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E
ARTICULAÇÃO DISTRITAL
Av. Cais do Apolo, 925 - Recife - CEP: 50.030-903 - Fone: 3355-9315

RESPOSTA AO PEDIDO DE ACESSO À INFORMAÇÃO**nº 2022005540034009991****Data da entrada da Solicitação:** 03/08/2022**Descrição da Solicitação:**

Relatórios de Gestão da Secretaria de Saúde referente aos anos de 2011 a 2021.

Resposta à Solicitação:

Visando subsidiar resposta à demanda do Portal da Transparência - Protocolo nº 2022005540034009991, segue o link que contém as informações solicitadas, com exceção do RAG 2021 que encontra-se neste período em avaliação pelo Conselho Municipal de Saúde do Recife.

<http://transparencia.recife.pe.gov.br/codigos/web/estaticos/estaticos.php?nat=SAU#filho>

Recife, 22 de agosto de 2022.

Atenciosamente,

Gerência de Planejamento/SEPMAD

ANEXO C – Atribuições da Coordenação Administrativa, Coordenação Clínica, Técnico de Referência, Analista de Monitoramento e Avaliação, Cuidadores, Técnico de Enfermagem, Apoiador Técnico do Projeto Serviço Residencial Terapêutico contratados pelo conveniado sob coordenação da Secretaria de Saúde.



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

7.3 ATRIBUIÇÕES DA COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA DO PROJETO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO CONTRATADA PELO CONVENIADO, SOB COORDENAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE – COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:

- Selecionar os recursos humanos para contratação (técnicos de referência, cuidadores e técnicos de enfermagem), bem como, solicitar o desligamento quando avaliada a necessidade;
- Definir a localização dos imóveis, incluindo busca no mercado imobiliário conforme especificações pretendidas;
- Articular com o conveniado a efetivação do aluguel;
- Definir os ajustes e reformas necessárias da casa;
- Em articulação com os atores da rede de atenção psicossocial, montar a casa com as respectivas definições quanto aos itens a serem comprados;
- Acompanhar todo o processo de montagem da residência;
- Definir o momento de contratação dos cuidadores, técnicos de enfermagem e técnicos de referência das residências;
- Em conjunto com outros profissionais envolvidos no processo de desinstitucionalização, definir a data de mudança dos moradores;
- Dar continuidade ao acompanhamento da manutenção e organização administrativa das residências;
- Juntamente com o CAPS, técnico de referência do SRT e moradores, definir a estimativa de consumo alimentar de cada residência e os respectivos ajustes necessários;
- Acompanhar as despesas mensais via recebimento de planilha para atesto;
- Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais dos profissionais das residências;
- Funcionar como interlocutor entre o conveniado e a Secretaria Municipal de Saúde;
- Funcionar como interlocutor entre os profissionais contratados para o SRT e o conveniado;
- Realizar acompanhamento de todos os processos de admissão, demissão e licença de pessoal junto ao conveniado;

Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
Av. Militar, s/n. Bairro do Recife, Recife/PE. CEP: 50030-270
Fone: 3355-2811.



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

- Articular com os setores da saúde competentes, quer sejam do município ou do estado, para cadastrar o SRT no CNES do CAPS e realizar os encaminhamentos necessários para solicitação ao Ministério da Saúde de recurso de implantação do mesmo, assim como, de sua habilitação.

7.4 ATRIBUIÇÕES DA COORDENAÇÃO CLÍNICA DO PROJETO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO CONTRATADA PELO CONVENIADO, SOB COORDENAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE – COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:

- Participar do processo seletivo de Recursos Humanos (TR, Cuidador e Técnico de Enfermagem) junto ao prestador e CAPS, bem como o de desligamento quando avaliado a necessidade;
- Capacitar, monitorar e acompanhar os cuidadores e técnicos de referência;
- Acompanhar o processo de trabalho dos TRs/ Supervisores e quando necessário dar suporte às demandas do processo de trabalho do cuidador;
- Construir, juntamente com outros atores da RAPS, espaços de formação para os cuidadores e técnicos de referência dos Serviços Residenciais Terapêuticos;
- Em articulação com os atores da rede de atenção psicossocial, montar a casa, com as respectivas definições quanto aos itens a serem comprados;
- Acompanhar todo o processo de montagem da residência;
- Definir o momento de contratação dos cuidadores, técnicos de enfermagem e técnicos de referência das residências;
- Em conjunto com outros profissionais envolvidos no processo de desinstitucionalização, definir a data de mudança dos moradores;
- Dar continuidade ao acompanhamento da manutenção e organização administrativa das residências;
- Participar, juntamente com a equipe de saúde mental do município, de espaços de discussão sobre assuntos relacionados às ações de desinstitucionalização ou atividades técnicas relativas aos serviços residenciais terapêuticos;
- Apoiar o (a) Técnico de Referência (TR) na articulação com equipamentos da RAPS e outros setores (justiça, previdência, assistência social, cultura, educação entre outros) para construção e consolidação do PTS dos moradores;

Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
Av. Militar, s/n. Bairro do Recife. Recife/PE. CEP: 50030-270
Fone: 3355-2811.

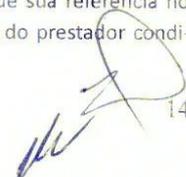

13




PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

- Em articulação com os Distritos Sanitários e CAPS, ofertar suporte técnico aos técnicos de referência dos SRTs, a fim de efetivarem suas atividades junto às casas e também de garantir aos moradores, a assistência necessária à saúde e ao seu processo de reabilitação psicossocial;
- Funcionar como interlocutores da Coordenação de Atenção à Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas junto aos CAPS e Distritos Sanitários no que se refere à temática de desinstitucionalização;
- Funcionar como interlocutor entre o conveniado e a Secretaria Municipal de Saúde;
- Funcionar como interlocutor entre os profissionais contratados para o SRT e o conveniado;
- Articular com os setores da saúde competentes, quer sejam do município ou do estado, para cadastrar o SRT no CNES do CAPS e realizar os encaminhamentos necessários para solicitação ao Ministério da Saúde de recurso de implantação do mesmo, assim como, de sua habilitação.
- Supervisionar a assistência Clínica e Psicossocial viabilizada aos moradores das RTs de sua referência;
- Referência para os processos de Desinstitucionalização dos Hospitais Psiquiátricos e de Custódia do Estado;
- Referência Clínica para discussão de casos do território junto à rede quando da indicação para SRT;
- Representar, por designação, a CSMAD em espaços institucionais, bem como em audiências no Ministério Público;
- Acompanhar junto ao TR situações de crise (clínica, psicossocial e óbito) de morador na interface com o CAPS de referência;
- Monitorar junto ao TR situações de internamento dos moradores;
- Fomentar processos de Reabilitação Psicossocial;
- Realizar junto com o TR visitas domiciliares, quando necessário, à familiares dos moradores;
- Acompanhar os processos referentes à assalto/furto na RT;
- Acompanhar os processos relacionados à Curatela de moradores, conduzidas pelo TR, junto ao NAF/MP;
- Monitorar a gestão financeira de recursos individuais dos moradores e do recurso coletivo da RT;
- Supervisionar o processo de trabalho e manejo das equipes dos SRTs de sua referência no âmbito da condução clínica-psicossocial e com interface as orientações do prestador condizente com as normativas trabalhistas;

Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
Av. Militar, s/n, Bairro do Recife, Recife/PE. CEP: 50030-270
Fone: 3355-2811.


14




PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

- Monitorar mensalmente junto aos gerentes dos CAPS o registro da RAAS e evolução nos prontuários dos moradores;
- Promover e participar de agendas sistemáticas com a CSMAD/RAPS e Prestadores;
- Promover e coordenar junto com o gerente do CAPS o Grupo de Trabalho (GT) – RT mensalmente;
- Visitar às RTs;
- Atestar a frequência mensal do(a) TR de sua referência por meio de instrumento de acompanhamento de processo de trabalho da mesma;
- Atesto de documentos administrativos junto ao Prestador no 1º dia útil de cada mês;

7.5 ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO CONTRATADO PELO CONVENIADO, DE FORMA ARTICULADA COM OS CAPS E SOB COORDENAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE – GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:

- Participar dos processos de entrada nos hospitais psiquiátricos e/ou hospital de custódia para avaliação e vinculação com as pessoas a serem desinstitucionalizadas;
- Desenvolver, em articulação com o CAPS de referência do SRT, estratégias terapêuticas que facilitem a transição mais adequada possível das pessoas em processo de desinstitucionalização do hospital psiquiátrico ou módulo de reabilitação psicossocial para os SRTs;
- Conduzir a gestão clínica-administrativa das Residências Terapêuticas em consonância o CAPS de Referência;
- Em articulação com o CAPS de referência do SRT, discutir e definir projeto terapêutico singular (PTS) de cada morador, assim como, cronograma e organização do processo de trabalho a ser desenvolvido para condução dos PTS's;
- Realizar atividades de suporte técnico aos cuidadores dos SRT's com oferta de espaços permanente de reflexão cotidiana sobre suas práticas, assim como, apoio na organização dos seus processos de trabalho;
- Desenvolver trabalho permanente com os familiares dos moradores dos SRT's através de diferentes estratégias, dentre elas os módulos de família, de forma a fortalecer os laços afetivos e construir as pactuações necessárias para o desenvolvimento do PTS do morador, incluindo a possibilidade do seu retorno à família quando possível;

15

Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
Av. Militar, s/n. Bairro do Recife. Recife/PE. CEP: 50030-270
Fone: 3355-2811.



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

- Participar de todas as reuniões técnicas do CAPS de referência dos SRTs, dos Fóruns de Saúde Mental, Distritais e intersetoriais; bem como de espaços de formação promovidos pela Gerência da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas;
- Apoiar os CAPS de referência do SRT para desenvolvimento de ações de desinstitucionalização no território;
- Dar suporte técnico aos cuidadores e moradores na organização cotidiana da casa na perspectiva da desinstitucionalização, com a função inclusive de mediar situações conflituosas e facilitar a construção de acordos necessários para convivência do grupo;
- Funcionar como interlocutor entre SRT, CAPS e Coordenador técnico para tratar das questões técnicas e operacionais relativos ao funcionamento dos SRTs;
- Acompanhar e conduzir os processos de internamento hospitalar dos moradores;
- Responsabilizar-se pelo apoio e acompanhamento junto com o cuidador, da utilização dos recursos financeiros individual dos moradores;
- Intervir em situações de intercorrências no SRT (clínicas, psíquicas, óbito, entre outras) inclusive em horário noturno, finais de semana e feriados;
- Realizar reunião sistemática no CAPS ou RT com TR e cuidadores;
- Realizar registros nos prontuários, pelo menos 01 vez ao mês, e/ou em casos que demandem a necessidade de registros com maior frequência e menor periodicidade;
- Acompanhar o abastecimento da medicação psicotrópica necessária para RT e supervisionar e orientar os cuidadores e moradores da administração da medicação e seu uso correto;
- Acompanhar e conduzir as situações desaparecimento de moradores, com o apoio da coordenação clínica;
- Acompanhar e conduzir as situações de óbitos, com o apoio da coordenação clínica;
- Responsabilizar pelo recebimento do suprimento e prestação de contas do recurso financeiro da RT;
- Responsabilizar pelo Abastecimento pela compra de alimentos, material de higiene e limpeza;
- Encaminhar programação de agenda semanal para Coordenação Clínica;
- Preenchimento da folha de ponto;

Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
Av. Militar, s/n. Bairro do Recife. Recife/PE. CEP: 50030-270
Fone: 3355-2811.

