

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

LUÍZA RUTKOSKI HOFF

**O HIBRIDISMO PÚBLICO E PRIVADO E AS INFLEXÕES NA POLÍTICA DE
SAÚDE MENTAL**

Porto Alegre
2016

LUÍZA RUTKOSKI HOFF

**O HIBRIDISMO PÚBLICO E PRIVADO E AS INFLEXÕES NA POLÍTICA DE
SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Professora Dra. Maria Isabel Barros Bellini

Porto Alegre
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

H698h Hoff, Luíza Rutkoski
O hibridismo público e privado e as inflexões na política de saúde mental. / Luíza Rutkoski Hoff. – Porto Alegre, 2016. 134 f.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Escola de Humanidades, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Orientação: Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini.

Área de Concentração: Serviço Social, Política de Saúde.

Linha de Pesquisa: Serviço Social e Políticas Sociais.

1. Serviço Social – Rio Grande do Sul. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Política de Saúde Mental.
4. Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos. I. Bellini, Maria Isabel Barros. II. Título.

**CDD 362.204258165
616.89**

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária
Cíntia Borges Greff – CRB 10/1437

LUÍZA RUTKOSKI HOFF

**O HIBRIDISMO PÚBLICO E PRIVADO E AS INFLEXÕES NA POLÍTICA DE
SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 2 de março de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Profª Dra. Maria Isabel Barros Bellini - Orientadora

Profª Dra. Berenice Rojas Couto - PUCRS

Profª Dra. Sirlei Favero Cetolin - UNOESC

Porto Alegre
2016

Eu já estou há quatro anos fora da instituição, fora assim, da recuperação. Quatro anos que eu fiz fazenda, e hoje eu me encontro como voluntário da casa e monitor e é só crescimento. O que eu aprendi eu passo para o pessoal sábado, fim de semana, e continuo a minha vida fora e a minha vida dentro, só tenho a crescer mesmo (2/ T. 3).

Com os nossos é extremamente difícil, os nossos que eu digo assim, nós, serviço público. É o funcionário, que muitas vezes ainda tem uma lógica de acomodação. Olha, é por aqui, a diretriz de trabalho é esta! E eles continuam resistindo. E quem é que garante? Bom ninguém vai mexer comigo. Eu sou eu tenho a estabilidade do trabalho. E isso é uma crítica que eu tenho assim, uma estabilidade no trabalho e uma garantia de que ninguém vai me demitir. As vezes ela é muito prejudicial e isso é um problema para nós (G 1).

A gente tem que ir atrás de doações. Então têm os médicos que apoiam os nossos dois psiquiatras, de alguma forma nos ajudam, dando dinheiro para poder patrocinar, do bolso deles. Uma vai atrás da doação de uma coisa, outra vai atrás de uma doação de outra, pede para um voluntário vir tocar, enfim, a gente tem que fazer um monte de coisa, porque realmente não se tem o recurso (1/T. 5).

E eu sei que a gente tem metas, por exemplo, quantidade de internação para poder ganhar esse valor a mais que eu estava falando. Esse plus (1/T.3).

Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar (BRECHT, 2003).

RESUMO

A presente dissertação propõe-se a discutir a relação da Política de Saúde brasileira com as instituições privadas sem fins lucrativos, principalmente no período demarcado a partir da década de 1990. Este período é caracterizado pela existência de dois projetos em disputa na saúde: por um lado a busca pela efetivação do Sistema Único de Saúde, pautado na Reforma Sanitária e integrante da Seguridade Social, como política pública universal. Por outro lado, este período (1990) também é marcado pela contrarreforma do Estado, que coloca em evidência o Projeto privatista da saúde. Tal movimento é demarcado pela inserção do mercado nesta política pública, que reorganizada com “novos” modelos de gestão, amplia os desafios para a garantia de um Sistema Único de Saúde público, estatal e de qualidade. O lócus de pesquisa é a Política de Saúde Mental álcool e outras drogas do município de Porto Alegre, que mescla em sua rede, serviços públicos e privados, o que reatualiza lógicas conservadoras no atendimento, travestidas de “novas”. É desta relação das instituições privadas sem fins lucrativos pré e pós-SUS que a presente pesquisa se aproxima. A pesquisa utilizou como método o Materialismo Histórico e Dialético, e se desenvolveu a partir de uma abordagem qualitativa. O problema de pesquisa buscou desvendar a relação entre as instituições privadas sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde. O estudo utilizou como instrumentos de coleta o Grupo Focal e a Entrevista Semiestruturada. Foram realizados dois Grupos Focais e uma entrevista, totalizando quinze sujeitos. A coleta aconteceu na Rede de Saúde Mental álcool e outras drogas do município de Porto Alegre. Número do CAAE: 43275615.7.0000.5336 (PUCRS) /43275615.7.3001.5338 (SMS)

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Política de Saúde Mental. Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos.

RESUMEN

Esta tesis se propone a discutir la relación de la Política de Salud de Brasil con las instituciones sin fines de lucro, especialmente en el período marcado desde la década de 1990. Este período se caracteriza por la existencia de dos proyectos que compiten en la salud: por un lado tenemos la búsqueda de la efectividad del Sistema Nacional de Salud, con base en la Reforma de la salud, siendo parte de la Seguridad Social, como una política pública universal. Por otro lado, este período (1990) también está marcado por la contrarreforma del Estado, que pone en evidencia el proyecto de privatización de la salud. Tal medida se caracteriza por la entrada del mercado en esta política pública, que se reorganizó con los “nuevos” modelos de gestión, aumentando los desafíos para garantizar un Sistema Único de Salud Pública, del estado y de calidad. El locus de investigación es la Política de Salud Mental alcohol y otras drogas en la ciudad de Porto Alegre, que mezcla en su red servicios públicos y privados, que renueva la lógica conservadora en la asistencia, disfrazado de "nuevo". Es desta relación de las instituciones privadas sin fines de lucro, pre y post-SUS, que la presente investigación se aproxima. La investigación utilizó como método el Materialismo Histórico y Dialéctico, y se desarrolló a partir de un enfoque cualitativo. El problema de investigación trató de desvendar la relación entre las instituciones sin fines de lucro y el Sistema Único de Salud. El estudio utilizó los instrumentos de recolección de datos del grupo focal y la entrevista semiestructurada. Se realizaron dos grupos focales y una entrevista, con un total de quince sujetos. La reunión con las partes ocurrió en la Red de Salud Mental alcohol y otras drogas en la ciudad de Porto Alegre. Número CAAE: 43275615.7.0000.5336 (PUCRS) /43275615.7.3001.5338 (SMS)

Palabras-clave: Sistema de Salud. Políticas de Salud Mental. Instituciones sin fines de lucro.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Metodologia de pesquisa.....	20
---	----

LISTA DE SIGLAS

CAPS ad III	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial modalidade infantil
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial modalidade II
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial modalidade III
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial modalidade I
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CT	Comunidade Terapêutica
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
FEDPS	Fundações Estatais de Direito Privado
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNRURAL	Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HG	Hospital Geral
HMD	Hospital Mãe de Deus
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMESF	Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAAB	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NOB	Norma Operacional Básica
ONG	Organização Não governamental
OS	Organizações Sociais
OSC	Organização da Sociedade Civil
OSCIPS	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OTS	Organização do Terceiro Setor
PACS	Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul

PES	Plano Estadual de Saúde
POA	Porto Alegre
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Atendimento
UNOESC	Universidade do Oeste de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO EM “CONTRARREFORMA”: APROXIMAÇÕES SOBRE AS NOVAS RELAÇÕES ESTABELECIDAS ENTRE ESTADO, MERCADO E SOCIEDADE CIVIL	24
2.1 SITUANDO A DISCUSSÃO SOBRE A RELAÇÃO ESTADO E SOCIEDADE CIVIL ..	24
2.2 ESTADO “GUARDA-NOTURNO” E OS REFLEXOS NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA.....	33
3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE “FLEXIBILIZADO”: O CASO DA REFILANTROPIZAÇÃO DA SAÚDE	45
3.1 HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: O VELHO SE METAMORFOSEIA DENTRO DO NOVO?	45
4 A INSERÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PRIVADAS SEM FINS LUCRATIVOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: BICHO DE SETE CABEÇAS	61
4.1 INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL: “A MÁQUINA PÚBLICA VIVE UM MUNDO À PARTE”	61
4.2 SEGREGAÇÃO E REFORMA PSIQUIÁTRICA: “HOSPITAL QUE ACEITA TODO TIPO DE PACIENTE”	68
4.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: “SE CONSEGUIR, MANDE NOTÍCIAS...”	78
4.4 “É ISSO OU NADA”: REFLEXÕES SOBRE A (IM) POSSIBILIDADE DE AMPLIAR A REDE PÚBLICA E A FORMA COMO TEM SE CONSTITUÍDO A FISCALIZAÇÃO PELO PODER PÚBLICO	84
4.5 PESQUISA DOCUMENTAL: “NÃO SEI QUEM É QUE REPASSA, QUEM É QUE CONTROLA QUEM É QUE GERENCIA”	90
5 CONCLUSÃO.....	94
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICE A - Sistematização da Pesquisa Documental	107
APÊNDICE B - Quadro exemplificativo da análise textual discursiva empregada na dissertação	119
APÊNDICE C - Mapeamento da Rede de Saúde Mental de Porto Alegre	120
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	121
APÊNDICE E - Roteiro de tópicos guia para Grupo Focal com trabalhadores	122
APÊNDICE F - Roteiro de tópicos guia para entrevista semiestruturada com representante da gestão municipal.....	123
ANEXO A - Parecer da Comissão Científica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	124
ANEXO B - Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.....	125
ANEXO C - Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS	128
ANEXO D - Não aprovação Comitê de Ética.....	132

1 INTRODUÇÃO

As últimas décadas do século XX apresentaram como características uma série de mudanças que atingiram a sociedade em diversos aspectos, tanto no âmbito econômico, quanto no político e social. São observadas mudanças significativas no mundo do trabalho, nas formas de comunicação, nos movimentos sociais, no cotidiano. Deste cenário, surge também a necessidade de uma mudança na configuração do Estado, que abarca as relações de poder e os avanços da sociedade.

Vivenciamos na década de 1990 a incorporação do neoliberalismo no Brasil, que vem direcionando o país para uma maior inserção do mercado na execução das políticas públicas, concomitante a uma diminuição do papel do Estado. Deste modo, um dos desafios que se apresentam nas últimas décadas é a compreensão dos novos contornos do Estado e da identificação dos limites e possibilidades que estas novas configurações trazem em seu cerne, aproximando e problematizando as transformações que tem se estabelecido.

Dentro destas mudanças está a Política de Saúde brasileira, que foi garantida enquanto política pública universal, de direito do cidadão e dever do Estado, quando da sua incorporação ao Sistema de Seguridade Social na Constituição Federal de 1988. Já no ano de 1990, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde pautada nos princípios fundamentais de universalidade, integralidade e equidade, passa a ser um direito da população brasileira.

Passados vinte e cinco anos da Lei do SUS, o cenário que se apresenta na sociedade brasileira é de grande conflito quanto a sua legitimidade. O SUS como foi gestado passa por várias intempéries desde a sua criação. Vivenciamos disputas no campo da saúde que se desenham tanto quanto apoio ao Projeto da Reforma Sanitária – que desencadeou na criação do SUS e na aproximação à garantia de um direito social – como ao Projeto privatista para saúde, que tem como objetivo uma diminuição do dever do Estado na garantia deste direito, e que tem aumentado sua força política, principalmente nos últimos anos.

É em meio a esse cenário, que se evidencia na sociedade brasileira, de maneira mais proeminente, a entrada de entidades que passam a prestar serviços no sistema de proteção social brasileiro. Tais entidades não são novas no sistema protetivo, pelo contrário, foram as principais formas de proteção à população ao longo de décadas. Porém, descoladas da questão do direito, a história mostra que tais entidades carregavam nas suas ações, práticas moralistas, clientelistas, meritocráticas e atendiam usuários que se enquadrassem nas regras dessas instituições.

Quanto à Política de Saúde, os primeiros hospitais brasileiros eram vinculados às Misericórdias¹, e em que pese as mudanças pelas quais os hospitais passaram ao longo de décadas, os hospitais de instituições filantrópicas continuam ocupando um papel importante no atendimento à população. Um dos motivos é que estes hospitais são a maioria no atendimento à alta complexidade, como as internações. Nota-se que o Poder Público, em se tratando de alta complexidade, não têm assumido um papel de protagonista. Em relação à Política de Saúde Mental, esta questão se evidencia no momento em que existe a compra de leitos, bem como a realização de convênios com serviços especializados, como é o caso dos CAPS ad III², onde a internação poderá fazer parte do processo de atendimento ao usuário em uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas.

Diferentemente do caminho traçado por países como Portugal e Grã-Bretanha, no Brasil pós Constituinte e aprovação do SUS, não ocorreu a nacionalização da rede privada e filantrópica de hospitais. No Brasil, criou-se a modalidade de convênios e de contratos, o que tem repercutido negativamente na integração destes serviços ao SUS (CAMPOS, 2010). Tais modelos de parceria, não evoluíram para contratos de gestão³, o que possibilitaria um maior acompanhamento pelo Poder Público, mas se mantiveram articulados ao Sistema por meio de convênios onde não há a necessidade de licitação (8.666/1993⁴), e não existem regras bem definidas. Campos já anunciava que “as bases sob as quais se desenvolveu a ideologia e os projetos neoliberais acham-se inscritas na própria estrutura organizacional do sistema de saúde brasileiro” (1997, p. 44).

Com a incorporação desses “novos” modelos de gestão, se integra um processo de contrarreforma do Estado através da privatização dos serviços públicos e de ameaça aos direitos sociais. Essas contrarreformas são oriundas dos reflexos das mudanças econômicas em nível mundial e das consequentes “reformas sanitárias”, recomendadas pelos agentes financeiros

¹Misericórdias são instituições que socorrem pobres e doentes. No dicionário também aparecem os seguintes significados: compaixão solícita pela desgraça alheia, comiseração, piedade, perdão. Disponível em: <michaelis.uol.com.br/moderno/português/index>.

²Conforme artigo 2º da Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012, o CAPS AD III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua à pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (BRASIL, 2012).

³Conforme a Lei 8666/1993, artigo 2º Parágrafo único: Para os fins desta Lei, considera-se contrato todo e qualquer ajuste entre órgãos ou entidades da Administração Pública e particulares, em que haja um acordo de vontades para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas, seja qual for a denominação utilizada (BRASIL, 1993).

⁴A Lei 8.666 de 1993, regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências (BRASIL, 1993).

internacionais, principalmente pelo Banco Mundial⁵, que possui proeminência neste setor desde a década de 1980 (CORREIA, 2011).

Em relação aos agentes financeiros internacionais, Hobsbawm em “Era dos Extremos” (2015) evidencia que tanto o Banco Mundial como o Fundo Monetário Internacional, vinham incentivando a economia do livre mercado, da empresa privada e do livre comércio global.

À medida em que aumentava o fosso entre ricos e pobres, parecia que aumentaria o espaço para o exercício desse poder global. O problema era que, desde a década de 1970, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, politicamente apoiados pelos EUA, vinham seguindo uma política sistematicamente favorecedora da economia de livre mercado, empresa privada e livre comércio global, que servia à economia americana de fins do século XX tão bem quanto servia à britânica de meados do século XIX, mas não necessariamente ao mundo. Se as tomadas de decisões globais queriam realizar seu potencial, tais políticas teriam de ser mudadas. (HOBSBOWN, 2015, p. 558).

Cabe destacar de imediato, que os “novos” modelos de gestão, “criados sob a preocupação de estabelecer um marco legal e regulador compatível com o plano da Reforma do Estado” (SILVA, 2010), podem ser assim identificados: Organizações Sociais (OS’s), Organizações filantrópicas e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS). Conforme Silva (2010, p. 142):

Trata-se nos três casos, de pessoas jurídicas, de direito privado, sem fins lucrativos, voltadas à prestação de serviços sociais [...] As organizações sociais (OS) prestam serviços de ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico, preservação do meio ambiente, cultura e saúde. As organizações filantrópicas respondem pela assistência social beneficente e gratuita. [...] Nas organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIPs) enquadram-se os mais variados serviços, desde a assistência social até as tecnologias alternativas.

Ou seja, a esfera que não pode ser igualada ao primeiro setor, o Estado, e o segundo setor, o mercado, mas que está inter-relacionada a eles. Trata-se de instituições que ora são identificadas como Estado, no momento em que executam políticas públicas, ora são igualadas ao mercado, pois se caracterizam como instituições que são legalmente constituídas, independente do Estado, possuem sua missão, sua visão, entre outros.

⁵O Banco Mundial é uma organização internacional que surgiu da Conferência de Bretton Woods (1944) para atender às necessidades de financiamento da reconstrução dos países devastados pela Segunda Guerra Mundial (BRASIL, 2015).

Iamamoto (2009) problematiza o termo terceiro setor e a contradição que está imbricada a ele, pois engloba no mesmo termo instituições das mais variadas formas. Conforme Iamamoto (2009, p. 190):

No marco legal do terceiro setor no Brasil são incluídas entidades de natureza as mais variadas, que estabelecem um termo de parceria entre entidades de fins públicos de origem diversa (estatal e social) e de natureza distinta (pública ou privada). Engloba sob o mesmo título, as tradicionais instituições filantrópicas; o voluntariado e Organizações não-governamentais: desde aquelas combativas que emergiram no campo dos movimentos sociais, àquelas com filiações político-ideológicas as mais distintas, além da denominada “filantropia empresarial”.

Silva (2010) avalia que a noção do terceiro setor é imprecisa e polissêmica, pois abrange as instituições filantrópicas, as organizações de defesa de direitos de grupos específicos, o trabalho voluntário – “doação de tempo, trabalho e talento para causas sociais” – e a filantropia empresarial (SILVA, 2010, p. 147).

No setor saúde, ressalta-se que a inserção das instituições privadas sem fins lucrativos tem um aumento significativo a partir da década de 1990, junto ao cenário do país de avanço do projeto neoliberal, de privatizações das instituições públicas, e de desmontagem do Estado, em direção a um Estado mínimo. Nesta década, surgem dois projetos antagônicos na saúde em disputa: o Projeto privatista e Projeto da Reforma Sanitária.

De um lado, o projeto privatista, com a reatualização do modelo médico assistencial, caracterizando-se pela contenção de gastos e racionalização da oferta, no qual o atendimento ocorre aos que tem acesso ao mercado. De outro modo, o projeto da Reforma Sanitária com a busca da democratização do acesso, universalidade do direito e a interdisciplinaridade, mantendo-se vinculado às conquistas constitucionais (BRAVO, 2011).

Para Bravo (2013), os anos 2000, por afirmar os impactos advindos da política macroeconômica, têm distanciado de questões centrais que precisam ser enfrentadas, tais como: “a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de gestão do trabalho e educação na saúde, a política nacional de medicamentos e a privatização da saúde” (BRAVO, 2013, p. 177). Para o autor, tal distanciamento dá início a um outro Projeto, o da Reforma Sanitária Flexibilizada, que viabiliza a inserção e manutenção das instituições privadas sem fins lucrativos e dialoga diretamente com as descobertas desta pesquisa. De acordo com Bravo (2013, p. 178):

Neste período, também se identifica a formulação de um outro projeto para a saúde, que é o da Reforma Sanitária flexibilizada. Consiste em defender a

Política de Saúde possível, face a conjuntura. Constatase que diversos sujeitos sociais do Movimento Sanitário não têm enfrentado a questão central do governo que é a subordinação da Política Social à Política Macroeconômica.

Neste sentido, a relação com a rede privada sem fins lucrativos desenha-se como um tema relevante, tanto pela sua conformação histórica, quanto à forma como mesmo pós Lei do SUS, tais instituições ainda reservam traços do conservadorismo em que elas foram gestadas décadas atrás. Sobre isso, Cabral (2007) avalia que a diferença entre os programas das organizações do terceiro setor e às políticas públicas está na direção das suas ações a “beneficiários bem determinados” e essa diferença é fundamental à organização, missão da instituição.

As OTS reportam-se às suas missões para instituir critérios de elegibilidade, que garantem, por sua vez, a operacionalidade dos programas dirigidos a beneficiários bem determinados. E a valorização da cidadania reside no benefício social do programa, e não na sua extensividade ou abrangência populacional. Nesse particular reside a diferença entre os programas das OTS em relação às políticas públicas do setor governamental. (CABRAL, 2007, p. 147).

A participação das instituições privadas sem fins lucrativos⁶ na rede de atendimento em saúde é o ponto de partida. Tal investigação teve como lócus de pesquisa a Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas no município de Porto Alegre. Política esta que tem ampliado a sua rede através de parcerias com entes privados, apontando uma tendência nesta direção.

Importante sinalizar que tal pesquisa representa um acúmulo e dá continuidade à trajetória da pesquisadora, pois já na graduação em Serviço Social, o interesse de pesquisa e campo de estágio esteve relacionado à realidade da Política de Saúde, o que foi melhor amadurecido e aprofundado a partir da experiência na Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, em que ficou em evidência a relação tensa estabelecida entre a gestão da política, instituições filantrópicas e representação político partidária. Importante sinalizar que não se compreende a relação “tensa” como algo negativo, mas foi mobilizador para compreender melhor esta realidade.

⁶Entidades privadas sem fins lucrativos são classificadas pelo IBGE com as seguintes características: I) privadas, não integrantes, portando do aparelho do Estado II) sem fins lucrativos III) institucionalizadas, isso é, legalmente constituídas IV) auto administradas ou capazes de gerenciar suas próprias atividades V) voluntárias na medida em que podem ser constituídas livremente por qualquer grupo de pessoas (IBGE, 2008). Na Lei 9.790 de 1999 que dispõe sobre a qualificação como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, considera-se sem fins lucrativos a pessoa jurídica de direito privado que não distribui, entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplica integralmente na consecução do respectivo objeto social (BRASIL, 1999).

Analisar a inserção de tais instituições no cenário do país e na realidade do município de Porto Alegre foi o ponto-chave para iniciar a elaboração do Projeto de Pesquisa. Os serviços que compreendem a Rede de Saúde Mental, álcool e outras drogas no município de Porto Alegre, se dividem em serviços públicos e serviços conveniados com instituições privadas sem fins lucrativos, que compreendem serviços de atenção no território (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS⁷), e de serviços de média e alta complexidade (Comunidades Terapêuticas - CT's e Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral).

Neste sentido, a dissertação buscou investigar o perfil dessas instituições e sua influência na garantia do atendimento em saúde, conforme os princípios - universalidade, equidade, integralidade, resolutividade, intersetorialidade, participação – e diretrizes do SUS – descentralização, hierarquização, regionalização, financiamento e controle social -.

Analisando a conjuntura brasileira, destaca-se que o acelerado movimento em direção a um Estado mínimo tem impactado nos serviços de saúde. E em especial, o atual cenário do município de Porto Alegre indica um aumento na constituição de parcerias público – privadas na rede de atendimento. O motivo pelo recorte na Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas no município de Porto Alegre, está no histórico das instituições filantrópicas no atendimento a esta população, bem como no indicador de convênios existentes.

Atualmente, as duas Comunidades Terapêuticas existentes no município de Porto Alegre se caracterizam como instituições filantrópicas, o que via de regra é o que acontece em todo o país. Existem seis CAPS conveniados, sendo que os únicos três CAPS ad 24 horas são conveniados, além dos leitos de saúde mental em hospitais gerais filantrópicos e a compra de vagas em Clínicas particulares. Destes, a pesquisa observa que a rede álcool e drogas ainda tem a maior parte dos seus serviços conveniados. Tais dados são apontados no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre (2014 – 2017) e também na entrevista com o representante da gestão, conforme segue,

Hoje especificamente falando de álcool e drogas a gente tem cinco CAPS ad, três deles são 24 horas. Temos cerca de 160 leitos específicos para álcool e drogas na rede, de hospitais gerais, leitos SUS. Além desses 160 leitos a gente tem leitos que nós compramos em outros lugares, outras Clínicas e Hospital em função da alta demanda que a gente tem tido e da dificuldade de abrir leitos em Hospital Geral (G. 1).

⁷São serviços constituídos por equipe multiprofissional que atuam sob a ótica interdisciplinar e realizam atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo (PORTO ALEGRE, 2013, p. 184).

Neste sentido, os resultados aprofundam a forma como está se dando a participação das instituições filantrópicas na Política de Saúde Mental, e avalia as possíveis mudanças existentes na garantia dos princípios e diretrizes do SUS. Importante considerar, que se em algum momento teve-se a esperança de garantir um SUS 100% público, estatal e de qualidade, hoje se faz necessário entender o papel exercido por estas instituições privadas sem fins lucrativos, que conquistam espaço no cenário da Política de Saúde.

Em relação ao desenho da pesquisa, o estudo utilizou como método o Materialismo Histórico e Dialético. Trata-se de pesquisa do tipo exploratória e qualitativa, pois a análise se dará a partir da fala dos sujeitos envolvidos neste processo: gestor e equipes de saúde.

Entende-se por metodologia, o caminho e a prática realizados para a abordagem e apreensão da realidade. A metodologia inclui, ao mesmo tempo, a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas), e a criatividade do pesquisador (MINAYO, 2008), ou seja, suas experiências/vivências anteriores, suas competências e sua sensibilidade diante da realidade. A metodologia nesse sentido, extrapola o plano das técnicas – processo de operacionalizar o conhecimento –, pois o faz incluindo teoria, realidade empírica e os pensamentos sobre a realidade.

A pesquisa qualitativa apresenta-se como perspectiva metodológica para a apreensão crítica dessa realidade social, e também, como possibilidade para se apreenderem os significados, as intencionalidades, as inter-relações, e as especificidades históricas em suas manifestações concretas. Conforme Minayo (2008, p. 21), a pesquisa qualitativa

[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Assim, a abordagem dialética apresenta-se como possibilidade metodológica uma vez que, contém não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos sujeitos sociais, que lhe atribuem significados (MINAYO, 2008), possibilitando esta aproximação necessária ao objeto de estudo.

Conforme Lefebvre (1979, p. 26), Marx foi o primeiro a adotar de forma coerente o método dialético, pois

Ao estudar uma determinada realidade objetiva, analisa, metodicamente, os aspectos e os elementos contraditórios dessa realidade (considerando, portanto,

todas as noções antagônicas então em curso, mas cujo teor ninguém ainda sabia discernir). Após ter distinguido os aspectos ou os elementos contraditórios, sem negligenciar as suas ligações, sem esquecer que se trata de uma realidade, Marx reencontra-se na sua unidade, isto é, no conjunto do seu movimento.

Os princípios que explicam o processo de desenvolvimento social podem ser sintetizados nas expressões: materialismo histórico e materialismo dialético (MINAYO, 2008). O materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na efervescência de uma sociedade (MINAYO, 2013). Já a dialética, “refere-se ao método de abordagem da realidade, reconhecendo-a como processo histórico em seu peculiar dinamismo, provisoriedade e transformação” (MINAYO, 2013, p. 107-108).

Conforme Kosik (2002, p. 25), a compreensão dialética da totalidade significa

[...] não só que as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes.

Para Minayo (2008, p. 24), “a dialética trabalha com a valorização das quantidades e da qualidade, com as contradições intrínsecas às ações e realizações humanas, e como movimento perene entre parte e todo e interioridade e exterioridade dos fenômenos”.

Partindo-se da premissa de que a interpretação do real é um processo complexo e contraditório e a realidade de um fenômeno não se manifesta de imediato, mas se expressam por abstrações que, simultaneamente, escondem o fenômeno, permeiam sua existência em todos os sentidos, contribuindo para desvendá-lo ou para mantê-lo na invisibilidade, tem-se presente que a escolha metodológica deve oferecer as possibilidades para que realmente ocorra esta aproximação.

A articulação do real exige uma abordagem que extrapole o plano imediato e meramente quantitativo, buscando entender os fatos a partir da vivência (MARTINELLI, 1994). Portanto, analisar a realidade significa interpretá-la a partir da totalidade, com suas múltiplas e articuladas determinações, que envolvem aspectos políticos, sociais, culturais e econômicos.

Nesta perspectiva, o tipo de estudo é exploratório, através de uma abordagem qualitativa, pois se pretende investigar como as instituições privadas sem fins lucrativos participam da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas no município de Porto Alegre, a partir da fala dos sujeitos que estão neste processo, a fim de analisar as possíveis mudanças no processo de garantia dos princípios do SUS.

O objetivo geral da pesquisa é investigar a interface entre as instituições privadas sem fins lucrativos e a Política de Saúde Mental álcool e outras drogas em Porto Alegre, destacando

as influências mútuas e a consonância com os princípios do SUS, a fim de contribuir na consolidação e efetivação desses princípios. Enquanto objetivos específicos estão: I. Mapear a Rede de Saúde Mental do município de Porto Alegre, elaborar o perfil das instituições e identificar a existência de articulação com a rede pública de saúde mental; II. Conhecer e analisar o processo de gestão realizado a esses serviços por parte do poder público; III. Conhecer e analisar os processos de trabalho das equipes desses serviços evidenciando possíveis alterações em relação à materialização dos princípios do SUS.

Enquanto questão a ser desvelada, apresenta-se o seguinte problema de pesquisa: Como se configura a relação entre as instituições privadas sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde? Como questões que nortearão o estudo, estão: a) quais as implicações das modalidades de convênio realizadas? b) como se configura o acompanhamento realizado a esses serviços por parte do poder público? c) como se configuram os processos de trabalho e quais as possíveis alterações no atendimento em saúde no SUS?

A coleta dos dados deu subsídios à investigação. Ressalta-se a contribuição da Minayo (2013, p. 197) sobre a amostra em uma pesquisa qualitativa, onde a preocupação deve estar voltada para o aprofundamento da compreensão em detrimento à generalização,

O pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. [...] Pode-se considerar que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto em estudo.

O instrumento Grupo Focal foi planejado para ser realizado junto a três equipes de serviços que compõe a Rede de Saúde Mental álcool e outras drogas de Porto Alegre, de modalidades de atenção distintas, e que se caracterizam enquanto instituições privadas sem fins lucrativos. Quais sejam: a) um Centro de Atenção Psicossocial (qualquer modalidade, rede adulto); b) uma Comunidade Terapêutica; c) um Hospital Geral com leitos de saúde mental. As instituições que se enquadravam no critério – instituições privadas sem fins lucrativos, com convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – foram submetidas a sorteio.

A partir do sorteio das três instituições, foram encaminhados os trâmites éticos, através dos três comitês de ética envolvidos. Lamentavelmente, o Comitê de Ética da instituição referência para o CAPS não aprovou a presente pesquisa, após atraso na divulgação do parecer. Impossibilitou a apresentação do Projeto com os devidos ajustes e impôs que o mesmo fosse novamente submetido a todos os Comitês de Ética envolvidos. Foram realizados contatos no intuito de negociar uma nova apresentação do Projeto, mas a instituição não permitiu que fosse

realizado desta forma. Como, neste momento, a pesquisa já contava com as demais aprovações, entendeu-se que não seria viável a nova apresentação do Projeto. Nesse sentido, decidiu-se por não incluir o dispositivo CAPS, reconhecendo, no entanto, que se caracteriza como uma lacuna para a pesquisa, já que se trata de um dispositivo de atenção importante na Política de Saúde Mental.

Desta forma, o Grupo Focal foi realizado junto a duas equipes de serviços que compõe a Rede de Saúde Mental, álcool e outras drogas no município de Porto Alegre – Hospital Geral com leitos de saúde mental e Comunidade Terapêutica -. Este recurso metodológico (Grupo Focal), orientado por Bauer e Gaskel (2004, p. 79), é caracterizado como um debate aberto e acessível a todos, onde ocorre uma troca de pontos de vista, ideias e experiências, e cujos “[...] assuntos em questão são de interesse comum; as diferenças de status entre os participantes não são levadas em consideração, e o debate se fundamenta em uma discussão racional [...]”. Os critérios de inclusão dos serviços foram: (a) tratar-se de serviço que presta atendimento no Sistema Único de Saúde, mas que se caracteriza por instituição privada sem fins lucrativos e que mantém convênio com a Secretaria de Saúde do Município de Porto Alegre; (b) ser serviço que compõe a Rede de Saúde Mental, álcool e outras drogas do município de Porto Alegre. Critérios de inclusão dos funcionários: (a) fazer parte da equipe do serviço; b) preferência para a composição do Grupo Focal com profissionais de distintas áreas de formação.

A Entrevista Semiestruturada realizada com o representante da gestão da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas no município de Porto Alegre. A entrevista tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, com abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo (MINAYO, 2008). Para Minayo (2008), a Entrevista Semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistador tem possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. De acordo com Minayo (2008, p. 191):

Para essa modalidade de abordagem, o roteiro deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas. Os tópicos devem funcionar apenas como lembretes, devendo, na medida do possível, ser memorizados pelo entrevistador quando está em campo.

O critério de inclusão para entrevista foi: ocupar papel de representante da gestão da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas no município de Porto Alegre.

Abaixo, segue o quadro exemplificativo da aplicação dos instrumentos de pesquisa, totalizando 15 sujeitos: uma entrevista semiestruturada e dois Grupos Focais com sete integrantes em cada um.

Quadro 1 - Metodologia da pesquisa

Serviço	Sujeitos	Instrumentos
Gestão da Política de Saúde Mental álcool e outras drogas/ Porto Alegre – RS	1 trabalhador/gestor (a)	Entrevista semiestruturada
Comunidade Terapêutica	7 trabalhadores	Grupo Focal
Associação Hospitalar – hospital geral com leitos de saúde mental	7 trabalhadores	Grupo Focal
Total	15	3

Fonte: Dados sistematizados

Após a aplicação dos instrumentos, as informações qualitativas foram analisadas a partir da análise textual discursiva amparada em Moraes e Galiazzi (2007). Conforme os autores (MORAES; GALIAZZI, 2007, p. 144), para análise textual discursiva, a principal preocupação deve ser uma interpretação crítica,

A análise de discurso tem como preocupação primeira a interpretação, especialmente uma interpretação crítica, fundamentada em alguma teoria fonte e assumida a *priori* como referencial interpretativo crítico. Por isso, nessa abordagem de análise, a descrição é secundária e de certa forma dispensável. O importante é interpretar e produzir a crítica sem que se exija a valorização de um momento descritivo.

Moraes (1999) concebe a análise em cinco grandes etapas: 1) Preparação das informações; 2) Unitarização ou transformação do conteúdo em unidades; 3) Categorização ou classificação das unidades em categorias; 4) Descrição; 5) Interpretação (MORAES, 1999, p. 12).

