



7º Encontro Internacional de Política Social 14º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Contrarreformas ou Revolução: respostas ao
capitalismo em crise

Vitória (ES, Brasil), 3 a 6 de junho de 2019

Eixo: Mundo do Trabalho.

ATAQUES A REFORMA PSIQUIÁTRICA POR MEIO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS (“OS”)

Daiane P. Magalhães Moraes¹

Resumo

O presente trabalho é resultado das minhas inquietações surgidas primeiramente a partir da minha experiência na Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, no período de março de 2016 a janeiro de 2018. E, posteriormente, a partir da minha inserção como Assistente Social do quadro efetivo de um Hospital Psiquiátrico. Objetiva problematizar os impactos que a gestão por “OS” tem trazido para o cuidado em saúde mental, comprometendo assim, os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Aborda a situação atual de privatização da saúde mental no município do Rio de Janeiro, dando destaque para as repercussões no processo de trabalho. A metodologia utilizada está apoiada no relato da experiência citada, como também na revisão teórico-bibliográfica sobre a temática da saúde mental e das Organizações Sociais. A partir desse trabalho é possível inferir que as Organizações Sociais não estão cumprindo o seu papel de conduzir a “coisa pública” com maior eficiência.

Palavras-chave: Saúde mental; Reforma psiquiátrica; Organizações sociais.

Attacks on Psychiatric Reform through Social Organizations ("OS")

Abstract

The present work is the result of my concerns first arising from my experience in the Multiprofessional Residency in Mental Health of the Municipal Health Department of the Municipality of Rio de Janeiro, from March 2016 to January 2018. Later on, of my insertion as a Social Worker of the actual staff of a Psychiatric Hospital. It aims to problematize the impacts that management by "OS" has brought to mental health care, thus compromising the principles of the Brazilian Psychiatric Reform. It addresses the current situation of privatization of mental health in the city of Rio de Janeiro, highlighting the repercussions on the work process. The methodology used is supported by the report of the experience cited, as well as by the theoretical-bibliographic review on mental health and Social Organizations. From this work it is possible to infer that Social Organizations are not fulfilling their role of conducting the "public thing" with greater efficiency.

Keywords: Mental health; Psychiatric reform; Social organizations.

Introdução

O presente trabalho tem por objetivo analisar criticamente a atual situação de privatização da saúde no município do Rio de Janeiro por meio da transferência da gestão para as Organizações Sociais, assim como os impactos dessa gestão por meio de

¹ Especialista em Saúde Mental pelo Instituto Municipal Philippe Pinel e mestranda pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: <daiane.magalhaes@yahoo.com.br>.

“OS” para o processo de trabalho e, conseqüentemente, para o cuidado em saúde mental. Enfatiza-se que essa análise será realizada com base na minha experiência como Assistente Social residente em Saúde Mental do Programa de Residência Multiprofissional do Instituto Municipal Philipe Pinel da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no período de março de 2016 a janeiro de 2018, e, posteriormente, a partir da minha inserção na rede de saúde mental como Assistente Social de um Hospital Psiquiátrico.

Através dessas experiências, pude observar os impactos que a gestão por “OS” tem trazido para a Rede de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro, configurando assim, um desafio aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

À luz dessas experiências e da revisão teórico-bibliográfica, não pretendemos esgotar o tema proposto, mas fomentar o debate e contribuir com reflexões. Assim, inicialmente abordaremos um breve resumo sobre o percurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em seguida, será apresentada a Política de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial. Logo após, será realizada uma análise crítica sobre o modelo “OS”, contextualizando o surgimento dessas organizações no Brasil. A seguir, serão expostos alguns efeitos da privatização via “OS” para o trabalho e para o cuidado em saúde mental. Por fim, serão apresentadas algumas considerações.

Breve Resumo sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) é uma política pública e um projeto político que questiona o manicômio como modelo de tratamento para as pessoas em sofrimento psíquico, assim como, visa à transformação desse modelo manicomial de tratamento. Desse modo, a centralidade das internações psiquiátricas, e o conseqüente isolamento dos usuários internados, bem como, o saber e o poder médico como saberes hegemônicos passam a ser questionados.