16



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

- Acompanhar, monitorar diariamente a folha de ponto dos cuidadores, atestar mensalmente e fazer a entrega no 1º dia útil ao prestador;
- Identificar a necessidade de manutenção do imóvel, informando a coordenação clínica e administrativa das RTs e acompanhar;
- Em articulação com o CAPS, apoiar o coordenador técnico dos SRT's nos encaminhamentos burocráticos quanto ao cadastramento e habilitação do SRT junto ao Ministério da Saúde;
- Construir, revisar e visitar, com a participação dos moradores e todos os atores envolvidos na sua história e o seu cuidado, os projetos terapêuticos singulares destes, de forma a responder os seguintes critérios:
 - Articulação e encaminhamentos necessários para viabilização de documentação e benefícios;
 - Avaliação permanente, dadas às singularidades de cada morador, conjuntamente com o morador e com o CAPS, dos possíveis processos de revisão de curatela e de desinterdição, realizando para isso, articulação e encaminhamentos necessários junto aos órgãos competentes;
 - Desenvolvimento de atividades de acompanhamento terapêutico com os moradores dos SRT's;
 - Desenvolvimento de estratégias terapêuticas junto aos familiares dos moradores no sentido de reconstruir os laços afetivos;
 - Oferta de atividades específicas individuais ou coletivas aos moradores de forma a trabalhar os aspectos relevantes para o seu processo de reabilitação psicossocial, tais como, a administração dos seus recursos financeiros, sexualidade, questões existenciais, de retomada da vida, do auto-cuidado, do uso da sua medicação, da convivência social e outros;
 - Realização de encaminhamentos necessários para viabilização do Programa de Volta Para Casa, assim como, o seu acompanhamento, de acordo com as recomendações ministeriais referentes ao programa.

17



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

7.6 ATRIBUIÇÕES DO ANALISTA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO CONTRATADO PELO CONVENIADO, DE FORMA ARTICULADA COM A GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E COORDENAÇÃO DA GERÊNCIA DE CONTRATOS, CONVÊNIOS E INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM SAÚDE:

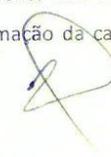
Juntamente com o coordenador administrativo e clínico do projeto:

- Articular com o conveniado e a Secretaria Municipal de Saúde das demandas existentes nos SRT's visando o acompanhamento/monitoramento do projeto;
- Monitorar e apoiar a implantação e implementação das residências terapêuticas com a área técnica;

7.7 ATRIBUIÇÕES DO CUIDADOR DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO CONTRATADO PELO CONVENIADO, EM ARTICULAÇÃO COM O TÉCNICO DE REFERÊNCIA DO SRT E SOB COORDENAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE – COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:

- Desenvolver apoio cotidiano aos moradores dos SRTs de forma a estimulá-los para realização de atividades referentes ao seu auto-cuidado e da organização da casa, devendo para isso em situações de maior dependência dos moradores, realizar juntamente com eles, ou em situações extremas e necessárias, por eles, as atividades como arrumação da casa, serviço de lavanderia e cozinha;
- Desenvolver atividades de acompanhamento terapêutico de forma a facilitar a circulação dos moradores dos SRTs no entorno da casa, facilitando a construção de laços com a vizinhança;
- Mediar possíveis conflitos que possam surgir no dia a dia do SRT, estimulando os moradores a construir resoluções cotidianas para a superação destes;
- Participar das reuniões de discussão e formação propostas pelos técnicos de referência;
- Subsidiar o técnico de referência e a equipe do CAPS para avaliação clínica e psicossocial dos moradores e participar da construção do PTS e atuação em situações de intercorrências que demandem a atuação desses.
- Desenvolver apoio cotidiano aos moradores dos SRT's de forma a estimulá-los para realização de atividades referentes ao seu auto-cuidado e da organização da casa, devendo para isso em situações de maior dependência dos moradores, realizar juntamente com eles, ou em situações extremas e necessárias, por eles, as atividades como arrumação da casa,

Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
Av. Militar, s/n. Bairro do Recife. Recife/PE. CEP: 50030-270
Fone: 3355-2811.

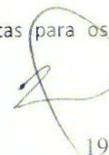
  18 



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

serviço de lavanderia e cozinha;

- Organizar ambiente de trabalho e dar continuidade aos plantões, além de realizar registros no livro de plantão;
- Desenvolver atividades de acompanhante de forma a facilitar a circulação dos moradores dos SRT's no entorno da casa, facilitando a construção de laços com a vizinhança;
- Mediar possíveis conflitos que possam surgir no dia a dia do SRT, estimulando os moradores a construir resoluções cotidianas para a superação destes;
- Participar das reuniões de discussão e formação propostas pelos técnicos de referência e Coordenação clínica;
- Subsidiar o técnico de referência para avaliação clínica e psicossocial dos moradores e participar da construção do PTS;
- Atuar em situações de intercorrências;
- Apoiar e acompanhar junto aos moradores a utilização de seus recursos financeiros, bem como auxiliar o TR na prestação de contas desse uso;
- Apoiar e acompanhar a utilização de recursos coletivo dos moradores, bem como auxiliar o TR na prestação de contas desse uso;
- Controle da medicação: buscar medicação na farmácia, armazenamento, administração e controle geral;
- Acompanhar o serviço de manutenção do imóvel;
- Preenchimento da folha de ponto;
- Conferir, registrar no livro de plantão e ciência após conferência dos valores do recurso financeiro da casa (individual, coletivo e do recurso do suprimento da feira) na passagem de plantão;
- Conferir, registrar nos livros caixa e ciência após conferência dos valores do recurso financeiro da casa (individual, coletivo e do recurso do suprimento da feira) após utilização;
- Acompanhar os moradores em consultas médicas;
- Acompanhar os moradores as UPAs e SPAs;
- Recepcionar os familiares dos moradores nas RTs;
- Realizar agendamento de exames, consultas médicas e de outros especialistas para os moradores das RTs;

 
19



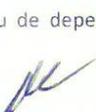
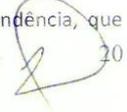


PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

7.8 ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO SRT TIPO II CONTRATADO PELO CONVENIADO, EM ARTICULAÇÃO COM O TÉCNICO DE REFERÊNCIA DO SRT E ENFERMEIRO DO CAPS, SOB COORDENAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE – COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:

- Sob supervisão do enfermeiro do CAPS, desenvolver atividades de assistência de enfermagem, visando à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos moradores;
- Em articulação com os cuidadores, desenvolver apoio cotidiano aos moradores dos SRT's para realização de atividades referentes ao seu autocuidado, junto àqueles com maior grau de dependência;
- Juntamente com os cuidadores, desenvolver atividades de acompanhamento terapêutico de forma a facilitar a reabilitação psicossocial dos moradores;
- Participar das reuniões de discussão e formação propostas pelos técnicos de referência;
- Subsidiar os cuidadores, o técnico de referência e a equipe do CAPS para avaliação clínica e psicossocial dos moradores e participação na construção do PTS e atuação em situações de intercorrências que demandem a atuação destes.
- Desenvolver, junto ao cuidador, o apoio cotidiano aos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT's - de forma a estimulá-los para realização de atividades referentes ao seu auto-cuidado e da organização do seu local de moradia (RT). E àqueles com maior grau de dependência, realizar de forma mais ativa, as atividades que estes se limitam a fazer;
- Desenvolver atividades de assistência de enfermagem, como: curativos e administração de medicações (oral e/ou injetável – esta apenas com ciência e autorização da equipe de referência). Acompanhamento acerca de higiene pessoal (tricotomia, higiene bucal, banho (no chuveiro ou no leito). Assim como auxiliar na vestimenta;
- Oferecer primeiros socorros em situações de urgência/emergência dos moradores. Aferir sinais vitais. Preparar e acompanhar os moradores em exames e consultas. Coleta de materiais para exames. Fornecer cuidados pré e pós-operatórios;
- Organizar o ambiente de trabalho e dar continuidade aos plantões, além de realizar registros no livro de plantão;
- Prestar assistência de enfermagem aos moradores com maior grau de dependência, que

Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
Av. Militar, s/n. Bairro do Recife, Recife/PE. CEP: 50030-270
Fone: 3355-2811.

  20




PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

necessitam de cuidados específicos;

- Desenvolver atividades de forma a facilitar a circulação dos moradores dentro e fora (atividades físicas, bons relacionamentos interpessoais, familiares e sociais, além de controle do estresse) dos Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT's.
- Estimular no dia a dia das Residências Terapêuticas - SRT's, os moradores, a construir vínculos e resoluções cotidianas para a superação das dificuldades inerentes à condição de vida, visando alcance de autonomia e independência, de acordo com cada quadro (singularidade);
- Participar das reuniões de discussão e subsidiar o supervisor Enfermeiro/Técnico de Referência e a equipe do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS para avaliação clínica e psicossocial dos moradores e participar da construção do Projeto Terapêutico Singular – PTS;
- Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança.

7.9 ATRIBUIÇÕES DO APOIADOR TÉCNICO DAS COORDENAÇÕES ADMINISTRATIVAS E CLÍNICA DO “PROJETO SRT”, SOB COORDENAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE – COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

- Apoiar a coordenação administrativa nas questões de organização do cronograma dos transportes, dos documentos burocráticos relativos à pessoal e a manutenção das casas;
- Apoiar as coordenações nas articulações intersetoriais necessárias para o bom andamento do projeto de desinstitucionalização dos moradores;
- Participar, juntamente com a equipe de saúde mental do município e com o coletivo de profissionais envolvidos no “Projeto SRT”, de espaços de discussão sobre assuntos relacionados às ações de desinstitucionalização ou atividades técnicas relativas aos serviços residenciais terapêuticos.