A primeira etapa, nesse sentido, foi realizada através de leitura atenta e livre dos materiais sem qualquer registro ou anotação. Posteriormente, foram sublinhadas as informações em consonância com o problema e objetivos da pesquisa, e em seguida, as discussões que emergiram na pesquisa – categorias que não estavam previstas. A transcrição foi organizada mantendo o roteiro de perguntas do instrumento (Roteiro do Grupo Focal e da Entrevista Semiestruturada), com o objetivo específico ao seu lado, a fim de que em cada pergunta fosse

possível visualizar quais eram os objetivos que a produzia. Feito esse registro, as informações sublinhadas nos textos foram cuidadosamente e integralmente sendo extraídas para uma nova coluna - a direita da transcrição -, onde foram transformadas em “unidades de análise”. Conforme Moraes (1999, p. 13)

A unidade de análise é o elemento unitário de conteúdo a ser submetido posteriormente à classificação [...] A natureza das unidades de análise necessita ser definida pelo pesquisador. As unidades podem ser tanto palavras, frases, temas, ou mesmo os documentos na sua forma integral.

As unidades de análise foram codificadas e individualizadas da seguinte maneira: no Grupo Focal 1, todas as unidades de análise receberam o Código “1” identificando a qual coleta pertence aquela unidade de análise, junto a outro número, por exemplo “1.2” que registra a ordem na qual apareceu a unidade de análise no texto. Nesse sentido, por exemplo, no Grupo Focal “1” foram extraídas 25 unidades de análise, ficando numeradas então do “1.1” ao “1.25”.

Após serem codificadas, as unidades de análise foram isoladas, e algumas unidades foram reelaboradas de modo que tivessem completude em si mesma. Para Roque Moraes (1999, p. 13), as unidades de análise

Devem poder ser interpretadas sem auxílio de nenhuma informação adicional. Isto é importante, já que estas unidades nas fases posteriores da análise serão tratadas fora do contexto da mensagem original, integrando-se dentro de novos conjuntos de interações e, então, deverão ser compreendidas e interpretadas mantendo-se o significado original.

Dando continuidade à análise, partiu-se para o processo de categorização, que é o procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles. Na pesquisa, faz-se a decisão de agrupá-las semanticamente, originando categorias temáticas, partindo da premissa de que os dados podem ser agrupados dentro de vários níveis de categorização: as categorias do primeiro nível, normalmente serão as mais numerosas - CATEGORIAS INICIAIS -, as que surgem do reagrupamento das iniciais que terão necessariamente menor número, serão as mais amplas - CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS -, e as da terceira etapa de reagrupamento, as CATEGORIAS FINAIS (MORAES; GALIAZZI, 2007).

Após a etapa da descrição e interpretação, o próximo passo é comunicar o resultado da pesquisa (MORAES, 1999). Então, recorreu-se ao texto que deu origem às unidades de análise, extraíndo dele as “citações diretas”, incluindo-as integralmente à escrita da dissertação e criando a partir delas subtítulos como, por exemplo: “Segregação e Reforma Psiquiátrica”, que

tem como uma de suas unidades de análise originárias “1.12 Forte cultura de internação”, e que está relacionada à citação direta:

Muitos familiares as vezes acreditam que o único recurso é o Hospital, é a internação hospitalar. Não se tem mais os manicômios, mas se tem o Hospital. Então eles acreditam que este é o único recurso (1/ T.1).

Apresenta-se nos apêndices - Apêndice B -, a forma como se sistematizou um dos quadros de análise, apresentando os três níveis de categorias – iniciais, intermediárias e finais – sendo que algumas categorias finais serão apresentadas no último capítulo como descoberta da pesquisa.

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa contempla o que está preconizado na Resolução do CONEP nº 466/12⁸, do Ministério da Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Desta forma, apresenta-se a ordem de procedimentos aos quais o Projeto de Pesquisa foi submetido: 1) Comissão Científica do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, através da plataforma “SIPESQ” – **anexo A** – (aprovação data: 28/10/2014); 2) Contato com as instituições selecionadas via sorteio; 3) Apresentação do Projeto de Pesquisa nas instituições e coleta do Termo de Aceite das instituições (período: 08/09/2014 até 25/02/2015); 4) Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS através do Sistema Plataforma Brasil, e demais Comitês de Ética das instituições pesquisadas⁹: submissão data: 13/03/2015. Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa PUCRS em: 28/04/2015 – **anexo B** –, aprovação Comitê de Ética Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre em: 25/05/2015 – **anexo C** –. “Não aprovação, não cabe recurso” data: 09/07/2015 – **anexo D** –. 6) Agendamento das coletas, explicação prévia dos instrumentos de coleta de dados e das questões éticas que envolvem a pesquisa.

O título elaborado para esta dissertação: “O hibridismo Público e Privado e as inflexões na Política de Saúde Mental” utiliza o termo inflexões – que significa uma mudança de direção, um desvio - para chamar a atenção quanto às variações na garantia do atendimento em saúde na relação com o previsto nos textos legais. Problematisa os avanços e retrocessos da Política de

⁸Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverão atender a esta Resolução (BRASIL, 2012).

⁹As instituições pesquisadas não estão identificadas nesta produção, conforme proposto no Projeto de Pesquisa aprovado pelos Comitês de Ética. Os pareceres anexados a este trabalho foram desidentificados para proteção das instituições.

Saúde brasileira e a partir de resgate histórico, dialoga entre o passado, o presente e as tendências para esta importante política da nossa sociedade. O pano de fundo desta produção é o atual cenário da Política de Saúde que apresenta uma rede de serviços que se mescla entre serviços públicos e estatais e serviços públicos realizados por instituições privadas sem fins lucrativos, incorporadas ao Sistema Único de Saúde.

Esta dissertação está organizada em quatro capítulos. O segundo capítulo discute o sistema de proteção social brasileiro, e as novas relações estabelecidas entre Estado, Mercado e Sociedade Civil. Tal capítulo foi dividido em dois subtítulos: o primeiro pretende alinhar a discussão, problematizando a relação Estado e Sociedade Civil. O segundo subtítulo discute mais especificamente a realidade do sistema de proteção brasileiro, as contrarreformas que vem sofrendo desde a década de 1990, e os reflexos e metamorfoses na Política de Saúde.

O terceiro capítulo apresenta a realidade do Sistema Único de Saúde, diante das mudanças no modelo de Estado brasileiro. Faz um breve resgate histórico quanto à Política de Saúde, os avanços e retrocessos no atendimento em saúde, ressaltando o movimento de refilantropização que se evidencia nas últimas décadas, onde o velho parece se metamorfosear dentro do novo.

Já o quarto capítulo é constituído pela interpretação e discussão dos resultados. Para este capítulo, foram pinçadas algumas categorias finais da análise que foram divididas em subtítulos possibilitando apresentar algumas discussões que se entende serem pertinentes para pensar o direito à saúde na atualidade. Também neste capítulo está a análise dos dados levantados na Pesquisa Documental realizada.

Por fim, está a conclusão deste estudo, que retomam os aspectos centrais da pesquisa, apresentando as reflexões a partir dos resultados encontrados e as possibilidades de caminhos a serem percorridos.

2 O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO EM “CONTRARREFORMA”¹⁰: APROXIMAÇÕES SOBRE AS NOVAS RELAÇÕES ESTABELECIDAS ENTRE ESTADO, MERCADO E SOCIEDADE CIVIL

O primeiro subtítulo deste capítulo situa e alinha os conceitos de Estado e Sociedade Civil que serão utilizados nesta produção. Utiliza-se Gramsci para auxiliar na análise, sem a pretensão de esgotar a contribuição deste autor em relação ao debate. No segundo subtítulo, contextualiza o Sistema de Proteção Social brasileiro no período demarcado pela introdução de Políticas de recorte teórico Neoliberal e apresenta algumas inquietações sobre o atual momento do SUS quanto à presença das instituições privadas sem fins lucrativos, o que, aparentemente, é uma grande tendência para os próximos anos.

2.1 SITUANDO A DISCUSSÃO SOBRE A RELAÇÃO ESTADO E SOCIEDADE CIVIL

Diante da importância de ambos os conceitos para o alinhamento argumentativo da produção, neste subtítulo, pretendeu-se estabelecer algumas aproximações sobre os conceitos de Estado e Sociedade Civil.

Através de pesquisa dos referidos termos no dicionário¹¹, observou-se que ambos apresentam significados que se relacionam, como por exemplo: reunião de pessoas, grupos, bando, associação, solidariedade de interesses, representação de classes, entre outros. Infere-se que os termos, propriamente ditos, carregam a marca do coletivo em detrimento à particularismos; e ainda, que ambos se complementam, pois a sociedade nada mais é do que o resultado das relações sociais que são estabelecidas entre os homens no processo de reprodução da vida, e são estas relações que vão desencadear no modelo de Estado que vivemos. Por ora, nota-se que somos sujeitos participantes desta construção. Mas veremos isto mais adiante.

Em que pese tal análise, iniciaremos uma aproximação quanto ao conceito de Estado, para então desmembrar algumas pontuações sobre Sociedade Civil. De imediato, torna-se imprescindível situar o conceito de Estado que será utilizado nesta produção, que se trata do Estado burguês, que tem a sua existência na divisão da sociedade em classes,

¹⁰Termo utilizado pela autora Elaine Rosseti Behring, no livro “Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos” (BEHRING, 2008).

¹¹Dicionário online de português Michaelis. Disponível em: <michaelis.uol.com.br/moderno/português/index>.

O Estado só existe quando e enquanto existir esta divisão, a qual provém, por sua vez, do modo como se apresentam as relações sociais de produção; e a função do estado é precisamente a de conservar e reproduzir esta divisão em classes, assegurando que os interesses particulares de uma classe se imponham como se fossem os interesses universais da sociedade (COUTINHO, 2006, p. 32).

A partir da citação, avalia-se que o Estado é um importante protagonista para assegurar e fazer valer interesses particulares; ou seja, que tais interesses apareçam para a sociedade como uma demanda da coletividade. E é neste ponto que as relações se constituem enquanto arena de disputas, de interesses divergentes. Se não são de todos, já que são particulares, quais os particulares que ganham visibilidade?

Então, pode-se dizer que é no interior das relações do Estado que acontece a batalha entre grupos e/ou classes pela garantia de seus interesses particulares. Conforme Pereira (2012, p. 28):

[...] fica fácil deduzir que o Estado não é um fenômeno dado, a-histórico, neutro e pacífico, mas um conjunto de relações criado e recriado num processo histórico tenso e conflituoso em que grupos, classes ou frações de classe se confrontam e se digladiam em defesa de seus interesses particulares. É por isso que se diz que o Estado é uma arena de conflito de interesses.

Aqui se configura a importância da produção de Marx, pois foi a partir deste autor que se reconheceu que o Estado não é a encarnação da razão universal como entendia Hegel (PEREIRA, 2010), ou seja, o Estado para Hegel seria o representante verdadeiro da vontade universal e da subjetiva. Para Marx, o Estado é como uma entidade particular que, em nome de um suposto interesse geral, busca zelar pelo interesse comum de uma classe particular.

Em que pese a gênese do Estado para Marx, enquanto mantenedor e reproduzidor da divisão de classes, ao autor italiano Antônio Gramsci, coube a tarefa de ampliar o conceito de Estado – Estado em sentido amplo – já que a este intelectual de produção mais recente, foi possível conhecer outras dimensões que se estabeleceram na sociedade capitalista em um nível mais avançado de desenvolvimento ao qual viveu Marx, que tem a sua última produção por volta de 1880. Como exemplo das mudanças observadas por Gramsci, estão os grandes sindicatos, os partidos políticos, entre outros.

Gramsci vai chamar estas mudanças, ou estes novos atores que surgem no capitalismo, ao qual ele observara em um primeiro momento, de “trama privada do Estado”, o que depois passou a nomear de Sociedade Civil. O primeiro termo utilizado já deixa em evidência que tais atores se caracterizam como privados e que pertencem ao Estado - “do Estado” - e/ou misturam-se a ele.

O Estado para o referido autor, comporta ou se constitui de duas esferas principais, quais sejam: a Sociedade Política e a Sociedade Civil. A Sociedade Política pode ser entendida enquanto o governo em sentido estrito ou o Estado – coerção. E a Sociedade Civil como as organizações responsáveis pela difusão de ideologias. Coutinho (2006, p. 35) caracteriza as duas esferas a partir da produção de Gramsci,

(1) a sociedade política que Gramsci também chama de “Estado em sentido estrito” ou de “estado – coerção” formada pelo conjunto dos mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da violência e da execução das leis, mecanismos que se identificam com os aparelhos de coerção sob controle das burocracias executiva e policial militar, ou seja, com o governo em sentido estrito; (2) a sociedade civil, formada precisamente pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, compreendendo o sistema escolar, as igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, a organização material da cultura (revistas, jornais, meios de comunicação em massa) etc.

É na Sociedade Civil, esfera da difusão das ideologias, que se situam os “aparelhos privados de hegemonia”, entendidos enquanto organismos de participação voluntária, que se baseiam em consenso não em coerção, como ocorre na sociedade política (COUTINHO, 2012).

Em outras palavras, entende-se que a ampliação da socialização da política, ou seja, de um afastamento do que seria um Estado com somente uma esfera, a sociedade política - que se caracteriza por um Estado somente coercitivo, como por exemplo, um Estado ditatorial - criou-se a “necessidade de conquistar o consenso ativo e organizado como base de dominação” (COUTINHO, 2012, p. 37), impulsionando a criação de instituições sociais, que passaram a funcionar como portadores materiais específicos (com estrutura e legalidade próprias) das relações sociais de hegemonia. Conforme Coutinho (2012), é a partir desta independência que a Sociedade Civil passa a assumir o papel de mediadora entre a estrutura econômica e o Estado coerção,

E é essa independência material – ao mesmo tempo base e resultado da autonomia relativa assumida agora pela figura social da hegemonia – que funde ontologicamente a sociedade civil como uma esfera própria, dotada de legalidade própria, e que funciona como mediação necessária entre a estrutura econômica e o Estado coerção (COUTINHO, 2012, p. 37).

Conforme mencionado anteriormente, a Sociedade Civil para Gramsci é uma característica das sociedades onde existe um grau elevado de socialização da política, de auto-organização dos grupos. Porém, a produção deste autor torna-se ambígua quando as produções também referem à presença da Sociedade Civil em sociedades pré-capitalistas (COUTINHO, 2012).

Como por exemplo, no Estado do tipo feudal, existia uma centralidade da Igreja e que se configurava enquanto o principal “aparelho ideológico de Estado”, neste caso, a ideologia religiosa. Ainda neste período, existiu uma unidade, ou seja, Estado e Igreja utilizando os mesmos meios para impor os mesmos interesses. Como nos lembra Marx e Engels “assim como o padre sempre caminhou de mãos dadas com o senhor feudal, assim também o socialismo clerical caminha lado a lado com o feudal” (2012, p. 71).

Gramsci (2001, p. 43), no Caderno do Cárcere em que trata sobre temas de “cultura, ação católica, americanismo e fordismo” traz à tona esta parceria – Estado e Igreja - existente desde a Idade Média,

O Estado consegue (e neste caso seria preciso dizer mais precisamente: o governo) que a Igreja não dificulte o exercício do poder, mas antes o favoreça e o sustente, assim como uma muleta ampara um inválido. Ou seja, a Igreja se compromete a uma determinada forma de governo (que é determinada de fora, como documenta a própria concordata) em promover aquele consenso de uma parte dos governados que o Estado explicitamente reconhece não poder obter com meios próprios: eis em que consiste a capitulação do Estado, porque, de fato, este aceita a tutela de uma soberania exterior cuja superioridade praticamente reconhece.

Foi a partir das revoluções burguesas que ocorreu o processo de “laicização¹² do Estado”, ou seja, passa a ser considerado como um importante direito civil o exercício da tolerância religiosa, que foi defendida pelos teóricos liberais dos séculos XVII e XVIII, como por exemplo, Locke e Voltaire. Neste momento, “os instrumentos ideológicos de legitimação, a começar pelas Igrejas, tornam-se assim algo ‘privado’ em relação ao público” (COUTINHO, 2012, p. 40).

Este processo de laicização do Estado é considerado tenso e repleto de contradições. Ainda que existam avanços, vivenciamos um processo de recrudescimento da Igreja, que tem forte representação no cenário político do Brasil e que tem repercussões em toda sociedade. Alguns exemplos de discussões importantes que estão em voga no cenário do país e que foram implantadas por representantes políticos, em nome de uma suposta razão religiosa, são as discussões que versam sobre o aborto, como o Projeto de Lei que criminaliza o aborto¹³ e o Estatuto da Família¹⁴, que considera família a união entre um homem e uma mulher e os filhos

¹²Uma sociedade laica se refere àquela que não possui religião. O processo de laicização do Estado é o processo pelo qual o Estado torna-se laico, sem incentivos religiosos, sem interferência de religião.

¹³Projeto de Lei 5069/ 2013, que torna crime o anúncio de métodos abortivos e a prestação de auxílio ao aborto, especialmente por parte de profissionais de saúde. O projeto de lei é de autoria do atual presidente da Câmara, Eduardo Cunha (PMDB-RJ).

¹⁴Projeto de Lei 6583/2013 que define a família como a união entre um homem e uma mulher.

que possam nascer desta relação. Tais discussões têm se ampliado a cada dia, e deixam explícito a marca conservadora do nosso país.

No momento da coleta de dados, foram analisadas algumas falas que podem corresponder a esta discussão. Tais falas são de trabalhadores da instituição que participaram do Grupo Focal, e são usuários egressos do serviço. Como por exemplo: *“No meu tempo não tinha nem remédio para dor de cabeça, estava com muita dor de cabeça ah vai rezar uma bíblia aí, sabe? (Risos) é verdade! (2/ T.4).* Ou, ainda: *“Nosso lema é OTD: oração, trabalho e disciplina” (2/ T.3).* Fragmentos representativos do que se vivencia no cenário da Política de Saúde, e, neste caso, da Política de Saúde Mental álcool e outras drogas. Nota-se que tal realidade toma mais volume quando são sujeitos que estavam em situação de vulnerabilidades.

Este depoimento é exemplo do que Marx apontava em “Para a Questão Judaica” (2009, p. 48) entendia ele que um Estado laico não significa necessariamente uma liberdade do homem.

O limite da emancipação política aparece logo no fato de que o Estado pode libertar-se de uma barreira sem que o homem esteja realmente livre dela. Que o Estado pode ser um Estado livre sem que o homem seja um homem livre.

A Igreja, nesse sentido, também passa a fazer parte da Sociedade Civil, pois além de se criarem os novos aparelhos hegemônicos pela luta de classes que ocorre após a análise de Marx (sindicatos, associações, partidos políticos, entre outros), também os já conhecidos aparelhos da época, como é o caso da Igreja, tornam-se algo privado e também passam a se constituir enquanto Sociedade Civil.

Fazendo um paralelo, adiantando o que será problematizado nos próximos capítulos, e atualizando a discussão para a realidade da Política de Saúde, avalia-se que as instituições que prestavam algum tipo de proteção à sociedade, anterior às formas de proteção instituídas pelo Estado, foram incorporadas à Política. Como por exemplo, na Política de Saúde os hospitais filantrópicos existentes antes do SUS passam a ser incorporados a ele, agora fazendo parte do Sistema Único de Saúde e com o compromisso de seguir as normativas instituídas pelo Estado, pelas legislações.

Nesse movimento, abre-se espaço para que as instituições que mantinham atendimento “por fora” do público passem a compor com ele. Ou seja, o “por fora” entre aspas quer dizer que embora não existisse uma parceria formal com o ente público, tais instituições garantiam sua manutenção de maneiras diversas. Seja através de doações de particulares, seja através de repasse financeiro do próprio Poder Público, diferentemente do que ocorre atualmente. Os registros no portal de transparência do município apresentam doações - anteriores à existência

do convênio – que possivelmente auxiliavam na manutenção destas instituições (PORTO ALEGRE, 2015).

Essas instituições existem na sociedade para dar conta de alguma demanda desassistida pelo Estado. Neste sentido, quando passam a compor a rede de serviços dentro do SUS, agora tornam-se instituições que recebem recurso público e devem prestar atendimento conforme se preconiza a legislação. Sobre essa discussão, o fragmento de fala - extraído de um dos Grupos Focais - expressa as motivações do setor público sobre a inserção das instituições privadas na rede de saúde:

Na verdade, eu acho que eles¹⁵ acharam que era mais fácil ir atrás do que já existe do que se criar alguma coisa. Então sei lá, vamos tentar somar forças com um local que já existe que está fazendo um trabalho legal, e vamos tocar. Porque a gente sabe de toda essa questão pública é complicado, ter que achar o prédio, ter que pagar aluguel, fazer isso, fazer aquilo... é uma morosidade assim tremenda (2/T.7).

Avalia-se que, se por um lado existe um avanço, por outro lado se retrocede. Avança-se, na medida em que o poder público, que ainda não havia prestado assistência a algumas demandas, os chamados “vazios assistenciais”, no momento em que incorpora ao sistema as instituições do terceiro setor cria a possibilidade para um atendimento que prevê o público e o universal. Em contrapartida, há um retrocesso do setor público em relação à autonomia dessas instituições que ao conduzirem suas ações, a partir de sua visão, missão e seu histórico na sociedade entram em confronto com os princípios do SUS.

Essas “inflexões” lembram que a Sociedade Civil não é harmônica e homogênea, se situa entre a possibilidade de mudança e o conservadorismo, logo, é também estofa para as principais lutas de classes. A seguir, seguem importantes considerações sobre a Sociedade Civil em Gramsci,

- 1) A sociedade civil é para Gramsci um momento do Estado ampliado, um espaço no qual têm lugar relações de poder, ainda que se trate de um espaço dotado de autonomia relativa em face da sociedade política, ou seja, do Estado em sentido estrito;
- 2) portanto, não se apresenta em Gramsci uma posição dualista, que contraponha de modo maniqueísta a sociedade civil ao Estado: A Sociedade Civil nunca é homogênea, mas se apresenta como uma das principais arenas da luta de classes e, portanto, como palco de intensas contradições;
- 3) A sociedade civil é um momento da superestrutura político-ideológica, condicionada “em última instância” pela base material da sociedade; (COUTINHO, 2012, p. 41).

¹⁵“Eles” faz referência ao setor público.

Traduzindo essa discussão para os dias atuais, é perceptível o uso diferenciado dos conceitos de Sociedade Civil e Terceiro Setor. Muitos autores vinculam a Sociedade Civil unicamente ao conceito de Terceiro Setor, minimizando o que o termo Sociedade Civil representa. Tal movimento pode se configurar como uma tentativa de despolitizar a Sociedade Civil, que também se situa no campo da resistência e mobilização social. Ou seja, relacionam a Sociedade Civil ao conjunto de instituições que compreendem o terceiro setor, desfigurando a Sociedade Civil, aprisionando-a e enquadrando-a enquanto Filantropia, Solidariedade Social, Responsabilidade Social, entre outros tantos.

Para Yamamoto (2009, p. 190), existe uma leitura de que o terceiro setor seria uma estrutura além do Estado e do Mercado, ou seja:

O chamado “terceiro setor”, na interpretação governamental, é tido como distinto do Estado (primeiro setor) e do mercado (segundo setor). O chamado “terceiro setor” é considerado como um setor “não-governamental”, “não-lucrativo” e voltado ao desenvolvimento social, e daria origem a uma “esfera pública não-estatal”, constituída por organizações da sociedade civil de interesse público (IAMAMOTO, 2009, p. 190).

Entende-se que existem divergentes posicionamentos em relação a concepção e ao papel do terceiro setor nas políticas sociais, bem como na sua relação com o Estado. A tendência em estabelecer relação entre terceiro setor e Sociedade Civil, como foi mencionado anteriormente vem repercutindo de maneira negativa nos processos de participação e de construção da esfera pública (IAMAMOTO, 2009).

O fato é que se avança progressivamente para a diminuição das funções do Estado, e, em que pese tal diminuição assim como em um movimento de gangorra, são os segmentos da Sociedade Civil que abarcam esta responsabilidade, não sem interesses e com mais uma possibilidade de assegurar certa hegemonia, agora não descolado do aparelho do Estado, mas misturado a ele. Porém, não se pode perder de vista o poder que o Estado detém, este Estado, que conforme Pereira, se apresenta “sob a capa de ente público”,

É preciso partir da crítica marxiana ao Estado burguês, já que esta é a instituição por excelência que regula, quando não provê a distribuição de bens e serviços demandados pela sociedade. É esse Estado, portanto, que, sob a capa de ente público, detém poderes e obrigações legais e legítimos para fazer essa distribuição, sob o constante fogo cruzado de interesses conflituosos (PEREIRA, 2010, p. 143).

Pereira (2013), a partir das três esferas problematiza de quem é o papel de garantidor de necessidades sociais. Avalia que as necessidades sociais não podem ser definidas ou estimadas

desvinculadas da noção de direitos, e que essa desvinculação, muitas vezes conflituosa, encerra uma das principais polêmicas relativas ao tema, embutida no seguinte questionamento:

De quem é a responsabilidade pelo atendimento das necessidades humanas? Será o livre, natural e espontâneo movimento da vida em comunidades consensuais que automaticamente regula a distribuição ou a contenção de recursos a depender da abundância ou escassez dos mesmos? Do indivíduo que as padece? Do Estado investido de obrigações cidadãs, de caráter público? Do mercado, como agente privado, cuja lógica incentiva a competição como o principal ingrediente para o alcance individual da autossustentação dos portadores de carências materiais? Ou de outros atores privados não mercantis, como a família e a solidariedade primária de vizinhos, amigos e correligionários? (PEREIRA, 2013, p. 51).

Nesse sentido, nota-se que não há como separar os três setores - Estado, Mercado e Sociedade -, pois eles se inter-relacionam. Além disso, não se pode perder de vista a centralidade do Estado para a efetivação de políticas sociais. O terceiro setor não pode ser considerado um garantidor de políticas públicas, mas mais um espaço de disputa de interesses, de disputa pela hegemonia. Sobre isso é importante destacar que a mídia tem desenvolvido um papel importante através de um duplo movimento: seja através de campanhas permanentes em prol da cooperação, autoajuda, solidariedade, através das estratégias das empresas com “responsabilidade social”, entre outros. Seja através de um firme movimento para deslegitimar o papel do Estado enquanto garantidor de políticas públicas.

Em relação aos meios de comunicação e à mídia, conforme mencionado anteriormente, Hobsbawm (2015) ressalta que quando o século XX acabava, tornou-se evidente que os meios de comunicação se tornaram o componente mais importante do processo político. Mais que os partidos e sistemas eleitorais, e provavelmente assim continuariam.

Não se pode perder de vista que, conforme Pereira (2013), o Estado é o principal agente de satisfação das necessidades humanas, descartando, nesse sentido, o mercado que não tem vocação social e as instituições privadas sem fins lucrativos, que, segundo a autora, não garantem direitos.

Por conseguinte, se a natureza, desnaturada pela divisão do trabalho, perde sua capacidade de satisfazer até mesmo necessidades materiais e o mercado só é apto a oferecer soluções para privações associadas a vícios, desejos e preferências individuais, cabe ao Estado o seu inegociável atendimento. É ao Estado que compete sim a satisfação das necessidades humanas, visto que elas constituem a base das políticas públicas, e, por consequência, da concretização de direitos sociais conquistados pela sociedade e declarados em lei (PEREIRA, 2013, p. 52).

Avalia-se que a Sociedade Civil através da participação da iniciativa privada sempre esteve presente enquanto forma de proteção social nas Políticas de Saúde e mesmo de Assistência Social, caracterizadas enquanto práticas do século XVI, vinculadas às ações de caridade, benemerência, auxílio aos pobres.

Entende-se que há um avanço inegável nas formas de atendimento, principalmente com a aprovação do Sistema de Seguridade Social na Constituição Federal de 1988. No entanto, no final do século XX, diante da crise do capitalismo, a discussão passou a ser centrada na diminuição dos gastos do Estado na área social e daí por diante se estabeleceu o “espírito de autoajuda”, da solidariedade, deslocando o papel do Estado de garantidor das políticas sociais.

A partir da segunda metade da década de 1980, junto ao processo da Constituinte, evidencia-se no Brasil um direcionamento das ações dos próprios movimentos sociais para a institucionalização de suas relações com as agências estatais (DURIGUETTO et al., 2009). Essa estratégia dos movimentos sociais também é vista enquanto possibilidade de ampliação da democracia, “que se daria pela criação de canais político-institucionais para a participação dos cidadãos nos processos de discussão e negociação de políticas públicas, especialmente pela criação de conselhos de direitos” (DURIGUETTO; SOUZA; SILVA, 2009, p. 15).

Por sua vez, Hobsbown (2015) vai ressaltar que no fim do século, um grande número de cidadãos se retirava da política, deixando as questões de Estado à “classe política” (políticos profissionais),

Para muita gente, o processo político era irrelevante, ou apenas uma coisa que afetava suas vidas pessoais favoravelmente ou não. De um lado, a riqueza, a privatização da vida e da diversão e o egoísmo do consumo tornavam a política menos importante e menos atraente. De outro, os que achavam que pouco obtinham com as eleições davam-lhes as costas (HOBSBOWN, 2015, p. 558).

É neste momento que o Estado, sob o ideário neoliberal, opera uma ressignificação do conceito de Sociedade Civil. Alinhando-a a propostas despolitizadas e deslocando-a enquanto um novo componente, divergente do Estado e do Mercado. Ou seja, “o reino da a - política e do a - classismo”. Conforme as autoras,

O Estado passa a investir na participação da sociedade civil, mas não na direção do controle social na gestão e implementação das políticas sociais como demandado pelos movimentos sociais, mas na direção de transferir a ela o papel de agente do bem-estar social. Sociedade Civil é aqui transformada em uma esfera supostamente situada para além do Estado e do Mercado, cabendo a ela uma atuação na área social, sob o invólucro da solidariedade, da filantropia e do voluntariado. Ou seja, há aqui, um esforço ideológico de despolitização da sociedade civil, concebendo-a como reino da a-política e do a-classismo (DURIGUETTO, SOUZA E SILVA, 2009, p. 15).

Montano (2014) dialoga com essas autoras e fala de uma transformação da Sociedade Civil, anteriormente contraditória e conflitiva, ela agora passa a ser relacionada ao “terceiro setor”, homogêneo, envolto em interesses comuns.

O que denominamos, então, de ideologia do “Terceiro Setor” parte da compreensão da ação social dos indivíduos desenvolvida no âmbito de uma abstrata “sociedade civil”, não só desarticulada da base econômica da sociedade e das contraditórias relações de produção (numa clara deseconomização das relações sociais), mas também desconectada dos conflitos delas derivados (promovendo uma despolitização das mesmas), transformando a contraditória e conflitiva sociedade civil num homogêneo e dócil “terceiro setor”, onde cada indivíduo, cada ator, desenvolveria conscientemente sua ação a partir de interesses e identidades singulares (MONTANO, 2014, p. 38).

Embora exista um esforço para caracterizar a Sociedade Civil exclusivamente ao terceiro setor, não se pode perder de vista que, se por um lado a Sociedade Civil é esfera em que se reatualizam instituições e práticas conservadoras, é através dela também que se desenvolvem processos políticos que objetivam organizar os interesses das classes subalternas e projetá-los em termos de ação hegemônica na direção da construção de um novo Projeto Societário (DURIGUETTO, SOUZA E SILVA, 2009, p. 13).

Conforme Nogueira (2003, p. 186), a Sociedade Civil não pode ser igualada às instituições sem fins lucrativos, mas enquanto espaço de lutas e embates,

A Sociedade Civil, compreendida enquanto parte compositiva do Estado não pode ser vista como um mero recurso gerencial – como é o caso das instituições sem fins lucrativos -. Mas também enquanto espaço de luta e resistência: a Sociedade Civil serve para que se faça oposição ao capitalismo e para que delineiem estratégias de convivência com o mercado.

A participação da Sociedade Civil – aquela que agora tem sido rotulada como a protagonista do bem-estar social — avança na década de 1990, e entende-se que, deste avanço, as relações que antes eram estabelecidas entre Estado e Sociedade Civil somam-se ao mercado. A partir daí, os “aparelhos privados de hegemonia” ganham outros formatos, conforme será discutido no próximo subtítulo, com enfoque para a Política de Saúde.

2.2 ESTADO “GUARDA-NOTURNO” E OS REFLEXOS NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

§ 6. O Estado “*veilleur de nuit*”. Na polêmica sobre as funções do Estado (e entenda-se Estado como organização político-jurídica em sentido estrito), a expressão “Estado – *veilleur de nuit*” (“Estado guarda-noturno”) corresponde em italiano a Estado carabinieri e quer significar um Estado

cujas funções se limitam à tutela da ordem pública e do respeito às leis. Não se insiste no fato de que nesta forma de regime (que, afinal, jamais existiu a não ser no papel, como hipótese-limite) a direção do desenvolvimento histórico cabe às forças privadas, à sociedade civil, que também é “Estado”, aliás, é o próprio Estado. [...] Seu oposto seria o “Estado ético” ou o “Estado intervencionista” [...] Naturalmente, os liberais (“economicistas”) defendem o Estado *veilleur de nuit* e prefeririam que a iniciativa histórica fosse deixada à sociedade civil e às diversas forças que nela brota, com o “Estado” guardião de “lealdade do jogo” e de suas leis: os intelectuais fazem distinções muito importantes quando são liberais e também quando são intervencionistas (podem ser liberais no campo econômico e intervencionista no cultural, etc.) (GRAMSCI, 2001, p. 86).

A introdução deste subtítulo utilizou-se de umas das notas de Antônio Gramsci dos Cadernos do Cárcere¹⁶. Registrou ele que o Estado pode ser caracterizado pela expressão “Estado – *veilleur de nuit*” que significaria o Estado “guarda-noturno”, modelo de Estado defendido pelos liberais e que significa um Estado cujas funções se limitam à tutela da ordem pública e do respeito às leis.

Como a presente pesquisa tem como um dos objetivos analisar estes novos formatos que o Estado – enquanto responsável pela execução de políticas sociais – assume, quando da existência de uma série de instituições privadas sem fins lucrativos, anuncia-se, de imediato, que os dados coletados apontam para um Estado “guarda-noturno”, mas que será melhor aprofundado nos próximos capítulos.