De acordo com Yasui (2006), a Reforma Psiquiátrica tem seu início no final dos anos 1970 com o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), porém só ganha impulso e legitimidade como política pública no início dos anos 1990. Nesse contexto, os trabalhadores da saúde mental passaram a denunciar os abusos, os maus-tratos e todas as irregularidades ocorridas nas grandes instituições asilares que excluam

as pessoas com transtornos mentais do seu convívio social (LEME, 2013).

A fim de romper com o modelo manicomial de tratamento, a Reforma Psiquiátrica Brasileira propõe uma profunda mudança no modelo assistencial de tratamento à pessoa em sofrimento psíquico. Ressalta-se que “esse novo modo de produzir o cuidado em saúde mental procura, assim, realizar a atenção ao sofrimento psíquico, prescindindo por completo das instituições fechadas e do mandato social da psiquiatria, o que não significa prescindir absolutamente da psiquiatria (COE e DUARTE, 2017, p.83)”. Assinala-se que a RPB baseia-se na experiência da Reforma Democrática Italiana que conseguiu extinguir todos os hospitais psiquiátricos substituindo-os por um cuidado de base territorial (PASSOS, 2017).

Martins (2017) pontua que “o modelo asilar consiste em olharmos para a doença através do determinismo orgânico, por isso a ênfase do tratamento é a medicação, pouco se olha para o sujeito como um sujeito que tem desejos (p. 27)”. Enquanto que o modelo psicossocial de atenção proposto pela RPB valoriza o usuário como sujeito ativo de seu “tratamento”, sendo convocado a participar de sua assistência. A autora também enfatiza que no processo de atenção psicossocial, deve-se levar em conta o contexto da assistência, a família, os amigos e a rede social. É importante também considerar que “a vida acontece na cidade, com seus ruídos, seus coletivos, seus perigos e alegrias e é nesta cidade que a loucura precisa ser possível (p.28)”. Também é válido enfatizar que esse modelo de atenção visa à horizontalização das relações profissionais, sendo importante a integração dos diferentes saberes.

Cabe informar que a RPB tem como um de seus direcionadores a desinstitucionalização. Conforme Passos (2017), a desinstitucionalização não é apenas a desospitalização ou a alta hospitalar das pessoas internadas a longo tempo. A autora sinaliza que a desinstitucionalização “propõe um deslocamento do cuidado junto ao território acionando todos os sujeitos a se responsabilizarem, tendo em vista a desconstrução do enclausuramento enquanto saída para lidar com a experiência da loucura e desconstruindo o sentido de doença mental pelo de existência-sofrimento” (BASAGLIA apud PASSOS, p.127). É importante destacar que historicamente, cidadania e loucura não eram vistas como uma junção possível, sendo a instauração da cidadania do louco quase um “antagonismo”. Com a Reforma Psiquiátrica, a pessoa com transtorno mental passa a ser vista como cidadão que possui direitos, principalmente no que se refere ao direito a livre circulação pela cidade.

Como resultado da Reforma Psiquiátrica, e da consequente mudança do modelo assistencial, “[...] foram instituídos os novos serviços de atendimento à pessoa em sofrimento psíquico, que se distingue radicalmente do tratamento prestado pelo manicômio” (PASSOS, 2016, p. 145). Destaca-se que “[...] o dispositivo selecionado pelo Ministério da Saúde para a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos foram os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que se tornaram o modelo central na experiência brasileira” (PASSOS, 2016, p. 145).

Os CAPS são serviços regulamentados pela Portaria GM 336/02 do Ministério da Saúde, funcionam de portas abertas, atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, e tem como premissa o cuidado em saúde mental no território, evitando reinternações em hospitais psiquiátricos. Cabe também aos CAPS “[...] regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, dando suporte à atenção em saúde mental na rede básica” (SCHEFFER, 2013, p. 140).