8. PROCESSO DE MONITORAMENTO E RESULTADOS ESPERADOS:

A Gerência de Atenção à Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas deverá, no seu cotidiano, acompanhar o trabalho dos recursos humanos contratados pelo conveniado, bem como todas as condições para a manutenção das residências terapêuticas, garantindo a gestão pública do processo.

O projeto será executado de acordo com as normativas do Ministério da Saúde,

Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
Av. Militar, s/n. Bairro do Recife, Recife/PE. CEP: 50030-270
Fone: 3355-2811.

[Handwritten signature]
21
[Handwritten mark]

ANEXO D – Funções do Cuidador (em construção) – Projeto Reabilitar

Funções do Cuidador

O cuidador é um agente facilitador no processo de inserção e reinserção e reabilitação psicossocial dos moradores das residências terapêuticas.

Detalhamento das Funções:

- Acompanhamento junto à técnica de referência da clientela de longa permanência durante o processo de transição do hospital para a residência
- Participação na construção e no acompanhamento sistemático do PTI / projeto de vida dos moradores } *permanente*
- Identificar as habilidades e preferências individuais de cada morador
- Identificar as habilidades e preferências individuais de cada morador
- Identificar recursos na comunidade para inserir os moradores
- Controle e administração das medicações (quando necessário)
- Coordenação das atividades instrumentais da vida diária
- Acompanhamento em atividades internas e externas (*)
- Favorecer participação ativa ou ativa assistida (iniciar a atividade junto com o morador e retirar progressivamente a ajuda)

Atitudes Necessárias frente ao morador:

- Estimular a autonomia
- Estimular a iniciativa
- Fazer com e não pelo morador
- Capacidade de escutar o outro
- Respeitar o limite e o espaço dos moradores . O espaço físico e psíquico próprio dos moradores
- Bom-senso , auto-crítica
- Capacidade de trabalhar em equipe
- Estar atento para que o funcionamento da residência terapêutica seja o mais próximo possível de uma casa .

()* estabelecer no PTI de acordo com o morador e de acordo com o funcionamento mental do R.T.

ANEXO E – Funções da Técnica de Referência (em construção) – Projeto Rehabitar

DIRETORIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL PROJETO REHABITAR

Residências Terapêuticas :

1) Funções da Técnica de Referência :

- Triagem da clientela de longa permanência que vai para as residências terapêuticas
- Preparação da clientela de longa permanência durante o processo de transição entre o hospital e as residências
- Monitoramento e acompanhamento sistemático dos moradores das residências :
 1. A Construção e acompanhamento sistemático do PTI / Projeto de vida dos moradores
 2. abordagem dos familiares , quando necessário
 3. realização de escutas individuais e grupais

- acompanhamento junto ao Distrito e/ou CAP'S da administração financeira das residências

- Seleção , capacitação e supervisão do trabalho dos cuidadores

- Articular rede de cuidados e potencialidades da comunidade para favorecer o processo de reabilitação psicossocial dos moradores

- selecionar o conteúdo e renovar o dos moradores

- providenciar documentação dos moradores

2) Algumas diretrizes sobre o funcionamento das residências :

- Cada residência deverá ser acompanhada por uma técnica de referência *de acordo com o plano de trabalho*
- Considerando o contexto atual da rede de cuidados em saúde mental , cada técnica de referência poderá acompanhar duas residências . Neste caso não assumirá atividades na assistência do CAP'S .
- O número de cuidadores e seus respectivos horários de trabalho será definido de acordo com a singularidade dos moradores das residências

3) *que não é função da TR:*

→ trabalhar fora do seu expediente

→ não dar suporte em situações de emergência fora do horário de trabalho

SOLUÇÃO: situações de emergência: SAMU, Bombeiros, polícia e gestores (gestão de saúde, atenção secundária de saúde)

ANEXO F – Relatório Técnico



**Fundação Oswaldo Cruz
Escola Fiocruz De Governo
Gerência Regional de Brasília
Programa De Pós-Graduação *Strictu-Sensu*
Mestrado Profissional Em Políticas Públicas Em Saúde**

RELATÓRIO TÉCNICO

REPERCUSSÕES DA PRIVATIZAÇÃO DA GESTÃO NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM RECIFE- PE

Halina Cavalcanti Gouveia
Francini Lube Guizardi

Brasília-Recife
2022

RELATÓRIO TÉCNICO

**Repercussões da privatização da gestão nos Serviços Residenciais
Terapêuticos em Recife- PE.**

Halina Cavalcanti Gouveia
Francini Lube Guizardi

Relatório Técnico elaborado como contribuição à Rede de Atenção Psicossocial de Recife-PE oriundo do estudo desenvolvido na dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação – *Stricto Sensu* Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde da Escola de Governo da Gerência Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas em Saúde.

Brasília-Recife
2022

Apresentação

Esse relatório é parte da pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação – *Stricto Sensu* Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde da Escola de Governo da Gerência Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz. Apresentaremos neste documento os principais elementos discutidos na dissertação intitulada “Pra que amanhã não seja só um ontem com um novo nome”: repercussões da privatização da gestão nos Serviços Residenciais Terapêuticos em Recife- PE. Este produto, também elaborado para fins acadêmicos, pretende ser instrumento de democratização do acesso a informação e ao conhecimento produzido. As análises realizadas durante o percurso desta pesquisa pretendem contribuir para uma avaliação da política executada no município, em especial no dispositivo Serviço Residencial Terapêutico, dentro do eixo da Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial. Reforçamos, todavia, que tais informações e avaliações não se pretendem se tornar acessíveis apenas ao universo da gestão pública, e sim, serão compartilhadas com usuários(as) dos serviços da rede de saúde, familiares, trabalhadores(as), movimento sociais e controle social através de conselhos municipais e estaduais de saúde.

Sumário

1. Introdução	4
2. Objetivos	6
3. Marco Teórico	7
3.1 Sobre o neoliberalismo, crise do capital e a privatização do SUS	7
3.2 Filantropia, Terceiro Setor e mercantilização do SUS	8
3.3 Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, a Desinstitucionalização e Atenção Psicossocial no Brasil	9
4. Percorso Metodológico	11
5. Análise/diagnóstico	15
• A partir das leituras	15
b. Relatórios Anuais de Gestão	18
• A partir das escutas	21
Lógica do cuidado no CAPS	21
Seleção das Equipes	22
Efeitos do regime jurídico do vínculo empregatício no trabalho	23
Burocratização do trabalho.....	23
Educação Permanente	24
6. Recomendações de intervenção	26
7. Responsáveis	29
8. Referências	30

1. Introdução

Esse relatório é parte da pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação – *Stricto Sensu* Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde da Escola de Governo da Gerência Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz. Apresentaremos neste documento os principais elementos discutidos na dissertação intitulada “Pra que amanhã não seja só um ontem com um novo nome”: repercussões da privatização da gestão nos Serviços Residenciais Terapêuticos em Recife- PE elaborada por mim, Halina Cavalcanti Gouveia, e sob orientação da Prof^a Dr.^a Francini Lube Guizardi.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) foram uma das principais respostas do Estado Brasileiro para a questão da moradia para pessoas com longos anos de internação psiquiátrica com vulneráveis redes de apoio social e familiar. Em Recife, esses serviços municipais passaram a ser geridos, indiretamente a partir de 2011, através de convênios com entidades privadas sem fins lucrativos. Hoje são 50 dispositivos em todas as regiões da cidade, divididos sob a gestão de duas instituições filantrópicas: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira e Santa Casa de Misericórdia do Recife.

Todos os debates que permeiam a construção de uma outra sociabilidade entre a loucura e a sociedade, e de um outro paradigma orientador da construção de política pública, se inscrevem na defesa da saúde como “direito de todos e dever do estado” conforme Artigo 196 da Constituição Brasileira. Partimos aqui do referencial de que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como rede do SUS, é conformada por uma potente e complexa rede de pessoas e serviços que se conectam a princípios de atendimento público, universal, gratuito, laico, antimanicomial e de qualidade.

Por outro lado, em consonância com a história de nossa formação social, no Brasil foi constituído um vasto complexo hospitalar psiquiátrico vinculado a interesses particulares, ou quando muito, a interesses corporativos. Durante a Ditadura Civil-Militar (1964-1985) nosso sistema de saúde foi fortemente influenciado pelas iniciativas privadas, quando tivemos o paradigma biomédico firmado e financiado intensivamente pelo poder público. Na área da Saúde Mental houve um grande *boom* de hospitais psiquiátricos em todo país, e os números de internações foram os maiores de nossa história. A grande maioria dessas internações era financiada pelo estado brasileiro, mas pertencia a unidades privadas.

O financiamento público para empresas privadas aparece na história da Reforma Psiquiátrica Brasileira de forma bastante perversa. Até hoje, a defesa de um modelo fechado, manicomial, centrado em serviços hospitalares e ambulatoriais uniprofissionais, fazem parte do discurso de associações de médicos psiquiatras, da indústria farmacêutica e de donos de empresas hospitalares ou, mais recentemente, de donos de Comunidades Terapêuticas. Estes serviços mudaram seu nome, sua apresentação, seu salão de entrada, mas surgem com a mesma base de sustentação: a população negra e em vulnerabilidade social como público-alvo; o financiamento público como fonte de riqueza e sustentação; o isolamento como proposta clínica e terapêutica; o paradigma manicomial como sustentação ideológica.

Este estudo foi realizado no bojo do fortalecimento de uma crítica sobre os fenômenos da privatização e terceirização promovidos pelo Estado, fazendo o recorte nos efeitos ocasionados na política de saúde. Discutimos os serviços que existem para acolher pessoas com longo processo de internação psiquiátrica, com sofrimentos mentais graves cronicados pela instituição que delas deveria cuidar. Para essas pessoas, o respeito à singularidade, à circulação na cidade, à autonomia, à moradia, à possibilidade de escolher e decidir sobre os pequenos e grandes processos de sua vida, são direitos reconquistados, em relação aos quais não devemos tolerar nenhum tipo de flexibilização em sua execução a respeito do paradigma orientador.

Fomos norteadas durante o trajeto da pesquisa a responder a seguinte pergunta: quais seriam as repercussões da privatização da gestão através de convênios com entidades filantrópicas dos Serviços Residenciais Terapêuticos no município de Recife-PE?

Elaboramos ainda três eixos destas repercussões, que se constituíram como objetivos específicos da pesquisa, e que através das quais organizaremos os resultados analisados neste relatório: alterações na gestão do trabalho, no paradigma orientador desta gestão e, a identificação das possíveis consequências para a promoção da autonomia dos(as) moradores(as) desses SRT.