Abaixo, seguem alguns fragmentos de falas que apontam para a responsabilidade do Poder Público na fiscalização destas instituições e para o poder que estas instituições assumem no momento em que o Estado não dispõe de outras para recorrer. O que coloca em risco essa fiscalização, e, ao cabo, em suspenso o “poder” do Poder Público. Sendo assim, constata-se que o proposto pela Reforma Sanitária não foi alcançado, ou seja, “a qualificação das instituições públicas de atenção à saúde, para torná-las eficientes diante das necessidades de saúde da população” (TEIXEIRA; MENDOÇA, 2011).

Não se trata de uma questão de concorrência pela melhor prestação de serviço, mas de um “brete”¹⁷ ao qual o Estado se sujeitou, onde a “(im)possibilidade” imposta pela política econômica de criar um serviço 100% público e estatal impõe a ele a manutenção de um serviço que não oferece o atendimento necessário e que não respeita as diretrizes da Política.

¹⁶ Antônio Gramsci, Cadernos do Cárcere, volume 4. “Temas de Cultura, Ação Católica, Americanismo e Fordismo”.

¹⁷ Brete tem seu significado relacionado a um caminho sem saída. Conforme o dicionário, brete é o corredor fechado de ambos os lados, por onde passa o gado para o banho carrapaticida ou para o corte. Construção de tábuas fortes ou troncos, formando corredor alto e estreito, da largura de um animal e extensão de quatro ou cinco deles, para tosa, castração, cura ou marcação. Disponível em: <Michaelis.uol.com.br/moderno/português/index>.

Aconteceu uma única vez o rompimento de um contrato, foi com a Clínica X, foi no ano retrasado, 2012 2013 foi justamente pela péssima assistência que ela (instituição) estava prestando. Aí se rompeu o contrato e só se retomou depois de várias mudanças e mesmo assim ainda não é uma boa prestação de serviço, mas mesmo assim. Mas infelizmente a gente não tem outro lugar que se candidate que se disponibilize (G. 1).

O Estado, neste momento, talvez nem possa ser caracterizado como “guarda-noturno”, pois abdica das diretrizes as quais deveriam nortear as ações de tal instituição pela inexistência de outras instituições que desenvolvam atividade semelhante. Conforme outro fragmento de fala: *“A gente está fazendo uma tentativa agora de outros lugares se candidatarem, mas não tem na cidade também. E isso é bem complicado porque a gente não tem na cidade entidades que possam fazer isso de maneira qualificada e com o valor que a gente paga”* (G.1).

Aqui se evidencia que, mesmo em uma situação complexa como esta, ainda assim, o Estado não ocupa o papel de executor e protagonista para garantia de uma política pública e estatal, mas segue os ditames do privado.

Feita essa introdução, que serve como pano de fundo para discussão, parte-se para a contextualização histórica do Sistema de Proteção Social brasileiro e as contrarreformas que vem sofrendo, buscando evidenciar a realidade da Política de Saúde brasileira.

Analisar as novas formas assumidas pelo Estado na condução das políticas públicas requer lançar luz ao processo histórico em que se constituiu a Seguridade Social no Brasil, as contrarreformas que vêm sofrendo, e os desafios impostos pelo atual modelo assumido pelo Estado.

No Brasil, diferentemente do caminho traçado por outros países considerados desenvolvidos, enquanto se vivenciava alguns avanços no campo dos direitos sociais - momento em que o país mais se aproximou do que seria um modelo de Estado de bem-estar social (décadas de 1970 e 1980) – o país teve sua caminhada imobilizada pela já disseminação do neoliberalismo¹⁸ a nível mundial¹⁹.

¹⁸Conforme Braz e Netto (2009, p. 226), a ideologia neoliberal parte do princípio de uma necessária desigualdade entre homens, e da existência de uma liberdade que se volta somente para uma liberdade de mercado, uma liberdade de concorrência. Para os autores, o que se pode denominar ideologia neoliberal compreende uma concepção de homem (considerado atomisticamente como possessivo, competitivo e calculista), uma concepção de sociedade (tomada como um agregado fortuito, meio de o indivíduo realizar seus propósitos privados) fundada na ideia da natural e necessária desigualdade entre os homens e uma noção rasteira da liberdade (vista como função da liberdade de mercado).

¹⁹Alguns exemplos de governo: Thatcher (Inglaterra, 1979) e Reagen (EUA, 1980). Todos os governos mencionados foram pautados pelo Neoliberalismo, disseminado através das produções do seu principal idealizador: Friedrich August von Hayek, autor do livro Caminho da Servidão, escrito em 1944. Conforme Pereira (2013, p. 104) o argumento central desta obra – que se tornou um dos postulados básicos da ideologia neoliberal – é a total rejeição a qualquer tipo de interferência limitante proveniente do Estado sobre os mecanismos mercantis, considerados, pelos seus adeptos, mais eficientes e mais justos, sob todos os pontos de vista. A ação estatal direta na economia e na esfera social, praticada, por exemplo, por governos socialdemocratas, foi percebida por eles

A proposta de um modelo de Proteção Social “guiado pelo critério das necessidades sociais e pelos princípios da igualdade de resultados, equidade e justiça distributiva” (PEREIRA, 2013, p. 100) passou a ser questionado quanto a sua sustentabilidade a partir do final dos anos setenta, diante da crise financeira mundial que estava instaurada neste período. A ideologia da Nova Direita²⁰ surge neste cenário como uma resposta à crise deste modelo de Estado – Estado de Bem-estar social – justificando a existência da crise pelo modelo intervencionista de Estado que estava constituído.

O resultado desta ideologia aparece em um modelo de Estado que se torna provedor de políticas de proteção social residuais, contingenciais e estigmatizantes, por um lado, embora apareça forte, centralizador e controlador, por outro (PEREIRA, 2013). Ou seja, é um modelo pautado pelo neoliberalismo econômico e o neoconservadorismo social e político, que vai repercutir na sociedade junto à defesa da autorresponsabilização, da proteção social mínima, do resgate dos valores tradicionais, como a família patriarcal, entre outros (PEREIRA, 2013).

Montano avalia que se evidencia, neste momento, um processo de profunda ideologização e mistificação. Menciona que o “terceiro setor” aparece desarticulado, como se fosse um novo setor, autônomo e homogêneo, onde entrariam todos os processos de participação, de parceria, da autorresponsabilização como mencionado anteriormente. Além disso, pretende-se com este setor que o mesmo seja eficiente nas respostas às necessidades sociais que o Estado vai deixando de lado, além disso, se diz uma esfera sem conflitos e sem contradições internas. O que Montaño (2014, p. 34) chama de “Canto da Sereia”, conforme segue,

O uso do termo “terceiro setor” desloca, assim, a atenção do desavisado para pensar nas ações sociais solidárias, desenvolvidas voluntariamente, no âmbito da sociedade civil. Um verdadeiro “canto da sereia”, inclusive aos ouvidos daqueles que honestamente almejam a igualdade e a justiça social: eis suas funções mistificadoras e ideológicas. O termo “terceiro setor”, assim, funda uma ideologia e um projeto social.

como uma medida tão nociva que Hayek chegou a escrever: “apesar de suas boas intenções, a socialdemocracia moderada inglesa conduz ao mesmo desastre que o nazismo alemão – uma servidão moderna”.

²⁰Conforme Pereira (2013, p. 101) da influência de duas ideologias conflitantes derivou uma nova prática política, econômica, social e cultural pautada pelo neoliberalismo econômico e o neoconservadorismo social e político. Assim, a defesa neoliberal do livre mercado; do indivíduo; da liberdade negativa; da autorresponsabilização e da proteção social mínima, aliou-se à argumentação neoconservadora em favor da autoridade do Estado (ou governo forte); da disciplina e da ordem; da hierarquia; da subordinação e do resgate de valores tradicionais, como família patriarcal, propriedade privada, patriotismo, bons costumes e moral [...]. O saldo desta mescla neoliberal-neoconservadora foi a instituição de um Estado socialmente limitado, não garantidor de direitos sociais, provedor de políticas de proteção social residuais, contingenciais e estigmatizantes, por um lado, embora forte, centralizador e controlador, por outro.

O papel do Estado, anteriormente central na condução das políticas públicas, perde esse protagonismo, agora passando a responsabilizar os indivíduos e também o mercado para a realização desta proteção. Esse movimento demarca um modelo de Estado que se aproxima das características da Matriz Residual de Proteção Social, termo utilizado pela Camila Potyara Pereira em sua tese de doutorado (PEREIRA, 2013). Tal termo alude, conforme Pereira (2013, p. 77) “a um padrão de proteção social mínima, focalizada nos extremamente pobres, descolado do status de direito, e que se constrói e desenvolve com relutância por parte de governos, legisladores, gestores e executores dos países onde ela se processa” (PEREIRA, 2013, p. 77), e é nesse “hiato” da Proteção Social que se configura de forma residual, que gesta o campo fértil para que o terceiro setor se consolide.

Conforme Pereira (2012, p. 738)

Sob o domínio do neoliberalismo, construíram-se ortodoxias ideológicas e moralistas em torno da ética da autorresponsabilização dos indivíduos pobres (autoproteção social) produzindo as seguintes consequências, incluindo o Brasil: focalização da política social na pobreza extrema, ativação para o trabalho (condicionalidades e contrapartidas) que se revelam autoritárias e punitivas.

Quanto ao histórico do sistema protetivo no Brasil, tem-se que, desde o ano de 1923 até a Constituição Federal de 1988, a lógica do Seguro Social estruturou e estabeleceu os critérios de acesso à previdência e à saúde no Brasil. Nesse período, o processo de garantia de direito limitado atendia apenas àquele trabalhador inserido formalmente no mercado de trabalho ou que contribuiu mensalmente (BOSCHETTI, 2009, p. 3). O Ministério da Saúde, neste período, atuava de forma preventiva na saúde coletiva; e as ações curativas e atendimentos individualizados eram vinculados ao Ministério da Previdência e Assistência Social (PEREIRA, 2012, p. 210).

Couto (2012) avalia que as políticas sociais sempre existiram na sociedade e que é a mudança para um direito social que a torna então, uma política pública. Conforme Couto (et al., 2012, p. 45)

Pode-se dizer que a política social sempre existiu como uma das formas de enfrentamento à pobreza e das suas sequelas sociais, porém é a mudança de seu conteúdo de bem-estar com cunho moralizante para o de direito social positivado, garantido por um Estado nacional que a transforma em Política Pública.

A Constituição Federal de 1988 se torna um marco importante, pois as políticas de Assistência Social, Previdência e Saúde passa a compor o Sistema de Seguridade Social²¹. No entanto, considerado como um grande avanço no processo de garantia de direitos, o Sistema de Seguridade Social conforme estabelecido na Constituição de 1988, não se efetivou conforme o previsto. As diretrizes constitucionais não foram totalmente materializadas e outras diretrizes orientaram as políticas sociais de forma bastante diferenciada, de modo que não se instituiu um padrão de seguridade social homogêneo, integrado e articulado (BOSCHETTI, 2009, p. 9).

Essa não materialização das diretrizes da Seguridade Social deve-se ao fato de que, enquanto no Brasil se estava em pleno processo de efervescência da promulgação da Constituição de 1988, e das discussões críticas em torno de suas conquistas, no mundo, o neoliberalismo já tinha sido rapidamente disseminado e em muitos países desenvolvidos já se implantavam governos neoliberais. Na contramão de efetivar as conquistas da Constituição Federal, o Brasil passou a se tornar signatário de acordos firmados com organismos financeiros internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), por meio das orientações contidas no Consenso de Washington²² (COUTO, 2008, p. 145). Conforme mencionado anteriormente, e agora com apoio da autora Boschetti (2009) foi possível perceber que a onda neoliberal que assolou o país a partir da década de 1990, foi determinante para o desenvolvimento de uma Política Econômica voltada para a rentabilidade econômica em detrimento dos avanços sociais.

Importante considerar que os estudos da CEPAL – principal organismo formulador das propostas nacional-desenvolvimentistas para os países latino-americanos na década de 1960 – que reconhecia no Estado, antes da década de 1990, um papel estratégico para lograr o desenvolvimento econômico e social via industrialização, abandonaram essa perspectiva. Desde então, “este organismo propõe um Estado que se preocupe com a definição de marcos regulatórios para a livre expansão dos mercados privados” (MOTA; AMARAL; PERUZZO, 2012, p. 160), dialogando com os organismos financeiros internacionais acima mencionados.

Pereira (2012) relembra que as mudanças atualmente verificadas nos fundamentos e na prática da política social brasileira não ocorrem de forma isolada, unilateral e autônoma, mas fazem parte do processo mundial de reestruturação do capitalismo, iniciada no final dos anos 1970, que tem sido, desde então, dominante (PEREIRA, 2012, p. 730).

²¹Conforme artigo 194 da Constituição Federal de 1988, a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988).

²²Indicação para desestruturação dos Sistemas de Proteção Social, vinculados a estruturas estatais, e orientação para que os mesmos passassem a ser gestados pela iniciativa privada (COUTO, 2008, p. 145).

No Brasil, os reflexos do ideário Neoliberal nas políticas públicas aparecem de forma latente a partir da década de 1990, principalmente pelas medidas de diminuição das funções estatais, privatizações, e pelo modelo de Estado que se torna mínimo para o trabalho e máximo para as questões relacionadas ao capital financeiro. Conforme Alves (2014) a agenda neoliberal do governo Fernando Henrique Cardoso pode ser constituída pelo trinômio: abertura econômica, privatizações e desregulamentação do Estado.

Como consequência da implementação de políticas econômicas embasadas pela teoria neoliberal, surge, com mais evidência, a participação do Mercado no Sistema de Proteção Social. Ressalta-se que a década de 1990 foi emblemática, não pelo fato de que tais instituições tenham surgido somente neste momento, mas porque repercutiu em muitas mudanças nas relações entre Estado e setores privados da Economia. No governo Collor de Mello, por exemplo, teve o Programa de Desestatização (Lei nº 8031/1990), que tinha como um dos principais objetivos o fortalecimento do mercado capitalista por meio da diminuição do Estado. Em relação à saúde, “nesse período não houve uma apresentação sobre o projeto de política de saúde do governo federal, ocorrendo, no entanto, um boicote sistemático e contundente à implantação do SUS” (BRAVO; MATOS, 2012, p. 205).

O Governo Fernando Henrique Cardoso deu continuidade ao implementar a Reforma do Estado através do seu Plano Diretor. Conforme Kruger (2014), as orientações contidas no Plano Diretor da Reforma do Estado de 1995, não deixaram dúvidas quanto ao novo perfil estatal que o governo brasileiro pretendia. Para Kruger (2014, p. 219)

O Plano da Reforma do Estado propunha quatro pressupostos: redução de tamanho e de funções, pela via da privatização, terceirização e publicização; redução do grau de interferência estatal, repassando a função reguladora em favor de mecanismos de controle via mercado; aumento da governança e retorno da governabilidade, com aperfeiçoamento da democracia representativa.

O Plano Diretor (1995) apresentou como inadiáveis: (1) O ajustamento fiscal duradouro; (2) reformas econômicas orientadas para o mercado, que acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem condições para o enfrentamento da competição internacional; (3) Reforma da Previdência Social; (4) a inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; (5) a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua “governança”, ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas (BRASIL, 1995, p. 16).

Conforme Bravo e Matos (2012), há o redesenho da organização estatal com redistribuição de suas funções entre novos organismos não estatais. A principal inovação é a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, obedece às leis do mercado. De acordo com Costa (2006), o Plano Diretor apresenta como tese central a “crise do Estado”, e justifica a deteriorização dos serviços públicos pelo excesso de presença do Estado, discussão que se faz presente nos dias atuais. Conforme segue,

O documento aprovado pelo Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”, defende como tese central a “crise do Estado”, associando-a aos modelos de desenvolvimento adotados pelos governos passados. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado colocou que o Estado deve estar fora do setor produtivo e usou do argumento de excesso do Estado na esfera produtiva para justificar a deterioração dos serviços públicos (COSTA, 2006, p. 168).

Foi através da criação do Programa Nacional de Publicização que aconteceu o movimento de diminuição do Estado da atuação direta na área social agora transferindo os custos e responsabilidades do Estado para a Sociedade Civil. A palavra publicizar tem seu significado no dicionário²³: “ação de fazer com que algo se torne público”, ou seja, tal palavra expressa o movimento de tornar público, significado antagônico ao movimento de transferir ações do ente público para a esfera do privado não lucrativo. Reflete-se sobre a ambiguidade de um programa que diminui a responsabilidade e a ação do Estado e que é denominado “publicização”.

De acordo com Costa (2006, p. 187)

O termo publicização na concepção dada pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado, durante o primeiro mandato do Governo FHC, é um processo de transferência da execução dos serviços sociais da esfera pública para a esfera privada não lucrativa – as organizações sociais.

Por outro lado, pode-se depreender que tal Programa buscava contribuir também para a implementação de novas formas e/ou mecanismos de ação dos movimentos sociais, na busca da universalização dos direitos, possibilitando o protagonismo dos sujeitos sociais e contribuindo para o fortalecimento da esfera pública, do confronto de ideias. Enfim, um passo adiante na constituição do Estado democrático de direito, de potencialização da socialização em detrimento do Estado coerção. Para Gramsci, é fundamental “a superação do Estado enquanto órgão de coerção e manutenção dos privilégios e desigualdades. A democratização das suas funções é ponto essencial e imprescindível” (SIMIONATTO, 2004, p. 73).

²³Dicionário “dicio” online. Disponível em: < <http://www.dicio.com.br/publicizar/>>.

Anteriormente à década de 1990, viveu-se no Brasil períodos de Desenvolvimentismo, como por exemplo, com o governo Juscelino Kubitschek e a Ditadura Militar. Ou seja, de uma política econômica baseada em metas de crescimento, de industrialização e de desenvolvimento de uma infraestrutura no país que possibilitasse esse crescimento. No desenvolvimentismo tem-se a intervenção ativa do Estado, caracterizado enquanto base da economia que vai intervir, entre outras questões, na manutenção de um padrão de consumo da população, que sustentasse os níveis de crescimento do país.

Conforme Alves (2014), nos anos 2000 viveu-se no Brasil o neodesenvolvimentismo, considerado o período que compreende os governos Lula e Dilma Rousseff. Para o autor, o primeiro governo do presidente Lula manteve os pilares da macroeconomia neoliberal. Posteriormente, se desenhou “um governo pautado em um Estado regulador e investidor, de disciplina fiscal e monetária e com vasto programa de transferência de renda” (ALVES, 2014, p. 11), o que caracteriza o modelo desenvolvimentista renovado, o neodesenvolvimentismo.

Porém, não significa que haja uma mudança em relação ao modelo neoliberal. É importante sinalizar os movimentos que buscam dar outro significado, como o foi em relação ao termo “publicização” há pouco mencionado. O termo neodesenvolvimentismo pode querer encobrir ou demonstrar que estaríamos em um novo e melhor estágio de desenvolvimento, porém o neodesenvolvimentismo faz parte do mesmo bloco histórico neoliberal. As autoras (MOTA; AMARAL; PERUZZO, 2012) sinalizam que o neodesenvolvimentismo, tão mencionado nos últimos tempos, pode encobrir movimentos na economia que em nada se diferenciam do modelo neoliberalista. Para essas autoras,

Não parece plausível alimentar, na atual fase do capitalismo, a nostalgia de políticas keynesianas. O pleno emprego, o estabelecimento de padrões de trabalho eficientes e dignos, a expansão dos serviços públicos não é compatível com a atual fase do desenvolvimento capitalista (MOTA, AMARAL; PERUZZO, 2012, p. 159).

Ainda acrescentam: “Embora este modelo esteja além do neoliberalismo à moda Consenso de Washington, ele não o supera, nem tampouco estaria além do capitalismo” (MOTA; AMARAL; PERUZZO, 2012, p. 162).

A lógica das privatizações de empresas estatais, bem como a transição da responsabilidade do Estado para entes da administração indireta, se mantém intacta desde os anos 90, ou seja, não existiram mudanças significativas. Além disso, se reafirma com as autoras Simionatto e Luza (2011) que nos anos 2000, ocorre um destaque para esfera pública não estatal

que é requisitada a assumir o lugar do Estado em funções que não lhe são exclusivas. Conforme as autoras,

Ao lado das esferas estatal e privada, ganhou destaque a esfera pública não estatal, composta pelas organizações sem fins lucrativos e de interesse público, as empresas privadas em suas ações de responsabilidade social e a propriedade corporativa, formando em seu conjunto, o terceiro setor, que, além de complementar o Estado, também foi chamado para substituí-lo em funções e atribuições consideradas como não exclusivas (SIMIONATTO; LUZA, 2011, p. 215).

Com o aumento das parcerias público-privado, nota-se que a lógica e os processos de trabalho do mercado, acabam por se inserir na coisa pública. Há um aumento crescente destas parcerias, que estão cada vez mais presentes no cenário das políticas públicas. Nesse sentido, se mantém um Estado, mas é um Estado que para garantir direitos e acesso às políticas públicas conta com parcerias, quais sejam: contratos de gestão com instituições filantrópicas, convênios público-privado, dentre outros.

Campos (1997) alertava há mais de vinte anos, que as transformações na distribuição de poder no Brasil estariam na “modificação das relações entre Estado e setor privado, particular e prioritariamente nas instituições ditas filantrópicas” (1997, p. 174). Aparentemente, fomos vencidos. Ainda que a mudança nas relações entre Estado e setor privado tenha ocorrido, observa-se também uma aproximação do mercado à Igreja, quase mimética. Para Kruger (2014), esse refluxo tem relação direta com as novas determinações da conjuntura internacional e nacional “a ênfase ideológica do neoliberalismo e as ações sofridas pelos representantes do Estado que não pouparam esforços para desqualificar e neutralizar qualquer movimento contestatório” (KRUGER, 2014, p. 220).

Avalia-se que no momento em que há essa transição em massa de responsabilidade do Estado, acontece um processo de mercadorização dessas políticas, que enquanto compositivas do Sistema de Proteção Social, perdem o papel de garantidoras de direitos para se tornarem políticas embutidas na lógica do mercado. Ou seja, passa-se do acesso ao direito para o acesso a uma mercadoria. Tal como uma mercadoria, as políticas públicas são utilizadas como meio de troca para a geração de lucros. Porém, é ainda uma incógnita qual é a cor e o formato deste “lucro”. As instituições ditas sem fins lucrativos, aparentemente, ocultam no seu nome as relações estabelecidas no modo de produção capitalista, que têm no lucro seu real objetivo e que não há uma clareza quanto aos seus ganhos reais.

Sobre à Política de Saúde, Kruger (2014) destaca que o SUS perdeu sua “radicalidade democrática” devido ao fato de que a saúde passa a ser sinônimo de desenvolvimento quando ocorre o reconhecimento do potencial de expansão e de lucratividade para o mercado,

O reconhecimento desta sua dimensão mercadológica permitiu colocar o setor saúde como mais um pilar no processo de desenvolvimento do país. Desenvolvimento que parece estar sendo medido, não pela saúde como direito universal da sua população e pelo avanço civilizacional para sociedade brasileira, mas pelo seu potencial mercadológico (KRUGER, 2014, p. 225).

A questão que fica para quem se aproxima desta realidade é: o que têm por trás deste nome: “instituições sem fins lucrativos? ”, qual é o real interesse? Como funcionam? Qual o repasse financeiro? Como é feita a gestão do recurso público? Quais são as motivações? Qual a missão? Qual a vocação?

Em relação à política de saúde, temos que o cidadão é dicotomizado em cliente e consumidor. O cliente é objeto das políticas públicas, ou seja, do pacote mínimo para a saúde previsto pelo Banco Mundial, e o consumidor tem acesso aos serviços via mercado (BRAVO; MATOS, 2012).

Na Política de Saúde Mental, os hospitais filantrópicos que antigamente prestavam atendimento aos “desvalidos”, conforme será apresentado mais adiante, agora passam a compor a rede pública de atendimento. Nota-se que ainda existem na realidade da Política de Saúde Mental, hospitais de atendimento psiquiátrico, filantrópico e com convênio com o ente público. Com a Reforma Psiquiátrica criam-se dispositivos de atenção, como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial e também os leitos de saúde mental que agora devem existir somente em hospitais gerais. Muitas equipes de saúde mental que já prestavam atendimento antes da Lei da Reforma Psiquiátrica e da 10.216/2001 – cria dispositivos de atenção substitutivos ao manicômio - passam a compor esta rede. No entanto, há um salto nos últimos anos em relação ao conveniamento para ampliação da Rede de Saúde Mental, principalmente da rede álcool e drogas, com os dispositivos que preveem internação, como os CAPS ad III e as Comunidades Terapêuticas.

Na Política de Saúde, que será aprofundada no próximo subtítulo, serão indicados alguns dilemas atuais. As problematizações se voltam para os reais objetivos das instituições que passam a compor o Sistema Único de Saúde e se há na sua atuação conformidade com as diretrizes previstas nas legislações. Neste campo de disputa se posicionam movimentos contrários e movimentos a favor destes novos modelos. Se por um lado as instituições sem fins lucrativos aparecem como uma das possibilidades para garantir o atendimento à população, por

outro lado, ressalta-se que não se pode perder de vista que o interesse desta esfera talvez possa não estar próximo à necessidade da sociedade.

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE “FLEXIBILIZADO”²⁴: O CASO DA REFILANTROPIZAÇÃO DA SAÚDE

Raramente há supressão do passado; ele se recompõe dentro do novo, modificando-se e alterando a vocação do futuro radicalmente inovador do suposto novo total (CAMPOS, 2010, p. 300).

Foram delineados, no capítulo anterior, as discussões sobre a relação Estado e Sociedade Civil e o processo brasileiro de desmonte das políticas públicas. Agora, a análise se volta para a história e realidade da Política de Saúde brasileira, destacando que, conforme afirma Campos, na citação que abre esse subtítulo, o passado se recompõe dentro do novo. E é essa a discussão que se pretende fazer em relação às instituições privadas sem fins lucrativos no SUS, evidenciando avanços e retrocessos na garantia do atendimento em saúde.

3.1 HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: O VELHO SE METAMORFOSEIA DENTRO DO NOVO?

A parceria entre o setor público governamental e o setor privado é uma construção que vem sendo gestada desde a Idade Média. Identifica-se que a relação entre saúde, caridade e a Igreja possuem uma história em comum, de longa data. Durante a Idade Média a necessidade de locais de atendimento se desenvolveram tanto no Oriente, islâmico, quanto no Ocidente, cristão. Tal período foi demarcado pela criação dos hospitais em que motivos religiosos e sociais tiveram muita importância (ROSEN, 1994).

Já no início da Idade Média, os médicos eram em geral, clérigos²⁵. Como a Igreja garantia a eles a subsistência, eles podiam exercer a Medicina como caridade (ROSEN, 1994). As cidades na Idade Média, em particular através das guildas²⁶, participaram ativamente da fundação de hospitais e de outras instituições de assistência médica e social. Cidadãos ricos procuravam superar-se uns aos outros na promoção do adorno de suas amadas cidades.

Ainda no século XII, mercadores destinavam uma porção de seus ganhos a seus concidadãos. Nesta época, criaram-se hospitais, asilos e abrigos para todas as homens, mulheres

²⁴Bravo (2013) utiliza o termo flexibilização para nomear o processo que se vivencia de uma Reforma Sanitária Flexibilizada. Ou seja, de uma Reforma que não dá conta do que foi preconizado, mas consiste em defender uma Política de Saúde possível, face à conjuntura econômica, financeira do país.

²⁵Clérigo significa sujeito que faz parte da classe eclesiástica ou aquele que alcançou as ordens sacras, cristão que exerce o sacerdócio. Disponível em: michaelis.uol.com.br/moderno/português/index.

²⁶No dicionário, guildas significa associação que agregava pessoas que possuíam interesse comuns. Este termo foi utilizado durante a Idade Média, em certos países europeus. Disponível em: michaelis.uol.com.br/moderno/português/index.

e crianças. As guildas reuniam fundos para socorrer seus membros doentes, ou incapacitados. Guildas prósperas construía seus próprios hospitais, outras pagavam a hospitais monásticos para cuidar de seus associados (ROSEN, 1994).

O Hospital foi criado enquanto instituição filantrópica e como instituição para prestar auxílio aos pobres. E foi, simultaneamente concebido enquanto instituição religiosa e espiritual. Conforme Rosen (1979, p. 344)

Auxílio espiritual, orações e atendimento religioso aos moribundos predominavam em todo hospital cristão. Mesmo quando os hospitais foram tomados das autoridades eclesiásticas pelas municipalidades, no final da Idade Média, eles não foram secularizados. Essencialmente, o hospital era uma instituição religiosa onde os encarregados pelo tratamento haviam-se reunido, passando a construir uma comunidade vocacional funcionando sob estatuto religioso.

A estrutura do Hospital, como o conhecemos hoje, é considerado por muitos historiadores e sociólogos como uma criação da cristandade da Alta Idade Média. Etimologicamente a palavra vem do latim *hospitale* - lugar onde se recebem pessoas que necessitam de cuidados, alojamento, hospedaria - ou hospes, hóspedes ou convidados. Inicialmente ficava próximo às Igrejas e recebia todo tipo de pessoa que necessitasse alguma ajuda. Não apenas doentes, mas pobres, incapacitados, peregrinos, vagabundos, órfãos, idosos, entre outros (COELHO, 2010).

Sobre essa passagem da história, importante salientar que as Instituições Psiquiátricas quando do seu surgimento, também recebiam pessoas que não necessariamente teriam a demanda por um atendimento em saúde. Além de receber quem necessitasse de ajuda, como é o caso dos hospitais acima mencionados, a realidade dos hospitais Psiquiátricos era a de receber as pessoas que eram segregadas pela sociedade. Ou seja, idosos, deficientes físicos, pessoas em situação de rua, eram literalmente jogadas nos hospitais psiquiátricos, também como uma ação de higienização das cidades.

Ao longo de toda a Idade Média esses estabelecimentos foram assumindo finalidades distintas entre as quais merece destaque os nosocomios²⁷, que eram hospitais ou enfermarias que prestavam atendimento aos doentes ou enfermos. No entanto, conforme avalia Coelho (2010), a instituição Hospital, na Idade Média, tinha mais um papel de assistência aos pobres com viés eminentemente religioso.

Porém a assistência não tinha como objetivo, mesmo se tratando de doentes, a cura de seus males, mas, principalmente, a salvação de suas almas. Pode-se

²⁷Nosocomia, que está relacionado com hospital: procedimento nosocomial. Local próprio destinado ao tratamento e à internação de pessoas doentes ou feridas.

dizer que o Hospital da Idade Média foi menos um estabelecimento sanitário do que um locus religiosus, e sua missão, uma pia causa, a de assistir aos pobres estivessem eles enfermos ou não. Funcionavam com pouca ou nenhuma presença de médicos, e ainda não se constituíam em uma preocupação importante do Estado (COELHO, 2010, p. 102).

No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. Tem-se registros de que as primeiras Santas Casas, que operam no Brasil desde o seu descobrimento, deram origem às operadoras filantrópicas de planos de saúde (VIEIRA, 2012). Por outro lado, as mutualidades – que foram trazidas ao nosso país desde o século XIX por migrantes europeus e do oriente – deram origem às atuais seguradoras, operadoras de medicina de grupo e auto gestoras (VIEIRA, 2012, p. 92).

Já no século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas (BRAVO, 2009, p. 88).

No mesmo período – século XVIII e no início do século XIX – os hospitais instituídos na Grã-Bretanha tinham como objetivo promover a saúde e salvar vidas. Importante salientar que mesmo com o advento da Revolução Industrial e com todas as transformações que a sociedade passava nesta época, ainda assim, tais instituições não nasciam do governo, mas surgiam de esforços voluntários. Conforme Rosen (1994, p. 126),

Essas instituições não nasciam do governo, mas resultavam de esforços voluntários de cidadãos particulares. Subscrições e heranças as financiavam. Nem o hospital voluntário nem o dispensário era resultado das mudanças sociais e econômicas promovidas pela Revolução Industrial.

Sobre essa passagem da história, é interessante mencionar que as instituições filantrópicas pesquisadas têm a sua origem em doações de pessoas particulares que cederam o terreno ou o prédio para a criação da instituição. Também é importante destacar, que foi através da organização de um bairro na busca por um melhor atendimento em saúde que resultou na criação de outra instituição. Impressionante como a história se repete, independente das mudanças e avanços em legislações. Ou ainda, o quanto as mudanças na legislação acontecem para inserir aquilo que sempre existiu na sociedade. Conforme segue no fragmento da fala, de uma das instituições pesquisadas, que já existia antes do SUS e agora faz parte deste Sistema.

Isso porque o hospital tem mais de 30, 40 e poucos anos e era de uma família daqui da região que doou, agora esqueci o sobrenome. E aí claro, tem uma coisa que um diz, tem outra coisa que o outro diz, mas em um primeiro momento é de uma família o prédio, que doou para a instituição que na época atendia convênios e particulares. E se o Hospital hoje paga, acredito que deva

pagar alguma coisa para a família, também não sei dizer quanto, mas é da família da Dona X (1/T. 3).

No Brasil, a intervenção estatal só foi ocorrer no século XX, mais efetivamente na década de 1930. A partir desta década, ocorrem várias mudanças no Brasil. Dentre elas destaca-se o amplo processo de industrialização, a mudança no papel do Estado e o surgimento das políticas sociais (BRAVO, 2009). A questão da saúde, neste período, não poderia mais ser enfrentada da mesma forma e clamava-se por melhorias por parte dos trabalhadores. Importante destacar que o interesse econômico sempre foi o grande motivo para desencadear algum processo de proteção por parte do Estado. Nota-se que, no momento em que há um grande contingente de trabalhadores que necessitam e clamam por melhores condições de trabalho e de atendimento em saúde, acontece algum movimento do Estado. Por certo, sabe-se que o trabalhador tem papel importante para a manutenção da produção do país e manutenção do sistema.

Por esses motivos, fazia-se necessário uma maior atenção do Estado, ainda que a atenção que derivou neste período tenha sido muito aquém das necessidades da população. Conforme Bravo (2009, p. 91)

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966.

Nota-se que antes da fundação do Sistema Único de Saúde, o país já contava com políticas de Previdência Social que incluíam a atenção médica e hospitalar. O Estado brasileiro desta época vinha expandindo acesso dos trabalhadores registrados e suas famílias, mediante uma mistura singular entre público e privado, em que o Estado tanto prestava atenção direta quanto contratava organizações privadas (CAMPOS, 2010). Conforme Campos (2010, p. 298):

Inclusive, durante o período militar, houve vários projetos para financiar a expansão da rede privada. Isto compôs uma curiosa infraestrutura (base material) para o nascente SUS: predomínio estatal na atenção básica e de urgência e da iniciativa privada na atenção especializada e hospitalar.