O Processo de Privatização da Saúde: análise crítica sobre o modelo “OS”

De modo a contextualizar o surgimento das Organizações Sociais (“OS”) no Brasil, cabe discorrermos primeiramente sobre o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), publicado em 1995 pelo Ministro da Administração e da Reforma do Estado – MARE, Luís Carlos Bresser Pereira no governo Fernando Henrique Cardoso. Este Plano Diretor tem em sua essência a defesa de uma profunda reforma administrativa e do papel do Estado como facilitador e regulador das atividades do setor privado. Além disso, o referido Plano enfatiza a adoção de formas modernas de gestão pública, com um ideal de gestão gerencial, no qual os conceitos de eficiência e eficácia são fundamentais.

Conforme Correia e Santos (2015), os argumentos do então governo, expressos no PDRAE defendiam que a Reforma do Estado era necessária, pois a crise decorria da ineficiência burocrática e administrativa do Estado de intervir no econômico e no social. As autoras sinalizam ainda que de acordo com o PDRAE (1995), a crise brasileira da última década foi uma crise do Estado, o qual se desviou de suas funções básicas, ocasionando a deteriorização dos serviços públicos, mais o agravamento da crise fiscal e da inflação. Como suposta saída para a crise, foi proposto um

reordenamento do papel do Estado: “reformular o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado” (MARE, 1995, p.12).

A reforma gerencial do Estado tinha como principal argumento a viabilização de uma maior eficiência do Estado, em que “pretende-se reforçar a governança - a capacidade de governo do Estado - através da transição programada de um tipo de administração pública burocrática, rígida e ineficiente, voltada para si própria e para o controle interno, para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente, voltada para o atendimento do cidadão” (MARE, 1995, p.13).

É importante ressaltar que a reforma do Estado de cunho neoliberal desenhada pelo então ministro Bresser-Pereira, propunha a implementação do “Estado mínimo no país”, e estabeleceu as funções essenciais do Estado. Segundo Behring (2008), as políticas sociais foram consideradas serviços não-exclusivos do Estado, sendo assim, neste setor, o Estado passa a dividir a atuação com outras organizações públicas “não-estatais” e privadas.

De acordo com Lima e Bravo (2015:53), a justificativa do Governo era de que as “atividades não exclusivas do Estado” podem ser transferidas à iniciativa privada, sem fins lucrativos, sob o argumento de parceria e modernização do Estado. É a partir dessa concepção de Estado que, vários estados e municípios passaram a transferir serviços de saúde às entidades terceirizadas como as entidades civis de prestação de serviços, qualificadas como Organizações Sociais (OS). As autoras citadas enfatizam que as Organizações Sociais (OS) foram concebidas no Brasil como instrumento de viabilização e de implementação de Políticas Públicas.

Em 1997, o governo estabeleceu critérios para definir, sob a denominação de “Organizações Sociais (OS)”, as entidades que, uma vez autorizadas, estariam aptas a serem “parceiras do Estado”, na condução da “coisa pública”, salientam Lima e Bravo (2015, p.53). Foi então aprovada no Congresso Nacional, a lei que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais (Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998), a criação do Programa Nacional de Publicização, entre outros. Segundo o artigo 1º da referida Lei Federal – “Lei das OS”, estas são “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” (BRASIL, acesso em: 13/01/2019). Rodrigues (2016) pontua que tal definição deixa claro que as OS são organizações privadas que desempenham serviços típicos do Estado. Para tanto, devem firmar “contratos de gestão” com o Poder Público

(União, estados ou municípios) para a execução das atividades previstas na lei, inclusive os serviços de saúde, como estabelecido pelo artigo 18, da Lei nº. 9.637/1998.

As OS podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não estão obrigadas a prestar contas aos órgãos de controle internos e externos da administração pública, porque estas são consideradas atribuições privativas do Conselho de Administração, esclarece Rezende (apud LIMA e BRAVO, 2015, p. 53). Assim, a instituição de OS abre precedentes para a flexibilização de vínculos e, conseqüentemente, para a precarização do trabalho, além da perda de direitos trabalhistas e previdenciários, como nos informa Correia e Santos (2015, p.36).