2. Objetivos

Objetivo Geral:

Contribuir com análises que fortaleçam a execução do dispositivo Serviço -Residencial Terapêutico de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e da transparência da gestão pública;

Objetivos Específicos:

- a. Divulgar resultados obtidos através da pesquisa intitulada *Pra que amanhã não seja só um ontem com um novo nome”: repercussões da privatização da gestão nos Serviços Residenciais Terapêuticos em Recife- PE;*
- b. Colaborar para maior transparência nas informações sobre gestão terceirizada em serviços públicos no município de Recife-PE;
- c. Identificar pontos críticos da gestão dos Serviços Residenciais Terapêuticos entre os anos de 2011-2021 identificados na pesquisa;
- d. Construir instrumento de compartilhamento de análises e informações obtidas no estudo com usuários(as) dos serviços da rede de saúde, familiares, trabalhadores(as), movimento sociais e controle social através de conselhos municipais e estaduais de saúde.

3. Marco Teórico

3.1 Sobre o neoliberalismo, crise do capital e a privatização do SUS

Até a década de 1970, o Brasil mantinha um padrão de acumulação do capital baseado na superexploração do trabalho (baixos salários, jornadas prolongadas, etc.) e na produção prioritária de bens de consumo duráveis, para um mercado interno, e de produtos primários ou industrializados para exportação, dada sua condição de país dependente. Contudo, o processo de reestruturação do capital chegou ao país fortemente na década de 1990, sob o paradigma do Neoliberalismo, alterando os padrões organizacionais e de produção. Esse processo é identificado com o aumento significativo da flexibilização, da informalidade e da precarização da classe trabalhadora. [1]

Nos mesmos trinta anos que marcam a existência do SUS, também podem ser identificados diversos mecanismos de incentivo público ao investimento privado no mercado da saúde. Por outro lado, o subfinanciamento persiste sendo um dos maiores problemas na estrutura do sistema público e agrava-se neste tempo histórico de crise, com ajuste fiscal e restrição no orçamento público.

A respeito dos interesses privados nas políticas públicas, Andreatzi [2] reforça a análise de que mercado e Estado complementam-se e também disputam áreas de abrangência de sua ação, e que na saúde, não só no Brasil, há uma histórica articulação entre esses campos. Tais mercados, inclusive, são definidos pelo Estado, que por sua vez, surge do conflito de classes sendo, por isso, sempre permeável aos interesses privados. Certamente há a necessidade de analisar tal quadro a partir da formação social do nosso país, e de como o privado tem se movimentado nessa arena de disputa dos excedentes advindos da produção de cuidado em saúde.

Soares [3] reforça o uso do termo contrarreforma para tratar tais impactos da crise do capital na Reforma Sanitária no Brasil, através do neoliberalismo na década de 1990, o qual é retomado também como modelo econômico após o Golpe de 2016. Se graças às lutas sociais ganhou força o desenvolvimento de um projeto de política de saúde como direito humano fundamental, num sistema público de universalização e democratização, que chegou a ser oficializado com a Constituição de 1988; contudo, foi nesta década também que os serviços de saúde em sua máxima complexidade (serviços, produção de mercadorias, comercialização, finanças) apresentaram-se cada vez mais como fonte de maximização do capital.

A terceirização no serviço público ganhou força nos últimos 15 anos e foi ampliada em 2015, com autorização do Supremo Tribunal Federal (STF) para utilização de tal mecanismo também para serviços essenciais do Estado, como saúde, educação, cultura, ciência e tecnologia, desporto/lazer e meio ambiente. Apresenta-se como um ataque ao funcionalismo público, ao próprio conteúdo de responsabilidade estatal, e fragiliza serviços públicos que acabam sendo comparados com serviços contratados, que têm recebido valores mais altos de investimento nos últimos anos, de forma geral, em todo o país.

3.2 Filantropia, Terceiro Setor e mercantilização do SUS

Considerando todos os tensionamentos em torno do financiamento, da estatização dos serviços e do espaço ao setor do mercado, foi garantido espaço constitucional para as iniciativas privadas, em especial, as sem fins lucrativos. O artigo 199 da CF sinaliza: “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. [4]

Lima[5] sinaliza que atualmente há um aumento da disputa entre as entidades privadas para acessar o financiamento público, o que pode ser identificado, inclusive, pelas inúmeras modalidades e parceria público-privada e pelas diversas nomenclaturas e pessoas jurídicas possíveis. Segundo análise da autora, essas entidades filantrópicas, que assim se nomeiam após “Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social”, concedido pelo Ministério da Saúde, são privilegiadas por um fácil acesso aos recursos e por uma série de benefícios tributários que as isentam ou oferecem descontos para impostos e pagamentos de contas, como de água e energia. Para melhor visualização, utilizamos dados da Receita Federal: no período de 2003 a 2011, o volume de recursos que o Estado deixou de recolher, através da declaração de Imposto de Renda de Pessoa Física, de Imposto de Renda de Pessoa Jurídica e de desonerações fiscais dirigidas à indústria farmacêutica e aos hospitais filantrópicos, ultrapassou R\$ 104 milhões. [6]

Entenderemos aqui esse processo político de aumento sistemático de diversos tipos de contratualização do setor público com o setor privado para prestação de serviços de saúde como uma, das várias facetas da privatização da saúde em curso no Brasil. Correia apud Silva et al [7] denomina privatização como a expansão do setor privado por

dentro do SUS, que tem se dado através da compra de serviços privados de saúde, complementares aos serviços públicos, e mais recentemente, através do repasse da gestão do SUS para entidades privadas.

O projeto neoliberal, ao negar o caráter universal para políticas sociais e propor respostas públicas focalizadas, ou seja, respondendo de forma pontual a alguns segmentos com necessidades básicas não garantidas, amplia o espaço para que o mercado e demais setores privados, como os filantrópicos, construam e ofereçam suas respostas 'complementares' àquelas do poder público.

Santos apud Santos & Servo [8] apontam três questões da literatura das ciências econômicas que problematizam a decisão governamental de contratualização com prestadores de serviços privados. A primeira relaciona-se com a construção de habilidades distintas das necessárias para prestação de serviços diretos, como entendimentos sobre formatos de contratos e formas de monitorá-los. A segunda, relaciona-se à possibilidade permanente da existência de “oportunismo”, por ambas as partes. A última, apesar das autoras sinalizarem que é um campo de pouca visibilidade acadêmica, relaciona-se fortemente com esta pesquisa realizada: “[...] envolve os custos da perda de coordenação provocados pela transição do modelo de coordenação hierárquica burocrática que caracteriza a administração pública direta para o modelo mais flexível, descentralizado e fragmentado pressuposto na contratualização.”. (pág. 12) [8]

3.3 Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, a Desinstitucionalização e Atenção Psicossocial no Brasil.

Ao processo iniciado em nosso país na década de 1970, de mudança de paradigma da Saúde Mental, do adoecimento psíquico e, conseqüentemente, também da Psiquiatria, chamamos de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Processo que se construiu e se consolidou com a Reforma Sanitária, os quais, portanto, persistem sob as mesmas bases e princípios orientadores.

O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), surgido em 1978, foi o grande marco do que hoje chamamos de Movimento de Luta Antimanicomial, movimento social responsável pela luta política que desencadeou grandes alterações no Estado brasileiro, e nos formatos do que chamamos de Política de Saúde Mental no Brasil.

É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos

manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (pág. 7) [9]

Este movimento tem suas propostas inspiradas pela Psiquiatria Democrática, criada na Itália a partir da década de 1960, que teve como mais expressiva referência o médico Franco Basaglia e sua experiência de Desinstitucionalização na cidade de Trieste. Na medida em que se planejava o fechamento do hospital psiquiátrico da cidade, foram criados outros serviços de saúde que pretendiam ser substitutivos, como os Centros de Saúde Mental regionalizados, inspiração para os Centros de Atenção Psicossocial brasileiros.

Costa-Rosa [10] propõe que possamos dividir as práticas em saúde mental no Brasil em dois modos principais: o modo asilar e o modo psicossocial. Ainda que sua formulação tenha sido construída antes da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (2001), entendemos a disputa entre os dois marcos político-ideológicos e teórico-técnicos ainda persiste e se utiliza de tais referências. Seguiremos este autor [10] para uma caracterização sintética do que conforma o paradigma psicossocial:

- Desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural por oposição à hospitalização, medicalização e objetificação, que são elementos componentes deste parâmetro no paradigma asilar;
- Singularização por oposição à adaptação e ao tamponamento de sintomas;
- Participação, autogestão e interdisciplinaridade por oposição à estratificação e interdição institucionais, à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar;
- Interlocução, livre trânsito do usuário e da população, e territorialização com integralidade são metas radicais no modo psicossocial quanto à forma da relação da instituição com a clientela e a população, por oposição à imobilidade, mutismo e estratificação da atenção por níveis (primário, secundário e terciário) que caracterizam o modo asilar;

A esse 'modo psicossocial' foram incorporados os conceitos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial formulados pelos teóricos italianos, constituindo-se como aportes analíticos centrais para o campo epistemológico na área, e portanto, também para essa pesquisa.

A Desinstitucionalização é identificada pelo processo de libertação e construção de autonomia do sujeito ou de seu coletivo, a partir da ruptura processual do enquadramento, silenciamento e mortificação provocada pelas instituições, em especial a do Manicômio, não só como instituição concreta - os hospitais psiquiátricos - mas como instituição que perpassa a construção da “pessoa louca”, seu lugar possível na sociedade. O objetivo prioritário da desinstitucionalização é a transformação das relações de poder entre instituição e os sujeitos, com a construção de contratualidade, trocas sociais, em que sujeitos são compreendidos como protagonistas de sua história, ao invés da marca da tutela e da relação objetificada com o outro a partir de sua condição psicopatológica. [11]

Desta forma, a Desinstitucionalização resgata a necessidade de mudança do “objeto” em questão, abandonando a centralidade da busca numa pretensa cura, pela busca das possibilidades de cada sujeito, a partir da produção de saúde e reprodução social. Pode-se apontar daí três aspectos que caracterizam este percurso: a construção de uma outra política pública de saúde mental, com garantia de ampla participação; a potencialização da experiência de cada sujeito durante o processo terapêutico; e a construção de dispositivos externos ao manicômio que vão transformando os recursos materiais e humanos que ali eram construídos. [11]

Por sua vez, o debate conceitual sobre Reabilitação Psicossocial constrói-se mais fortemente a partir de um autor italiano chamado Benedetto Saraceno, que centra sua defesa na ampliação das oportunidades de trocas de recursos e afetos. Para Saraceno [12], “a reabilitação não é a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos” (pág. 122).

4. Percurso Metodológico

Apresentaremos neste item, de forma breve, as etapas desenvolvidas durante a elaboração do estudo, como o período em que foi realizada, participantes da pesquisa e as estratégias utilizadas para acesso aos dados coletados.