Sobre esta citação, avalia-se que no cenário do Sistema Único de Saúde ainda se observa uma participação maior do Estado na Atenção Básica, sendo que a Alta Complexidade ainda tem ficado sob responsabilidade dos setores privados.

O Ministério da Saúde, na década de 1960, contava com a Fundação SESP²⁸ e o DNERu²⁹. Já o Ministério da Previdência Social dispunha de vários IAPs³⁰ e do FUNRURAL, que depois foram incorporados ao INAMPS. Grande parte dos serviços da Previdência era prestada por estabelecimentos e profissionais privados (VIEIRA, 2012, p. 89). Em 1993, o INAMPS³¹ foi extinto por outra lei - Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993 – que, além disso, transferiu ao SUS os serviços de saúde até então prestados pela Previdência Social.

Somente uma década após a aprovação da Constituição Federal é que se aprovou a lei criando o Sistema de Saúde Suplementar, constituído por entidades que de fato já operavam no país, algumas delas por várias décadas.

Em relação à criação e implantação do SUS, Campos (2010, p. 298) vai destacar a importância em que um segmento específico da Sociedade Civil, o Movimento Sanitário, teve sobre o processo. Aqui, importante considerar o que foi mencionado no primeiro capítulo sobre o termo Sociedade Civil. Nota-se que é a partir da Sociedade Civil que há a possibilidade de resistência e de luta pela transformação, como foi o caso do Movimento da Reforma Sanitária. Ou seja, foram os integrantes intelectuais da Reforma Sanitária, entidades, usuários que elaboraram, em traços gerais, a política, as diretrizes e até mesmo o modelo operacional do SUS.

Tem-se então, que as entidades que já operavam no setor saúde - filantrópicas – passam a compor este sistema, o que gerou uma composição “híbrida” (público e privado), a qual se faz presente nos dias atuais, que está no título desta dissertação, conforme mencionada por Campos,

Esta composição híbrida sustentou, ao longo dos últimos 20 anos, a constituição de sujeitos coletivos com discurso e práticas distintos. Por um lado, o SUS conservou e permitiu a reprodução da cultura liberal-privatista, de composição do público com o privado, com baixo grau de cogestão ou mesmo de regulação destas relações. O Ministério da Saúde, as Secretarias de

²⁸A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) ocorreu durante a 2ª Guerra Mundial, como consequência do convênio firmado entre os governos brasileiro e norte-americano durante a Terceira Reunião de Consulta aos Ministérios das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, realizada no Rio de Janeiro em 1942. A partir de 1990, com a reforma administrativa empreendida pelo governo Collor, a Fundação Sesp foi extinta, passando a integrar junto com a Superintendência Nacional de Campanhas (Sucam) um novo órgão denominado Fundação Nacional de Saúde, com sede em Brasília. Disponível em: <<http://jornalggn.com.br/blog/luisnassif/a-historia-da-sesp>>.

²⁹Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), criado em 1956. O surgimento do DNERU trouxe o combate às endemias existentes em território nacional como, por exemplo, a malária, a leishmaniose e a doença de Chagas.

³⁰ Instituto de Aposentadorias e Pensões.

³¹O INAMPS era uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). O Instituto tinha a finalidade de prestar atendimento médico/dentário aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, somente aos contribuintes de toda forma e seus dependentes.

Estado e de municípios não desenvolveram política e gestão hospitalar típicas dos sistemas nacionais. Em grande medida, prosseguiram garantindo acesso por meio da compra de serviços especializados e hospitalares ao setor privado, realizando a forma mais primitiva de controle: auditorias de contas e de procedimentos post factum (CAMPOS, 2010, p. 298).

Aqui já fica em evidência o quanto o setor saúde sempre foi objeto de interesse. Por concentrar recursos financeiros, o financiamento de saúde e a alocação de repasse sempre foi matéria de disputa. Vivenciamos nestes últimos meses – setembro e outubro de 2015 - a mudança do Ministro da Saúde do governo Dilma Rousseff, como uma maneira de conseguir maior apoio do Congresso Nacional ao governo, ocorrendo uma mudança de partido na sua liderança. Já no mês de dezembro deste ano, ocorre a mudança de coordenador da Política de Saúde Mental do país. Antes sob o comando de profissional alinhado às Políticas da Reforma Psiquiátrica - conforme registro de diversas instituições representativas da Política de Saúde do país³² – e tem seu trabalho reconhecido pelas Entidades e profissionais da Política de Saúde Mental, tal cargo agora passa a ser de responsabilidade de outro profissional. Tal anúncio gerou mobilizações em todo país, por meio das redes sociais e vários Centros de Atenção Psicossocial, inclusive de Porto Alegre que postaram fotos de abraço ao CAPS e abraço à RAPS (Redes de Atenção Psicossocial), como forma de protesto a partir de tal mudança. Tal resistência está relacionada ao fato de que o nome do atual coordenador da Política é associado à Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, na baixada Fluminense, Rio de Janeiro, local onde foi diretor entre 1994 a 2000. Tal instituição “faz parte de um histórico sombrio da psiquiatria brasileira, uma vez que cumpriu o papel de ser o maior hospital psiquiátrico privado da América Latina” (SUL 21, 2015).

Entende-se que não se modifica a representação do Ministério ou mesmo da coordenação de uma política, por questões técnicas que resultariam em benefícios à gestão e atendimento no Sistema Único de Saúde, mas por questões de forças político partidárias. A pasta da saúde sempre foi motivo de grande disputa, seja pelo seu orçamento, seja pela quantidade de votos que podem surtir a partir de sua gestão. Entende - se aqui que são várias questões que envolvem a garantia do direito à saúde e o coloca em disputa constante.

Ou seja, a garantia do direito à saúde no Brasil, de forma universal e igualitária está em permanente disputa na sociedade. Tal garantia envolve cenário complexo, pois se dá no modelo

³²Diversas entidades da área assinam uma nota pública criticando a nomeação: Associação Brasileira de Saúde Coletiva/ABRASCO, Associação Brasileira de Saúde Mental/ ABRASME, Centro Brasileiro de Estudos em Saúde/CEBES, Conselho Federal de Psicologia/CFP, Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro/IMS--UERJ, Movimento Nacional da Luta Antimanicomial/MNLA e Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial/RENILA (SUL 21, 2015).

de sociedade capitalista, que direciona as ações do Estado para os interesses do Capital, para o que “gera valor”. Nesse sentido, conforme Bravo (2013) “a saúde está diretamente relacionada com as condições de vida e trabalho da sociedade, articulando e sofrendo as determinações da estrutura social” (BRAVO, 2013, p. 16).

Na Constituição Federal de 1988, a Saúde é garantida legalmente como Direito de todos e dever do Estado [...] a ser garantida através de políticas sociais e econômicas que primam pela redução do risco de doença, e pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação do paciente (BRASIL, 1988, art. 196).

Para Nogueira e Miotto (2009), a garantia legal do direito universal e igualitário aos serviços de saúde, busca romper com uma desigualdade histórica que classificava os brasileiros em cidadãos de “primeira” e “segunda classe”. Ou seja, que garantia o atendimento em saúde somente àqueles que mantinham algum vínculo empregatício, como ainda o é em diversos países, como por exemplo nos Estados Unidos. Conforme mencionado anteriormente, a questão econômica sempre esteve à frente da tomada de decisões, a questão do atendimento em saúde ao trabalhador era uma necessidade para manutenção do Sistema de produção do país. Foi garantido, então, acesso à Medicina Previdenciária. Aos demais, de “segunda classe”, que eram considerados “improdutivos”, só restava o atendimento junto às Santas Casas. Conforme as autoras (NOGUEIRA; MIOTTO, 2009, p. 222).

[...] os de primeira classe eram os que integravam o mercado de trabalho, tendo acesso à Medicina Previdenciária. Os de segunda classe tinham suas necessidades de saúde atendidas unicamente através de um precário sistema constituído pelas Santas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos raros serviços mantidos pelo Ministério e pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

No Brasil da década de 1980 avança-se com a construção de um Sistema Único de Saúde, contudo, os aparatos legais – as garantias inscritas na Constituição Federal de 1988 e nas Legislações do Sistema Único de Saúde (8080/90³³ e 8142/90³⁴) – não desencadearam um processo de legitimidade social, ou seja, não encontra consenso na sociedade. Conforme sinaliza Gerschman (2004), a Reforma Sanitária foi definida no plano legal, mas isso não se reverteu em garantia do que foi preconizado pelos seus princípios,

³³A Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990).

³⁴A Lei 8142 de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990).

[...] o processo de legislação do setor não foi acompanhado pela efetivação da política, criando-se uma situação *sui generis* como a de se ter apenas conseguido contemplar na Constituição o modelo de saúde a ser aplicado no País, sem as condições políticas necessárias para efetivá-lo. Desse modo a Reforma Sanitária foi definida no plano legal sem que isso revertesse em melhor atendimento, prevenção ou condições de saúde da população (GERSCHMAN, 2004, p. 181).

As condições políticas mencionadas por Gerschman (2004) introduzem a discussão de que o processo de garantia do direito à saúde em fins da década de 1980 e início da década de 1990, se dá em cenário contraditório. Ao mesmo tempo em que se tem o movimento pela redemocratização do país (iniciado na década de 1970), com ampla mobilização da Sociedade Civil pela ampliação dos direitos sociais – dentre eles a garantia do atendimento universal em saúde – acontece na contracorrente o alastramento da Política neoliberal, com todo processo de desmontagem do Estado, em direção a um Estado mínimo – com retrocesso do investimento público nas políticas sociais em detrimento à Política Econômica de ajuste fiscal.

Ou seja, apesar dos históricos avanços garantidos em texto legal, o projeto de SUS idealizado na VIII Conferência pelo Movimento da Reforma Sanitária, enfrenta diversos desafios na sua implementação, devido ao contexto político e econômico do país regido pelo modelo neoliberal. De acordo com Campos, “pode-se considerar que o SUS rema contra a maré, já que vem sendo implantado em um contexto cultural e político que dificulta a estruturação de políticas públicas” (2006, p. 137).

Bravo (2013) ressalta que nos anos 2000 também entra em cena o discurso de uma “Política de Saúde possível”, “Reforma Sanitária flexibilizada”, que nada mais é do que garantir o “possível” de acordo com a capacidade orçamentária. Tal processo também tem desmobilizado a sociedade para enfrentar a questão central, que é a saúde como direito e não como mercadoria.

Junto a este contexto de desmobilização, é importante salientar que há, conforme mencionado no segundo capítulo, um “apaziguamento” em relação à Sociedade Civil, que passa a perder seu “status” de contraditória, heterogênea. Esta, acaba por ter seu status modificado junto à onda conservadora do país. Neste sentido, concomitante ao discurso da Reforma Sanitária flexibilizada, ocorre a desmobilização da Sociedade Civil, e sua descaracterização, pois agora passa a ser comumente relacionada às instituições que compõe o terceiro setor.

Conforme Bravo (2013), a Reforma Sanitária Flexibilizada consiste em defender a Política de Saúde possível, face à conjuntura. Quando se fala em uma Política de Saúde possível, não podemos perder de vista o que foi situado como o modelo de Estado que está em jogo, um Estado que existe enquanto “guarda noturno” que fora apontado por Gramsci. É o Estado que

trabalha com as possibilidades e que existe enquanto esfera que vai realizar uma fiscalização, para garantia de um atendimento o mais próximo possível dos princípios do SUS. Essa discussão dialoga com o seguinte fragmento da fala da presente pesquisa, a partir da leitura de um representante da gestão,

A gente sabe de todas as críticas, de todas as discussões que existem em relação a estas parcerias. O que a gente tem feito, assim. A gente tem fiscalizado e acompanhado o trabalho, dado as diretrizes (G. 1).

Ressalta-se que, conforme o fragmento da fala, a fiscalização talvez não seja a única ação necessária para a garantia do atendimento em saúde de qualidade, mas como mais uma no leque de ações que são imprescindíveis para o funcionamento e garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde. E ainda, há um reconhecimento de que existem críticas quanto às parcerias, mas aparentemente, não há mais nada a ser feito do que fiscalizar.

Sobre isso, constata-se que diversos sujeitos sociais do Movimento Sanitário não têm enfrentado a questão central do governo, que é a subordinação da Política Social à Política Macroeconômica (BRAVO, 2013).

É inegável a participação da sociedade na constituição de movimentos que desencadearam nas garantias legais que temos hoje. E que ainda se fazem presente no país, como por exemplo, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Além disso, nas Conferências de Saúde têm se debatido sobre a privatização da saúde. No entanto, tal mobilização precisa continuar. Atualmente, como afirma Iamamoto (2009) “as conquistas sociais acumuladas são transformadas em problemas ou dificuldades, causa de gastos sociais excedentes, que se encontrariam na raiz da crise fiscal dos Estados” (2009, p. 163).

Gerschman (2004) avalia que a implementação da política de saúde é processo de grande complexidade, e de relações de forças resultantes do embate de um conjunto de forças políticas. Foi somente neste embate que foi possível conquistar as garantias legais que se tem hoje, e, tal embate precisa continuar em prol da efetivação e legitimação do atendimento em saúde de qualidade e estatal. Gerschman (2004) cita, como exemplo de forças políticas

[...] os movimentos sociais em saúde, sindicatos, partidos políticos progressistas, intelectuais e acadêmicos da saúde, entidades médicas, técnicos pró-governamentais, setor hospitalar privado, seguros de saúde (GERSCHMAN, 2004, p. 183).

Bravo (2013) dialoga com Gerschman ressaltando que o embate de ideias deve ser permanente, pois as políticas de saúde não devem corresponder unicamente aos interesses

dominantes, mas trata-se de produto da luta de classes, na busca para que sejam atendidas as demandas da população. Pois,

elas expressam a relação de forças sociais ao nível das sociedades concretas. Esta leitura tem seu fundamento na concepção do Estado capitalista como um produto da luta de classes e, por conseguinte, como um Estado que incorpora, necessariamente, as demandas das classes subalternas. O Estado, ao excluir do poder as classes trabalhadoras, não pode desconsiderar totalmente suas necessidades, como condição de sua legitimação (BRAVO, 2013, p. 27).

A autora ainda salienta que atualmente na Política de Saúde, algumas questões imprescindíveis para a garantia da qualidade do atendimento em saúde não estão sendo enfrentadas e discutidas. Dentre elas está a privatização da saúde, conforme segue: “a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de gestão do trabalho e educação em saúde, a política nacional de medicamentos e a privatização da saúde” (BRAVO, 2013, p. 178). Avalia-se que há forte mobilização em relação à privatização da saúde, contudo, alguns embates se tornam muito complicados no momento em que há um aparato legal que protege tais instituições, desde a formulação do Sistema Único de Saúde.

Além disso, um dos possíveis motivos da ausência de discussão está no fato de que o Projeto neoliberal apresenta, em contrapartida, a ideia liberal de que o bem-estar social pertence ao foro privado dos indivíduos, famílias e comunidades. Tal cenário dialoga com a ideologia da Nova Direita discutida no primeiro capítulo, que se estabelece a partir da junção neoliberalismo econômico e neoconservadorismo político e cultural. Disso, deriva que a intervenção do Estado no atendimento às necessidades sociais é pouco recomendada, passando a ser transferida ao mercado e à filantropia, como alternativas aos direitos sociais (IAMAMOTO, 2009, p. 163).

É nesse cenário que se dá início o processo de privatizações. Novos segmentos passam a assumir a cena das Políticas Sociais no país. Na saúde, entram em cena as diversas Organizações que comumente estão relacionadas à expressão terceiro setor, entre elas: as Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Filantropias, Organizações de Caridade, entre outras.

No Brasil, especialmente na Política de Saúde, a parceria com entidades filantrópicas é vasta em relação a gestão de inúmeros hospitais. Atualmente, as entidades filantrópicas também estão ocupando, ainda que de maneira incipiente, as Políticas de Atenção Básica e Média Complexidade. No Município de Porto Alegre a Atenção Básica nos últimos anos, passou a ser de responsabilidade de uma Fundação. Ainda que não caracterizada como instituição filantrópica, o IMESF (Instituto Municipal de Estratégia de Saúde a Família) não faz parte da administração direta do município. Esse movimento de descentralização da máquina pública,

que não ocorre somente em relação aos hospitais e na alta complexidade, ocorre muito em função do próprio reordenamento da Política de Saúde, que busca sair da lógica “hospitalocêntrica”, priorizando agora o cuidado no território.

Conforme mencionado anteriormente, o Brasil enfrenta, a partir do início da década de 1990, o processo de derrota na sua agenda pela afirmação de reformas orientadas para o mercado, onde novas relações de poder estabelecem e desencadeiam o ajuste neoliberal que culmina no processo de contrarreforma do Estado (BEHRING, 2008).

Tais ajustes encontram no nascedouro do próprio SUS, e se concretizam nos textos das leis as quais “abrem portas e até escancaram” as possibilidades do setor privado ditar as formas de ação nas políticas sociais e que possibilitam sua existência, como é o caso das instituições privadas sem fins lucrativos, onde se deve questionar se ainda ocupam um lugar de complementariedade na Política de Saúde. Importante ressaltar que o Segmento Filantrópico garante o seu espaço legal na Constituição Federal de 1988 e na Lei do Sistema Único de Saúde, além de Portarias que regulamentam sobre a participação de instituições filantrópicas.

Abaixo segue as principais legislações, que são estofos para a existência das legislações que as sucederam, que serão abordadas na Pesquisa Documental:

- I. Constituição Federal de 1988: artigo 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; artigo 199 – A Assistência à saúde é livre a iniciativa privada. § 1º – As instituições privadas poderão participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, seguindo as diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos;
- II. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Art. 4º § 2º – A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS) em caráter complementar.

O ajuste neoliberal tem acarretado no SUS o desmonte do seu caráter universal e público, “através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde” (CORREIA, 2011, p. 43). Dessa forma, o projeto de saúde articulado ao mercado possui como

pressupostos: “a contenção dos gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização” (BRAVO; MATOS, 2012, p. 200).

A partir dessa abertura para o setor privado, assinalada no texto constitucional, contribuiu-se para um processo de mercantilização da saúde, em que o Estado passa a ser cada vez mais submetido aos ditames do capital, abrindo espaço para os novos modelos de gestão em saúde, como as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs³⁵), Organizações Sociais (OSs³⁶) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs). Esses novos modelos de gestão corroboram com o desmonte do SUS, pois operam na privatização do que é público, repassando recursos do fundo público para o setor privado.

Além da garantia do campo legal, diante de um sistema que prioriza o Capital financeiro, a discussão sobre o modelo neoliberal também alcança o campo ideológico, conforme afirma Boron (1999) que fala da “vitória ideológico – cultural do neoliberalismo” (BORON, 1999, p. 8). O autor aponta que tal vitória “assenta-se sobre uma derrota epocal das forças populares e das tendências mais profundas da reestruturação capitalista e se manifesta em quatro dimensões”, sendo uma das dimensões a que vincula o Estado como instituição incapaz, ineficiente. Essa discussão tomou corpo com a ditadura militar.

O deslocamento do equilíbrio entre mercados e Estado, um fenômeno objetivo que foi reforçado por uma impressionante ofensiva no terreno ideológico que “satanizou” o Estado ao passo que as virtudes dos mercados eram exaltadas. Qualquer tentativa de reverter esta situação não só deverá enfrentar os fatores estruturais, mas também, ao mesmo tempo, se haver com potentes definições culturais solidamente arraigadas na população que associam o estatal com o mau e o ineficiente e os mercados como o bom e o eficiente (BORON, 1999, p. 8).

Esses posicionamentos apontados por Boron (1999) - que relacionam o Estado ao “mau e ineficiente” ao mesmo passo que exaltam as virtudes dos mercados – não dão visibilidade à discussão central que precisa ser feita, que é a relação entre os processos de trabalho estabelecidos nos serviços conveniados e a universalidade do acesso. Iamamoto (2009), nos convoca a refletir que tais Organizações “não se movem pelo interesse público e sim pelo interesse privado de certos grupos e segmentos sociais” reforçando a seletividade no

³⁵Conforme artigo 1º da Lei 9790/1999 “Podem qualificar-se como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, desde que os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos instituídos por esta Lei” (BRASÍLIA, 1999).

³⁶Conforme artigo 1º da Lei 9.637 de 15 de Maio de 1998, “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” (BRASIL, 1998).

atendimento, segundo critérios estabelecidos pelos mantenedores (IAMAMOTO, 2009, p. 191). Conforme Iamamoto (2009, p. 190), a universalidade no acesso só é possível no âmbito do Estado,

A universalidade no acesso aos programas e projetos sociais, abertos a todos os cidadãos, só é possível no âmbito do Estado, ainda que não dependam apenas do Estado. Sendo um Estado de classe expressa a sociedade politicamente organizada e condensa um campo de lutas e compromissos em que a sociedade civil joga um papel decisivo para democratizá-lo e controlá-lo. Ao mesmo tempo, é necessário que o Estado se expanda para a sociedade de modo a fazer prevalecer interesses mais coletivos e compartilhados, o que depende da luta entre as forças sociais.

O processo de desmonte da Política de Saúde Pública e Estatal vem acarretando uma série de prejuízos no processo de efetivação do direito à saúde, garantido legalmente na Constituição Federal e caracterizado pelo acesso universal. O cenário do Sistema Único de Saúde na contemporaneidade apresenta cenário complexo em que mescla: serviços públicos estatais, Fundações e Institutos (administração indireta) e serviços que funcionam através de convênios e/ou contratos com instituições sem fins lucrativos. Salienta-se que nas últimas décadas, há um aumento no número de serviços que passam a ser gestados por estas instituições sem fins lucrativos e pelas Fundações.

Importante destacar que a participação do Estado se torna cada vez mais limitada, pois transfere esta responsabilidade para o setor privado. A análise documental avalia que há a previsão de uma fiscalização do Poder Público junto a estas instituições que prestam serviços, no entanto, há de se considerar que dependendo do tipo de fiscalização que se realize não é o bastante para se garantir um atendimento pautado no que prevê as legislações de saúde.

Esse processo difuso em que se mimetiza aliança e alheamento do Poder Público com instituições privadas - que não é possível discernir em que medida está alheio ao que acontece nestas instituições ou há uma cumplicidade entre instituições privadas e poder público - tem reflexos permanentes na forma como vem se constituindo a organização/assistência em cada serviço conveniado. Se por um lado, há indícios de que tais instituições sem fins lucrativos, não têm garantido efetivo atendimento ao que está previsto em legislação, por outro lado, foi identificado nesta pesquisa que existem aspectos positivos que incidem em mudanças especialmente na organização da assistência em rede a partir do conveniamento.

Como por exemplo, é mencionado que a existência do conveniamento com o ente público teria sido o “*up grade*” que a instituição precisava para evoluir, ou seja, mudar alguns processos de trabalho. Conforme segue:

Por exemplo, se não tivesse tido esse convênio, iria evoluir igual assim, mas não tão rápido. Mais lento. Foi o *up grade* que precisava (2/ T. 7).

A questão do convênio também aparece como um passo importante, em um dos fragmentos de fala, enquanto um diferencial da instituição, já que agora não atende somente a partir de subsídio da instituição, do próprio usuário e/ou dos familiares, mas possibilita acesso através do Sistema Único de Saúde. Importante ressaltar que a questão do convênio impactou positivamente na vinculação com a rede de atendimento, que antes não existia e que a equipe entende enquanto passo positivo para se garantir um atendimento com qualidade. Conforme segue,

Uma das coisas agora, um diferencial que a instituição Y vem tendo nestes últimos anos são os convênios. Que entra essa questão do vínculo com o SUS, que até então não existia isso, a instituição é uma instituição privada onde a única forma de internação era se a instituição conseguisse acolher, vamos dizer assim, de forma gratuita, mas com o subsídio da própria instituição ou custeio dos familiares. Ou de alguém. De algum padrinho que resolvesse custear aquela internação. Então era apenas desta forma. A medida que foram abrindo portas para que fossem feitos os convênios, se criou assim um vínculo maior com a rede (2/ T. 7).

Em relação à participação, observa-se que os reflexos também estão presentes nos espaços de Controle Social, que tem como uma das principais atribuições a fiscalização do planejamento e da execução de tais políticas. Tais espaços têm sido tomados por representantes dessas instituições que se mobilizam para manutenção do seu convênio, do seu contrato. Ao mesmo tempo em que carece de representação de usuários.

Por outro lado, infere-se a partir da pesquisa que há um movimento muito maior do Estado para garantir o convênio e sua manutenção do que propriamente das instituições privadas sem fins lucrativos. Ou seja, infere-se que a parte mais interessada na existência e manutenção dos serviços conveniados é o Estado. Talvez, muito em função das instituições privadas sem fins lucrativos não existirem em grande número. Esta busca do Poder Público pela manutenção do convênio revela, entre outras questões, a lógica mercadológica que está embutida neste processo.

No momento em que há um contrato de gestão entre ente público e privado acontece aí uma relação de compra e de venda de uma mercadoria, qual seja, o serviço de saúde prestado pelo ente privado, através de recursos financeiros do fundo público. Tem-se então, a privatização da saúde pública e estatal e a transformação da saúde em mercadoria, submetida a

todas as relações que estão intrínsecas ao processo de constituição de uma mercadoria enquanto tal.

No primeiro parágrafo do *Capital*, livro 1 - “A mercadoria” - Marx menciona que a riqueza das sociedades onde reina o modo de produção capitalista aparece como uma enorme coleção de mercadorias e a mercadoria individual como sua forma elementar.

A mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa que, por meio de suas propriedades, satisfaz necessidades humanas de um tipo qualquer. A natureza dessas necessidades não altera em nada a questão (MARX, 2013, p. 113).

Não é possível comprar o produto “saúde”! Importante ressaltar o conceito ampliado de saúde conforme elaborado na 8ª Conferência Nacional de Saúde enquanto “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Por ser um conceito que vai evidenciar a necessidade de ter acesso a outras políticas, outros serviços para se alcançar a “saúde”, como por exemplo: saneamento básico, alimentação adequada, moradia, etc. Ou seja, a saúde como produto não é possível de ser adquirida no mercado, por se caracterizar por um conceito abstrato.

Por outro lado, os serviços prestados pelas instituições que irão prestar atendimento em saúde para a população, podem ser considerados uma mercadoria, visto que são fornecidos pelo mercado. Nesse sentido, somente se o Estado se responsabilizasse pela Política de Saúde sem parcerias com outros entes, seria possível dizer que se garante o acesso a um direito e não a uma mercadoria. Conforme Marx e Engels (2012, p. 31).

O Estado como representante da Sociedade Civil, está vinculado à classe dominante e “constitui o seu órgão de dominação” revestido de representante dos interesses comuns, “cooperação entre homens”, mas não pelos interesses políticos da classe proletária e sim, da classe burguesa.

Tal como uma mercadoria, a saúde é utilizada como meio de troca para a geração de lucros. As instituições ditas sem fins lucrativos, ocultam no seu próprio nome – seja através do logo, da sua missão enquanto instituição - as relações estabelecidas no Modo de Produção Capitalista, que têm no lucro seu real objetivo, sua finalidade. Ainda que esse lucro não venha necessariamente em forma de recurso financeiro, ele pode ser caracterizado na forma de ter subsídios do Estado para se manter na sociedade. Deste modo, firmando e confirmando sua missão.

Têm-se na realidade da privatização da saúde, os objetivos da classe burguesa garantidos em lei, e que não necessariamente estão de acordo com os interesses da maioria da sociedade. O que dialoga com o modelo de Estado que se constitui no país, e o viés eminentemente apaziguador ao qual a Sociedade Civil está sendo relacionada.

Também no Manifesto do Partido Comunista, Marx e Engels (2012) ressaltam que por todo o globo terrestre, a burguesia busca satisfazer a necessidade de um escoamento cada vez mais amplo para seus produtos. Ela precisa se implantar e se expandir por toda parte, estabelecer vínculo onde quer que seja,

As mais importantes operações de trabalho são reguladas e dirigidas segundo os planos e as especulações daqueles que aplicam os capitais; e o objetivo que eles pressupõem em todos estes planos e operações é o lucro [...]. O interesse desta classe não tem, portanto, como as outras duas, a mesma ligação com o interesse geral da sociedade. O interesse particular daqueles que exploram um ramo do comércio ou da manufatura é, em certo sentido, sempre diferente do interesse público e até mesmo contraposto a ele de maneira hostil (MARX; ENGELS, 2012, p. 47).

Conforme Braz e Netto, “capitalistas e empresas capitalistas só existem, e só podem existir, se tiverem no lucro a sua razão de ser; um capitalista e uma empresa capitalista que não se empenharem prioritária e sistematicamente na obtenção de lucros, serão liquidadas” (BRAZ; NETTO, 2009, p. 97).

Esta é a realidade das instituições que estão presentes hoje no Sistema Único de Saúde. Identificar o real objetivo das instituições diante da massiva realização de convênios é um grande desafio. Os motivos apresentados para a sociedade perpassam a responsabilidade social de tais instituições. Muitas destas, com viés religioso, têm na caridade sua gênese e permanecem divulgando a realização de “ações sociais”, de uma responsabilização quanto a um “retorno para a sociedade”. Questões que devem estar mais presentes nas pautas de discussão, na busca por desmistificar, desocultar as relações estabelecidas no processo de compra e venda dos serviços de saúde.

Os próximos capítulos, que versam sobre as descobertas da pesquisa, compõem e dialogam com os capítulos anteriores. Após problematizar a história da Política de Saúde, as contrarreformas que vem sofrendo e os “novos” atores que compõem a rede de atendimento, agora parte-se para as descobertas da pesquisa apresentando algumas categorias de análise. Algumas delas previstas quando do desenho do Projeto de Pesquisa, e muitas que emergiram a partir da coleta e análise.

4 A INSERÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PRIVADAS SEM FINS LUCRATIVOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: BICHO DE SETE CABEÇAS³⁷

4.1 INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL: “A MÁQUINA PÚBLICA VIVE UM MUNDO À PARTE”³⁸

Tudo isso acontece, que não está escrito em nenhuma placa, mas é o que acontece! (2/ T. 5)

Um dos objetivos específicos da presente pesquisa está diretamente relacionado a aproximação quanto ao perfil dessas instituições, qual seja: “I. Mapear a Rede de Saúde Mental do município de Porto Alegre/RS, elaborar o perfil das instituições e identificar a existência de articulação com a rede pública de saúde mental”. Quando se fala em perfil de uma instituição de saúde que atende no, e para o Sistema Único de Saúde (SUS) logo se entende que sua missão na sociedade deva estar próxima daquilo que está preconizado nas diretrizes e nos princípios do SUS.

O termo perfil, conforme o dicionário³⁹ tem significados como: “Contorno do rosto de uma pessoa, vista de lado”; “aspecto, representação de um objeto, visto de um dos seus lados” “descrição ou relato em que se faz a traços rápidos o retrato moral e físico de uma pessoa”. Nota-se que ao se desenhar o perfil de uma instituição, é preciso ter em mente de que está se fazendo uma aproximação, que é limitada e não explicita todos os processos que estão relacionados à existência e funcionamento de tais instituições.

Esse “contorno” se expressa na fala extraída do Grupo Focal – com instituição privada sem fins lucrativos – onde a equipe que atende no Sistema Único de Saúde se posiciona “fora” da “máquina pública”: “*Porque eu acho que, voltando para a questão do terceiro setor, o que diferencia assim, não é nem uma crítica da máquina pública, vamos dizer assim. Porque a gente sabe que a máquina pública ela vive um mundo à parte*” (2/ T.3). Desse fragmento entende-se que o terceiro setor age de uma determinada forma, e a máquina pública de outra. Logo, prestando serviço enquanto SUS, não se identificam enquanto máquina pública. O que seria então a máquina pública? Ou o que diverge um setor de outro?

³⁷“Bicho de sete cabeças” é um filme de drama brasileiro de 2000. O filme conta a história de Neto (Rodrigo Santoro), um jovem que é internado em um hospital psiquiátrico após seu pai descobrir um cigarro de maconha em seu casaco. Lá, Neto é submetido a situações abusivas. O filme, além de abordar a questão dos abusos feitos pelos hospitais psiquiátricos, também aborda a questão das drogas e a relação entre pai e filho.

³⁸Fragmento da fala do Grupo Focal com equipe de instituição privada sem fins lucrativos que possui convênio com o município de Porto Alegre.

³⁹Dicionário online de português Michaelis. Disponível em: <michaelis.uol.com.br/moderno/português/index>.

O Grupo Focal juntamente com uma das equipes⁴⁰ quanto ao questionamento sobre a missão da instituição, elabora uma resposta repleta de significados, mas também de reticências, e por essa razão abre este subtítulo -: *“Tudo isso acontece, que não está escrito em nenhuma placa, mas é o que acontece...”* (1/ T. 5). A placa e a missão existem na instituição, mas o que acontece diariamente diverge do que está escrito. Ainda, *“Hospital dos excluídos”* (1/T. 3) é um dos apelidos dado a instituição, que nas suas atividades não demonstra dificuldade em atender a todos com permanente lotação dos leitos – o que pode demonstrar um modelo pautado na caridade ou na universalidade - o que gera verba para a instituição e dificulta a garantia do princípio da integralidade no atendimento. *“E eu sei que a gente tem metas por exemplo, quantidade de internação para poder ganhar esse valor a mais que eu estava falando. Esse Plus”* (1/T.3).

A partir da inquietude provocada pela vaguidade e incerteza das falas anteriores, no momento da coleta de dados, busca-se apresentar algumas primeiras reflexões. Ressalta-se a importância de analisar essas “novas” parcerias estabelecidas pelo Estado e do quanto isso repercute no processo de garantia de direitos, no uso do recurso público de maneira adequada, de acesso a essas políticas de maneira universal e conforme os princípios estabelecidos nos textos legais.

Em pesquisa nos sites das instituições que fizeram parte da coleta de dados, identificaram-se palavras e termos que são repletos de significados quanto ao atendimento e às práticas desenvolvidas em cada instituição. As pesquisas nos sites dialogam diretamente com a coleta realizada em cada instituição.