Rodrigues (2016) sinaliza que a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) – ou Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, facilitou a criação das Organizações Sociais na saúde. O autor esclarece que a LRF estabeleceu limites para o gasto da administração pública com pessoal, com relação à Receita Corrente Líquida (RCL), de 50% para o governo federal, e de 60% para estados e municípios. Entretanto, como afirma Rodrigues, é impossível fazer política social pública sem pessoas. Por isso, conforme o autor, esse limite visava claramente abrir espaço para a contratação de entidades privadas para a prestação de serviços, ao invés de se fazer as políticas sociais com funcionários públicos, o Estado deveria repassar os recursos públicos para que o setor privado contratasse os profissionais. Ressalta-se que o limite não reduziu o gasto com pessoal, apenas transferiu esse gasto para o setor privado, que os contrata com os recursos públicos. Sendo assim, observamos que para viabilizar ou forçar os governos federal, estaduais e municipais a contratarem as OS, foram estabelecidos limites para o gasto público com pessoal, sem que fossem limitados os gastos com a contratação de serviços privados.

Oliveira (2015) destaca que de acordo com o orçamento da saúde do município do Rio de Janeiro, o limite da Lei de Responsabilidade Fiscal não está sendo sequer alcançado. A autora nos informa que em 2013, tendo como referência o orçamento detalhado da saúde no município, o gasto com pessoal esteve no valor de R\$ 1.269.982.942, totalizando 23% do orçamento.

Na cidade do Rio de Janeiro, a lei municipal das OS (Lei nº 5.026) foi sancionada em 19 de maio de 2009, e regulamentada pelo decreto municipal nº 30.780, de 02 de junho de 2009, a despeito da posição contrária do Conselho Municipal de Saúde, destaca Lima e Bravo (2015, p.53). A referida Lei está em consonância com a

Lei Federal em muitos aspectos, como por exemplo, no que concerne as áreas de atuação – ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura, saúde e esporte (idem). As autoras salientam que há duas peculiaridades importantes no primeiro artigo da referida Lei: a primeira diz respeito a restrição a creches e reforço escolar para as OS cujas atividades são dirigidas ao ensino. Já a segunda diz respeito às OS qualificadas para atuar na saúde. Estas, “poderão atuar exclusivamente em unidades de saúde criadas a partir da entrada em vigor desta Lei, no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla e nos equipamentos destinados ao Programa de Saúde da Família” (LEI MUNICIPAL N° 5026/2009, acesso em: 13/01/2019).

Segundo Rodrigues (2016), com a implementação das OS, a lógica de gestão deixa de ser pública para ser privada, as unidades de saúde 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. O autor também enfatiza 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.

Lima e Bravo (2015) nos sinalizam que a Lei que regulamenta as Organizações Sociais pode ser considerada inconstitucional, “visto que a Constituição Federal de 1988, e o arcabouço legal do SUS, através da Lei n° 8080/90 permite somente a participação complementar do setor privado no SUS, e não de forma substituta do público pelo privado” (p.59).

De acordo com Rezende apud Correia e Santos (2015), “o argumento do governo FHC para implementar os novos modelos de gestão – OS OSCIP - era de que eles promoveriam a eficiência e menor custo dos serviços sociais oferecidos pelas instituições privadas” (p.37). No entanto, as autoras assinalam que este argumento tem sido desmascarado pelos dados de realidade, que revelam o contrário nos serviços públicos geridos por OS. As autoras revelam ainda que nas unidades de saúde de estados e municípios brasileiros onde as OS foram implantadas, ocorre uma série de problemas que estão sendo apurados pelo Tribunal de Contas da União (TCU), Tribunal de Contas do Estado (TCE) e Ministério Público Estadual e Federal, em relação aos maiores gastos, às irregularidades e ao desvio de recursos públicos.

Segundo Morais et al (2018:2), as Organizações Sociais da Saúde “são consideradas como um dos padrões de apresentação do denominado “terceiro setor” e emergem como nova modalidade voltada à função social de gestão e provisão de

serviços de saúde, vinculadas ao modelo das parcerias público-privadas”. As autoras pontuam que desde a sua criação, o propósito anunciado foi o de permitir e incentivar a produção não lucrativa pela sociedade de bens ou serviços públicos não exclusivos do Estado. Entretanto, sinalizam que o “caráter declarado de não-lucratividade das entidades do “terceiro setor” não pode esconder seus claros interesses econômicos, materializados via isenções de impostos e outros subsídios estatais, bem como a possibilidade de remunerar com altos salários seus corpos diretivos” (idem).