4.1 Período de Estudo

A pesquisa considerou os anos de 2002 a 2022, em busca de conseguir identificar elementos históricos, políticos e organizativos do processo de construção desses dispositivos no município de Recife, nas duas modalidades já implementadas de gestão:

gestão direta da Secretaria de Saúde do município e após transição para cogestão com entidade privada filantrópica. Contudo, para a identificação das alterações executadas após cogestão, consideramos o período de 2011 a 2021.

4.2 Participantes da Pesquisa

Foram utilizados dois critérios de inclusão para construção da amostra em razão de um universo grande de serviços e, portanto, de trabalhadoras(es), assim como pela própria limitação de tempo e recursos humanos para a sua realização. O primeiro deles foi a delimitação de recorte considerando apenas as equipes envolvidas com SRTs que tivessem passado pela transição entre os dois modelos de gestão, ou seja, aqueles que foram inaugurados como serviços municipais e que passaram pelas mudanças consequentes da cogestão com as instituições privadas. A partir de leituras anteriores, incluindo documentos oficiais como Plano Municipal de Saúde (2010-2013), e o contato com trabalhadoras da Coordenação de Saúde Mental do município, foi identificado o número de 11 SRT que tiveram a gestão realizada de forma direta pelo poder público e que, em seguida, passaram pela transição para a cogestão. O segundo critério, por sua vez, foi a escolha de apenas uma das entidades filantrópicas conveniadas, a Santa Casa de Misericórdia, em busca de limitar a amostra a uma experiência semelhante entre os SRTs e suas equipes, com mesma orientação gestora sobre o processo de trabalho, além de ser esta instituição que permanece com a gestão das primeiras onze casas mencionadas anteriormente.

Participaram da pesquisa profissionais de saúde envolvidos diretamente com a assistência prestada nos dispositivos incluídos, sendo eles: Técnicas(os) de Referência, Cuidadoras(es), Trabalhadoras(es) e Gerentes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aos quais os SRTs pesquisados são vinculados, e Coordenadoras(es) dos SRTs, sejam os vinculados à Secretaria de Saúde Municipal, sejam os vinculados às instituições contratadas.

Os 11 (onze) SRT que foram geridos diretamente pela Secretaria de Saúde, estão localizados em cinco dos 8 Distritos Sanitários (DS) que existem hoje na gestão do município, sendo eles os DS II com 4 SRT; DS III com 2 SRT; DS IV com 2 SRT; DS V com 2 SRT e DS VI com 1 SRT. Desta forma, os CAPS envolvidos foram os CAPS II e III destas áreas referidas, respectivamente o CAPS II José Carlos Souto, CAPS II Esperança, CAPS II Espaço Vida, CAPS III Galdino Lorêto e CAPS III Davi Capistrano.

4.3 Estratégias de coleta de dados

Atendendo aos objetivos da pesquisa, utilizamos três técnicas de acesso às informações pretendidas. Foram elas: a análise documental, grupo focal e entrevistas semiestruturadas.

Através do uso da técnica dos Grupos Focais foram organizados três grupos homogêneos compostos por pessoas que possuíam a mesma função em relação aos serviços, no momento em que a pesquisa foi realizada. Buscou-se compor grupos entre 8 e 10 pessoas, observando o mínimo de 5 pessoas e o máximo de 12 pessoas. Foram esses:

G 1: Técnicas(os) de Referência

G 2: Cuidadoras(es)

G 3: Equipe de CAPS (gerência + equipe técnica)

Optamos por compor os grupos com os profissionais que estão no cotidiano da assistência e que atualmente são contratados sob gestão compartilhada, organizando-os então nos G1 e G2. O G3, de forma distinta, é composto pelo serviço de referência para o tratamento e reabilitação psicossocial dos moradores, que são os CAPS.

Para participantes que ocupam (ou ocuparam) cargos de coordenação e gestão, seja no serviço público ou na entidade privada, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Fizemos essa escolha porque a ocupação dos cargos aconteceu em momentos históricos e papéis institucionais bastante distintos. Essa mesma escolha também foi feita para acessar algumas servidoras que atuaram como técnicas de referência e cuidadoras, durante período de gestão direta pela secretaria de saúde do município.

Desta forma, foram realizadas 9 (nove) entrevistas com pessoas que ocupam e ocuparam tais funções, de acordo com recorte de amostra: 5 entrevistas com pessoas que ocuparam e ocupam funções de coordenação; 2 entrevistas com pessoas que foram Técnicas de Referência durante gestão direta; 2 entrevistas com pessoas que foram Cuidadoras durante gestão direta.

Para a análise documental, utilizamos os registros do Diário Oficial do Municipal, dos Contratos dos Convênios de Cooperação Técnica, dos Relatórios Anuais de Gestão da Secretaria de Saúde de Recife, dos Relatórios Anuais da Santa Casa de Misericórdia, do Projeto de Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) / Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e dos Relatórios da Comissão de Acompanhamento da Contratualização.

Listamos abaixo toda a documentação utilizada com identificação de fonte de acesso e período:

Identificação do documento	Data/Ano	Fonte
Edição do D.O.R nº 123	19 de Outubro de 2011	Diário Oficial de Recife
Edição do D.O.R nº 28	10 de Março de 2012	Diário Oficial de Recife
Edição do D.O.R nº 29	13 de Março de 2012	Diário Oficial de Recife
Edição do D.O.R nº 92	04 de agosto de 2012	Diário Oficial de Recife
Edição do D.O.R nº 13	31 de Janeiro de 2014	Diário Oficial de Recife
Edição do D.O.R nº 141	04 de Dezembro de 2014	Diário Oficial de Recife
Extrato de Sétimo Termo Aditivo ao Convênio nº95 / 06/07/2006	19 de Dezembro de 2015	Diário Oficial de Recife
Extrato de Oitavo Termo Aditivo ao Convênio nº95 / 06/07/2006	19 de Dezembro de 2015	Diário Oficial de Recife
Extrato de Nono Termo Aditivo ao Convênio nº95 / 06/07/2006	08 de Dezembro de 2016	Diário Oficial de Recife
Extrato de Décimo Termo Aditivo ao Convênio nº95 / 06/07/2006	08 de Dezembro de 2016	Diário Oficial de Recife
Extrato de Décimo Primeiro Termo Aditivo ao Convênio nº95 / 06/07/2006	08 de Dezembro de 2016	Diário Oficial de Recife
Extrato de Convênio nº 29 firmado em 06 de Junho de 2016	23 de Março de 2017	Diário Oficial de Recife
Extrato do Primeiro Termo Aditivo ao Convênio nº 29/2016	22 de Dezembro de 2020	Diário Oficial de Recife
Extrato do Segundo Termo Aditivo ao Convênio nº 29/2016	24 de Dezembro de 2020	Diário Oficial de Recife
Portaria nº 129/2021 - GAB/SS	04 de agosto de 2021	Diário Oficial de Recife
Projeto de Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial – Serviços Residenciais Terapêuticos	2021	Secretaria de Saúde de Recife
Convênio nº 95 de Assistência à Saúde, objetivando a prestação de Serviços Médico Hospitalares e Ambulatoriais que celebram entre si o município de Recife e a Santa Casa de Misericórdia de Recife /Hospital Santo Amaro	06 de Julho de 2006	Secretaria de Saúde de Recife
Convênio de Cooperação Técnica nº 29 06/06/2016 que cooperam entre si o município de Recife e a Santa Casa de Misericórdia de Recife /Hospital Santo Amaro	2016	Secretaria de Saúde de Recife
Convênio de Cooperação Técnica nº 4801.2.007.2021 que celebram entre si o município de Recife e a Santa Casa de Misericórdia de Recife /Hospital Santo Amaro	09 de agosto de 2021	Secretaria de Saúde de Recife
Plano de Trabalho para Convênio	2022	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Segundo Semestre 2011	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Primeiro Trimestre 2012	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Segundo Semestre 2013	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Janeiro a Abril 2014	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Mai a Dezembro 2014	Secretaria de Saúde de Recife

Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Janeiro a Junho 2015	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Julho a Dezembro 2015	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Janeiro a Junho 2016	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Julho a Dezembro 2016	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Janeiro a Junho 2017	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Julho a Dezembro 2017	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Janeiro a Junho 2018	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Julho a Dezembro 2018	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Janeiro a Junho 2019	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Julho a Dezembro 2019	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Janeiro a Junho 2020	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório de Acompanhamento da Contratualização - Hospital santo amaro	Julho a Dezembro 2020	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Gestão	2011	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Gestão	2012	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Gestão	2013	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Gestão	2014	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Gestão	2015	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Gestão	2016	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Gestão	2017	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Gestão	2018	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Gestão	2019	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Gestão	2020	Secretaria de Saúde de Recife
Relatório Anual de Atividades	2019	Santa Casa de Misericórdia de Recife
Relatório Anual de Atividades	2020	Santa Casa de Misericórdia de Recife
Relatório Anual de Atividades	2021	Santa Casa de Misericórdia de Recife

5. Análise/diagnóstico

- A partir das leituras

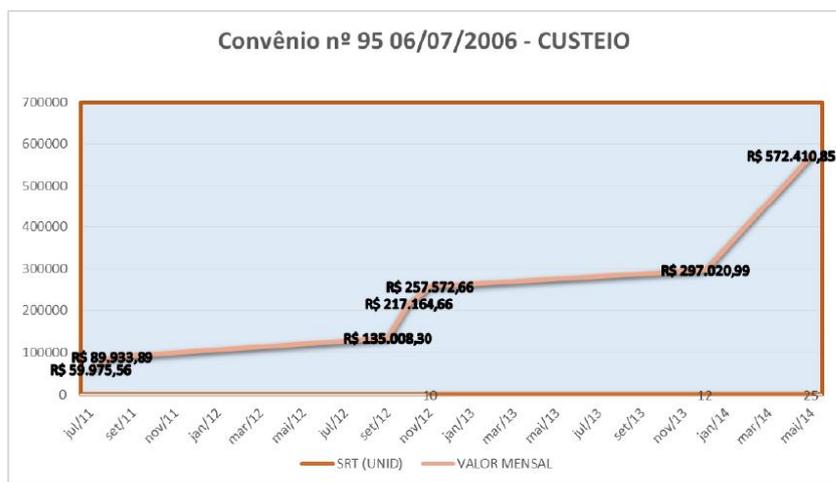
a. Sobre os Convênios

A relação contratual entre a Secretaria de Saúde de Recife e a Santa Casa de Misericórdia de Recife/ Hospital Santo Amaro está firmada através de três convênios de cooperação técnica, nos quais há a contratualização de diversos serviços inseridos na

Média e Alta Complexidade. Além de atender a população que se utiliza unicamente dos serviços do Sistema Único de Saúde por meio de uma multiplicidade de serviços ambulatoriais, hospitalares e de emergência, ele também tem sido responsável pela cogestão de alguns serviços públicos, como os Serviços Residenciais Terapêuticos discutidos nessa pesquisa.