Ressaltam-se alguns termos que foram retirados dos sites, porém, de maneira fragmentada, para não identificar as instituições participantes da pesquisa. Como por exemplo: “visão colaborativa”, “visão corporativa”, “gestão compartilhada”, “solidariedade”, “corresponsabilização dos cidadãos”, “valores éticos, morais, intelectuais e espirituais”, “honestidade”, “amor responsável”.

Os participantes das instituições contempladas na pesquisa, quando no grupo focal questionados sobre a missão da instituição, tiveram dificuldades em responder em um primeiro momento. Posteriormente, surgiram respostas que incidiram na reinserção social. Porém, alinham-se as duas instituições quando avaliam que o caminho para se conseguir alcançar esse objetivo - reinserção social -, é repleto de elementos que perpassam tanto a ausência de dispositivos na rede, aspectos da própria organização da instituição, e o financiamento.

⁴⁰Grupo Focal 1. Equipe de Internação de um Hospital conveniado com o município, caracterizado como instituição privada sem fins lucrativos e integrante do Sistema Único de Saúde – SUS.

Conforme segue, fragmento da fala de profissional da primeira instituição, que avalia que a missão é a reinserção social, embora muitas vezes não seja possível concretizá-la. E a missão do Hospital parece estar muito mais próxima a: “*aceitar qualquer paciente*”:

a missão pelo o que a gente vê, pelo nosso entendimento é isso: trabalhar com a reinserção. Acho que uma das missões que Hospital x tem é de aceitar qualquer paciente. Seja ele com familiar, sem familiar, então de dá um atendimento, de prestar esse primeiro atendimento a qualquer paciente. Aí acontece aquelas coisas, igual a colega disse, que talvez algumas coisas não se consigam, mas a visão é essa: de reinserir ele novamente na sociedade. De aceitar qualquer um, qualquer paciente que precise de atendimento e tratar a doença. A missão deles é essa (1/T. 1).

A segunda instituição pesquisada também apresenta a reinserção social como objetivo, no entanto, a forma como desenvolve as atividades explicitam uma maior intervenção e/ou enquadramento do usuário a certo modelo de tratamento. Onde surge a “mudança de valores” como uma das ações, conforme segue:

Nossa missão vai desde o início até o final, com todo o programa montado de mudança de comportamento, da mudança de valores, respeitando a pessoa nas suas crenças, tratando a pessoa de forma igual respeitando a integralidade, seus valores, religiosos (2/T. 5).

O trabalhar com a reinserção social aparece como um objetivo, uma finalidade, um caminho a seguir. Logo, a missão da instituição aparece como além da reinserção social, o fato de receber qualquer “*paciente*” que necessita de atendimento, em qualquer circunstância. Disso deriva o apelido que teria sido dado à instituição: “*Hospital dos excluídos*”, que carrega a marca de uma instituição que se aproxima da caridade e que, pode-se inferir, guarda marcas das antigas Santas Casas e misericórdias.

Por outro lado, o fato de receber qualquer usuário, que esteja em qualquer situação, faz com que os leitos permaneçam sempre lotados, o que é apontado tanto como um impeditivo para um melhor acompanhamento a estes usuários, como enquanto possibilidade de maior repasse financeiro do poder público. Conforme fala de outro profissional:

E isso é uma coisa que não nos desmotiva, mas de alguma forma tem que parar, discutir, ver o que pode ser feito... retomar, porque esses são os problemas que vão acontecendo diariamente e que daí a gente diz que por ser um Hospital que aceita todo tipo de paciente e eu acho que tem que aceitar mesmo, porque se não eles não teriam como se tratar, mas essas dificuldades são bem maiores (1/T. 2)

A desvinculação da garantia de direitos ao atendimento em saúde e de uma inserção precária do Poder Público no acompanhamento e fiscalização destes serviços, fica em evidência

em uma das falas dos trabalhadores. Quando questionados quanto a existência de autonomia da equipe, com a seguinte pergunta do roteiro do Grupo Focal: “Como vocês avaliam sua autonomia profissional/autonomia da equipe? ”. A autonomia surge nas respostas, vinculada à possibilidade de atuação profissional devido à ausência de recursos financeiros,

Justamente por não ter, às vezes o fato de não ter tanto respaldo econômico, financeiro, nesse sentido acaba compensando de a gente ter liberdade assim... autonomia para fazer as coisas que a gente entende que é necessário. Acho que nesse sentido sim, na equipe principalmente e no Hospital nem tanto, mas também. (1/T. 5).

Não tinha dinheiro para pintar a sala, e os pacientes e nós pintamos a sala (1/T. 4)

Por outro lado, a questão das doações e do voluntariado, aparece de forma latente nos dois grupos focais. Sabe-se que ações de voluntariado/doação não garantem direitos, também não tem garantia de continuidade. Conforme Fagundes (2006) considera-se que o voluntariado, na perspectiva da solidariedade, pode caracterizar o retorno à refilantropização, que se constrói não a partir de referências políticas, mas baseada na moral de ajuda ao outro, reforçando que não se produzem direitos possíveis de serem reclamados judicialmente. Nota-se que este tratamento “faz-se acompanhar pela destituição de direitos sociais, pela erosão das políticas de proteção social, preconizadas na Constituição de 1988” (FAGUNDES, 2006, p. 12).

Dialogando com os processos de destituição de direitos acima mencionado, nos fragmentos de fala que segue, fica em evidência o quanto este processo pode estar descolado da garantia de direito. Como por exemplo: “*Uma vai atrás da doação de uma coisa, outra vai atrás de uma doação de outra, pede para um voluntário vir tocar, enfim, a gente tem que fazer um monte de coisa, porque realmente não se tem o recurso*”.

Por que a gente não tem assim que a instituição diga está aqui tudo o que vocês precisam, a gente tem que ir atrás de doações então tem os médicos que apoiam, os nossos dois psiquiatras, de alguma forma nos ajudam, dando dinheiro para poder patrocinar, do bolso deles. Uma vai atrás da doação de uma coisa, outra vai atrás de uma doação de outra, pede para um voluntário vir tocar, enfim, a gente tem que fazer um monte de coisa, porque realmente não se tem o recurso. Uma coisa são as questões que eu acho da Unidade, que muitas vezes o dependente químico ainda tem essa coisa de que bom, ele estraga tudo, então porque a gente vai arrumar as vezes... (1/T. 5).

A questão do voluntariado aparece de maneira muito presente em uma das instituições, onde dois trabalhadores são monitores do serviço e fizeram o seu tratamento de saúde na instituição. Um fragmento de fala bem marcante neste Grupo Focal é: “*eu continuo a minha vida fora e a minha vida dentro (dentro da instituição), só tenho a crescer*”.

Eu já estou a quatro anos fora da instituição X, fora assim, da recuperação, quatro anos que eu fiz fazenda, e hoje eu me encontro como voluntário da casa e monitor e é só crescimento. O que eu aprendi eu passo para o pessoal sábado, fim de semana, e continuo a minha vida fora e a minha vida dentro, só tenho a crescer mesmo (2/ T. 3).

Ressalta-se que os usuários, em certa medida, também são cooptados para garantir a existência destas instituições, e esse movimento ocorre de diversas maneiras. Através da propagação desta maneira de cuidado para a sociedade, mas também, pagando para a instituição pelo atendimento que lhe foi prestado. Ou seja, os dados direcionam para o trabalho voluntário que acontece na continuidade do tratamento do próprio usuário e que expressa uma forma de “devolver à instituição o cuidado recebido”. É uma forma de “gratidão e pagamento” e, portanto, de não reconhecimento do acesso a um direito. O que é dito por um dos participantes da pesquisa, e que carrega um forte significado quando se trata de serviço de um Sistema Único de Saúde que se propõe gratuito, universal.

Por isso que eu trabalho na instituição, sou dependente químico eu se, todo mundo conhece, se eu tiver que tirar roupa do meu armário eu tiro. Se eu tiver que fazer um rancho no final do mês, trazer material de higiene, eu trago para um deles (2/ T. 4).

A partir das falas, nota-se que as equipes avaliam a questão da doação de maneira muito positiva. Um dos trabalhadores faz uma comparação entre “máquina pública” e “terceiro setor” e avalia que a doação das pessoas, trabalhadores do terceiro setor é que faz a diferença, conforme segue em fragmento da fala:

Porque eu acho que, voltando para a questão do terceiro setor, o que diferencia assim, não é nem uma crítica, da máquina pública, vamos dizer assim. Porque a gente sabe que a máquina pública ela vive um mundo à parte. Ela é diferenciada! **Eu acho que é isso, essa doação das pessoas**, aquilo que o fulano falou. A pessoa que está atrás do computador, ela pode ir um pouco além daquilo que ela é contratada para fazer, mas ela só vai poder ir além se ela quiser. Se ela estiver disposta. Se eu for orientado a sentar no computador e dizer para a pessoa, oh tem ficha e não tem mais ficha. “Tem ficha não tem mais ficha” “tem ficha não tem mais ficha (2/ T. 7).

A partir da mesma discussão, a entrevista com o representante da gestão da Política de Saúde Mental dialoga com a fala do trabalhador, ao avaliar que nas instituições prestadoras de serviço a sua ação pode ser mais decisiva como aponta no fragmento a seguir “*E a questão da cobrança, a gente consegue incidir, como te disse, chamou-se os diretores os coordenadores dos CAPS e deu a linha de trabalho*”. Também chama a atenção que a estabilidade do

trabalhador é avaliada como um empecilho e não como um direito trabalhista. Fragmento a seguir:

...ninguém vai mexer comigo, eu sou, eu tenho a estabilidade do trabalho. E isso é uma crítica que eu tenho assim. Uma estabilidade no trabalho e uma garantia de que ninguém vai me demitir. Às vezes ela é muito prejudicial e isso é um problema para nós (G 1).

E conforme segue: *“Com os nossos é extremamente difícil, os nossos que eu digo assim, nós, serviço público. É o funcionário, que muitas vezes ainda tem uma lógica de acomodação”*.

Interessante refletir sobre a afirmação *“é o funcionário que muitas vezes tem a lógica da acomodação”* que esmaece o reconhecimento de classe trabalhadora, no momento em que avalia o colega (trabalhador, servidor) como “acomodado” e assim “carimbando” o servidor público como inadequado para prestar um atendimento de qualidade.

A palavra acomodação significativa neste fragmento, pode estar relacionada a outros aspectos que também estão presentes na fala. Como por exemplo: *“olha.. É por aqui, a diretriz de trabalho é esta, e eles continuam resistindo”*. Nota-se que os trabalhadores são eles, não eu (representante da gestão). E, os trabalhadores continuarem resistindo, não poderia também estar relacionado à frustração deste servidor? A resistência por melhores condições de trabalho? Resistência por não concordar com relações que podem estar sendo realizadas de maneira vertical? Expressas na afirmação *“a diretrix de trabalho é esta”*. Ou por atravessamentos políticos partidários? Enfim, o que tem por trás do discurso da “acomodação” do funcionário e do serviço público, que, surpreendentemente é um discurso que se reedita na fala do representante da gestão quanto do trabalhador das instituições privadas sem fins lucrativos. E de como, ainda que sejam consideradas todas as dificuldades e desafios para estabelecer relações pautadas na legislação, é o trabalhador do serviço público que carrega o ônus do “não” funcionamento adequado das instituições. Aqui está mais uma amostra da hibridez em que se estabelece as relações público e privado na saúde.

Os trabalhadores avaliam a questão da *“doação das pessoas”* como um diferencial para as instituições do terceiro setor comparado à *“máquina pública”*. A palavra doação relacionada às pessoas deve ser aqui entendida como trabalhadores (as) que se doam. Doação esta que ocorre de diversas maneiras, e que, no fim, tem se constituído o trabalho voluntário desvinculado do caráter do trabalho, em que está previsto: salário, carteira assinada, enfim, com direitos garantidos. Ainda, a doação corrobora com a ideia de que o atendimento em saúde, nesta instituição, não é um direito garantido para todos, com qualidade e prestado pelo ente público. Ou seja, esse “mix”: recurso público e “doação das pessoas”, se irmana com a proposta

das instituições privadas sem fins lucrativos de manterem sua vocação na sociedade quanto com a proposta da Reforma Sanitária Flexibilizada. Ou seja, se há (im) possibilidade de ampliar a rede pública, então, se amplia a rede de maneira flexível/possível com as privadas sem fins lucrativos, e todo seu conjunto de “flexibilizações” que se dá tanto no âmbito da ausência de direitos do trabalhador, quanto do afastamento da saúde como dever do Estado e direito da sociedade.

Além disso, se evidencia nestas instituições uma marca conservadora, que influencia o modo como se operacionaliza o cuidado. Ao mencionar que a direção da instituição é composta por voluntários, que foram caracterizados como “*peças de mais idade*” no Grupo Focal, ou seja, que provavelmente ainda ocupam uma função na direção desde antes da realização do convênio. Sobre a direção, um trabalhador menciona que se faz necessário enfrentar “*alguns entraves*” identificados por ele como “*questões ideológicas e de conhecimento*”. Conforme segue,

A gente também tem uma diretoria que também são voluntários, são pessoas de mais idade então a gente tem alguns entraves, a gente não deixa de fazer nada, a gente sempre conversa para mostrar. O que toda instituição tem. São questões ideológicas, de conhecimento. A gente sempre procura enfrentar quando a gente acredita muito naquilo que está fazendo e quer fazer, a gente argumenta (2/T. 5).

O que em outros fragmentos é claramente expresso como conservadorismo que pauta toda a lógica da instituição, bem como sua autonomia perante o poder público e que se concretiza na importância da disciplina, da oração e do trabalho na realização do tratamento, e que suplanta outras formas de abordagem.

É o “OTD” oração, trabalho e disciplina. Duas pernas é Saci Pererê, não existe, só trabalho e disciplina não é, no português bem certo é...Só o trabalho e a disciplina não é, tem que ter as três: oração, trabalho e disciplina! (2/T. 4)

Entender nos dias de hoje, a manutenção com recurso público de um serviço que tem como lema “oração, trabalho e disciplina”, é um dos desafios postos para este pesquisador. Por onde perpassa ou como se constitui essa areia movediça que permite a entrada, manutenção e a multiplicação de instituições que carregam esse lema como “abre alas” do processo de cuidado no SUS, em um Estado laico, ou que se diz laico. Tal instituição consegue respeitar a religião de cada usuário? Por que a oração é constituinte do processo de cuidado? Ou ainda, seria a oração a maneira de garantir a propagação ou proliferação de formas de cuidado como esta?

Ainda que não bastasse a oração se constituir enquanto “carro chefe” do processo de cuidado, suas outras “duas pernas”, o “trabalho e a disciplina” vêm concretar à co-

responsabilização do usuário, que na sequência do tratamento, obtém a “alta” por via do trabalho voluntário, seguindo sua *“vida fora e vida dentro da instituição, só tenho a crescer”* (2/T.5). E desta forma, permanentemente ligado a instituição e retribuindo a assistência recebida.

Enfim, as questões que estão postas diante da realidade das instituições privadas sem fins lucrativos, do seu perfil e a relação híbrida que se estabelece com “a máquina pública” que “vive um mundo à parte” se caracteriza como areia movediça, onde a pesquisadora se movimenta e realiza um esforço rigoroso para construir análises consistentes frente a tantas e tantas interrogações. Traçar um perfil das instituições privadas sem fins lucrativos que prestam atendimento na Política de Saúde Mental diante de tantas incertezas, é certamente uma batalha fomentada pelos debates sobre a hibridéz público/privado e as nuances que estão neste processo.

O próximo subtítulo “Segregação e Reforma Psiquiátrica: *hospital que aceita todo o tipo de paciente*” contempla a realidade e as contradições que se estabelecem no atendimento em Saúde Mental a partir das instituições privadas sem fins lucrativos. Para isso, demonstra através de resgate histórico, o quanto é necessário avançar para se constituir um atendimento pautado no que prevê a Reforma Psiquiátrica.

4.2 SEGREGAÇÃO E REFORMA PSIQUIÁTRICA: “HOSPITAL QUE ACEITA TODO TIPO DE PACIENTE”⁴¹

Faz-se necessário repetir algo para nós óbvio, mas desconhecido para muitos: a instituição que colocamos em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio, mas a loucura.
Franco Rotelli.

Enquanto lócus da presente pesquisa, busca-se apontar as contradições que se estabelecem no atendimento em saúde mental. Entende-se que é na complexa e contraditória trama das relações entre Estado, Sociedade Civil e mercado que se situa o atendimento em saúde mental, que ainda reserva marcas de segregação da mesma forma a qual fora instituído séculos atrás. Analisar a fala que abre este subtítulo: *“por ser um Hospital que aceita todo o tipo de paciente”* pondera que, por se caracterizar como uma instituição que recebe a todos que necessitam de algum cuidado, a exemplo dos primeiros Hospitais e Santas de Casas, não possibilita a integralidade no atendimento. E então, se cria a lógica de somente “desintoxicar” devido ao grande número de reinternações o que é apontado pela equipe: *“Eu acho que dentro*

⁴¹Fragmento da fala do Grupo Focal com equipe de instituição privada sem fins lucrativos que faz parte da rede de saúde mental e mantém convênio com o município de Porto Alegre.

da nossa realidade atualmente, assim, o que a gente consegue fazer é desintoxicar, desintoxicação do paciente é o que a gente consegue. A gente consegue desintoxicar bem o paciente”.

Outra dificuldade que eu acredito que a gente tenha bastante é essa questão do nosso paciente, ele reinterna muitas vezes né? Então...não é um problema, mas quando tu trabalha tu quer trabalhar pra que ele melhore...Então quando a gente acaba que o paciente acaba reinternando, a gente tem paciente que tem alta hoje amanhã ele volta né?

Da mesma forma, indaga-se sobre a integralidade na assistência, sobre como se atende ao preconizado nas legislações quanto à reinserção social destes usuários.

A qual demanda esta instituição está respondendo? Às necessidades destes usuários que reinternam “inúmeras vezes”? À demanda da instituição pela manutenção dos leitos ocupados/lotados? Às demandas da Política pública de saúde mental? Enfim, quem são os sujeitos que se beneficiam com essa forma de organização? São inúmeros questionamentos que parecem se constituir enquanto elementos para a caracterização de um Estado que não atende as demandas da sociedade, e onde o cenário se torna ainda mais delicado quando se trata de sujeitos em vulnerabilidades, como é o caso dos usuários em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Realizada esta introdução que busca iluminar a leitura a partir dos fragmentos da fala, apresenta-se um breve resgate histórico quanto ao atendimento em Saúde Mental e a marca de segregação em que ele se constituiu e se constitui na realidade da Política de Saúde Mental.

O atendimento em Saúde Mental ao longo de décadas foi permeado por processos de segregação, ou seja, separação e distanciamento social devido à existência da doença. Muitas pessoas são e foram afastadas do convívio familiar e comunitário, outras, mesmo residindo junto a suas famílias, foram tratadas como pessoas sem capacidade, “sem razão”, que não poderiam conviver com pessoas ditas “normais”.

Têm-se na história, os hospitais gerais e Santas Casas como locais de segregação, onde pessoas que eram vistas como ameaça à “ordem social” eram levados e permaneciam reclusas; como leprosos, prostitutas, ladrões, loucos e vagabundos (AMARANTE, 1995). Posteriormente, foram criados os Hospitais Psiquiátricos (ou Manicômios), locais onde houve a diferenciação do “louco” dos demais “antissociais”, e a estes restavam somente à clausura e a medicalização.

Comprova-se na história, que os manicômios foram locais de segregação da pessoa com sofrimento psíquico, época em que a liberdade só poderia ser acessada pelos “iguais”, por aqueles julgados com capacidade para exercer direitos e deveres. Principalmente a partir da

década de 1960, começaram a surgir movimentos, em países como a Inglaterra, França, Estados Unidos e Itália, de questionamento à forma como a Psiquiatria até então fora exercida.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil surge mais concreta a partir do processo de redemocratização em fins da década de 1970. Tal processo tem como características fundamentais o movimento para a reestruturação da Democracia e do Estado de Direito no país.

A Reforma Psiquiátrica tem como fundamentos, além de uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, uma crítica estrutural ao saber e às Instituições Psiquiátricas Clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995).

Vasconcellos (2000) sistematizou a história da Reforma Psiquiátrica em grandes períodos. Entre os anos de 1978 a 1982, período em que houve mobilização da Sociedade Civil contra o Asilamento Genocida e a Mercantilização da “loucura”. Mencionou o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM, como principal movimento de ação e mudança para que ocorresse a Reforma Psiquiátrica, e ainda acrescentou o fato de tal movimento ser completamente externo ao aparelho do Estado. Entre os anos de 1980 e 1982, pontuou como o período de expansão e formalização do sistema sanitarista, onde houve ações integradas de saúde.

Foi também, na década de 1980, que ocorreu o Movimento da Reforma Sanitária. Tal Movimento aconteceu em cenário de redemocratização e de crise econômica naquela década, atingindo seu ápice na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986⁴², onde foi proposto um novo conceito de saúde, entendido como resultante das condições de vida da população numa determinada sociedade. Além disso, como resultado dos debates, o relatório da VIII conferência explicitou as diretrizes para a reorganização do sistema e estabeleceu que a mesma deveria [...] resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional, separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária (BRASIL, 2009).

Desta forma, houve o rompimento do entendimento de igualar saúde com ausência de doença. Tal mudança foi legitimada na Constituição Federal de 1988, e foi base para a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde na forma das Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90.

⁴²A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, já no período da Nova República, marca o momento em que as mudanças ganham contornos claros, ao ampliar o espectro de atores envolvidos e explicitar em seu relatório as diretrizes para a reorganização do sistema. O temário da conferência era composto pelos seguintes itens: 1) saúde como direito; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) financiamento do setor. Um amplo processo de mobilização social, que articulou representação de diferentes segmentos e estimulou a realização de pré-conferências nos estados, permitiu a reunião de cerca de quatro mil pessoas em Brasília, dos quais mil eram delegados com direito a voz e voto, para discutir os rumos do sistema de saúde (BRASÍLIA, 2009).

Esta nova compreensão de saúde foi fomentada na base da rede assistencial, dos movimentos de trabalhadores da saúde, das universidades, dos usuários e dos movimentos e representações populares. Nas décadas de 1980 e 1990 esses movimentos foram tomando forma e deram origem aos programas desenvolvidos no Estado e no município de Porto Alegre (VASCONCELOS, 2000).

O período seguinte, entre os anos de 1987 a 1992, caracterizou-se pela Emergência da Luta antimanicomial e pela transição da estratégia política em direção ao modelo da desinstitucionalização psiquiátrica e, entre os anos de 1992 a 1995, houve o avanço e a consolidação da perspectiva de “desinstitucionalização Psiquiátrica” e iniciou-se o processo de implantação da Rede de Serviços de Atenção Psicossocial. Nota-se que atualmente, muitos Hospitais Psiquiátricos ainda estão em processo de desinstitucionalização. Como exemplo, está o Hospital Psiquiátrico São Pedro, este hospital é estadual e se localiza no município de Porto Alegre/RS. É um Hospital que foi inaugurado em junho de 1884, ou seja, 131 anos de história e, ainda hoje, possui unidades de atendimento fechadas. Ainda que tenha iniciado o processo de desinstitucionalização, ainda não o concluiu, sendo que muitas pessoas – na maioria idosos – ainda residem nesta instituição.

A política de saúde mental, orientada para uma cultura antimanicomial, se constitui no Estado do Rio Grande do Sul a partir da década de 1970. O atendimento em Saúde Mental avançou muito no que diz respeito ao campo legal. A Reforma Psiquiátrica, conforme a Lei Estadual aprovada em agosto de 1992 prevê em seu artigo segundo (BRASIL, Lei nº 9.716, 1992),

A Reforma Psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos e unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares.

Nove anos após a Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 9.716/1992), cria-se a Lei Federal nº 10.216 de seis de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, o que buscou assegurar o atendimento prestado, preferencialmente no território em detrimento da internação, sendo esta a última alternativa, o que deu subsídio para criação da Rede de Cuidado substitutiva, atual Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

Aqui, importante mencionar alguns fragmentos de falas que comprovam o quão precisamos avançar em relação às internações. Pois aparentemente, elas ainda aparecem como a primeira ou a única opção de atendimento para muitos usuários e famílias.

No primeiro fragmento de fala, o trabalhador menciona sobre a dificuldade que a equipe encontra em relação aos familiares destes usuários, que muitas vezes tem a internação como a única possibilidade. Além disso, a internação aparece com o poder de reverter imediatamente o quadro do uso prejudicial de drogas, naquele período. E se por ventura, não tiver resolvido, “curado”, a internação reaparece como a única possibilidade. Conforme segue,

Às vezes os familiares até acreditam que se o paciente vai entrar aqui e vai sair curado. Pronto, ele ficou 21 dias, então ele não tem mais problema com a dependência. Então se amanhã ele chegar em casa e resolver que ele vai recair, beber ali alguma coisa, então pega e traz para o Hospital porque ele não está curado... E isso é bem complicado! (1/T. 1).

Dialogando com o fragmento de fala anterior, um dos trabalhadores menciona a questão da internação como uma questão cultural. Este trabalhador avalia que os familiares entendem que o Hospital é o único recurso, através da internação hospitalar. Neste fragmento que está a frase: *“Não se tem mais os manicômios, mas se tem o Hospital, se tem a internação Hospitalar”* (1/ T. 5) o que evidencia o quão longe ainda de efetivar uma mudança conforme previsto nos textos legais.

Eu acho que essa cultura que a gente tem infelizmente. E para a dependência química acontece muito, muitos familiares as vezes acreditam que o único recurso é o Hospital, é a internação Hospitalar. Não se tem mais os manicômios mas tem o Hospital. Se tem a internação hospitalar. Então eles acreditam que esse é o único recurso. Isso é umas das dificuldades que a gente tem que é convencer os familiares de que esse não é o único recurso, que tem outro tipo de cuidado, outro tratamento que deve ser feito. A internação é a última das coisas que deve acontecer (1/T. 5).

Sobre a lógica ainda voltada para internação, interessante o registro da jornalista brasileira, autora do livro *Holocausto brasileiro*, que vai falar sobre a reedição dos abusos – decorrentes do cuidado no manicômio – sob a forma de política pública,

Ontem foram os judeus e os loucos, hoje os indesejáveis são os pobres, os negros, os dependentes químicos, e, com eles, temos o retorno das internações compulsórias temporárias. Será a reedição dos abusos sob a forma de política de saúde pública? O país está novamente dividido. Os parentes dos pacientes também. Pouco instrumentalizadas para lidar com as mazelas impostas pelas drogas e pelo avanço do crack, as famílias continuam se sentindo abandonadas pelo Poder Público, reproduzindo, muitas vezes involuntariamente, a exclusão que as atinge (ARBEX, 2013, p. 255).

Conforme mencionado anteriormente, importante salientar que avançamos em relação ao cuidado em Saúde Mental, porém, precisamos avançar mais. E que o que está por trás disso também é uma questão cultural. Não se pode perder de vista os principais aspectos da Lei da Reforma Psiquiátrica, quais sejam: a reorientação do modelo assistencial; os avanços nos direitos dos usuários (melhor tratamento, - preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental - inserção na comunidade, informações sobre o tratamento - que devem estes ser menos invasivos - e direitos a cuidados integrais); responsabilidade do Estado para desenvolver Políticas Públicas para esta população; a internação como último recurso terapêutico; a proibição de internação em instituições asilares e Políticas Públicas específicas para pacientes longamente internados.

No mesmo ano em que houve a aprovação da Lei 10.216/01, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta Conferência reafirmou os princípios da Reforma Psiquiátrica e saudou a promulgação da Lei 10.216/01. Nesta oportunidade, foi aprofundada a necessidade de reorientação do modelo assistencial em saúde mental, com a reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar, e também, da rede de atenção comunitária, possibilitando a efetiva participação dos usuários e de suas famílias.

Além disso, observa-se que a implantação dos novos serviços substitutivos está ocorrendo de forma um tanto aleatória que conforme a situação política nos diversos locais, se mostram permeáveis às novas experiências existentes no novo modelo. Essas experiências, embora diversificadas, são dessa maneira, frequentemente setoriais e isoladas, convivendo, às vezes, de forma “muito íntima”, com as estruturas tradicionais (COSTA, 2003, p. 156).

Contudo, a criação dos novos serviços em Saúde Mental, implicada em uma nova estrutura física e nova dinâmica de funcionamento, não pode ficar refém exclusivamente da construção de novos prédios e instalações. Quanto maior for a ocupação dos espaços comunitários já existentes onde o convívio social possa espontaneamente acontecer, mais veloz e efetiva será a transformação cultural (COSTA, 2003, p. 157).

É importante salientar que há um avanço inegável no atendimento em Saúde Mental com as Leis e Portarias que sucederam a Reforma Psiquiátrica. Criam-se diversos serviços que vão dar conta da demanda em Saúde Mental, agora com ênfase no atendimento no território, através de trabalho interdisciplinar e intersetorial.

Como serviços que foram criados após as regulamentações que sucederam a Lei da Reforma Psiquiátrica, com incentivo do Ministério da Saúde, estão os Centros de Atenção Psicossocial, nas suas modalidades: CAPS I (Portaria 3088/2011) - critério populacional de 15 mil habitantes. CAPS II (Portaria 3088/2011), critério populacional 70 mil habitantes, CAPS

III (Portaria 3088/2011), critério populacional 150 mil habitantes, CAPS ad III (Portaria 3088/2011), 150 mil habitantes. CAPS ad III Regional (Portaria 130/2012), 150 a 300 mil habitantes. CAPS ad (Portaria 3088/2011), critério populacional 70 mil habitantes. CAPS i (Portaria 3088/2011), 70 mil habitantes. Ainda, as Unidades de Acolhimento (Portaria 121/2012), que devem necessariamente estar referenciada a um CAPS e que se destinam a pessoas com uso prejudicial de álcool e ou outras drogas, em situação de vulnerabilidade social. Ligada a serviços de referência: CAPS, Hospitais Gerais, Unidades Básicas de Saúde/Estratégias de Saúde da Família e rede intersetorial: escola, trabalho, cultura. As UA's, se dividem em duas modalidades – UA adulto e UA infante juvenil.

Também com incentivo do Ministério da Saúde, estão os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT, destinados a egressos dos Hospitais Psiquiátricos ou de outras instituições de Longa Permanência. Os SRT's se organizam em modalidade I e II, - para mais dependentes e menos dependentes – tipo I até oito moradores e tipo II, até 10 moradores.

Já a realidade do Estado do Rio Grande do Sul, conta com um diferencial em relação ao que existe de incentivo pelo Ministério da Saúde, que é o incentivo do próprio Estado para implantação e custeio de ações avaliadas como necessárias na realidade do Rio Grande do Sul.

Conforme Plano Estadual de Saúde (PES 2012-2015) - (RIO GRANDE DO SUL, 2013) em Relação à Rede de Atenção Psicossocial (Portaria 3088/2011), o Estado/RS toma como desafios: 1) Cuidado em Saúde Mental em rede territorial, de base comunitária e ordenada pela Atenção Básica; 2) A Garantia do cuidado às pessoas com problemas de saúde relacionados ao uso de álcool e outras drogas na rede territorial; 3) Desinstitucionalização de moradores de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou asilares; além da Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras drogas. Toma como Projeto Estratégico do Governo a “Linha de Cuidado em Saúde Mental, álcool e outras drogas: O cuidado que eu preciso”, com os seguintes objetivos: a) fortalecimento da Atenção Básica; b) expansão e qualificação da atenção psicossocial estratégica; c) qualificação da atenção hospitalar; d) estratégias de Desinstitucionalização (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Nesse sentido, o Estado cria novos serviços e busca a qualificação de serviços já existentes a partir de processos de Educação Permanente e da pactuação de fluxos entre municípios e regiões de forma intersetorial. Que são: – Os Núcleos de Apoio a Atenção Básica (NAAB), que atuam juntamente a Estratégia de Saúde da Família; – As Oficinas Terapêuticas, que atuam juntamente a Atenção Básica, com o objetivo de promoção de saúde, práticas coletivas, convívio social e inserção social, local de convivência e solidariedade; – As composições de Redução de Danos, objetiva fortalecimento do trabalho no território através de

ações de campo junto às pessoas que usam álcool e outras drogas, produzindo estratégias de cuidado singulares com cada usuário; – O Telessaúde Mental, junto às centrais de regulação de leitos, para organizar porta de entrada para internação psiquiátrica;

O atendimento em Saúde Mental, ainda que passados mais de vinte anos da Lei da Reforma Psiquiátrica Estadual/RS, encontra desafios para garantir um cuidado integral, universal e efetiva inserção dos usuários no Sistema de Proteção Social.

A Internação Psiquiátrica, mesmo que nas legislações esteja previsto enquanto última instância a ser buscada, ainda ocupa um lugar privilegiado para as equipes de saúde e para a sociedade, ao mesmo tempo em que, muitos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), apresentam dificuldades em pensar processos de trabalho “fora”, em articular Planos Terapêuticos Singulares que não centralizem todas as ações no CAPS, mas em outros espaços deste território.

Os Serviços de Saúde em geral têm o seu funcionamento intrinsecamente relacionado ao modelo hegemônico de atendimento em saúde, que ainda tem se caracterizado por processos de trabalho verticalizados, “médico-centrado” e “hospitalocêntrico”. Também, movimentos que se estabelecem em prol de interesses dominantes, ou de categorias profissionais dominantes. Tal modo de operacionalizar os serviços de saúde ainda está muito presente, principalmente no que diz respeito ao cuidado em saúde mental, já que se tem na história uma forma segregacionista do “cuidado”.

Desta forma, entende-se que o que se garantiu no campo legal, não encontra legitimidade social, e que não basta modificar a forma de cuidado – anteriormente nos manicômios - mas a necessidade de tomar a Reforma Psiquiátrica como algo permanente, que precisa ser construído na micropolítica, junto as equipes de saúde, usuários, familiares, etc.

Avalia-se que se faz necessária uma profunda transformação que é acima de tudo, ético cultural. Conforme mencionam as autoras,

Todos esses problemas apontam na direção da necessidade de uma profunda transformação ético cultural, envolvendo usuários, profissionais, formuladores de políticas, cientistas, de forma a reverter o paradigma tecnológico-intervencionista predominante na nossa cultura sanitária. Essa revolução cultural é requerida para que a reforma não se transforme em um processo racional e eficiente de extensão generalizada do “modelo médico” (TEIXEIRA; MENDOÇA, 2011, p. 230).