O Modelo “OS” e seus Efeitos sobre o Trabalho no Campo da Saúde Mental no Município do Rio de Janeiro

É de suma importância discorrer sobre a conjuntura neoliberal e suas repercussões no campo da saúde mental. É válido destacar que o neoliberalismo defende o “Estado mínimo”, ou seja, visa à redução de gastos com as políticas sociais públicas ou transfere a responsabilidade do Estado frente a essas políticas para o setor privado. Em síntese, “o Estado neoliberal reduz as políticas sociais à funcionalidade de manter a reprodução social a custos mínimos (Bisneto, 2007, p. 41)”. Sendo assim, as políticas de ajuste neoliberal são centradas na focalização, fragmentação e privatização.

No município do Rio de Janeiro, podemos observar nitidamente a expressão do neoliberalismo via a administração dos serviços de saúde e a forma de gestão dos recursos humanos no SUS, que vem sendo terceirizada por meio das Organizações Sociais (OS’s). As repercussões desse tipo de gestão para a política de saúde mental são imensas, e inclui baixos salários, rotatividade de profissionais, instabilidade no emprego, desemprego, privatização, precarização e intensificação do trabalho. Também destacamos os prejuízos causados à garantia de continuidade e qualidade das ações de saúde mental.

De acordo com Bisneto (2007):

[...] com a hegemonia das políticas neoliberais, que trazem em seu bojo uma desvalorização do trabalho humano, uma falta de solidariedade para com os excluídos, um desmonte das políticas sociais, uma conjuntura de não-democratização (entre outros inúmeros fatores), o Movimento de Reforma Psiquiátrica tem sofrido reveses na continuidade de suas propostas, dentre elas a diminuição do investimento público no setor de Saúde Mental (BISNETO, 2007, p. 42).

A colocação do autor é muito pertinente e atual considerando o desinvestimento público que tem sido observado na área da saúde mental no município do Rio de Janeiro, inclusive, em serviços geridos por OS's, que tinham a pretensão de conduzir o trabalho com maior "eficiência". A partir da análise de um serviço de saúde mental gerido por uma determinada Organização Social, iremos destacar os elementos que caracterizam esse desinvestimento público, e, sobretudo, os efeitos que tem provocado no trabalho da saúde mental. Cabe ressaltar que a análise é realizada com base nos conhecimentos adquiridos através da experiência da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, e também a partir da minha inserção como Assistente Social de um Hospital Psiquiátrico.

Durante o último ano da Residência, mais especificamente entre os meses de setembro de 2017 a janeiro de 2018, foi possível acompanhar o trabalho desenvolvido por um CAPS AD III (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas), situado na zona norte do município do Rio de Janeiro, e administrado por uma Organização Social. O serviço foi criado em abril de 2014 e tem por objetivo atender pessoas com problemas relativos ao uso abusivo de álcool e outras drogas. O tratamento é baseado na lógica da redução de danos, isto é, esse modelo de tratamento não parte do princípio da lógica da abstinência. Sendo assim, o usuário não precisa parar totalmente de usar drogas para se tratar, mas é importante trabalhar os efeitos do uso junto ao usuário.

O CAPS AD III é um serviço de saúde mental de base territorial, ou seja, o usuário não precisa se afastar do seu território, da sua família, para se inserir no tratamento. Possui um funcionamento contínuo, 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive feriados. O serviço também dispõe de leitos de acolhimento noturno para as situações de crise, evitando assim, as internações nos Hospitais Psiquiátricos. No CAPS são oferecidos atendimentos individuais, oficinas, convivência, grupos terapêuticos, assembleia, entre outros. Também são realizadas articulações intersetoriais a partir da necessidade de cada caso.