Apesar de identificarmos que a contratualização dos SRT foi iniciada apenas em 2011, o primeiro convênio em que se apresentam é o Convênio nº 95 de 06 de Julho de 2006. Supomos que ele foi assinado, inicialmente, para a contratualização de outros serviços historicamente ofertados pela entidade filantrópica, pois não tivemos acesso ao plano operativo anual, no qual há maior detalhamento dos serviços contratados. Através do Diário Oficial de Recife (D.O. R), observamos que no extrato do sétimo aditivo do convênio, publicado em Dezembro de 2015, mas que altera a programação orçamentária a partir de Julho de 2011, há o indicativo de implantação de SRT, assim como trata de reajuste financeiro para o custeio destes serviços. Ao longo dos anos, esses aditivos foram atualizando os valores de implantação e custeio dos SRTs no convênio, passando de R\$ 59.975,56 mensais antes de Agosto/2011 para R\$ 572.410,85 em Maio/2014, com a implantação de 25 SRT, conforme gráfico abaixo.

Gráfico: Valores de Custeio dos SRT do Convênio nº 95/2006

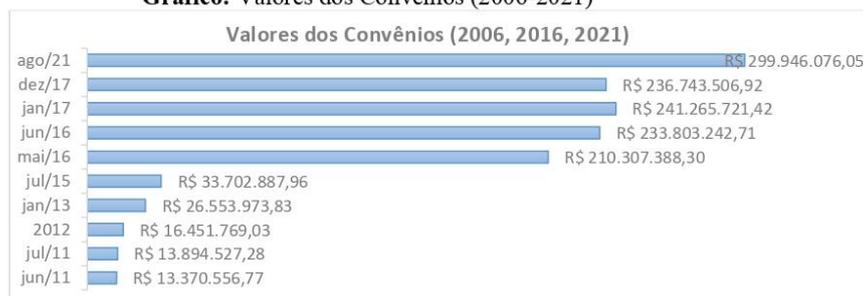


Fonte: Diário Oficial de Recife

Em seguida, foi firmado o Convênio de Cooperação Técnica nº 29, em 06 de Junho de 2016, com prazo de execução de 5 anos. Foi estimado em contrato o valor total de R\$ 210.307.388,33, contudo em Extrato do Primeiro Aditivo já se apontava o valor de R\$ 241.265.721,42. No mês de dezembro de 2020, já no fim do período de execução desse contrato, mas se referindo ao período a partir de dezembro de 2017, houve outra alteração passando para o valor total de R\$ 236.743.506,92. O Convênio anterior, em seu décimo primeiro aditivo, atualizava a partir de 2014 o valor total para R\$ 33.702.887,96, que em 2011 era R\$ 13.370.556,77. Observamos aí um aumento importante de 1670% do valor repassado pela Secretaria de Saúde de Recife para esta instituição filantrópica nos últimos

O último Convênio de Cooperação Técnica nº 4801.2.007.2021 foi assinado em agosto de 2021, com prazo de execução de 5 anos, como os anteriores. Inicia com o valor estimado total de R\$ 299.946.076,050. No gráfico abaixo, conseguimos visualizar o aumento do repasse financeiro ao longo dos anos da gestão pública para a entidade filantrópica.

Gráfico: Valores dos Convênios (2006-2021)¹



Fonte: Diário Oficial de Recife e Contratos dos Convênios

No Convênio nº 4801.2.007.2021/2021, o mais recente, identificamos um momento em que já não há mais previsão de implantação de novos dispositivos, sendo então contratualizados os 34 SRT tipo I já em funcionamento. Há os valores repassados para 33 SRT tipo I integral, e 1 (uma) destacada como SRT tipo I especial, pelo aumento

¹ Apesar do convênio ter iniciado em 2006, só conseguimos identificar números correspondentes ao Valor Total do Convênio em Diário Oficial a partir de 2011. Este primeiro convênio estudado tinha uma proposta de pagamento distinto dos demais, em valores pré-fixados e pós-fixados, com indicativo anual no contrato de convênio,

de 500 reais no custeio com a justificativa de um valor maior no aluguel do imóvel. Também são registrados os valores para custeio da equipe de coordenação e, diferente do contrato anterior, um repasse pré-pago para o que está identificado como equipe volante, ou seja, prevista desta vez a contratação de um grupo de profissionais cuidadores para acompanhamento de moradores em internamentos ou outras situações que demandem contratação de cuidador extra. Segue abaixo estimativa de custos deste novo convênio:

Quadro 8 – Estimativa financeira TOTAL de execução dos SRT.

COMPONENTE	VL. UNITÁRIO	QUANTIDADE	VALOR TOTAL/MÊS	VALOR TOTAL/ANO
RT TIPO I	R\$ 28.500,00	33	R\$ 940.500,00	R\$ 11.286.000,00
RT TIPO I INTEGRAL ESPECIAL	R\$ 29.000,00	1	R\$ 29.000,00	R\$ 348.000,00
COORDENAÇÃO	R\$ 55.029,08	1	R\$ 55.029,08	R\$ 660.348,96
EQUIPE VOLANTE	R\$ 92.248,13	1	R\$ 92.248,13	R\$ 1.106.977,56
SUBTOTAL PRÉ-PAGO	-		R\$ 1.116.777,21	R\$ 13.401.326,52

Fonte: Convênio nº 4801.2.007.2021/2021[13]

b. Relatórios Anuais de Gestão

A partir das leituras realizadas nos relatórios anuais da Secretaria Municipal de Saúde pouco podemos identificar sobre a cogestão compartilhada entre o ente público e a entidade filantrópica para executar os serviços de saúde do convênio.

A respeito do objeto de estudo, identificamos no documento relativo ao ano de 2013 a menção ao convênio na meta de manutenção dos dispositivos: “Garantida a manutenção das 13 Residências conveniadas. As 11 restantes foram reprogramadas através da contratualização”. Em seguida, apenas encontraremos no relatório do ano de 2017 uma listagem dos 52 SRT implantados ao longo da história do município, diante do fechamento de todos os leitos de longa permanência na cidade, onde se observa ao lado da nomenclatura de cada dispositivo, entre parênteses, o nome da entidade filantrópica que era contratada para sua gestão: (IMIP) ou (Santa Casa). [14]

A partir do documento referente ao ano de 2018, começamos a identificar ações de monitoramento “da rede de Serviços de Residência Terapêutica na perspectiva de qualificar a assistência aos moradores”, quando foi criado o instrumento, e quando se seguiram as ações de fato a partir do ano seguinte [15]. Em 2019, a ação era descrita pela visita das coordenações clínicas e do Núcleo Gestor (CAPS e Gerência da Política), *in loco*, às moradias; foram realizadas oito. Diante do universo ficamos na dúvida se foram feitas oito visitas de monitoramento em cada SRT ao longo do ano, ou se foram oito no

universo dos 50 SRT, ou se ainda essa visita de monitoramento é contabilizada de forma distinta das visitas mensais ou bimensais que as coordenações clínicas reportaram fazer aos dispositivos de sua referência durante as entrevistas [16]. Já a partir de 2020, além dessas visitas, há a menção a “agendas colegiadas com os prestadores” no mesmo item descritivo da ação, tendo sido realizadas quatro de oito colocadas como meta anual. [17]

c. Relatórios Anuais da Santa Casa de Misericórdia

No endereço eletrônico da Santa Casa de Misericórdia encontramos publicados os relatórios anuais de atividades dos anos de 2019, 2020 e 2021. Eles mantêm o mesmo padrão de registro e especificam pouco as ações, de fato executadas, em cada serviço contratualizado. No item introdutório do relatório aponta-se os recursos utilizados pela instituição, e conseguimos observar, em consonância com outros documentos e a literatura sobre a relação das entidades filantrópicas com investimentos públicos, que no ano de 2021 96% das receitas da entidade foi proveniente de convênios. [21]

Nesses últimos anos, houve pequenas mudanças nos recursos humanos contratados para a execução dos SRT, que passaram de 203 para 230, e foram reduzidos novamente no último ano para 211 [21–23]. Coloco abaixo quadro construído pela instituição para apresentar conformação do corpo técnico contratado:

FUNÇÃO	QUANTIDADE
Coordenação Administrativa	02
Coordenação Clínica	03
Motorista	03
Apoio Administrativo	01
Técnicos de Referência*	20
Cuidadores Feristas*	13
Cuidadores*	169
TOTAL	211

*Considerando os contratos por tempo determinado – CTD’s

Fonte: Relatório Anual da Santa Casa de Misericórdia (2021) [21]

d. Projeto de Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) / Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – 2021

Neste projeto, assinado pela Secretaria Municipal, há o registro de que a gestão pública reafirma a opção de continuidade do convênio com as entidades filantrópicas (IMIP / Fundação Professor Martiniano Fernandes e Santa Casa de Misericórdia /

Hospital Santo Amaro) para manutenção dos 50 SRT do município. Também consideram, contudo, que “diante das dificuldades e contradições e contradições existentes/inerentes ao processo, é fundamental o estreitamento/ alinhamento de todos os atores envolvidos, uniformizar as diretrizes pautada na Política de Saúde Mental e linha guia construída pela RAPS do Município” (pg. 3-4)[24]. Este trecho sugere que os temas pesquisados e levantados ao longo da pesquisa são também percebidos pela gestão pública, que tenta usar o projeto como ferramenta unificadora das três gestões (duas instituições conveniadas e a secretaria de saúde municipal) envolvidas no processo, assim como de sua equipe de trabalhadoras(es). No documento há uma descrição importante e detalhada das atribuições, não só da Prefeitura do Recife e da entidade conveniada, quanto de todos os cargos propostos no projeto: Coordenador Clínico, Coordenador Administrativo, TR (Técnica de Referência), Cuidador(a) de SRT (I e II), Técnico de Enfermagem de SRT II, Analista de Monitoramento e Avaliação e Apoiador Técnico das Coordenações Administrativas e Clínicas.

e. Relatórios da Comissão de Acompanhamento da Contratualização

Tivemos acesso a relatórios construídos pelas comissões de acompanhamento da contratualização dos serviços realizados por intermédio do convênio com a Santa Casa de Misericórdia/Hospital de Santo Amaro entre os anos de 2011 (segundo semestre), 2012 (1º trimestre), 2013 (segundo semestre), 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020.