A Reforma Psiquiátrica, nesse sentido, não se restringe ao fim dos Manicômios, longe disso, ela se torna luta permanente, pois o que está em jogo é uma mudança de paradigma do cuidado. Essa constatação, ainda que atual, já estava presente nas primeiras referências da

reforma psiquiátrica da década de 1960. Franco Rotelli, utilizado neste subtítulo, já mencionava: “faz-se necessário repetir que a instituição que se coloca em questão nas últimas décadas não é o Manicômio, mas a loucura”. A crítica então, não se vincula apenas aos problemas de humanização do espaço manicômio. A instituição a ser negada era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: a doença, a qual se sobrepõe ao Manicômio o objeto “periculosidade”. E ainda: [s.d], a busca pela “(...) ruptura com a separação de um objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade”.

Nesta linha, nota-se que embora a Lei da Reforma Psiquiátrica tenha previsto a extinção de tal local de tratamento, com a mudança para o cuidado em *serviços substitutivos* - no território, junto à família e a comunidade -, é percebido que o local de cuidado substitutivo ao manicômio, por vezes, reitera um cuidado com centralidade na doença, sem vislumbrar possibilidade para além dos muros do próprio serviço.

Para iluminar esta discussão, alguns fragmentos de fala do Grupo Focal são bem pertinentes. Em uma das instituições existe um acordo com o ente público, para que a instituição só receba usuários que tenham “problema com a dependência química”. Neste sentido, tem-se dentro de um Hospital Geral uma unidade fechada, com grades, para atender essa população. Conforme segue: “*tem um acordo com o município, mais ou menos de tentar nos transferir pacientes que tenham problema com a dependência química*” (1/ T.3). Além disso, a instituição está sempre com todos os leitos ocupados, e que este número extrapola o número previsto pelas legislações, conforme fala de outro trabalhador: “*Eu acho que cabe ressaltar que sempre está com todos os leitos ocupados. São 54! Não fica nenhum turno esperando...*” (1/T. 5). O limite preconizado pelo Ministério da Saúde são trinta leitos.

Quanto a relação público e privado, os dados da pesquisa também revelam que existe uma dificuldade para a realização de convênio com hospitais gerais. Aqui fica em evidência que o Sistema Único de Saúde não age de maneira mais incisiva quanto a uma mudança na forma de cuidado em saúde mental. A questão da abertura dos leitos de saúde mental em hospital geral, se mostrou como uma grande dificuldade para o gestor. Segundo os fragmentos da fala, os Hospitais Gerais ao negarem a abertura de leitos justificam das mais variadas formas, como por exemplo: “*A gente não quer esses drogaditos dentro do Hospital, circulando com outros pacientes*” (G. 1).

Dentre as justificativas das instituições para a negativa quanto à abertura de leitos, aparece a necessidade de uma Unidade fechada, a necessidade de grades, de um custo muito alto para a instituição, pela necessidade de equipe 24 horas, entre outros. Conforme segue:

Eles dizem que não tem expertise, que tem aí, toda uma lógica de exclusão, que os usuários dão muito trabalho, que precisaria de uma Unidade fechada. Nós chegamos ao absurdo de ouvir “ Nós precisamos de grades”. Então tem toda uma questão aí também de preconceito com relação aos usuários da saúde mental, e aí a gente ouve de tudo “Ah a gente não quer esses drogaditos aqui dentro do Hospital circulando, com os outros pacientes, eles dão muitos problemas” “Ah a gente vai ter que contratar psiquiatras 24 horas, isso seria um custo muito alto para o Hospital”. Então é por “n” justificativas (G. 1).

Esta dificuldade de abrir leitos em Hospital Geral acaba por justificar o movimento do município em não tornar público, como, por exemplo, através da licitação, a busca por abertura de leitos em Hospital Geral. Nestes casos, o município vai direto nas instituições, o que evidencia uma certa subalternidade do Poder Público diante do privado e das possibilidades que esse lhe dispõe.

De alguma maneira a gente faz isso sim, agora por exemplo, os Hospitais quando a gente precisa de conveniamento de leitos a gente vai direto. Vai na instituição X, vai na Y, a gente pede para todos. Algum dia a gente convence. Mas essa é uma prática, o chamamento público e a licitação. Não sei se chega a ser licitação. Mas sei que chamamento público sim (G. 1).

O Sistema Único de Saúde, nesse sentido, deveria adotar uma postura no intuito de exigir que a instituição que presta algum tipo de serviço ao Sistema Único de Saúde que ofereça um número mínimo de leitos destinados ao atendimento em Saúde Mental. Fora isso, estaríamos sempre a mercê do que o privado possibilita, como por exemplo, a compra de leitos em clínicas particulares.

Além de ficar em evidência uma certa centralidade na questão das internações, existe uma avaliação dos trabalhadores de que faltam dispositivos de atenção na rede, como por exemplo, os CAPS. Onde se verifica que o município de Porto Alegre não conta com o número de CAPS necessário e previsto em legislação, que é de um CAPS para cada 500 mil habitantes. Conforme segue fragmento da fala:

Têm poucos recursos, a gente tem cinco CAPS dentro de Porto Alegre, é ruim a gente dizer para os familiares isso. A gente não tem nem um CAPS por região. Então é complicado tem paciente que fica aí numa lacuna que ele não consegue aderir nem ao tratamento no CAPS e não consegue ter uma indicação para uma Comunidade Terapêutica, porque não atende (o paciente não atende aos critérios). E a gente não sabe nem para onde mandar esse

paciente, porque tu estás sabendo, ele já tentou várias vezes no CAPS (1/ T. 5).

Além da ausência de dispositivos para garantir o atendimento em saúde mental, não se pode perder de vista que estes processos estão para além do fim dos manicômios. Conforme Rotelli [s.d] para pensar em Reforma Psiquiátrica e processos de desinstitucionalização, deve se ter em mente que tal processo extrapola os muros do manicômio. Ou seja, não se reduz a fechar o manicômio, mas busca superar a centralidade da doença, incluindo no cenário a relação com o corpo social. Conforme Rotelli,

Por que queremos a Desinstitucionalização? Porque, a nosso ver, o objeto da Psiquiatria não pode nem deve ser a periculosidade ou a doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa). Para nós, o objeto sempre foi a “existência-sofrimento” dos pacientes e sua relação com o corpo social. O mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade (ROTELLI, [s.d]).

O rompimento com esse modelo hegemônico implica na conformação de uma nova consciência sanitária, em uma nova ética profissional, em um novo paradigma científico fundado em uma nova teoria social da doença, e, finalmente, em uma transformação das práticas sanitárias. Ao que parece, as Reformas Sanitárias enquanto processos setoriais não são capazes de efetuar estas mudanças, que requerem a construção de uma nova hegemonia, em cujo processo as lutas da saúde devem ser parte atuante (TEIXEIRA; MENDOÇA, 2011, p. 231).

O próximo subtítulo dialoga com as discussões apresentadas. Após realizar algumas problematizações sobre a história do atendimento em Saúde Mental, e mais especificamente aos avanços em relação à Lei da Reforma Psiquiátrica, a análise se volta para o perfil das instituições privadas sem fins lucrativos que fazem parte da rede de atendimento, buscando identificar traços neste perfil que podem não estar de acordo com o atendimento no SUS e com a necessidade da sociedade.

4.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: “SE CONSEGUIR, MANDE NOTÍCIAS...”⁴³

O que normalmente eu faço quando eu vou encaminhar algum paciente, eu sempre na conversa que eu vou ter com o paciente, olha se tu conseguir (acesso a outro serviço) manda notícia. [...] às vezes eles vem aqui dar um alô. Então eu sempre faço isso, não só com o que eu estou encaminhando, aqueles

⁴³Fragmento da fala do Grupo Focal realizado com equipe de instituição que faz parte da rede de saúde mental e mantém convênio com o município de Porto Alegre.

também que estão indo embora, que estão mais vinculados comigo, eu acabo dizendo: “manda notícias” (1/ T. 4).

Quando se fala em Redes de Atenção à Saúde, logo se imagina que são estruturas que fazem parte do Sistema de Saúde e que intervirão para o bem-estar e qualidade de vida da população. Conforme a Norma Operacional Básica de 1996, atenção à saúde significa: todo o conjunto de ações, em todos os níveis de governos, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo grandes campos: 1) da assistência; 2) das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo e 3) das políticas externas no setor saúde (BRASIL, 1996).

De acordo com o dicionário de Saúde da Fiocruz (2012) “atenção à saúde” designa a organização estratégica do sistema e de práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde, consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o termo remete a processos históricos e as disputas que consolidam em relação à concepção de saúde, conforme segue,

A compreensão do termo ‘atenção à saúde’ remete-se tanto a processos históricos, políticos e culturais que expressam disputas por projetos no campo da saúde quanto à própria concepção de saúde sobre o objeto e os objetivos de suas ações e serviços, isto é, o que e como devem ser as ações e os serviços de saúde, assim como a quem se dirigem, sobre o que incidem e como se organizam para atingir seus objetivos (FIOCRUZ, 2012, p. 2).

Em publicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2009), os sistemas de atenção à saúde são referidos enquanto respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias. A mesma publicação alerta para um Sistema de Saúde que tem se mostrado fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas (BRASIL, 2009). Para romper com essa lógica, aponta-se para a implantação das redes de atenção à saúde (RAS’s), no entanto, deve-se questionar até que ponto se garante uma real mudança a partir de um novo formato, um novo termo.

Por isso, há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das redes de atenção à saúde (RAS s), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (BRASIL, 2009, p. 18).

Conforme mencionado anteriormente, o Sistema de Saúde tem se voltado apenas para atender às demandas de condições agudas. Ou seja, os dispositivos de atenção voltados à prevenção em saúde ainda não funcionam a ponto de modificar este cenário, embora se tenham muitos avanços no atendimento em Atenção Básica, na busca pela mudança do modelo centrado nos hospitais com a própria criação da Política de Atenção Básica, a instituição das Estratégias de Saúde da Família – ESF, entre outros dispositivos. Em relação à Política de Saúde Mental, o cenário não é diferente. E nem poderia ser, já que faz parte do sistema de saúde. Quanto a esses aspectos, a fala do representante da gestão do município expressa o quanto ainda se trabalha com a saúde curativa, precisando avançar para a promoção e prevenção.

Então é uma rede que ainda não consegue dar atendimento para todas as demandas que tem. Além disso, a gente está falando da saúde curativa, tratamento! Nós temos ainda uma grande deficiência na questão da Promoção e Prevenção? A gente ainda não conseguiu atingir esse ponto ainda e para isso a gente precisaria constituir políticas intersetoriais (G. 1).

No mesmo fragmento, a intersetorialidade aparece como uma alternativa, ou como impulsionador para que se garanta a promoção e prevenção em saúde. O interessante nesta fala é que são apontadas expressões da questão social que estão vinculadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Neste sentido, nota-se que para garantir o atendimento em saúde se faz necessária a intersetorialidade, ou seja, conforme fala que segue: *“não se pode pensar que a saúde vai dar conta disso sozinha”*,

E aí a gente encontra uma grande resistência dos nossos colegas gestores de outras secretarias. Avançamos um pouco nos últimos anos com a educação, mas não o que deveria de fato para surtir algum efeito. Avançamos um pouco mais com a Assistência. Porque se a gente for pensar hoje, e é um cenário que vem se constituindo há alguns anos, tem uma questão de vulnerabilidades muito grande associado ao uso de drogas. Nós temos famílias completamente vulneráveis, famílias que estão refém do tráfico e do próprio uso de drogas, as vezes uma família inteira. Crianças nascendo de mães gestantes usuárias de crack, então tem várias questões que tem relação direta e que não seria... que a gente não pode pensar que a saúde vai dar conta disso sozinha, a gente precisaria dessa intersetorialidade e que em alguma medida ela acontece de maneira muito frágil ainda (G1).

Sobre a fala, onde a gestão menciona que *“não se pode pensar que a saúde vai dar conta disso sozinha”*, as autoras Bellini e Faler (2014, p. 30), dialogam com este fragmento quando mencionam em recente produção, que a concepção de intersetorialidade deve contemplar a construção de interfaces e diálogos entre setores e instituições governamentais e não governamentais, as quais, em suas intenções/ações, devem visar ao enfrentamento de problemas

sociais complexos e que superem a capacidade das políticas públicas enfrentarem de forma solitária.

No entanto, a intersetorialidade nesse contexto, vem sendo carimbada enquanto processo utópico. Há de se considerar que a tarefa de *intersetorializar*⁴⁴, diante do processo de desmonte do Estado, é um desafio permanente.

Por outro lado, observa-se que cresce o número de equipes que acreditam na efetividade do atendimento de qualidade, quando se há a articulação entre os diversos serviços de diversas políticas, que garantam o atendimento contínuo e que haja o “fazer junto” em detrimento dos meros encaminhamentos que sempre fizeram parte do cenário da assistência aos usuários.

Embora ainda constituída de maneira frágil, existem avanços em relação à intersetorialidade entre as políticas sociais, principalmente nos últimos anos, impulsionada pela existência de programas sociais que priorizam nos seus critérios de execução, necessária articulação. Como é o caso do Programa Bolsa Família, que vincula, obrigatoriamente a Política de Assistência Social à Saúde, no atendimento aos beneficiários.

Por outro lado, há de se considerar que a intersetorialidade, assim como mencionado no início do texto - sobre a mudança de terminologia de “atenção à saúde” para “redes de atenção à saúde” - pode estar vinculada a criação de um novo termo, uma outra roupagem que pressupõe uma transformação nas formas de atendimento em saúde, mas que não é necessariamente a solução. Ou seja, se muda o foco, se “apostam fichas” neste “novo” modelo, e perde-se o foco para a discussão central que é o modelo de Estado brasileiro, e a forma residual como vem conduzindo as políticas sociais. Que resulta, e não poderia ser diferente, em uma rede curativa, se é que podemos dizer que pode se configurar como curativa.

Dito isto, interessante pontuar algumas questões em relação aos dispositivos da rede de atenção da Política de Saúde Mental - Rede de Atenção Psicossocial – RAPS). A partir dos Grupos Focais, surgiram muitas questões em relação à rede, conforme segue: “rede insuficiente”, “rede curativa”, “limite financeiro para ampliação da rede”, “limite cultural”, “dificuldades de articulação com a rede de saúde”, “atendimento com especialidades não funcionam”, “faltam dispositivos, criam-se lacunas na rede”, “comunicação complicada”, “carga excessiva de responsabilidade para familiares e usuários”.

A falta de dispositivos na rede aparece em ambas instituições. A ausência de um CAPS por região surge como um dos impeditivos para a garantia da continuidade de tratamento. Em recente pesquisa quanto a percepção e avaliação de usuários de crack e familiares sobre o acesso

⁴⁴Intersetorializar pode ser compreendida enquanto o ato de realizar esta relação ou corresponsabilização entre os setores.

e os serviços prestados pelos Hospitais (ANZANELLO et al., 2013), se avaliou que o encaminhamento para continuidade do tratamento após a alta hospitalar é referido como ausente pela maioria dos usuários, sendo que o lugar mais citado para continuidade do tratamento são os CAPS, tanto pela indicação dos profissionais quanto o planejado pelos usuários e familiares.

Nesse sentido, entende-se que “o dispositivo de cuidado da atual política de saúde mental, criado no âmbito da reforma psiquiátrica, é reconhecido pelos usuários e familiares pela razão de estarem presentes na oferta de serviços” (ANZANELLO et al., 2013, p. 99).

Conforme fragmento da fala, em algumas situações, “*o paciente fica em uma lacuna*”, onde não consegue o acesso ao CAPS e não atende aos quesitos para ingresso na Comunidade Terapêutica,

Então é complicado tem paciente que fica aí numa lacuna que ele não consegue aderir nem ao tratamento no CAPS e não consegue ter uma indicação para uma Comunidade Terapêutica, porque não atende (o paciente não atende aos critérios). E a gente não sabe nem para onde mandar esse paciente, porque tu estás sabendo, ele já tentou várias vezes no CAPS (1/ T. 1).

Ainda, aparece com mais evidência a ausência de dispositivos em todos os territórios, pois, a partir da fala da equipe, se o usuário reside em região com CAPS, será atendido sem maiores problemas. Se a região de moradia não possui CAPS, a busca pelo atendimento em saúde parece ocorrer de maneira mais complicada, conforme fragmento que segue:

É que quem tá na região de atendimento de um determinado CAPS, ele vai ser atendido pelo CAPS. Agora se a pessoa está naquela região onde está desassistida, ela vai encontrar uma dificuldade maior, ela vai ter que procurar o Posto da região dela, lá a UBS, e aí vai ter essa dificuldade de encontrar esse Psiquiatra. De encontrar o Psicólogo de repente para fazer uma psicoterapia (2/ P. 7).

A questão da dificuldade de comunicação com a rede é recorrente nas falas. Um trabalhador avalia que se já é complicado a articulação com a rede, sendo trabalhador (a) de saúde, imagina para o usuário que está em situação de vulnerabilidade. Conforme segue fragmento da fala: “*me passam para não sei quantos lugares, e eu fico girando e eu fico irritada com aquilo, daí tu imagina um usuário?*” (1/ T.1) Ou ainda, “*vou ser bem sincera, tem lugares que não querem escutar o que a gente tem para dizer*” (1/ T.1) (no momento do encaminhamento do usuário a outro serviço).

Então, mesmo aqueles casos mais assim específicos são os casos que a gente tenta ligar mais e é bem complicado. Porque muitas vezes mesmo eu me identificando dizendo que eu sou profissional da área da saúde que trabalho

no Hospital tal, me passam para não sei quantos lugares, e eu fico girando e eu fico irritada com aquilo, daí tu imagina um usuário? (1/ T.1). Que já está louco para recair (1/ T. 5).

A comunicação em rede também é apresentada como um entrave quando se faz o encaminhamento para outro serviço, pois, o retorno dos colegas da rede tem sido mais no sentido de “trocar” o usuário de lugar do que, propriamente, de corresponsabilização entre serviços e instituições e de continuidade no tratamento. Conforme segue:

A comunicação de retorno da rede é bem difícil, às vezes até é difícil o paciente que ele está indo no CAPS e a gente sabe ver, ah vou ligar lá para o CAPS para dizer que ele está aqui. Tem lugar que vai dizer, ah que bom que tu avisaste, estava procurando mesmo, outros lugares: “então tá, tchau”. Nenhum tipo de troca, porque se de alguma forma ele está sendo assistido nesse serviço, deveriam ir atrás dele. Ou até entrar em contato com a gente, às vezes, olha ele não veio mais está bem, ou então, o CAPS encaminhar e nos ligar, olha o paciente veio para vocês. Então é bem complicado, acho que a rede ainda, a comunicação é uma coisa que é bem complicado (1/ T. 1)

Após algumas reflexões em relação às dificuldades encontradas quanto à articulação entre os dispositivos da rede de atenção, que perpassa tanto a ausência de dispositivos, a falta de investimento, a dificuldade de comunicação, entre outros, avalia-se que, aparentemente, esta dificuldade de articulação não é privilégio do serviço público ou privado sem fins lucrativos. Neste sentido, infere-se que a articulação com a Rede de Atenção em Saúde, é repleta de obstáculos, que nos relembra o quanto é necessário avançar para alcançar a integralidade no atendimento.

Se por este viés de análise, não se encontram grandes diferenças ou dificuldades que possam estar colocadas para um serviço público ou privado, avalia-se que, por outro, ainda em relação a articulação em rede, depoimentos dão conta de alguns avanços das instituições privadas sem fins lucrativos, quando inseridas no SUS. Avalia-se que existem avanços em relação às Redes de Atenção, pois, se antes tais instituições prestavam atendimento a alguns segmentos da sociedade, a partir da integração ao Sistema Único de Saúde, a universalidade passa a ser uma exigência do próprio convênio, impondo articulação com a rede e fluxos de atendimento específicos. Nesse sentido, os trabalhadores apontam: *“A medida que foram abrindo portas para que fossem feitos os convênios, se criou assim um vínculo maior com a rede”*, conforme segue no fragmento da fala de um dos trabalhadores:

Uma das coisas agora, um diferencial que a instituição Y vem tendo nestes últimos anos são os convênios. Que entra essa questão do vínculo com o SUS, que até então não existia isso, a instituição é uma instituição privada onde a única forma de internação era se a instituição conseguisse acolher, vamos

dizer assim, de forma gratuita, mas com o subsídio da própria instituição ou custeio dos familiares. Ou de alguém. De algum padrinho que resolvesse custear aquela internação. Então era apenas desta forma. A medida que foram abrindo portas para que fossem feitos os convênios, se criou assim um vínculo maior com a rede (2/ T. 7).

É uma tarefa complexa inferir que há avanços em se tratando de instituições privadas, quando se entende que o ideal seria uma rede formada por serviços públicos e estatais. O fato é que a complementariedade de serviços, de preferência sem fins lucrativos, faz parte da composição do Sistema Único de Saúde, estando previsto nos textos legais. Se é certo que esta realidade “casa” com o modelo de Estado ao qual nós estamos assistindo de maneira mais proeminente deste a década de 1990, então é necessário assumir o papel de protagonista, reunindo aportes teóricos institucionais, a fim de subsidiar a realização de mudanças mais radicais, na própria constituição da política de saúde, no sentido de garantia do direito à saúde.

Romper com a lógica privatizante que está no cerne da constituição da Política de Saúde brasileira não é tarefa fácil. Nesse sentido, não se pode perder de vista a busca pela transformação do SUS, ao mesmo tempo em que se faz necessário um acompanhamento quanto a atuação das instituições privadas sem fins lucrativos, para que se constituam subsídios em prol de uma efetiva transformação em relação ao direito à saúde.

O próximo subtítulo apresenta as dificuldades de se ampliar a rede com serviços públicos. Apresenta o fragmento da fala do gestor, “*é isso ou nada*” (G. 1), ou seja, ou se amplia a rede via instituições privadas sem fins lucrativos ou não se amplia. Serão apresentadas algumas reflexões sobre este limite de ampliação da rede pública, bem como, a forma como tem se constituído o acompanhamento pelo poder público.

4.4 “É ISSO OU NADA”: REFLEXÕES SOBRE A (IM) POSSIBILIDADE DE AMPLIAR A REDE PÚBLICA E A FORMA COMO TEM SE CONSTITUÍDO A FISCALIZAÇÃO PELO PODER PÚBLICO

Quando o gestor financeiro vai fazer a conta ele vai perguntar: quanto custa um CAPS próprio e quanto custo um CAPS conveniado? O CAPS conveniado ele é um terço do valor de um CAPS público, ele vai obviamente pensar números e aí ele vai dizer, vamos fazer então uma parceria, nesse sentido. E vai mandar conveniar, é isso. Se não for isso ele vai dizer: não vamos fazer! E aí nós que estamos ali, no dia a dia, com todas as demandas dos usuários aí chega num brete: é isso ou nada! E é literalmente isso o que eles nos dizem (G.1).

O dilema mencionado pelo gestor de saúde, citação que abre este subtítulo é um dos grandes impulsionadores da pesquisa. De um lado a (im) possibilidade de abrir serviços próprios,

do outro lado os fatores comumente relacionados às instituições privadas sem fins lucrativos: fragilidade nos vínculos de trabalho, falta de transparência na gestão dos recursos públicos, fragilidade na fiscalização pelo poder público.

A análise da inserção das instituições privadas sem fins lucrativos no Sistema Único de Saúde dispara uma infinidade de indagações e problematizações. O recorte realizado neste estudo, para a Política de Saúde Mental álcool e outras drogas do município de Porto Alegre, já traz à tona a relação frágil e ainda embrionária que tem sido estabelecida entre Poder Público e tais instituições.

Os dados da pesquisa indicam que a inserção destas instituições tem se tornado uma grande tendência para garantir atendimento à população assim como evidenciam a precariedade do SUS como garantidor de seus princípios e diretrizes por estas instituições. Considera-se que a caracterização enquanto instituição filantrópica que comumente é identificada no próprio nome da instituição, bem como na sua missão, obscurece relações que aparentemente se distanciam do que pretendemos de uma Política Pública e estatal. Pois, em relação ao cenário que se desenha para ampliação da rede via instituições privadas sem fins lucrativos, é interessante refletir sobre a fala da gestão da Política de Saúde Mental que destaca que este formato tem sido implementado como uma forma de dar conta das demandas, embora não fique claro de quem são as demandas, se da instituição ou da população.

Eu acho que é uma grande tendência, sabe. Eu acho que é uma tendência porque justamente isso assim. A gente tem muitas demandas de trabalho e aí não é só pela saúde assim, eu vejo pela assistência que também é uma parceira, dessa lógica dos convênios. Que é uma forma que a gente tem de dar conta das demandas, ou de grande parte destas demandas (G. 1).

Se o interesse é dar conta da política municipal que precisa ampliar serviços, é possível concluir que essa demanda está sendo atendida na medida em que há ampliação da rede via instituições privadas, reforçado pela fala de um dos participantes quanto a opção do Poder Público. Ele refere que: *“eles acharam que era mais fácil ir atrás do que já existe do que criar alguma coisa nova”* (2/T. 7). Mas se, no entanto, o depoimento do representante da gestão é dar conta das demandas da população, indaga-se se estas estão realmente sendo atendidas e até mesmo priorizadas.

O Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre (2013), aponta que a parceria com as instituições de saúde é necessária, diante da legislação vigente. Então, resta à administração a fiscalização destes parceiros.

Essa parceria com as instituições de saúde é necessária, tendo em vista as condições impostas pela legislação vigente, que acabam por moldar a composição do SUS em todo o país, ao considerar a Lei de Filantropia e a atuação de instituições estaduais e federais em serviços de governabilidade municipal – “direção única em cada esfera do governo” (LOS 8080/90). Desta forma, cabe a SMS a administração e fiscalização dos contratos com os prestadores de serviços privados, como hospitais, clínicas, empresas de diagnóstico por imagem, exames hematológicos, dentre outros serviços, incluindo a gestão do trabalho definida pela SMS para o SUS em toda a cidade (PORTO ALEGRE, 2013, p. 294).

O depoimento abaixo em relação à fiscalização e acompanhamento pelo Poder Público aponta que há críticas que envolvem a realização de convênios reiterando que a ação da fiscalização é um passo importante para garantir a prestação de serviços de maneira adequada.

A gente sabe de todas as críticas, de todas as discussões que existem em relação a estas parcerias. O que a gente tem feito, assim. A gente tem fiscalizado e acompanhado o trabalho, dado as diretrizes [...] Nós temos trabalhado dizendo assim, bom, nós queremos esta prestação de serviços e é sobre esta prestação de serviços que nós vamos cobrar. Que tem as diretrizes da política, enfim. E é o que tem acontecido. Da mesma forma tanto para os CAPS, quanto para os leitos, quanto para Comunidade Terapêutica, a gente faz fiscalização sistemática, acompanha o trabalho e evidente que, como qualquer serviço tem problemas, tanto nossos, públicos mesmo, 100% públicos, como nesses conveniados, a gente tem problema de todas as ordens. Mas em alguma medida a gente tem fiscalizado, a gente tem acompanhado (G. 1).

Importante avaliar que desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, o financiamento da saúde está em pauta no Brasil. O país ampliou a rede de proteção, mas o setor público continua investindo somente 3,6% do PIB, em média. Isso significa que os gastos públicos representam apenas 44% do gasto total em saúde (BRASIL, 2013). Ou seja, os governos federais, estaduais e municipais são responsáveis pela metade do gasto com saúde no país, sendo que a outra metade é destinada às famílias e às instituições sem fins lucrativos.

Com isso, o subfinanciamento e a precarização do trabalho no SUS, fomentou um mercado de gestão para o fornecimento de recursos humanos através da contratação por meio de Fundações, OSs e OSCIPs. Isso acarretou no aprofundamento da precarização do trabalho em saúde, como por exemplo: vínculos empregatícios cada vez mais precários, falta de estrutura física, sobrecarga de atividades devido à exigência de uma postura de trabalho polivalente, entre outras questões.

Esses fatores resultam na ampliação de investimentos no setor privado, pois no Brasil há 47,9 milhões de beneficiários de planos de saúde, resultando num faturamento de R\$ 97,7

bilhões por ano para as seguradoras, de acordo com os dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar de 2012 (DOMINGUEZ, 2013).

A incorporação aos planos de saúde passa a ser cada vez mais almejado pela classe trabalhadora. Assim, esses planos passam a integrar a cesta de benefícios indiretos e não tributáveis dos contratos de trabalho, tornando-se moeda de troca salarial e reintrojetam, aparentemente sem intervenção governamental, a segmentação do sistema de saúde brasileiro (BAHIA, 2008).

Com relação ao financiamento para o setor saúde, ocorreram diversas perdas como: a retirada da contribuição previdenciária da base de cálculo do orçamento da saúde, a desvinculação das Receitas da União foi criada para permitir ao governo usar 20% das Receitas, a CPMF não se manteve exclusivamente como tributo do SUS e a Emenda Constitucional número 29 não determinou a aplicação de 10% da Receita da União na Saúde. Isso acarretou em um desinvestimento que impediu o Sistema de se organizar para dar conta das demandas da população (DOMINGUEZ, et al., 2013).

Nessa perspectiva, Mendes (2004) aponta para a existência de diferenças entre o SUS real e o SUS constitucional: o SUS constitucional propõe um sistema público universal, enquanto o SUS real se consolida como um subsistema, dentro de um sistema segmentado, destinado aos indivíduos que não tem acesso ao subsistema privado. Dessa forma, constitui-se um modelo segmentado, com três grandes sistemas: O Sistema Único de Saúde público, O Sistema de Atenção Médica Suplementar e o Sistema de Desembolso Direto⁴⁵.

Como exemplo das perdas para o SUS, tem-se a precarização do trabalho. Destacado em um fragmento de fala emblemático quanto à forma como essa precarização ocorre no plano real. No entanto, avalia-se que é um processo negativo, em todos os aspectos. Se não se tem garantias do vínculo do trabalhador com a instituição, com o serviço de saúde, logo avalia-se que não há garantia de continuidade no tratamento para aquele usuário que está sendo atendido. Isso repercute tanto em relação àquele profissional, que pode ser a qualquer momento demitido, quanto com o serviço, que pode ter seu contrato rompido a qualquer momento.

Conforme segue:

Então nesse sentido o conveniamento ele tem isso assim, bom aquele profissional eu avalio assim, aquele psiquiatra não está condizente com a Política, eu vou chamar o prestador e vou dizer: não dá! Aí eu vou chamar outra pessoa outro profissional e vou colocar ali naquele CAPS, e isso já

⁴⁵O Sistema público é destinado aos brasileiros que não possuem acesso aos planos privados. A Saúde Suplementar consiste nos planos privados de saúde e o Sistema de Desembolso Direto corresponde aos brasileiros ricos e pobres que realizam a compra direta de serviços (MENDES, 2004).

aconteceu, a gente consegue fazer isso, porque, qual é a minha, aí tu vai dizer mas isto é uma lógica muito de mercado, não! É uma questão para mim de identificação com uma política, eu tenho que prestar uma política de qualidade para o meu usuário do SUS. Eu preciso que as pessoas entendam isso, que os profissionais entendam isso. E façam isso de acordo com todas as diretrizes do SUS. Se não tiver fazendo isso, não fica, vai embora! (G.1).

A contradição se expressa quando as condições de trabalho e de conveniamento não garantem e estimulam à vinculação dos trabalhadores ao seu fazer profissional, e estes são punidos por essa não vinculação com a troca por “*outra pessoa outro profissional e vou colocar ali naquele CAPS*”. Indaga-se como é possível esperar a “*identificação com uma política*” que não garante condições de trabalho, garantia de vínculo, entre outros. O que mais esperar desse trabalhador? Por outro lado, na mesma entrevista, aparece a contradição no momento em que a gestão avalia que o convênio também tem seus pontos negativos, conforme mencionado acima, em relação à permanente instabilidade quanto à continuidade da prestação do serviço,

Mas também tem uma coisa no sentido de que é ruim, eu posso estar conveniada com a instituição Y, no ano que vem eu posso não estar conveniada. E aí quem é que me garante que o próximo que vai vir, vai dar continuidade ao trabalho e em alguma medida quando o conveniamento vai acontecendo por mais tempo já tem uma certa expertise assim, é interessante tu ver isso assim (G. 1).

Em todos os casos, quem sai perdendo é o trabalhador e o usuário dos serviços de saúde. Como consequência desse processo, a prestação de serviços à população usuária dessa política pública resulta em atendimento com baixa resolutividade, com compromissos que não se materializam, com fragilidade no acolhimento, dificuldade no acesso aos serviços de saúde e na realização do tratamento em saúde, entre outras expressões.

É uma certa desburocratização da máquina pública no sentido de que eu vou contratar alguém para fazer uma prestação de serviços, eu vou fiscalizar, eu tenho dispositivos para a fiscalização. Se não prestou eu posso romper o contrato, abrir um outro contrato com outra entidade que em alguma medida disso também, me dá uma resposta de qualificação, de qualificação não, mas de resolutividade porque eu não fico sem serviço (G. 1).

Em relação à fala acima, o representante da gestão utiliza termos como: “desburocratização da máquina pública”, “resolutividade” e “qualificação”, para explicar o processo de diminuição das funções do Estado. Indaga-se em que medida a desburocratização não está relacionada à irresponsabilidade do Poder Público? Ou seja, a facilidade para fazer e desfazer contratos, ao mesmo tempo, fazer e desfazer vínculos de trabalho, não expressa e confirma a fragilidade da legislação, que abre as portas para a total flexibilização?

Ao mesmo tempo, avalia-se que todos os atores envolvidos neste processo caminham em terreno instável, inclusive o próprio representante da gestão, que precisa lidar com este cenário que se modifica a todo momento. Utiliza-se o instrumento fiscalização como forma de garantir um modelo de “prestação de serviços”. E, conforme avaliado pela gestão, o trabalhar com o prestador de serviço é *“muito mais simples”*, pois se troca, se rompe, se modifica.

Nesse sentido a gente tem feito isso (fiscalização), especialmente com os conveniados. Os nossos também, a gente também faz isso, mas como o conveniado ele é também uma prestação de serviço. Ao ente público. Então também a gente tem. E vou te dizer que é bem mais tranquilo trabalhar com os conveniados do que os nossos próprios, muito mais simples (G. 1).

Com esse processo de privatização do público, há uma ofensiva às conquistas historicamente almejadas como os direitos sociais e trabalhistas. E assim, risca-se o SUS da Constituição e se constrói um novo Sistema de Saúde, substituindo os direitos de cidadania pelos de consumo, subsidiado através de recursos públicos (DOMINGUEZ et al., 2013).