É importante ressaltar que esse CAPS atende uma extensa área populacional, que corresponde aos bairros de Manguinhos, Bonsucesso, Complexo do Alemão, Maré, Ilha do Governador, Ilha do Fundão, Ramos, Olaria, Penha, Penha Circular, Brás de Pina, Cordovil, Jardim América, Parada de Lucas e Vigário Geral. Destaca-se que esse é o único CAPS AD que cobre a região mencionada. O CAPS conta com equipe multiprofissional formada por enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas

ocupacionais, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, musicoterapeuta, farmacêutico, oficinairos e equipe de apoio. Ao ser inaugurado, o serviço contava com o quadro de 46 profissionais. Segundo uma profissional que trabalha nesse serviço, o CAPS chegou a ter 60 profissionais integrando a equipe, contando com os funcionários do apoio (limpeza, portaria e administração). Atualmente, esse número reduziu-se consideravelmente, a equipe conta com aproximadamente 35 profissionais, incluindo a equipe de apoio.

Em decorrência do contexto de precarização, observamos grande rotatividade de profissionais nesse CAPS AD, pois muitos solicitam o desligamento de suas funções antes do término do contrato de trabalho. Em cinco (5) meses de trabalho nesse serviço, foi possível presenciar a saída de dois (2) psiquiatras e, posteriormente, o pedido de desligamento da única psiquiatra que restava no serviço. Tais desligamentos também tiveram relação com as precárias condições de trabalho e com o atraso dos salários. Atualmente, esse serviço de saúde mental não possui médico psiquiatra. Como bem nos lembra Gomes (2017), a base de sustentação do trabalho em saúde mental é o vínculo existente entre equipe de saúde mental e usuários, a rotatividade de profissionais acaba comprometendo a continuidade do cuidado. Muitos usuários ficam extremamente abalados com a saída de suas referências, tendo às vezes, dificuldades em retomar o seu Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Observamos que a rotatividade de profissionais no serviço tem a ver com a precarização dos vínculos de trabalho e com as condições de trabalho. No período em que trabalhei nesse CAPS AD, pude acompanhar a luta dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e pela garantia de seus salários. Ressalto que a reivindicação dos trabalhadores não era por aumento de salário, mas sim pelo recebimento deste. Muitos trabalhadores chegaram a ficar mais de um mês com salário atrasado, e essa situação tem se perpetuado até os dias atuais.

Além dessa questão salarial, o CAPS também enfrentava a falta de medicamentos e de insumos básicos, como esparadrapo, gaze e luvas. A alimentação servida aos usuários com indicação em seu PTS também tinha sido reduzida, e os contratos de manutenção suspensos. Verificamos também a falta de recursos para a realização de oficinas e para a realização de trabalhos territoriais, como a realização de visitas domiciliares e de visitas institucionais. Destaco que muitas vezes os trabalhos externos ao CAPS eram custeados pelo dinheiro do próprio trabalhador, pois o serviço

não dispunha de carro institucional diariamente. O serviço tinha o recurso do “Rio Card institucional”, mas nem sempre os bilhetes estavam carregados.

É de suma importância também mencionar a queixa dos profissionais com relação à sobrecarga de trabalho, pois o serviço funcionava, e ainda funciona, com abrangência populacional superior a sua capacidade de atuação e com a equipe reduzida devido à saída de alguns profissionais e o afastamento médico de outros. Diante das dificuldades apresentadas, observamos também o aumento de adoecimentos gerados pelo trabalho, o que contribui ainda mais para a sobrecarga da equipe, configurando um desafio manter com qualidade a assistência prestada aos usuários.

É válido esclarecer que essas situações de precariedade das condições de trabalho ocorrem tanto em CAPS administrado por OS quanto em CAPS administrado pela Prefeitura. Entretanto, o que os diferencia são as condições do vínculo de trabalho. Em geral, os CAPS administrados pela Prefeitura possuem maior número de servidores públicos, o que garante certa estabilidade no emprego, assim como, a garantia do recebimento de seus salários. Os servidores públicos também dispõem de maior autonomia para questionar o processo de trabalho. Já os trabalhadores contratados por OS podem ser demitidos a qualquer momento, o que muitas vezes faz com que esses trabalhadores se submetam aos interesses da gestão, não questionando o cotidiano de trabalho.