Até 2017, o documento é dividido em três estratégias de análise, como definem: em relação ao desempenho ambulatorial, em relação ao desempenho hospitalar, e em relação aos serviços contratualizados (onde estão os SRT estudados) item no qual se descreve o seguinte procedimento: “avaliação do funcionamento das equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), *Residência Terapêutica (RT)* e Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), conforme pactuado através de seus incentivos.”

Todavia, apesar de ser indicado no início do documento que haveria algum tipo de análise para esses serviços, não há nenhuma referência a essas pactuações ou a uma mínima descrição sobre o funcionamento desses serviços ou, ainda, de que forma ele está sendo avaliado. Apenas encontramos dados numéricos sobre valores contratualizados, produções, desempenho e indicadores relativos aos custos de atendimentos hospitalares ambulatoriais. Nos anos de 2013 e 2014 foi citado um relatório de avaliação dos serviços pelas áreas técnicas, com vistas às alterações previstas no próximo aditivo, porém não

tivemos acesso a tal documento. A partir de 2017, contudo, nas estratégias de análise já não mais encontramos os serviços contratualizados.

Ainda que tal processo de acompanhamento historicamente tenha ocorrido por meio de controle financeiro, resta a dúvida sobre a necessária avaliação qualitativa da prestação destes serviços. Em nossa pesquisa documental não encontramos números relativos às ações realizadas na execução dos SRT, dos NASF, do SAD nesses documentos, aspecto que nos leva a questionar a transparência e a prestação de contas nos processos de contratualização dos entes públicos com entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

- A partir das escutas

Durante o contato realizado com as(os) trabalhadoras(es) que estão, ou estiveram, vinculados à oferta de cuidado aos(as) moradores(as) dos SRT, conseguimos identificar uma série de questões surgidas ou potencializadas no processo de gestão compartilhada com a entidade privada. Organizamos o material coletado a partir de categorias que serão apresentadas a seguir em formato de tabela para melhor síntese dos pontos analisados:

Lógica do cuidado no CAPS
<p>- Percepção de alteração na relação entre os CAPS e os SRTs;</p> <p>- Distanciamento entre o CAPS e os SRTs sinaliza a fragilização da perspectiva da atenção psicossocial nas intervenções realizadas nos SRTs;</p> <p>- Diferenças nos processos de trabalho dos dois dispositivos foram acentuadas pela chegada das entidades filantrópicas na co-gestão dos serviços, sem que houvesse um amadurecimento sobre melhor arranjo para essa relação;</p> <p>- Surgimento de duas novas funções que antes não existiam à parte dos CAPS: coordenação clínica e coordenação administrativa;</p> <p>-Ampliação dos SRTs no município exigia aumento da capacidade de gestão, contudo, foi observado que alterações foram realizadas sem diálogo e participação das equipes envolvidas neste trabalho, criando uma segmentação na rede de cuidado.</p>

Fragmentação da Gestão

- Identificação de descolamento e descompasso entre as orientações realizadas pelas “duas gestões”: gerência de saúde mental e entidade filantrópica conveniada;
- Ausência de uma linha de cuidado com responsabilidades definidas, minimizando o efeito de duas conduções distintas;
- Orientação administrativa de forma dissociada da perspectiva da Política de Saúde Mental aponta tendência de perspectiva hospitalar para a gestão dos SRTs, com consequências para a produção e execução de ferramentas de trabalho da desinstitucionalização pela equipe de referência;
- Percepção de um cotidiano com disputa de projetos anagônicos para execução dos SRTs.

Seleção das Equipes

- A chegada da entidade conveniada para gestão dos SRTs teve como consequência o afastamento compulsório dos profissionais de saúde, servidores, que realizavam este trabalho anteriormente;
- Contratualização implicou no fim do servidor público para trabalho nos SRTs, sendo hoje todos contratados pela entidade privada com respeito à CLT;
- Afastamento processual da gerência de saúde mental na seleção das novas equipes a serem inseridas nos SRTs, com organização de etapas seletivas organizadas unicamente pela entidade contratante;
- Alteração no perfil técnico inserido nos SRTs nos últimos anos: menos experiências, menos formação sobre a área de trabalho, desconhecimento do paradigma psicossocial.

Efeitos do regime jurídico do vínculo empregatício no trabalho

- Estreitamento na relação com instituição conveniada a partir do novo processo de contratação;
- Percepção de ameaça permanente causada pela fragilidade deste modelo de contratação terceirizada, potencializada pela confusa relação entre as duas instituições envolvidas na gestão do trabalho;
- Identificação de silenciamento dos(as) trabalhadores(as) em situações diversas, como sobre a política e a condição de trabalho pela relação contratual;
- Precarização no processo é apontada como uma fragilidade direta para o cuidado terapêutico nos SRTs, pois afeta saúde do(a) trabalhador(a), condições de produzir cuidado, escuta, e acolhimento.

Burocratização do trabalho

- Burocratização do serviço público é utilizado como argumento de tornar gestão ágil através de parceria com entidades privadas, contudo é trazido como crítica contundente do atual processo de trabalho;
- Identificação da racionalidade da gestão empresarial para dispositivos de moradia: objetividade, baixo custo, produtividade;
- Perspectiva gerencialista é vinculada historicamente com perspectiva biomédica buscando a ausência de doenças e controle de sintomas, afastando-se do processo de trabalho orientação pela atenção psicossocial;
- Reprodução de mecanismos usualmente utilizados em unidades hospitalares: mecanismos de controle do trabalhador e da utilização de seu tempo-trabalho, dos insumos utilizados, de comunicação;
- Percepção de institucionalização dos SRTs com criação de regras e engessamentos de organização da rotina de trabalho na relação com os moradores que impactam na promoção de autonomia e no desenvolvimento dos seus projetos terapêuticos;

- Novos fluxos de prestação de contas e de supervisão do trabalho impactam na organização do tempo e de novas habilidades para as equipes de referência, gerando sobrecarga e precarização do trabalho;
- Aumento de atribuições e responsabilidades para toda a equipe dos SRTs sem aumento no quadro de profissionais, gerando priorização de atos administrativos de gestão do dispositivo.

Descontinuidade Administrativa

- Descontinuidade nos processos de trabalho e na condução a partir da alteração do grupos políticos na condução da gestão pública;
- Inconstâncias sobre acordos realizados com os demais serviços da rede;
- Mudança na perspectiva que conduz a gestão dos SRTs;
- Duas gestões potencializa as repercussões da instabilidades pela necessidade de permanência no diálogo e pactos assumidos.

Educação Permanente

- Grupos profissionais com maior investimento que outros, na perspectiva de formação de formadores;
- Espaço mais ou menos permanente de reunião em fóruns com Técnicas(os) de Referência e coordenação das SRTs;
- Orientação de construção de processo formativo constante e processual em cada SRT, a partir de TR, com execução fragilizada e diminuição na frequência;
- Afastamento do CAPS como referência formativa, matriciadora e de supervisão dos projetos terapêuticos e a ausência de equipe/serviço que responda essa demanda;
- Demandas formativas se somam às sobrecargas de trabalho administrativos pelas referências dos SRTs, o que fragiliza conteúdo priorizando reuniões de discussão sobre a casa, e não de formação;

- Lacuna no novo perfil de contratação que não está sendo respondido a contento em processos de educação permanente;
- Necessidade de maior investimento em educação permanente;
- Trabalhadores da saúde terceirizados não têm acesso à informação e não participam de espaços formativos da rede de saúde ofertadas pela Secretaria de Saúde e demais como seminários, cursos, mostras, reuniões de rede, etc. afastando-os no cotidiano de trabalho da perspectiva de trabalho do Sistema Único de Saúde e a rede municipal onde se inserem;
- Ausência de processos sistemáticos de educação permanente para equipe de cuidadores(as) nos últimos 12 anos.

6. Recomendações de intervenção

- Maior transparência sobre acompanhamento e execução política e financeira da co-gestão assumida pela Prefeitura de Recife para execução dos SRTs do município;
- Avaliação sistemática pelo Controle Social dos equipamentos que são geridos em parceria com o setor privado, considerando todos os formatos jurídicos disponíveis na legislação;
- Inclusão dos dispositivos que hoje estão em co-gestão nos Planos Municipais de Saúde e nos Relatórios Anuais de Saúde, apresentando elementos qualitativos e quantitativos do acompanhamento realizado pelo poder público nesta contratação;
- Discussão em espaços coletivos e participativos sobre a relação das entidades filantrópicas conveniadas para co-gestão dos SRTs com a rede saúde, a partir de uma olhar ampliado das atribuições de cada ponto de cuidado envolvido no processo de trabalho desses serviços;
- Investimento em estudo, avaliação e elaboração de Linha Guia de Cuidado a ser executada nos SRTs com identificação de atribuições, orientações, restrições, horizonte teórico-metodológico, organograma, fluxo de rede, etc.
- Ampliação dos espaços de supervisão, monitoramento e discussão de caso dos usuários dos SRTs do município para identificação de entraves e de ameaças a execução dos projetos terapêuticos (de cada pessoa moradora e do dispositivo como ponto de cuidado coletivo), a partir da perspectiva da desinstitucionalização;
- Discussão ampliada sobre estratégias de acompanhamento e monitoramento da execução dos contratos realizados com as entidades filantrópicas nesses equipamentos com elaboração de instrumentais técnicos de avaliação e monitoramento;
- Reformulação no processo de contratação de novos trabalhadores(as) nos SRT sugerindo a inclusão de módulos introdutórios de formação; inserção de exigência de formação específica; espaços coletivos com dinâmicas de estudo de caso em processo seletivo;
- Garantia de participação de profissionais responsáveis/ referência pelo SRT em processos seletivos para entrada de novos(as) profissionais;