A partir dos dados coletados fica em evidência a importância de uma certa sincronia entre os três entes - esferas federal, estadual e municipal -. A questão da ausência de dispositivos na rede em número suficiente é justificada pela dificuldade financeira,

É um planejamento que existe, mas que não está executado plenamente ainda, em função de toda uma dificuldade financeira, que não é novidade para ninguém. Que a Prefeitura vivencia, nesses dois últimos anos, mais. Com mais problemas ainda. E ainda nesta relação, porque toda política pública ela é em alguma medida tripartite. Então o Estado compõe, o município e a União. E nós vivemos também um problema grave de repasse do Estado para o município. Então nós já estamos há muitos meses sem receber a contrapartida do Estado e qualquer planejamento que a gente passe que o nosso financeiro avalie, ele não conta com recurso do Estado, atualmente. Ele trabalha com os recursos que vem da União e do Município. Então nesse sentido os serviços encarecem muito (G. 1).

Em relação aos trabalhadores das instituições, observa-se um desconhecimento em relação ao financiamento, como, por exemplo, quando questionados sobre o acompanhamento em relação ao recurso público, *“mas eu digo assim, o repasse, não sei quem é que repassa, quem é que controla quem é que gerencia”* (1/ T.5) *“E eu também não faço ideia do que é o do poder da associação, do que é do gerenciamento”* (1/ P.5).

Avalia-se que são muitos os desafios quanto a relação público e privado na saúde. A tendência apontada para uma ampliação da rede de atenção via instituições privadas é um grande retrocesso, no momento em que se observa a precarização dos vínculos trabalhistas, a permanente dúvida quanto à continuidade da prestação do serviço, a existência de uma

fiscalização do Poder Público, mas que ainda se apresenta de maneira frágil, uma fiscalização que existe porque se sabe das críticas que envolvem o funcionamento destas instituições. E ainda, observa-se uma certa posição de privilégio do setor privado quando da inexistência de instituições que prestariam o serviço com qualidade.

A partir da aproximação desta relação público e privado, surgiram várias questões que não estavam previstas, e que se tornam peças interessantes no momento em que se avalia que o Poder Público tem ocupado um lugar subalterno, qual seja: se movimenta conforme o setor privado lhe possibilita. Este lugar subalterno é legitimado na fala dos participantes, seja da gestão ou da assistência, quando referem que: *“é o funcionário que muitas vezes tem a lógica da acomodação” (G.1); “Porque a gente sabe que a máquina pública ela vive um mundo à parte”(2/T.5); “Com os nossos é extremamente difícil, os nossos que eu digo assim, nós, serviço público” (G.1).*

O próximo subtítulo, que apresenta algumas problematizações sobre os documentos pesquisados, aponta contradições que existem nas relações estabelecidas entre público e privado na saúde, ao mesmo tempo em que fornecem subsídios para o debate.

4.5 PESQUISA DOCUMENTAL: “NÃO SEI QUEM É QUE REPASSA, QUEM É QUE CONTROLA QUEM É QUE GERENCIA”⁴⁶

A pesquisa documental foi desenvolvida como meio de identificar a existência de normativas que se referiam a relação do Sistema Único de Saúde com as instituições privadas sem fins lucrativos. Desse modo, foram analisados documentos publicados como legislações, políticas públicas, e os Planos de Saúde municipal de Porto Alegre e Plano de Saúde Estadual/RS.

A pesquisa foi realizada nos sites oficiais do Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas (SENAD), Secretaria Estadual de Saúde/ RS (SES/RS) e Secretaria Municipal de Saúde/ Porto Alegre (SMS/POA). Como forma de organizar e analisar os dados encontrados, se construiu uma tabela (apêndice A), na qual consta o nome do documento, data de publicação, a instância em que foi publicada, a existência ou não de discussão referente a instituições privadas sem fins lucrativos nos documentos, e as observações realizadas a partir da leitura destas publicações.

⁴⁶Fragmento da fala do Grupo Focal com equipe de instituição que faz parte da rede de saúde mental e mantém convênio com o município de Porto Alegre.

A análise revela que os textos legais têm se constituído como subsídio para a existência e manutenção das instituições privadas sem fins lucrativos na rede de atendimento. Ao mesmo tempo em que se constitui enquanto terreno instável no que se refere à transparência na gestão dos recursos e em relação aos processos de trabalho realizados por essas instituições, o que dialoga com a fala que abre este subtítulo: *“não sei quem é que repassa, quem é que controla quem é que gerencia”* (2/ T.3), extraído do Grupo Focal quando questionados quanto à forma de repasse financeiro e manutenção da instituição.

Desde a Constituição Federal de 1988, em que artigo 199 destaca que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, com preferência para as instituições privadas sem fins lucrativos. No SUS (8080/1990) a complementariedade é novamente mencionada, conforme artigo 2º *“a iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar”*.

Há de se considerar que, a partir das principais legislações, os demais documentos legais mantiveram e regulamentaram a forma como as instituições privadas participarão do Sistema protetivo brasileiro. Em se tratando da realidade da Política de Saúde, nota-se que na década de 1990, várias legislações foram criadas no intuito de descentralizar as atividades do Estado. Como exemplo estão: a Lei das OSS e OSCIPS.

Em que pese à existência de tais legislações, o Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre aponta que as legislações definem a possibilidade de ampliação da rede de serviços via instituições privadas, conforme segue: *“Essa parceria com as instituições de saúde é necessária, tendo em vista as condições impostas pela legislação vigente, que acabam por moldar a composição do SUS em todo o país”* (PORTO ALEGRE, 2013, p. 294).

No Plano Estadual de Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2013), é apontado que mais de 70 % da Rede Hospitalar contratada é constituída de estabelecimentos privados ou filantrópicos. Ainda, estabelece o valor por leito habilitado de saúde mental e o número máximo de leitos por hospital geral (30 leitos).

A Lei 10.216 de 2001, somente menciona que deve ser atividade privativa dos serviços de natureza jurídica pública, a supervisão dos serviços de saúde mental. Os documentos como o Plano integrado de enfrentamento ao crack” (2010) e a “Política Nacional sobre drogas” (2005), institui e incentiva a participação de instituições através do convênio com o Poder Público. A “Política do Ministério da Saúde para atenção integral à usuários de álcool e outras drogas” (2004), faz uma ressalva quanto ao funcionamento precário observado em Comunidades Terapêuticas.

De outro lado, o vazio de possibilidades para a reabilitação das pessoas com dependência ao álcool ou a outras drogas possibilitou a instalação no Brasil de serviços autodenominados de "Comunidades Terapêuticas". Estes serviços multiplicaram-se sem qualquer regulamentação, evidenciando-se um funcionamento precário para muitos deles (BRASIL, 2004, p. 46).

Uma análise inicial apontou as seguintes características que compõe o perfil das instituições. São elas: caráter filantrópico, ou seja, não há lucro; direção da instituição composta por voluntários; missão religiosa; mantidas com recurso público, atendimentos particulares, doações e trabalho voluntário; estrutura física fruto de doação e precarização dos vínculos de trabalho.

A partir da coleta e análise das informações, foram sistematizados alguns pontos marcantes em relação ao perfil das instituições que compuseram essa pesquisa, conforme segue:

- ❖ **COMUNIDADE TERAPÊUTICA:** As duas Comunidades Terapêuticas que possuem convênio com o município de Porto Alegre são instituições religiosas e de caráter filantrópico. Uma das instituições é vinculada à Igreja/ religião Católica e a outra Igreja/ religião Evangélica. A direção das instituições é composta somente por voluntários. Em relação à instituição que participou da pesquisa, foi possível analisar que tal instituição possui na própria missão um fundamento religioso, o qual se faz presente nos processos de trabalho na instituição. A equipe da instituição é composta, dentre outros profissionais, por voluntários que são usuários egressos da instituição. A equipe é interdisciplinar. O Convênio com a Secretaria de Saúde do Município existe desde 2008, mas constata-se no site que o recebimento de verbas do município é anterior a este período. Conta atualmente com trinta vagas SUS para o município de Porto Alegre e disponibiliza vagas particulares. A instituição foi fundada por voluntários no ano de 1989.

- ❖ **HOSPITAL GERAL COM LEITOS DE SAÚDE MENTAL:** O Hospital é gerenciado por uma Associação Hospitalar criada em 1994. Caracterizado como uma instituição privada até 2002, época em que passou a ser Associação. Atualmente atende 54 leitos de saúde mental pelo SUS (sendo que o limite preconizado pelo Ministério da Saúde é de 30 leitos por Hospital Geral). A equipe é interdisciplinar e não possui voluntários na sua composição. As ações de voluntariados acontecem em eventos festivos na Unidade.

Ainda que o perfil traçado esteja se referindo somente às duas instituições pesquisadas, a partir de outros dados se confirmam algumas características que estão postas de maneira mais geral.

No Brasil, existem 290.692 Organizações da Sociedade Civil (associações, fundações e organizações religiosas) do total de 556,8 mil entidades privadas sem fins lucrativos, no ano de 2010 (BRASIL, 2015). De acordo com o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (2015) as OSC têm como atributos “serem de natureza privada, sem fins lucrativos, legal e voluntariamente constituídas e administradas” (BRASIL, 2015, p. 43). Em relação ao número de pessoas contratadas pelas OSCs, interessante salientar o número significativo de trabalho voluntário. Dos 519.152 colaboradores que atuam em tais entidades, os voluntários constituem a maior parte, respondendo por 53,4% do total (BRASIL, 2015, p. 50).

Uma característica relevante é que 72,2%, ou seja, 210 mil entidades não empregam nenhum trabalhador formal. Sobre esse fato é importante considerar o peso do voluntariado no Brasil, que engloba parte significativa dessa força de trabalho (BRASIL, 2015, p. 50).

Em relação à distribuição das OSCs por data de fundação, observa-se que parte significativa das entidades é nova, pois 40% do total de OSCs existentes hoje foi criada entre 2001 e 2010, dos quais, metade surgiu a partir de 2006 (BRASIL, p. 43, 2015). Apesar desse crescimento recente predomina ainda uma parcela considerável das OSCs fundadas entre 1981 e 2000, refletindo o momento de reabertura democrática com a criação das legislações quanto à Organizações da Sociedade Civil (BRASIL, 2015).

Em relação às áreas de atuação das OSCs, a religião é a área que apresenta o maior crescimento entre as OSCs, no período de 2006 e 2010, quando foram criadas 11,2 mil entidades consideradas organizações religiosas (BRASIL, 2015, p. 61).

A Pesquisa Documental fornece subsídios para adensar as análises e aponta dados e informações que os trabalhadores e gestores muitas vezes não apontam em seus depoimentos, evidenciando contradições da Política de Saúde Mental, ao mesmo tempo iluminando e dando aporte teórico-legal para as descobertas da pesquisa.

No próximo capítulo, serão indicadas algumas reflexões que foram apresentadas ao longo do texto, e possibilidades de mudança deste cenário contraditório que está presente na Política de Saúde, e que, aparentemente vai se intensificar, diante da “(im) possibilidade” de ampliação da rede pública e estatal.

5 CONCLUSÃO

As análises elaboradas nesta dissertação estão longe de esgotar as questões que foram propostas no projeto de pesquisa. Pelo contrário, possivelmente fomentam outros debates e indagações, pois os temas que envolvem a relação entre as instituições privadas sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde é movediça, difusa, dinâmica, responde a textos legais e também às motivações de gestores, trabalhadores, partidos políticos e instituições religiosas.

O hibridismo público/privado e toda a carga que estes termos contêm historicamente, se expressam nas falas dos participantes e no movimento da investigadora que se percebeu durante toda a pesquisa afundando em um terreno instável, tentando se “segurar” em certezas anteriores, mas que se subsumiam no processo de permanente constatação/interrogação.

Trata-se de uma discussão/construção, complexa e repleta de ramificações que ora se encontram clareando a busca da pesquisadora, ora se distanciam, potencializando o grau investigativo da proposta. Prates (2003) em seu artigo sobre Planejamento Social, lembra que a escolha de um tema é a primeira grande questão, embora pareça simples, pois significa uma opção, uma disposição de conviver com ele por algum período, às vezes, longo. Significa também “nos aprofundarmos no seu desvendamento, nos dispormos a ressignificá-lo quantas vezes for necessário, a desestabilizar os conceitos que formulamos sobre ele ao longo do tempo, para posteriormente retomá-lo de forma superada” (PRATES, 2003, p. 125). E é este processo que vem ocorrendo na aproximação com o tema, pois em um mesmo movimento é possível subsidiar e aprofundar aquilo que se imaginava a priori, e a ressignificar e romper com conceitos pré-estabelecidos quando da aproximação com a realidade.

Enquanto conclusão avalia-se que, conforme foi problematizado nos primeiros capítulos, a palavra reforma, que historicamente fora vinculada às lutas das classes em uma perspectiva de ampliação de direitos, foi cooptada pela ideologia neoliberal para justificar o combate à presença e às dimensões democráticas do Estado (SIOMIONATTO, LUZA, 2011).

No processo de contrarreformas, os movimentos sociais, são interpelados pela mídia liberal – conservadora e vem sendo hegemonizado em suas demandas políticas, levando a manipulação pelo poder da ideologia a serviço dos interesses da ordem burguesa hegemônica (ALVES, 2014). Nesse viés de manipulação, em prol de interesses da burguesia, é que aparecem as organizações do terceiro setor que o próprio Estado apresenta para a sociedade, como instituições que vão dar conta de espaços vazios de assistência, onde o Estado se diz sem condições de prestar atendimento, evidenciando o discurso de um “atendimento possível”, diante de uma crise financeira, o que tem se caracterizado enquanto Reforma Sanitária

“flexibilizada”. Esse discurso tem sido recorrente no atual modelo de Estado e precisa ser problematizado, bem como analisado cientificamente.

Na realidade da Política de Saúde Mental, a inserção de instituições privadas sem fins lucrativos, carrega nas suas ações, formas de atendimento que em muito se aproxima das instituições que se estabeleceram antes da Constituição Federal e do próprio Sistema Único de Saúde.

A partir da análise, observa-se que, embora com muitos avanços a partir do próprio movimento da Reforma Sanitária, com a instituição do Sistema Único de Saúde, bem como com a Lei da Reforma Psiquiátrica, é necessário avançar quanto ao modelo de cuidado que se faz presente na rede de atendimento. Este modelo ainda carrega marcas da forma de atendimento em saúde centrado na doença e no isolamento o qual é reiterado nas instituições pesquisadas. Marcas e características não presentes unicamente em serviços públicos estatais ou em privados sem fins lucrativos.

Em relação ao atendimento para os usuários em uso prejudicial de álcool e outras drogas, há uma tendência para ações de maior isolamento e segregação. E se evidencia aí uma maior participação das instituições privadas. Ainda que se tenha garantido uma série de serviços substitutivos, a internação ainda é a primeira e única opção para muitos usuários e familiares. Alertando que ainda não existem dispositivos de atendimento em saúde mental em todas as regiões, o que torna mais difícil a continuidade no tratamento fora do isolamento, da internação e impondo que algo precisa ser feito para mudar a lógica de criação de “mini manicômios”.

A centralidade da discussão da Lei da Reforma Psiquiátrica, está na mudança gradativa dos leitos de Hospitais Psiquiátricos para Hospitais Gerais. Uma das instituições, extrapola o número de leitos de saúde mental, bem como a unidade que presta atendimento se caracteriza como uma unidade fechada, onde só recebem usuários com problemas com a “dependência química”. Modelos não preconizados nas legislações.

As instituições se posicionam diferentemente em relação à Rede álcool e drogas. Ou como “funciona bem”; ou como “outras Políticas funcionam melhor do que a própria rede de saúde” indicando que o conceito de rede de atenção merece ser apropriado, entendendo que o atendimento é de responsabilidade de todos os dispositivos, devendo envolver todos os níveis de atenção em saúde e outras políticas.

Será que essa dificuldade em prestar atendimento de qualidade, garantindo a integralidade e reinserção social - conforme mencionado pelas duas instituições - não estaria vinculado a um interesse quanto a manutenção das internações? A dificuldade de ampliação da rede de atenção básica, territorial, poderia estar relacionada a um interesse na manutenção da

rede de alta complexidade? Estas são algumas indagações que ainda ficam, mas que merecem atenção.

Por outro lado, a partir da fala da gestão da Política de Saúde Mental, percebemos que tem sido muito difícil abrir novas vagas – leitos de saúde mental – em Hospitais Gerais. E isso se deve a vários motivos. Um destes deixa em evidência o quanto não avançamos em relação à Lei da Reforma Psiquiátrica. Seja por preconceitos em relação aos usuários, seja pela questão do financiamento que se configura enquanto mínimo para as políticas sociais. Nesta pesquisa, observou-se que o setor financeiro em nível municipal não apresenta a possibilidade de ampliar a rede de saúde mental com serviços públicos e estatais. No momento em que não se amplia a rede com serviços públicos, desenha-se um cenário onde o privado alcança um privilégio, qual seja: independente de prestar bom atendimento, o ente público necessita dele, não se desenhando outra possibilidade. Nesse sentido, o Estado espera e autoriza o setor privado na solução, criando serviços para que o Estado possa ir até lá e adquirir.

Tal movimento é ainda fomentado pelas “marcas do público”, que aparecem tanto na fala da gestão quanto nas equipes da assistência, o que corrobora com a proposta do serviço público como inadequado para prestar atendimento de qualidade, enquanto o privado, que funciona através da “doação das pessoas”, se desenha como uma alternativa positiva nesse sentido, deixando encoberto todo o processo de flexibilizações que está relacionado a estas instituições.

Por outro lado, se o Sistema Único de Saúde representado pelo seu gestor, segue contratando instituições privadas sem fins lucrativos, que não seguem as diretrizes e princípios do SUS, então não é mais possível concluir que somente as instituições privadas não cumprem os princípios e diretrizes do SUS, mas que o próprio SUS não segue o que preconiza, e assim o Estado “deixa de assumir o papel de executor preferencial, regulamentador e financiador das ações de saúde a partir de um Sistema Único de Saúde – SUS” (TEIXEIRA, 2011, p. 221).

É com base no conjunto de determinações apresentadas ao longo do texto que se avalia que o SUS perde sua “radicalidade democrática” (KRUGER, 2014), não pela ausência dos seus princípios, mas pelas formas como vem dando concretude a eles, como por exemplo, quando permite que a saúde para além de um direito é identificada pelo seu potencial de expansão e lucratividade para o mercado.

Estes desafios impõe uma série de tarefas aos que acreditam e estão comprometidos com a garantia do atendimento à saúde de qualidade, de acordo com os preceitos do SUS. Para realizar uma leitura crítica da realidade do Sistema Único de Saúde brasileiro, de maneira a

obter subsídios para transformação, é necessário construir mais elementos quanto às relações estabelecidas entre o público e o privado.

Modificar o que está posto significa buscar estratégias que viabilizem políticas públicas universais, com vistas à construção de uma sociedade menos desigual. Faz-se necessário, neste sentido, que se constituam mais elementos para enfrentar e se opor às tendências que se caracterizam como retrocesso para as políticas públicas, e não se subordinar ao cenário apresentado neste trabalho, que apresenta marcas de um sistema excludente, de precarização do trabalho e do atendimento em saúde, que propaga a desqualificação do público.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Giovanni. **Trabalho e Neodesenvolvimentismo. Choque de capitalismo e nova degradação do trabalho no Brasil**. Bauru: Canal 6, 2014.
- AMARANTE, Paulo (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- ANZANELLO, Jactiane; DIAS, Miriam Thais Guterres; DALMOLIN, Bernadete; MONTEIRO, Jaqueline da Rosa; NETO, Antonio Bolis Oliveira. Percepção dos usuários de crack e seus familiares quanto ao acesso e serviço oferecidos em hospitais gerais. In: **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 37, nº especial, p. 92-102, dez. 2013.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BAHIA, Ligia. A Démarche do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal. In: Matta, Gustavo Corrêa (org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.
- _____. **Avanços e percalços do SUS: A regulação das relações entre o público e o privado**. In: Revista trabalho, educação e saúde, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462006000100010>. Acesso em: 10 nov. 2015.
- _____. Impeachment do SUS. **O Globo**, Rio de Janeiro, 28 set. 2015. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/opiniao/impeachment-do-sus-17608284>>. Acesso em: 29 set. 2015.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BEHRING, Elaine Rosseti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BELLINI, Maria Isabel Barros; FALER, Camília Susana (org.). **Intersetorialidade e Políticas Sociais: interfaces e diálogos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014.
- BORON, Atílio A. Os “novos Leviatãs” e a pólis democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da Democracia na América Latina. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (org.). **Pós – neoliberalismo II: Que Estado para que democracia?** Petrópolis: Vozes, 1999. p. 7-62.
- BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CFESS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: 2009.
- BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e

AIDS. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2014.

_____. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas**. 1. ed. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei Estadual nº 9.716, de 7 de agosto de 1992**. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Brasília, 1992.

_____. **Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, 20 set. 1990.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 6 abr. 2001, 180º da Independência e 113º da República.

_____. **Lei 8666 de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8666cons.htm>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. **Lei 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. Brasília, 1998.

_____. **Lei 9.790 de 1999**. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília, 23 mar. 1999.

_____. **Lei 13.097 de 19 de janeiro de 2015**. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13097.htm>. Acesso em: 7 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos HUMANIZASUS. Volume cinco, Saúde Mental**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Financiamento Público de Saúde**. Eixo 1, vol. 1, Brasília, 2013.

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em dados: Prevenção do uso de álcool e outras drogas em escolas e comunidades (2013 – 2015)**. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental álcool e outras drogas. Dez. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Preven----o-em-Dados--2013-2015-.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2016.

_____. **Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Ministério da Saúde, Brasília, 2000.

_____. **Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Ministério da Saúde, Brasília, 2012.

_____. **Portaria nº 857 de 22 de agosto de 2012**. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2012.

_____. **Portaria nº 3090 de 23 de dezembro de 2011**. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília, 2011.

_____. Presidência da República. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Câmara da Reforma do Estado, Brasília, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. **Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, Ministério da Saúde. 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF, nov. 2005.

_____. **Residências Terapêuticas. Para quem precisa de cuidados em saúde mental, o melhor é viver em sociedade**. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

_____. **Resolução do Conselho Nacional Antidrogas - CONAD – Aprova a Política Nacional sobre drogas**. Brasília, 2005. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=101642>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012** do Conselho Nacional de Saúde CONEP, 2012. Disponível em: <http://www.sap.sp.gov.br/download_files/pdf_files/comite_de_etica_em_pesquisa_SAP/resolucao-466_12-12.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. Secretaria-Geral da Presidência da República. **Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil - MROSC: A construção da agenda no governo federal 2011 a 2014**. Brasília, 2015. Disponível em: <<https://www.secretariageral.gov.br/iniciativas/mrosc/publicacoes>>. Acesso em: 4 jan. 2015.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês; PEREIRA, Potyara. **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete (org.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4ª ed. Brasília: Cortez, 2009. p. 88-110.

_____. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAZ, Marcelo; NETTO, José Paulo. **Economia Política: uma introdução crítica**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRECHT, B. Peça didática de Baden-Baden. In: _____. Poemas: 1913-1956. ed. 34. Rio de Janeiro: 2003.

CABRAL, Eloisa Helena de Souza. **Terceiro Setor: gestão e controle social**. São Paulo: Saraiva, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da Reforma: Repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

_____. **Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública**. Rev. Serviço Social e Sociedade, n. 87. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Método para apoio a coletivos organizados para a produção: a capacidade de análise e de interpretação. In: **Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: O Método da Roda**. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. Modo de coprodução singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. p. 294-302. In: SANTOS, Nelson Rodrigues; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **Gestão Pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/gestao-publica-e-relacao-publico-privado-na-saude.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2015.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires (org.). **Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CFESS. **Nota sobre a regulamentação das Comunidades Terapêuticas: contribuições do CFESS para o debate**. Conselho Federal de Serviço Social Brasília, 28 nov. 2014. Disponível

em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2016.

COELHO, Ivan Batista. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. Capítulo 4, p. 96-131. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires (org.). **Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Porque ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Org.). **Saúde na atualidade: por um sistema de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

COSTA, Lucia Cortes. **Os impasses do Estado Capitalista: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil**. Cortez Editora, 2006.

COSTA, Augusto Cesar de Farias. **Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. In: **Direito Sanitário e Saúde Pública**. V. 1, coletânea de textos, Brasília, 2003.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Intervenções: O Marxismo na batalha das ideias**. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2008.

COUTO, Berenice Rojas et al. **Proteção Social e Seguridade Social: A Constituição de Sistemas de Atendimento às necessidades Sociais**. p. 43-60. In: GARCIA, Maria Lúcia; COUTO, Berenice Rojas; MARQUES, Rosa Maria (org.). **Proteção Social no Brasil e em Cuba**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

DOMINGUEZ, Bruno. **Quando o público financia o privado**. In: Revista RADIS (140): 19-20, 2013. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_140_web.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2015.

_____. et al. **A saúde no centro da agenda**. In: Revista RADIS (133): p. 11-19, 2013. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/133>>. Acesso em: 14 jul. 2015.

DURIGUETTO, Maria Lúcia; SOUZA, Alessandra Ribeiro; SILVA, Karina Nogueira. **Sociedade Civil e movimentos sociais: debate teórico e ação prático-profissional**. In: Revista Katálysis, v. 12, n. 1, jan./jun. 2009, p. 13-21. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/S1414-49802009000100003>>. Acesso em: 14 out. 2015.

FAGUNDES, Helenara Silveira. **O voluntariado, a solidariedade e as políticas sociais**. Revista Virtual Textos & Contextos, n. 6, dez. 2006. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/1029>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

FIOCRUZ. **Dicionário de verbetes da educação profissional em saúde**, 2012. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

GADOTTI, Moacir. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório**. São Paulo: Cortez, Autores associados, 1983.

GALEANO, Eduardo. **O livro dos abraços**. Tradução de Eric Napomuceno. 2. Ed. Porto Alegre: L&PM, 2015.

GERSCHMAN, Silvia. **A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GORENDER, Jacob. In: MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. (Introdução) Tradução: Luis Claudio Castro e Costa. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere. Volume 4 – Temas de Cultura, Ação Católica, Americanismo e Fordismo**. Edição e tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

_____. **Cadernos do cárcere. Volume 3 – Maquiavel, notas sobre o Estado e a Política**. Edição e Tradução Carlos Nelson Coutinho. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

HOBBSBOWN, Eric. **Era dos extremos: o breve século XX (1914 – 1991)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. As dimensões Ético-políticas e Teórico-Methodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 161-196.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. Tradução de Célia Neves e Alderico Toribio. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2002.

KRUGER, Tânia Regina. **SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo**. In: Revista Katálysis (Estado e Política Social: saúde), v. 17, n. 2, p. 218-226, jul./dez. 2014.

LEFEBVRE, Henri. **O Marxismo**. 5. ed. Tradução de J. Guinsburg. São Paulo. Rio de Janeiro: Difel, 1979.

MARQUES, Rosa Maria. MENDES, Áquilas. A problemática do Financiamento da Saúde Pública Brasileira: de 1985 a 2008. Capítulo 8. In: GARCIA, Maria Lúcia; COUTO, Berenice Rojas; MARQUES, Rosa Maria (org.). **Proteção Social no Brasil e em Cuba**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

MARTINELLI, M. L. **O ensino teórico-prático do Serviço Social: Demandas e alternativas**. Revista Serviço Social & Sociedade, n. 44. São Paulo: Cortez, 1994.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da Economia Política**, livro 1: O processo de produção do Capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

_____. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2010.

_____. **Para a questão Judaica**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia Alemã**. São Paulo: Boitempo, 2007.

_____. **Manifesto do Partido Comunista**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda**. Revista Mineira de Saúde Pública, v. 4, p. 4-26, 2004.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado**. In: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos.php>>. Buenos Aires: Salud Coletiva, jan./abr. 2011.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2013.

_____. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2008.

MONTANO, Carlos. A constituição da ideologia e dos Projetos do Terceiro Setor. In: _____. **O canto da sereia: crítica à ideologia e aos projetos do “terceiro setor”**. São Paulo: Cortez, 2014.

_____. **Terceiro Setor e questão social. Crítica ao padrão emergente de intervenção social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

MORAES, Roque. **Análise de Conteúdo**. Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MORAES, Roque; GALIAZZI, Maria do Carmo. **Análise Textual Discursiva**. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. 224 p.

MOTA, Ana Elizabeth; AMARAL, Ângela Santana; PERUZZO, Juliane Feix. O novo desenvolvimentismo e as Políticas Sociais na América Latina. In: MOTA, Ana Elizabeth (org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: Crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. São Paulo: Cortez, 2012.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Sociedade Civil, entre o político estatal e o universo gerencial**. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 18, n. 52, jun. 2003.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 218-241.

PEREIRA, Camila Potyara. **Proteção Social no Capitalismo: Contribuição à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes**. Brasília, dez. 2013. Disponível em: <<http://pct.capes.gov.br/teses/2013/53001010035P1/TES.PDF>>. Acesso em: 20 out. 2015.

PEREIRA, Potyara A. P. Concepção de Bem-estar (social) em Marx. In: PEREIRA, Potyara A. P.; PEREIRA, Camila Potyara (org.). **Marxismo e Política Social**. Brasília: Ícone Gráfica e Editora, 2010.

_____. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. In: **Neodesenvolvimentismo e Política Social**. Serviço Social e Sociedade nº 112. São Paulo: Cortez Editora, out./nov. 2012.

PEREIRA, Potyara Amazoneida; STEIN, Rosa Helena. Política Social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti; SANTOS, Silvana Mara de Moraes; MIOTO, Regina Célia Tamasso (org.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **A construção política do Brasil. Sociedade, economia e Estado desde a Independência**. São Paulo: Editora 34, 2014.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. Biblioteca Central Ir. José Otão. **Modelo para apresentação de trabalhos acadêmicos, teses e dissertações elaborado pela Biblioteca Central Irmão José Otão**. 2011. Disponível em: <www.pucrs.br/biblioteca/trabalhosacademicos>. Acesso em: 13 jan. 2016.

PORTO ALEGRE. **Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2014 – 2017**. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2014-2017.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. Portal de Transparência do município de Porto Alegre. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/transparencia/>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. **Relatório Anual de Gestão - 2014**. Secretaria Municipal de Saúde. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_2014.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

PRATES, Jane. **Planejamento da Pesquisa Social**. p. 123-141. In: Revista Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. Ano IV, n. 7, jan./jun. 2003.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano Estadual de Saúde (2012 – 2015)**. Secretaria de Saúde, RS, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382374302_PES%202012-2015%20FINAL.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

ROSEN, George. **Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica.** Tradução de Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **Uma história da Saúde Pública.** Tradução Marcos Fernando da Silva Moreira com a colaboração de José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: Hucitec; Editora da Universidade Estadual Paulista: RJ, 1994.

ROTELLI, Franco. **A instituição Inventada.** Publicado na Revista "Per lasalutementale/ For mental health" 1/88 – do “Centro Studi e Ricerche per La SaluteMentaledellaRegioneFriuli Venezia Giulia” [s.d]

SILVA, Ademir Alves. **A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SIMIONATTO, Ivete. **Classes subalternas, lutas de classe e hegemonia: uma abordagem Gramsciana.** In: Revista Katálysis, volume 12, nº1, p. 41 – 49. Jan – jun. de 2009.

_____. **Gramsci: Sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social.** 3. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2004.

_____. **Mercosul e Reforma do Estado: o retrocesso da Seguridade Social.** In: Revista Katálysis, n. 5, jul./dez. 2001.

SIMIONATTO, Ivete; COSTA, Carolina Rodrigues. **Estado e Políticas sociais: a hegemonia burguesa e as formas contemporâneas de dominação.** In: Revista Katálysis, v. 17, n. 1, p. 68-76, jan./jun. 2014.

SIMIONATTO, Ivete; LUZA, Edinaura. **Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais.** In: Revista Textos e Contextos, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 215-226, ago./dez. 2011.

SUL 21. **Nomeação de coordenador de Saúde Mental motiva protestos em CAPS e ocupação do Ministério da Saúde.** 15 dez. 2015. Disponível em: <<http://www.sul21.com.br/jornal/nomeacao-de-coordenador-de-saude-mental-motiva-protestos-em-caps-e-ocupacao-do-ministerio-da-saude/>>. Acesso em: 4 jan. 2015.

TEIXEIRA, Sonia Fleury; MENDONÇA, Maria Helena. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** 4ª ed. São Paulo, Cortez. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde Mental e Serviço Social, o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez, 2000.