Nos serviços de saúde mental nos chama a atenção à diversidade de vínculos existentes no mesmo espaço de trabalho. Em um CAPS administrado pela Prefeitura ou por OS é possível encontrar servidores municipais, federais e trabalhadores contratados. Tal situação acaba fragilizando a organização dos trabalhadores, já que os vínculos de trabalho são diferenciados, assim como os salários.

Em minha atual experiência como Assistente Social de um Hospital Psiquiátrico, também situado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, é possível perceber os reflexos do desinvestimento público nos CAPS através das recorrentes internações psiquiátricas. É visível que muitos CAPS não estão tendo condições de acompanhar os seus usuários que necessitam de um cuidado intensivo, o que faz com que muitas vezes o usuário fique desassistido, e vulnerável ao quadro de crise psíquica. Ouvimos diversas vezes de profissionais dos CAPS que eles estão tendo que privilegiar determinadas frentes de trabalho para conseguir minimamente dar conta do trabalho de um CAPS, tendo em vista o número reduzido de profissionais integrando a equipe.

Diante dessa situação relatada, observa-se que muitos CAPS não tem conseguido acompanhar os usuários em episódios de crise sem “abrir mão” da internação. Como bem aponta Jardim (2017), quando um CAPS não consegue acompanhar os usuários em episódios de crise, ele acaba direcionando essa demanda aos hospitais psiquiátricos, o que reforça a centralidade do hospício e fortalece a lógica manicomial. Destaca-se que essa não é uma particularidade dos serviços administrados por OS, entretanto, nos últimos meses o CAPS que mais tem internado usuários no Hospital em que trabalho é justamente um CAPS administrado por uma Organização Social. A situação desse CAPS é ainda mais crítica. O serviço foi inaugurado em junho de 2016 com a prerrogativa de ser um CAPS tipo III, ou seja, com funcionamento 24 horas por dia. No entanto, desde a sua criação o CAPS não funciona 24 horas. Além disso, esse serviço encontra-se com uma defasagem de profissionais. Atualmente, conta com aproximadamente 10 profissionais integrando a equipe, pois muitos profissionais solicitaram seus desligamentos do serviço e não houve novas contratações. O CAPS também não possui médico psiquiatra, ou seja, o serviço está lutando para funcionar em regime de atenção diária. Cabe também sinalizar que esse CAPS atende uma área populacional enorme, e possui muitos usuários graves, que necessitam de um cuidado intensivo. No entanto, o serviço não está tendo condições de acompanhar todos os seus usuários que necessitam de cuidado intensivo.

Cabe lembrar que a justificativa para a entrada das OS na administração pública dos serviços de saúde é justamente a sua capacidade de executar as funções do Estado no âmbito das políticas sociais de forma mais ágil, mais eficiente e efetiva. Sendo assim, os CAPS administrados por OS não deveriam sofrer com a intensificação do trabalho por falta da contratação de pessoal, assim como, não deveria existir o comprometimento da qualidade da assistência prestada aos usuários.

Gomes (2014) assinala que “a expansão e manutenção da reforma no âmbito assistencial dependem, entre outras coisas, da criação de serviços substitutivos em funcionamento 24hrs por dia para atenção à crise e que também funcionem como porta de entrada na rede de saúde mental” (p.197). A autora também destaca que esse tipo de serviço (tipo III), foi justamente o tipo de CAPS que menos foi criado nos diversos municípios do país. Para Gomes (2014), uma das razões possíveis para o baixo investimento nesse tipo de serviço é o alto custo de manutenção, já que é um serviço de atenção diária em funcionamento 24 horas dos sete dias da semana.

Considerações Finais

Para alcançarmos a plena efetivação da Reforma Psiquiátrica, ainda temos muito que avançar no campo da saúde mental, principalmente, no que se refere à superação do modelo de gestão por “OS”.

Vimos ao longo desse trabalho que às ameaças de retrocessos ao campo tem sido propiciadas também pelos novos modelos de gestão que estão alinhados às contrarreformas do Estado brasileiro em curso, no contexto de financeirização do capital e de crescente apropriação privada do fundo público. Desse modo, vale destacar que os interesses das Organizações Sociais são incompatíveis com os princípios da Reforma Psiquiátrica em curso.