- Ampliar debate sobre precarização do trabalho nos SRTs e, ainda que na forma jurídica haja a vinculação dos(as) trabalhadores às entidades privadas - que a gestão da política municipal garanta maior acompanhamento clínico, político e administrativo das equipes dos SRTs a fim de buscar ampliar sua capacidade gestora dos recursos humanos;
- Ajustar parâmetros de equipe para SRTs, assim como ampliar equipe de suporte/plantonista/diarista, priorizando a necessidade de cuidado de cada SRT e garantindo condições de trabalho, evitando que se permaneça como regra padrão os parâmetros mínimos exigidos em CLT e conselhos profissionais;
- Ampliação na equipe e alteração no contrato de trabalho dos profissionais de nível médio/técnico para aumento de tempo de descanso e retornando ao parâmetro utilizado na gestão pública de saúde, de plantões de 12h x 60h;
- Discussão sobre responsabilidade da gestão de garantir limpeza e manutenção dos SRTs, sem perder contudo o princípio orientador da singularidade de cada SRTs (que pode apresentar dificuldade ou não, temporária ou permanente) de sustentar o cotidiano de limpeza da residência, reforçando o lugar terapêutico dos cuidadores no auxílio e supervisão de tais funções;
- Revisão coletiva e ampliada, acompanhada de estudo sistemático e orientação especializada na área, de instrumentais de acompanhamento e registro do trabalho de acordo com dinâmica de trabalho nos SRTs;
- Sistematização das experiências de formação nos SRTs e identificação de demandas e fragilidades na equipe técnica para elaboração de plano de educação permanente para os SRTs, que considere momentos específicos e outros vinculados aos demais pontos de atenção da RAPS;
- Retomar e organizar espaços de participação de discussão de casos e de supervisão dos SRTs nos CAPS, assim como criação de agenda permanente de visitas para matriciamento da equipe CAPS de referência nos SRTs;
- Revisão nas atribuições da coordenação administrativa e do apoiador técnico de forma que possam estar direcionados ao suporte e orientação (à distância e presencial) das equipes que estão nos SRTs, sendo também responsáveis pela avaliação e monitoramento das condições da residência e demais demandas;
- Aumento no corpo técnico de coordenação clínica dos SRTs diante do número de dispositivos e da complexificação permanente da demanda, em busca de qualificação do acompanhamento e suporte realizados no desenvolvimentos dos

projetos terapêuticos, nos processos formativos, assim como na gestão do cuidado da casa;

- Fortalecimento da função terapêutica dos(as) cuidadores(as) em de atos de controle da vida do(a) morador(a), na realização de atividades domésticas e no cuidado com a casa;
- Estudo sobre eficiência, eficácia e efetividade da parceria com o setor privado para gestão dos SRT;
- Discussão sobre retorno a gestão direta, do serviço público e suas implicações.

7. Responsáveis

Halina Cavalcanti Gouveia

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (2010). Mestre pelo Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde, na Turma Especial: Promoção e Vigilância em Saúde, Ambiente e Trabalho (2022) da Escola Fiocruz de Governo / Gerência Regional de Brasília. Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade de Pernambuco (2012) e em Promoção e Vigilância da Saúde Ambiente e Trabalho pela Fiocruz -PE (2019). Atualmente é Assistente Social no Consultório na Rua (Secretaria Municipal de Saúde de Recife) e no Serviço de Apoio a Mulher Wilma Lessa no Hospital Agamenon Magalhães (Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco).

Francini Lube Guizardi

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (2000), com mestrado (2003) e doutorado (2008) em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). É pesquisadora em saúde pública da Fundação Oswaldo Cruz, atua na Fiocruz Brasília, no Jacarandá - Núcleo de Estudos em Educação e Humanidades em Saúde. Compõe o Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (NEDSS) e o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS).

Contatos

halina.cg@gmail.com

francini.guizardi@fiocruz.br

Data da realização do documento: Novembro/ 2022

8. Referências

1. Antunes R. Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. *Estud Avancados*. 2014;28(81):39–53.
2. Andreazzi M de FS de. O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. In: *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais*. 2ª Edição. São Paulo - SP: Editora Cortez; 2012. p. 29–54.
3. Soares RC. A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E O SUS HOJE: impactos e demandas ao Serviço Social. Universidade Federal de Pernambuco; 2010.
4. BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.
5. Saúde CN de. RECOMENDAÇÃO Nº 001, DE 31 DE JANEIRO DE 2018 [Internet]. 2018 p. 2. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gecco.2019.e00539><https://doi.org/10.1016/j.foreco.2018.06.029>[http://www.cpsg.org/sites/cbsg.org/files/documents/Sunda Pangolin National Conservation Strategy and Action Plan %28LoRes%29.pdf](http://www.cpsg.org/sites/cbsg.org/files/documents/Sunda%28LoRes%29.pdf)<https://doi.org/10.1016/j.forec>
6. SILVA, Edna Maurício da BIZERRA F de A. COMPLEMENTARIEDADE INVERTIDA NO SUS: o apoio do Estado brasileiro ao setor privado de saúde. I Semin Nac Serviço Soc Trab e Política Soc. 2017;
7. Silva CMT da R, Gildete Ferreira da Silva, Correia MVC, Santos VM dos. A Privatização do Sistema Único de Saúde via a complementaridade do setor privado ao público. *An da VII Jorn Int Políticas Públicas*. 2017;14.
8. Santos MAB dos, Servo LMS. Contratualização e Remuneração de Serviços de Saúde no SUS: Situação Atual e Perspectivas [Internet]. Rio de Janeiro; 2021 [cited 2022 Jul 22]. (Saúde Amanhã). Report No.: Textos para Discussão nº 66. Available from: <http://saudeamanha.fi>
9. BRASIL. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Brasília; 2005.
10. Costa-Rosa A da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* [online] [Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2000 [cited 2021 Jul 31]. p. 141–68. Available from: <http://books.scielo.org>
11. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Risio C, Nicácio MF de S. *Desinstitucionalização*. 1990.
12. Saraceno B. *Libertando Identidades - Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora; 1999. 176 p.
13. Recife P do, Recife SC de M do. Convênio de Cooperação Técnica nº 4801.2.007.2021. Recife - PE; 2021. p. 61.
14. Recife S de S do, GGPO GG de P e O-. Relatório anual de gestão 2013. Recife - PE.; 2014. p. 179.
15. Recife S de S do, DEPOGI DE de PO e G da I-. Relatório Anual de Gestão 2018. Recife - PE.; 2019. p. 256.
16. Recife S de S do, DEPOGI DE de PO e G da I-. Relatório Anual de Gestão 2019. Recife - PE.; 2020. p. 136.
17. Recife S de S do, SEPMAD SE de PM e AD-. Relatório Anual de Gestão 2020.

- Recife - PE.; 2021. p. 229.
18. Recife S de S do, GGPO GG de P e O-. Relatório Anual de Gestão 2015. Recife - PE.; 2016. p. 293.
 19. Recife S de S do, GGPO GG de P e O-. Relatório Anual de Gestão 2014. Recife - PE.; 2015. p. 288.
 20. Recife S de S do, GGPO GG de P e O-. Relatório Anual de Gestão 2016. Recife - PE.; 2017. p. 365.
 21. Recife SC de M do. Relatório de Atividades 2021. Recife - PE.; 2022. p. 164.
 22. Recife SC de M do. Relatório de Atividades 2019. Recife - PE.; 2020. p. 128.
 23. Recife SC de M do. Relatório de Atividades 2020. Recife - PE.; 2021. p. 0-150.
 24. Recife P da C do. SM de S, Secretaria Executiva de Atenção Básica., Coordenação de Saúde Mental Á e OD. Projeto de Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Recife - PE.; 2021. p. 31.
1. Antunes R. Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. *Estud Avancados*. 2014;28(81):39-53.
 2. Andreazzi M de FS de. O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. In: *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais*. 2ª Edição. São Paulo - SP: Editora Cortez; 2012. p. 29-54.
 3. Soares RC. A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E O SUS HOJE: impactos e demandas ao Serviço Social. Universidade Federal de Pernambuco; 2010.
 4. BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.
 5. Saúde CN de. RECOMENDAÇÃO Nº 001, DE 31 DE JANEIRO DE 2018 [Internet]. 2018 p. 2. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gecco.2019.e00539><https://doi.org/10.1016/j.foreco.2018.06.029>[http://www.cpsg.org/sites/cbsg.org/files/documents/Sunda Pangolin National Conservation Strategy and Action Plan %28LoRes%29.pdf](http://www.cpsg.org/sites/cbsg.org/files/documents/Sunda%20Pangolin%20National%20Conservation%20Strategy%20and%20Action%20Plan%20LoRes.pdf)<https://doi.org/10.1016/j.forec>
 6. SILVA, Edna Maurício da BIZERRA F de A. COMPLEMENTARIEDADE INVERTIDA NO SUS: o apoio do Estado brasileiro ao setor privado de saúde. I Semin Nac Serviço Soc Trab e Política Soc. 2017;
 7. Silva CMT da R, Gildete Ferreira da Silva, Correia MVC, Santos VM dos. A Privatização do Sistema Único de Saúde via a complementaridade do setor privado ao público. An da VII Jorn Int Políticas Públicas. 2017;14.
 8. Santos MAB dos, Servo LMS. Contratualização e Remuneração de Serviços de Saúde no SUS: Situação Atual e Perspectivas [Internet]. Rio de Janeiro; 2021 [cited 2022 Jul 22]. (Saúde Amanhã). Report No.: Textos para Discussão nº 66. Available from: <http://saudeamanha.fi>
 9. BRASIL. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Brasília; 2005.

10. Costa-Rosa A da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online] [Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2000 [cited 2021 Jul 31]. p. 141–68. Available from: <http://books.scielo.org>
11. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Risio C, Nicácio MF de S. Desinstitucionalização. 1990.
12. Saraceno B. Libertando Identidades - Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá Editora; 1999. 176 p.
13. Recife P do, Recife SC de M do. Convênio de Cooperação Técnica nº 4801.2.007.2021. Recife - PE.; 2021. p. 61.
14. Recife S de S do, GGPO GG de P e O-. Relatório anual de gestão 2013. Recife - PE.; 2014. p. 179.
15. Recife S de S do, DEPOGI DE de PO e G da I-. Relatório Anual de Gestão 2018. Recife - PE.; 2019. p. 256.
16. Recife S de S do, DEPOGI DE de PO e G da I-. Relatório Anual de Gestão 2019. Recife - PE.; 2020. p. 136.
17. Recife S de S do, SEPMAD SE de PM e AD-. Relatório Anual de Gestão 2020. Recife - PE.; 2021. p. 229.
18. Recife S de S do, GGPO GG de P e O-. Relatório Anual de Gestão 2015. Recife - PE.; 2016. p. 293.
19. Recife S de S do, GGPO GG de P e O-. Relatório Anual de Gestão 2014. Recife - PE.; 2015. p. 288.
20. Recife S de S do, GGPO GG de P e O-. Relatório Anual de Gestão 2016. Recife - PE.; 2017. p. 365.
21. Recife SC de M do. Relatório de Atividades 2021. Recife - PE.; 2022. p. 164.
22. Recife SC de M do. Relatório de Atividades 2019. Recife - PE.; 2020. p. 128.
23. Recife SC de M do. Relatório de Atividades 2020. Recife - PE.; 2021. p. 0–150.
24. Recife P da C do. SM de S, Secretaria Executiva de Atenção Básica., Coordenação de Saúde Mental Á e OD. Projeto de Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Recife - PE.; 2021. p. 31.