VIEIRA, Cesar. **Gestão Pública e relação público – privada na saúde.** In: AMARANTE, Paulo e SANTOS, Nelson Rodrigues (org.). Revista Saúde em debate. CEBES, jul. 2012. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/gestao-publica-e-relacao-publico-privado-na-saude.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

APÊNDICE A - Sistematização da Pesquisa Documental

Documento	Data	Instância	Em relação a convênios com instituições privadas sem fins lucrativos	Observações
Constituição Federal	5 de outubro de 1988	Federal	Menciona	<p>Na Constituição Federal de 1988, dois artigos estão relacionados à questão das instituições privadas sem fins lucrativos na saúde. No artigo 197, o poder público aparece enquanto instância que vai realizar esse acompanhamento aos serviços de saúde, porém sua execução pode ser feita por terceiros. Conforme segue: “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”.</p> <p>No artigo 199, merece destaque a questão da preferência às instituições filantrópicas e sem fins lucrativos, bem como a complementariedade dessas instituições em relação ao SUS. Conforme segue: “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 às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.</p>
<p>Lei 8080 Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990)</p>	19 de setembro de 1990	Federal	Menciona	<p>Logo no artigo 2º da Lei do SUS, assim como na Constituição Federal de 1988, aparece a complementariedade do privado quanto ao SUS. Conforme segue: “2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar”. No artigo 4º são discriminadas o conjunto de órgãos que fazem parte do Sistema. Dentre</p>

				<p>eles, destaca-se as fundações mantidas pelo Poder Público. Conforme segue: “Artigo 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS”.</p> <p>Em relação à celebração de convênios relativos à saúde, cabe a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios proporem, conforme artigo 15, parágrafo XV. Nos artigos 24 e 25 novamente é ressaltada a questão da iniciativa privada se enquadrar de forma complementar e a preferência para as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. Conforme segue: “Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público. “Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde – SUS”.</p>
<p>Lei 9.716 Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências” (RIO GRANDE DO SUL, 1992)</p>	7 de agosto de 1992	Estadual	Menciona	<p>Em relação a Lei da Reforma Psiquiátrica de 1992, existe uma vedação quando a ampliação de hospitais sejam eles públicos ou privados e a contratação pelo setor público destas instituições. Conforme segue: “Art. 3º - Fica vedada a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelo setor público, de novos leitos nesses hospitais”. Em relação as instituições privadas, é assegurada a participação no SUS, assim como prevê a Constituição Federal.</p>

<p align="center">Lei 8666/1993</p> <p>Regulamenta o Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências (BRASIL, 1993)</p>	<p align="center">21 de junho de 1993</p>	<p align="center">Federal</p>	<p align="center">Menciona</p>	<p>Na Lei de licitações, a licitação aparece dispensável para Organizações Sociais. Art. 24. É dispensável a licitação: XXIV - para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais, qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo, para atividades contempladas no contrato de gestão. (Incluído pela Lei nº 9.648, de 1998). XXXII - na contratação em que houver transferência de tecnologia de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conforme elencados em ato da direção nacional do SUS, inclusive por ocasião da aquisição destes produtos durante as etapas de absorção tecnológica. (Incluído pela Lei nº 12.715, de 2012)</p>
<p align="center">NOB SUS - Norma Operacional Básica do SUS</p>	<p align="center">6 de novembro de 1996</p>	<p align="center">Federal</p>	<p align="center">Menciona</p>	<p>Conforme a NOB SUS com a Lei Nº 8.080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que agrega todos os serviços estatais – das esferas federal, estadual e municipal – e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados) e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.</p>
<p align="center">Lei 9.637 de 1998</p> <p>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.</p>	<p align="center">15 de maio de 1998</p>	<p align="center">Federal</p>	<p align="center">Menciona</p>	<p>A Lei prevê que quem pode se qualificar como Organização Social são as pessoas jurídicas de direito privado. Ou seja, instituições sem fins lucrativos; que prestem atividades dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde. O vínculo com o ente público se dá via Contrato de Gestão. As instituições que recebem via contrato de gestão prestam serviço de caráter público. Recebem recursos do Estado para que possam prover tais atividades. Portanto celebram contrato de gestão. Porque irão gerir tanto as atividades, com os recursos provenientes do Poder Público. O Contrato de Gestão tem dispensa de licitação, conforme Lei 8666/1993.</p>

<p align="center">Lei 9.790 de 1999</p> <p>Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências.</p>	<p align="center">23 de março de 1999</p>	<p align="center">Federal</p>	<p align="center">Menciona</p>	<p>Conforme artigo primeiro da Lei que cria as OSCIPS, pode qualificar-se como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, desde que os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos instituídos por esta Lei.</p> <p>O vínculo com o poder público se dá mediante Termo de Parceria.</p> <p>São Organizações da sociedade civil de interesse público. A gente vê aqui que a ênfase é em: "da sociedade civil", subsidiariamente com "interesse público". As OSCIP's não recebem repasse governamental, gerindo atividades de interesse público lado a lado com o Poder Público, em parceria, portanto, celebra termo de parceria.</p>
<p align="center">Lei de Responsabilidade Fiscal Lei Complementar número de 101</p>	<p align="center">4 de maio de 2000</p>	<p align="center">Federal</p>	<p align="center">Menciona</p>	<p>A Lei de Responsabilidade Fiscal aparece como uma das justificativas para a realização com instituições privadas. Esta Lei prevê que as despesas com pessoal não podem ultrapassar 60% da Receita corrente líquida. Conforme segue:</p> <p>“Art. 18. Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-se como despesa total com pessoal: o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência. § 1º Os valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra que se referem à substituição de servidores e empregados públicos serão contabilizados como "Outras Despesas de Pessoal". § 2º A despesa total com pessoal será apurada somando-se a realizada no mês em referência com as dos onze</p>

				imediatamente anteriores, adotando-se o regime de competência”. “Art. 19”. Para os fins do disposto no <i>caput</i> do art. 169 da Constituição, a despesa total com pessoal, em cada período de apuração e em cada ente da Federação, não poderá exceder os percentuais da receita corrente líquida, a seguir discriminados: I - União: 50% (cinquenta por cento); II - Estados: 60% (sessenta por cento); III - Municípios: 60% (sessenta por cento)”.
Lei 10.216 Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001)	6 de abril de 2001	Federal	Menciona	A Lei 10.216 faz uma importante defesa à realização da supervisão dos serviços de Saúde Mental, quando define no seu artigo 2º que tal atividade só pode ser realizada por serviços de natureza jurídica pública. Conforme segue: Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.
A Política do Ministério da Saúde para atenção integral à usuários de álcool e outras drogas	2004	Federal	Menciona	A Política do Ministério da Saúde faz um apontamento em relação aos dispositivos de atenção Comunidades Terapêuticas e explicita que existe um funcionamento precário em muitos destes serviços. Conforme segue: “De outro lado, o vazio de possibilidades para a re-habilitação das pessoas com dependência ao álcool ou a outras drogas possibilitou a instalação no Brasil de serviços autodenominados de "Comunidades Terapêuticas". Estes serviços multiplicaram-se sem qualquer regulamentação, evidenciando-se um funcionamento precário para muitos deles, tendo sido determinado pelo Conselho Nacional Antidrogas – CONAD o estabelecimento de um padrão básico para funcionamento dos mesmos, assegurando direitos e um mínimo de qualidade aos usuários.
Resolução CONAD número 3 Aprova a Política Nacional Sobre Drogas.	27 de outubro de 2005	Federal	Menciona	Na Resolução do CONAD número 3, aparece diversas vezes a questão do incentivo à participação de

				<p>instituições não governamentais, bem como a realização de parcerias, convênios e contratos. Conforme segue:</p> <p>A efetiva prevenção é fruto do comprometimento, da cooperação e da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais, federal, estadual e municipal, fundamentada na filosofia da "Responsabilidade Compartilhada", com a construção de redes sociais que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde.</p> <p>Na etapa da recuperação, deve-se destacar e promover ações de reinserção familiar, social e ocupacional, em razão de sua constituição como instrumento capaz de romper o ciclo consumo/tratamento, para grande parte dos envolvidos, por meio de parcerias e convênios com órgãos governamentais e organizações não-governamentais, assegurando a distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros.</p> <p>“Propor, por meio de dispositivos legais, incluindo incentivos fiscais, o estabelecimento de parcerias e convênios em todos os níveis do Estado, que possibilitem a atuação de instituições e organizações públicas, não - governamentais ou privadas que contribuam no tratamento, na recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional”</p>
--	--	--	--	--

<p style="text-align: center;">Decreto nº 7.179 Institui o plano integrado de enfrentamento ao Crack e outras drogas, cria o seu comitê gestor e dá outras providências (BRASIL, 2010)</p>	<p style="text-align: center;">20 de maio de 2010</p>	<p style="text-align: center;">Federal</p>	<p style="text-align: center;">Menciona</p>	<p>No Plano integrado de enfrentamento ao Crack e outras drogas, é previsto a participação de entidades privadas na execução dos serviços. Interessante salientar, que diferentemente da maioria das legislações, neste Plano Integrado não há preferência para entidades privadas sem fins lucrativos. Conforme segue, no artigo 7º: A Para a execução do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas poderão ser firmados convênios, contratos de repasse, termos de cooperação, ajustes ou instrumentos congêneres com órgãos e entidades da administração pública federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com consórcios públicos ou com entidades privadas. Art. 2º- Ficam instituídas as seguintes instâncias de gestão do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas: I - Comitê Gestor; e II - Grupo Executivo.</p> <p>§ 3º Poderão ser convidados, para participar das reuniões, representantes de órgãos e entidades da administração pública federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos Poderes Judiciário e Legislativo, do Ministério Público, da Defensoria Pública e de entidades privadas sem fins lucrativos, bem como especialistas.</p>
--	---	--	---	---

<p align="center">Decreto 7.508</p> <p>Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.</p>	<p align="center">2011</p>	<p align="center">Federal</p>	<p align="center">Menciona</p>	<p>Vinte e um anos após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei 8080, no ano de 2011 ocorre a regulamentação desta Lei. Nesta regulamentação, o planejamento na saúde é indicado como obrigatório para os entes público e ganha a destaque a frase: “indutor de políticas para a iniciativa privada”. Conforme segue: Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. § 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.</p>
<p align="center">Lei nº 12.550</p> <p>Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH</p>	<p align="center">15 de dezembro de 2011</p>	<p align="center">Federal</p>	<p align="center">Menciona</p>	<p>A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares é uma Empresa Pública de Direito Privado criada pela Lei Federal nº 12.550 de 2011. Conforme esta lei, no artigo 3º: A EBSEH terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária. § 1º As atividades de prestação de serviços de assistência à saúde de que trata o caput estarão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. § 2º No desenvolvimento de suas atividades de assistência à saúde, a EBSEH observará as orientações da Política Nacional de Saúde, de responsabilidade do Ministério da Saúde.</p>
		<p align="center">Estadual/ RS</p>	<p align="center">Menciona</p>	

<p>Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (2012-2015)</p>	<p>2013</p>			<p>Parte significativa dos procedimentos clínicos e cirúrgicos de atenção secundária e terciária, ambulatoriais e de internação está vinculada aos serviços contratados de natureza privada ou filantrópica, e mais de setenta por cento da rede hospitalar contratada ao SUS é constituída de estabelecimentos privados ou filantrópicos.</p> <p>O incentivo financeiro estadual, previsto pela Resolução CIB/RS nº 562/2012, estabelece o valor fixo de R\$ 4.000,00 (Quatro mil reais) por mês por leito habilitado em hospitais cuja população inteira de referência esteja coberta por CAPS ou NAAB, sendo de R\$ 3.000,00 (Três mil reais) por mês por leito habilitado nos demais hospitais. O hospital deve comprovar a taxa mínima de ocupação de 80% para o recebimento do valor integral de incentivo financeiro para o conjunto de leitos contratados. Em caso de taxa de ocupação inferior a 80%, o hospital recebe proporcionalmente à taxa comprovada. O Serviço Hospitalar para Atenção Integral em Saúde Mental destina para esta modalidade de atenção, no mínimo 04 e no máximo 30 leitos, não excedendo 15% do número total de leitos do Hospital. Os Hospitais Gerais que já possuem contrato com o Estado para atenção em saúde mental poderão manter o mesmo número de leitos contratualizados.</p>
<p>Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre (2014 – 2017)</p>	<p>2013</p>	<p>Município</p>	<p>Menciona</p>	<p>No Plano Municipal de Saúde a parceria com outras instituições de saúde é apresentada como necessária devido a imposição da própria legislação. “Essa parceria com as instituições de saúde é necessária, tendo em vista as condições impostas pela legislação vigente, que acabam por moldar a composição do SUS em todo o país, ao considerar a Lei de Filantropia e a atuação de instituições estaduais e federais em serviços de governabilidade municipal – “direção única em cada esfera do governo” (LOS 8080/90). Desta forma, cabe a SMS a administração e fiscalização dos contratos com os prestadores de serviços privados, como hospitais,</p>

				clínicas, empresas de diagnóstico por imagem, exames hematológicos, dentre outros serviços, incluindo a gestão do trabalho definida pela SMS para o SUS em toda a cidade". (PORTO ALEGRE, 2013, p. 294).
<p align="center">Lei 13.019 de 2014 Estabelece o Regime Jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferência de recursos financeiros entre as organizações da sociedade civil em Regime de mútua cooperação para consecução de finalidades de interesse público.</p>	31 de julho de 2014	Federal	Menciona	Nesta além, além de explicitar as regras quanto a parcerias voluntárias, considera-se na Lei, conforme Art. 2º: I - organização da sociedade civil: pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos que não distribui, entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, eventuais resultados, sobras, excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplica integralmente na consecução do respectivo objeto social, de forma imediata ou por meio da constituição de fundo patrimonial ou fundo de reserva; Art. 8º Ao decidir sobre a celebração de parcerias previstas nesta Lei, o administrador público considerará, obrigatoriamente, a capacidade operacional do órgão ou entidade da administração pública para instituir processos seletivos, avaliará as propostas de parceria com o rigor técnico necessário, fiscalizará a execução em tempo hábil e de modo eficaz e apreciará as prestações de contas na forma e nos prazos determinados nesta Lei e na legislação específica. Art. 61. São obrigações do gestor: I - acompanhar e fiscalizar a execução da parceria.
<p align="center">Lei nº 13.097 O Capítulo XVII da referida Lei altera o artigo 23 da Lei 8080 do Sistema Único de Saúde que trata sobre a abertura de Capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde</p>	19 de janeiro de 2015	Federal	Menciona	Tal Lei altera a Lei do SUS quanto à abertura de capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde. No artigo Art. 23 do SUS, fica o seguinte texto: É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; II - pessoas jurídicas

				destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e b) ações e pesquisas de planejamento familiar; III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e IV - demais casos previstos em legislação específica.
<p align="center">Resolução nº 1 Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas</p> <p>Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.</p>	19 de agosto de 2015	Federal	Menciona	Tal Lei apresenta as características das Comunidades Terapêuticas. Conforme artigo 2º da referida lei, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, são pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, que apresentam as seguintes características: I - adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito, entendidas como uma etapa transitória para a reinserção sócio familiar e econômica do acolhido; II - ambiente residencial, de caráter transitório, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares; III - programa de acolhimento; IV - oferta de atividades previstas no programa de acolhimento da entidade, conforme previsão contida no art. 12; e V - promoção do desenvolvimento pessoal, focado no acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa.
<p align="center">Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC)</p>	2015	Federal	Menciona	De acordo com o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (2015) as OSC têm como atributos “serem de natureza privada, sem fins lucrativos, legal e voluntariamente constituídas e administradas” (BRASIL, p. 43, 2015). No Brasil, existem 290.692 Organizações da Sociedade Civil (associações, fundações e

				<p>organizações religiosas) do total de 556,8 mil entidades privadas sem fins lucrativos no país, no ano de 2010 (BRASIL, 2015). Uma característica relevante é que 72,2% ou seja, 210 mil entidades não empregam nenhum trabalhador formal. Sobre esse fato é importante considerar o peso do voluntariado no Brasil, que engloba parte significativa dessa força de trabalho (BRASIL, 2015, p. 50).</p>
--	--	--	--	--

APÊNDICE B - Quadro exemplificativo da análise textual discursiva empregada na dissertação

CATEGORIAS		
INICIAIS	INTERMEDIÁRIAS	FINAIS
1.2. Tentar uma reinserção social/ vínculo Familiar = objetivo da Unidade;	Cuidado/ Reinserção Social	Atenção à Saúde
1.1 Processo de Cuidado;		
1.13 Dificuldade de articulação com a rede = super-responsabilização da família e do usuário; “ <i>O que normalmente eu faço quando eu vou encaminhar algum paciente, eu sempre na conversa que eu vou ter com o paciente: olha se tu conseguir manda notícia</i> ” (Grupo Focal 1)	Limites e possibilidades da Rede	
1.14 Comunicação complicada com a rede; “ <i>vou ser bem sincera, tem lugares que não querem nem escutar o que a gente tem para dizer</i> ” (Grupo Focal 1)		
1.6 Território abrangente = limita a articulação com a rede;		
1.25 Assistência Social enquanto política mais presente da rede;		
1.9 Dificuldade para participar dos Fóruns AD da rede;		
1.10 Falta dispositivos, se criam lacunas na rede;	Processos de cuidado em saúde que se estabelecem entre o real e o ideal;	
1.24 Abstinência X Redução de Danos;		
1.4 Desintoxicação = real; (o que o Hospital consegue)		
1.23. Desenvolve papel de Assistência, se torna espaço para sobreviver;		
1.3 Portas abertas X Integralidade;		
1.8 Acolhimento realizado por todos os profissionais;	Relação entre os entes federados – relação tripartite	Financiamento
1.11 Falta de verba de um ente federado – crise financeira, ausência de repasse;		
1.17. Repasse por procedimento;		
1.5 Lotação leitos; extrapola o número de leitos;		
1.21 Metas de internação para “plus” no valor repassado;		
1.18 Desconhecimento por parte da equipe do valor do repasse;	Desconhecimento quanto ao recurso público disponibilizado;	
1.25. Se caracteriza como Associação Hospitalar;		
1.19 Prédio é doação de uma família;	Características do Hospital/ Associação	instituição de Saúde Mental
1.20 Mais de quarenta anos de existência;		
1.22 Estrutura física precária;	Estrutura mínima e baixo investimento – fica descolado da garantia de direito	
1.12 Forte cultura da internação;		
1.16 Contexto Hospitalar é o limitador para melhor atendimento;	Cultura de segregação está para além da Política - usuários e familiares – e por dentro da Política - mini manicômio para <i>dependente químico</i> ”	Segregação e Reforma Psiquiátrica “Não se tem mais os manicômios, mas se tem o hospital” (Grupo Focal 1)
1.15 Pouco investimento com a justificativa de que “eles (os usuários) estragam tudo”;		
1.7 “acordo” para atender somente <i>dependente químico</i> ;		

Fonte: Dados sistematizados.

APÊNDICE C - Mapeamento da Rede de Saúde Mental de Porto Alegre

Dispositivos da Política de Saúde Mental	Convênio?	Número em Porto Alegre
Comunidade Terapêutica	As duas Comunidades Terapêuticas que atendem em Porto Alegre são conveniadas.	2
Consultório na Rua	- Conveniado Grupo Hospital Conceição; - Rede Pública de Saúde Mental (1).	2
CAPS II	- Hospital de Clínicas de Porto Alegre (1); - Rede Pública de Saúde Mental (1); - Grupo Hospitalar Conceição (1).	3
CAPS i	- Hospital de Clínicas de Porto Alegre (1); - Grupo Hospitalar Conceição (1); - Rede Pública de Saúde Mental (1).	3
CAPS ad II	- Hospital Vila Nova.	1
CAPS ad III	- Hospital Mãe de Deus (2); - Grupo Hospitalar Conceição (1).	3
Leitos de Internação	“O município tem uma oferta de 1151 leitos para saúde mental. Do total da oferta 540 são leitos SUS e 611 não SUS. No Hospital Dia do Hospital Espírita há 30 leitos de Saúde Mental.” (PORTO ALEGRE, 2013, p. 191)	540 leitos SUS
Plantão de Urgência e Emergência	- Hospital Mãe de Deus (1); - Rede Pública de Saúde Mental (1).	2
Serviço Residencial Terapêutico	- Rede Pública de Saúde Mental (2).	2
Equipe Matriciamento	- Não está informado a existência de convênio	8
Equipe de Saúde Mental Adulto	- Não está informado a existência de convênio	6
Equipe Especializada para Atenção à Saúde Integral da Criança e do Adolescente	- Não está informado a existência de convênio	8

Fonte: Dados sistematizados a partir do Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2014 – 2017. (Porto Alegre, 2014)

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada: “A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: Uma análise a partir das instituições do Terceiro Setor”.

A pesquisa destina-se a analisar a forma como está se dando a participação das instituições do Terceiro Setor na Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas no município de Porto Alegre e também analisar os possíveis impactos existentes na garantia dos princípios do SUS.

Para a realização deste estudo será realizado um Grupo Focal junto a equipes de: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital Geral com Leito em Saúde Mental e Comunidade Terapêutica. Este recurso metodológico é caracterizado como um debate aberto e acessível a todos, onde ocorre uma troca de pontos de vista, ideias e experiências.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com algum dos pesquisadores.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo. As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo.

Autorização:

Eu, _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do voluntário

Assinatura de uma testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

Data: ____/____/____

Pesquisadora Responsável: Professora Doutora Maria Isabel Barros Bellini

Programa de Pós-Graduação em Serviço Social PUCRS

Endereço: Avenida Ipiranga 6681, Prédio 15, sala 325

e-mail: maria.bellini@pucrs.br

Fone: 3320-4515

Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS

Endereço: Avenida Ipiranga 6681, Prédio 40 – Sala 505 – Porto Alegre/RS – Brasil

CEP 90619-900 - Fone/Fax: (51) 3320.3345 - E-mail cep@pucrs.br

Horário de Atendimento: De segunda a sexta-feira

Manhã: 8h30min às 12h

Tarde: 13h30min às 17h - Atendimento pelo fone (51) 3320-3345

APÊNDICE E - Roteiro de tópicos guia para Grupo Focal com trabalhadores

- 1** - Essa instituição tem uma missão? Onde vocês avaliam que esteja mais presente esta missão?
- 2** – Como se dá o ingresso dos usuários?
(Como os usuários chegam? Qual o território atendido pela instituição?)
- 3** – Como se dá a relação com outros serviços?
(Com outros serviços da rede, com outras políticas)
- 4** – Quais são os problemas ou dificuldades que ocorrem quando do atendimento ao usuário?
- 5** – Como vocês avaliam sua autonomia profissional/autonomia da equipe?
- 6** – Vocês têm conhecimento sobre o convênio existente entre esta instituição e o Município de Porto Alegre?
(Valor do repasse, estrutura disponibilizada)
- 7** – Como vocês vislumbram o papel desta instituição na Rede de Saúde Mental, álcool e outras drogas?
(Qual alternativa o município teria que tomar caso esta instituição não existisse?)

APÊNDICE F - Roteiro de tópicos guia para entrevista semiestruturada com representante da gestão municipal

- 1) Qual o atual cenário da Rede de Saúde Mental álcool e outras drogas de Porto Alegre? (Em relação aos serviços disponíveis, processos de trabalho, capacidade de implantação, cobertura de atendimento, “nós críticos da rede”, etc.) Aponte limites e possibilidades da Rede de Atendimento.
- 2) Como é verificada a necessidade de estabelecer parcerias com as instituições sem fins lucrativos?
- 3) Quais são os procedimentos realizados até a constituição do contrato?
- 4) Como é realizado o acompanhamento pelo Poder Público desses serviços conveniados (quem faz? Quando faz?) Explique.
- 5) Como deve ser utilizado o recurso financeiro repassado à instituição e como se dá o processo de prestação de contas?
- 6) Quem são as pessoas que participam da configuração do contrato?
- 7) Em que situações o contrato é rompido? Em que frequência isso ocorre?
- 8) Como você avalia a inserção destas instituições na rede? Qual é a perspectiva para os próximos anos?

ANEXO A - Parecer da Comissão Científica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul



SIPESQ

Sistema de Pesquisas da PUCRS



Código SIPESQ: 5975

Porto Alegre, 28 de outubro de 2014.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica da FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "O Sistema Único de Saúde (SUS) e as Organizações Sociais de Saúde: avanços ou retrocessos no processo de garantia dos princípios do SUS?" coordenado por MARIA ISABEL BARROS BELLINI. Caso este projeto necessite apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e/ou da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP/CEUA, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica da FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

ANEXO B - Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde: Uma análise a partir das Instituições do Terceiro Setor.

Pesquisador: MARIA ISABEL BARROS BELLINI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43275615.7.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.075.754

Data da Relatoria: 29/05/2015

Apresentação do Projeto:

O Projeto de Pesquisa buscará investigar o atual cenário do Sistema Único de Saúde – SUS, diante da crescente participação das instituições do terceiro setor na rede de atendimento. Nesse sentido, a pesquisa pretende demonstrar a forma como está se dando a participação das Instituições do Terceiro Setor na Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas no município de Porto Alegre e avaliar os possíveis impactos existentes na garantia dos princípios e diretrizes do SUS. Tem como tema: “os impactos derivados da inserção das Instituições do Terceiro Setor na Política de Saúde Mental, Álcool e outras drogas no município de Porto Alegre”.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a interface entre o Terceiro Setor e a Política de Saúde Mental em Porto Alegre, destacando as influências mútuas e a consonância com os princípios do SUS, a fim de contribuir na consolidação

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.075.754

e

efetivação desses princípios.

Objetivo Secundário:

I. Mapear a Rede de Saúde Mental do município de Porto Alegre, elaborar o perfil das Instituições e identificar a existência de articulação com a rede pública de saúde mental; II. Conhecer e analisar o processo de gestão realizado a esses serviços por parte do Poder Público, explicitando: critérios de conveniamento e condições estruturais e de Recursos Humanos disponibilizadas; III. Conhecer e analisar os processos de trabalho das equipes destes serviços evidenciando possíveis alterações em relação à materialização dos princípios do SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os sujeitos envolvidos na Pesquisa não estão expostos à risco, visto que os nomes das pessoas não serão identificados. Vale salientar que esse estudo se baseará nos dados resultantes de aplicação dos instrumentos Grupo Focal e Entrevista Semi-estruturada, sendo que os dois instrumentos partem da coleta de informações a partir do que os sujeitos se sentirem com autorização de falar, não sendo obrigatória a resposta. Também não é obrigatória a participação. Os dados transcritos serão destruídos após o término da pesquisa. Os sujeitos que participarão da pesquisa serão informados sobre os resultados desta, através de Reunião com apresentação dos resultados do Projeto. Contribuirão para a produção do conhecimento, aprimoramento e qualificação da Política de Saúde, em especial à Política de Saúde Mental álcool e outras drogas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foram atendidas as considerações feitas pelo CEP anteriormente, não havendo mais considerações a serem tecidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi alterado o título, retificado o TCLE e ajustado o cronograma.

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.075.754

Recomendações:

Atendidas as recomendações estabelecidas pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a considerar.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 25 de Maio de 2015

Assinado por:
Rodolfo Herberto Schneider
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

ANEXO C - Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde: Uma análise a partir das Instituições do Terceiro Setor.

Pesquisador: MARIA ISABEL BARROS BELLINI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43275615.7.3001.5338

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.180.361

Data da Relatoria: 09/06/2015

Apresentação do Projeto:

O Projeto de Pesquisa buscará investigar o atual cenário do Sistema Único de Saúde – SUS, diante da crescente participação das instituições do terceiro setor na rede de atendimento. Nesse sentido, a pesquisa pretende demonstrar a forma como está se dando a participação das Instituições do Terceiro Setor na Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas no município de Porto Alegre e avaliar os possíveis impactos existentes na

garantia dos princípios e diretrizes do SUS. Tem como tema: “os impactos derivados da inserção das Instituições do Terceiro Setor na Política de Saúde Mental, Álcool e outras drogas no município de Porto Alegre”.

Nessa perspectiva, o tipo de estudo será exploratório, através de uma abordagem quantitativa e qualitativa, com ênfase no qualitativo, pois se pretende investigar como as Organizações Sociais de Saúde participam da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas no município de Porto Alegre, a partir da fala dos sujeitos que estão neste processo, a fim de analisar as possíveis mudanças no processo de garantia dos princípios do SUS.

Enquanto questão a ser desvelada, apresenta-se o seguinte problema de pesquisa: Como se configura a relação entre terceiro setor e Política de Saúde?

Como questões que nortearão o estudo, estão:

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.180.361

- a) Qual a modalidade de convênio que tem sido realizada?
- b) Qual é o tipo de acompanhamento realizado a esses serviços por parte do Poder Público?
- c) Como se configuram os processos de trabalho e quais as possíveis mudanças no atendimento em saúde no SUS?

Na segunda etapa será realizada a coleta dos dados que darão subsídios à investigação. Ressalta-se a contribuição da Minayo sobre a amostra em uma pesquisa qualitativa, onde a preocupação deve estar voltada para o aprofundamento da compreensão em detrimento à generalização, o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. [...] Pode-se considerar que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto em estudo. (MINAYO, 2013, p. 197).

Como instrumentos que serão utilizados para a coleta de dados, estão: Entrevista Semi-Estruturada, Grupo Focal, Pesquisa Documental e Bibliográfica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar a interface entre o Terceiro Setor e a Política de Saúde Mental em Porto Alegre, destacando as influências mútuas e a consonância com os princípios do SUS, a fim de contribuir na consolidação e efetivação desses princípios.

Objetivos Secundários:

- Mapear a Rede de Saúde Mental do município de Porto Alegre, elaborar o perfil das Instituições e identificar a existência de articulação com a rede pública de saúde mental;
- Conhecer e analisar o processo de gestão realizado a esses serviços por parte do Poder Público, explicitando: critérios de conveniamento e condições estruturais e de Recursos Humanos disponibilizadas;
- Conhecer e analisar os processos de trabalho das equipes destes serviços evidenciando possíveis alterações em relação à materialização dos princípios do SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: Os sujeitos envolvidos na Pesquisa não estão expostos à risco, visto que os nomes das pessoas não serão identificados. Vale salientar que esse estudo se baseará nos dados resultantes de aplicação dos instrumentos Grupo Focal e Entrevista Semi-estruturada, sendo que os dois instrumentos partem da coleta de informações a partir do que os sujeitos se sentirem com autorização de falar, não sendo obrigatória a resposta. Também não é obrigatória a participação.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.180.361

Os dados transcritos serão destruídos após o término da pesquisa.

Benefícios: Os sujeitos que participarão da pesquisa serão informados sobre os resultados desta, através de Reunião com apresentação dos resultados do Projeto. Contribuirão para a produção do conhecimento, aprimoramento e qualificação da Política de Saúde, em especial à Política de Saúde Mental álcool e outras drogas."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Instituição Proponente: União Brasileira de Educação e Assistência (PUCRS);

Curso: Mestrado do Programa de pós-Graduação em Serviço Social

Aluna: Luíza Hoff

Número de participantes: 25

Cronograma: coleta em um mês e meio

Término: dezembro/2015

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão presentes todos os termos solicitados.

Recomendações:

O CEP SMSPA recomenda a apresentação dos resultados, após o término do estudo, nas instituições onde foram realizada a pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências identificadas foram atendidas pela pesquisadora.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o parecer de aprovação do CEP SMSPA nos locais de realização do estudo.

Enviar relatório ou trabalho final ao término do estudo ao CEP SMSPA.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.180.361

PORTO ALEGRE, 11 de Agosto de 2015

Assinado por:
MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
 (Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

ANEXO D - Não aprovação Comitê de Ética

	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	
Elaborado pela Instituição Coparticipante	
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: A Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde: Uma análise a partir das Instituições do Terceiro Setor.	
Pesquisador: MARIA ISABEL BARROS BELLINI	
Área Temática:	
Versão: 1	
CAAE: 43275615.7.3002.5328	
Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA	
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
DADOS DO PARECER	
Número do Parecer: 1.144.632	
Data da Relatoria: 09/07/2015	
Apresentação do Projeto:	
Trata-se de projeto de pesquisa de cunho qualitativo, exploratório, que "pretende investigar como as Organizações Sociais de Saúde participam da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas no município de Porto Alegre, a partir da fala dos sujeitos que estão neste processo, a fim de analisar as possíveis mudanças no processo de garantia dos princípios do SUS" (ref. projeto)	
Tem como tema "os impactos derivados da inserção das Instituições do Terceiro Setor na Política de Saúde Mental, Álcool e outras drogas no município de Porto Alegre". (ref. projeto)	
Será realizada pesquisa documental, entrevistas e grupos focais.	
Participam do estudo gestores e funcionários que atuam em serviço que presta atendimento no Sistema Único de Saúde através de Entidade sem fins lucrativos (hospitais, CAPS, Comunidade Terapêutica) e que mantém convênio com a Secretaria de Saúde do município de Porto Alegre. Serão ao todo 24 sujeitos, 8 para de cada Entidade selecionada.	
Os dados (falas) serão analisados pelo método de análise de conteúdo, enquanto que aos dados documentais se utilizará o método estatístico (quantitativo).	
Objetivo da Pesquisa:	
"Objetivo Primário: Investigar a interface entre o Terceiro Setor e a Política de Saúde Mental em Porto Alegre, destacando as influências mútuas e a consonância com	

Página 01 de 03



Continuação do Parecer: 1.144.632

os princípios do SUS, a fim de contribuir na consolidação e efetivação desses princípios.

Objetivo Secundário:

- I. Mapear a Rede de Saúde Mental do município de Porto Alegre, elaborar o perfil das Instituições e identificar a existência de articulação com a rede pública de saúde mental;
- II. Conhecer e analisar o processo de gestão realizado a esses serviços por parte do Poder Público, explicitando: critérios de conveniamento e condições estruturais e de Recursos Humanos disponibilizadas;
- III. Conhecer e analisar os processos de trabalho das equipes destes serviços evidenciando possíveis alterações em relação à materialização dos princípios do SUS" (ref. projeto)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informa que "Os sujeitos envolvidos na Pesquisa não estão expostos à risco". Sugiro que, ao invés dessa expressão, informe que "o único risco existente é o de algum possível constrangimento pessoal em função da exposição de suas opiniões diante dos colegas de equipe e gestores" e que esse risco é comum "ao instrumento grupo focal".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa precisa de ajustes para ser aprovado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pendências do termo estão em Pendências e lista de Inadequações.

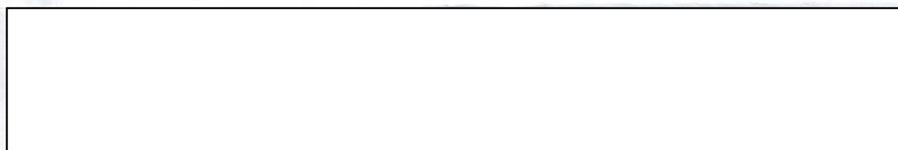
Recomendações:

O projeto necessita de ajustes para que possa ser aprovado.

Se houver interesse o pesquisador poderá submeter novamente o projeto atualizado, observando os prazos definidos no cronograma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- 1) Com relação ao TCLE, não foi informado ao participante o método de registro das entrevistas e grupos focais. Será feita gravação em áudio? Será realizada gravação em vídeo? Sob a posse e responsabilidade de quem ficarão os registros? Por quanto tempo até que sejam apagados/eliminados?
- 2) Não ficou bem claro no projeto em que momento os sujeitos serão abordados, nem em qual



Continuação do Parecer: 1.144.632

situação ou momento serão realizadas as entrevistas e grupos focais.

3) A pesquisadora informa que "Os sujeitos envolvidos na Pesquisa não estão expostos à risco".

Sugiro que, ao invés dessa expressão, informe que "o único risco existente é o de algum possível constrangimento pessoal em função da exposição de suas opiniões diante dos colegas de equipe e gestores" e que esse risco é comum "ao instrumento grupo focal".

4) Com relação aos riscos, sugere-se que o participante seja informado da possibilidade de constrangimento diante do contraditório de opiniões, sentimentos, etc., conforme relatado mais acima quanto aos riscos e benefícios.

Situação do Parecer:

Não Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto [redacted] uso de suas atribuições
dispostas na resolução 466/12, manifesta-se pela não aprovação do presente estudo.

PORTO ALEGRE, 09 de Julho de 2015

Assinado por:

[redacted]