Para finalizar, reforço que os CAPS geridos por OS também encontram-se em um quadro de intensas precarizações, o que tem comprometido diretamente a assistência prestada aos usuários, implicando na garantia de continuidade e qualidade das ações, e fortalecendo o ciclo das internações psiquiátricas. Ou seja, a atenção ao sofrimento psíquico está sendo realizada sem prescindir por completo das instituições fechadas, o que reforça a importância do hospital psiquiátrico na rede e contribui para sua manutenção e existência. Diante desse cenário, constatamos que as Organizações Sociais não estão cumprindo o seu papel de conduzir a “coisa pública” com maior eficiência.

Referências

BEHRING, E.R. **Brasil em Contra-Reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BISNETO, J.A. **Serviço Social e Saúde Mental:** uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Portaria nº 3.588/MS**, de 21 de dezembro de 2017. Brasília, 2017.

_____. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.** Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 13 jan. 2019.

_____. Congresso Nacional. **Lei Federal nº. 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em: 13 jan. 2019.

_____. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

COE, N. M. e DUARTE, M. J. O. A construção do campo da atenção psicossocial na Política Pública de Saúde Mental no Brasil: rupturas, tessituras e capturas. In: DUARTE, M. J.; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. da S. **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

CORREIA, M.V. C; SANTOS, V.M. Privatização da Saúde via novos Modelos de Gestão: Organizações Sociais (OSS) em questão. In: **A mercantilização da saúde em debate: As organizações sociais no Rio de Janeiro**. I ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

GOMES, T. Reflexões sobre o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Brasil neoliberal. In: DUARTE, M. J.; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. da S. **Serviço social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

GOMES, T. **Para Além da Rima Pobre do Capital: questões sobre a inserção de pessoas com transtorno mental no trabalho formal**. Tese (Doutorado em Serviço Social)-Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica (PUC-RIO), 2014.

JARDIM, K. “Por que a crise não cabe no sistema?” Divagações sobre a interface entre a Rede de Saúde Mental e a Rede de Urgência e Emergência. In: PASSOS, R.G.; COSTA, R.; SILVA, F.G. **Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

LEME, C.C.C.P. O assistente social na saúde mental, um trabalho diferenciado, uma prática indispensável. In: **A Prática do Assistente Social na Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013.

LIMA, J.B.; BRAVO, M.I.S. O Percurso do Financiamento das Organizações Sociais no Município do Rio de Janeiro. In: **A mercantilização da saúde em debate: As organizações sociais no Rio de Janeiro**. I ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

MARTINS, B.A. Mapeando Sentidos: A Construção da Autonomia na Reforma em Saúde Mental brasileira. In: **Saúde Mental e os Desafios Atuais da Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

MORAIS, H.M.M. et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 3, n.1, 2018.

OLIVEIRA, C.A. Saúde, Cidade e a Lógica do Capital: o município do Rio de Janeiro em questão. In: **A mercantilização da saúde em debate: As organizações sociais no Rio de Janeiro**. I ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

PASSOS, R.G. Luta Antimanicomial no Cenário Contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 23, n. 2, p. 55 - 75, jul.- dez./ 2017.

_____. Residência e resistência fora do manicômio: os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). In: **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

_____. **Trabalhadoras do care na saúde mental: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP, São Paulo, 2016.

RIO DE JANEIRO (Município). **Lei nº 5026, de 19 de maio de 2009**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Disponível em: <http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/31548Lei%205026_2009.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2019.

RODRIGUES, P.H.A. As Organizações Sociais na saúde, peça chave para a privatização da saúde. **CEBES**, Rio de Janeiro, 23 de nov. 2016. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2016/11/as-organizacoes-sociais-na-saude-peca-chave-para-a-privatizacao-da-saude/>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

SCHEFFER, G.M. Tendências e dilemas do processo de trabalho no CAPS: percepções dos assistentes sociais. In: **A Prática do Assistente Social na Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.