



Revista
de Psicologia

CAPS COM GERÊNCIA PÚBLICA E PRIVADA: ESTUDO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CAPS WITH PUBLIC AND PRIVATE MANAGEMENT:
STUDY IN PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK OF RIO GRANDE DO NORTE

Marcelo Menezes da Costa ¹ Magda Dimenstein ²

Resumo

A gestão em Saúde Mental é um aspecto central no campo da Reforma Psiquiátrica. Desenvolvemos uma investigação em dois Centros de Atenção Psicossocial do RN, um com gerência pública, localizado em Natal e outro com gerência privada, em funcionamento no município de Parnamirim. Objetivamos conhecer o modo de funcionamento de cada um deles, especificamente como se dá o processo de planejamento e gestão dos recursos materiais e humanos. Metodologicamente realizamos pesquisa documental e entrevistas com gestores e equipe técnica de ambos os serviços, totalizando 13 profissionais. Foram constatadas diferenças na gerência entre os dois serviços nos seguintes aspectos: transparência no repasse dos recursos da gestão municipal para o serviço, autonomia, participação no planejamento e formas de utilização dos recursos. Observamos que ambos os modelos têm vantagens e desvantagens. A gerência privada nos moldes de Organização Social (OS) é privilegiada no sentido de proporcionar mais autonomia e resolutividade ao serviço. A gerência pública fica submetida ao poder executivo, funcionando de forma menos flexível e engessada, não possibilitando o manejo mais rápido e focalizado dos recursos pela equipe técnica.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Gestão em Saúde Mental; CAPS

Abstract

The management in mental health has become an important topic in the field of psychiatric reform. A study was developed in two public Psychosocial care centers in the state of Rio Grande do Norte. One of these centers are a public one in Natal. Another study was held in a private center in the city of Parnamirim. Aimed at understanding the mode of operation of each of them, specifically how is the process of planning and management of human and material resources. Methodologically was conducted desk research and interviews with managers and technical staff of both services, totaling 13 professionals. Differences were found in management between the two services in the following aspects: transparency in the transfer of resources from the municipal administration for the service, autonomy, participation in planning and forms of resource use. We observed that both models have advantages and disadvantages. The privately in the lines of a Social Organization (OS) is privileged in the sense of provide more autonomy and resolution to the service. Public management is submitted to the executive power, working in a less flexible and plaster form, not allowing faster and focused resource management by the technical team.

Keywords: Psychiatric Reform; Management in Mental Health; CAPS

¹ Docente no curso de Psicologia da Universidade Potiguar em Natal (UnP/Laureate Universities). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: marcelom.dacosta@yahoo.com.br

² Professora Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFRN. Bolsista PQ1B do CNPq. E-mail: mgdimenstein@gmail.com

INTRODUÇÃO

Atualmente o Brasil possui um sistema de atenção e gestão em saúde mental pautado nos princípios da Reforma Psiquiátrica, a qual está baseada numa ruptura paradigmática concernente aos cuidados e concepções relativas à loucura. Pretende-se transformar o modelo de cuidados e ampliar essa mudança para o âmbito da atuação tecnoassistencial, a partir da lógica da atenção psicossocial, territorial e comunitária, com garantia e respeito aos direitos humanos. Essa função fica sob a responsabilidade dos diversos componentes da Rede de Atenção Psicossocial/RAPS. Tais serviços surgem com a missão de interferir nas concepções vigentes sobre a loucura a partir da descentralização do foco na doença passando ao sujeito que sofre inserido em seu contexto (Freire, 2004).

A RAPS está orientada pelos mesmos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde/SUS quanto à integralidade, equidade, universalização e descentralização. Este último eixo é importante principalmente pela responsabilização e regionalização dos serviços a partir dos municípios, o qual passa a gerir os recursos repassados pela esfera federal. O modelo de atenção psicossocial como norteador em saúde mental tem em seu propósito o alinhamento a uma realidade territorializada, ou seja, atuar primariamente no contexto comunitário, mais próximo, portanto, da gestão municipal (Brasil, 2005).

O panorama instituído pelo SUS cria um pano de fundo a partir do qual é tecida toda a reformulação das políticas de Saúde Mental. Nesse cenário a gestão torna-se alvo de preocupações e críticas, abrindo um campo amplo de debates no país em busca de novas modalidades condizentes com a lógica de atenção psicossocial e comprometidas com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Heck e colaboradores (2008) ressaltam que “nesta perspectiva temos que pensar a gestão como uma ação políti-

ca com interlocução e avaliação, como um instrumento que requer uma metodologia específica que contemple a pluralidade e a interdisciplinaridade (...) (p. 648)”. Trata-se, assim, de um desafio posto à RAPS na atualidade. É imprescindível investigar e avaliar as novas modalidades de gestão que estão surgindo tais como as parcerias entre a administração pública e o Terceiro Setor, propostas de substituição da administração burocrática pela administração gerencial, com flexibilização da gestão de recursos humanos e financeiros.

O tema das parcerias público-privadas na área da Saúde Pública está na pauta do dia e gera muita polêmica, pois são identificadas como o caminho para a privatização do setor e retração da responsabilidade do Estado na execução das políticas sociais. Argumenta-se favoravelmente na medida em que visam suprir dificuldades que o setor público historicamente apresenta em termos da oferta de cuidados qualificados, assim como sanar dificuldades na manutenção dos serviços (mobiliário, instrumental e equipamentos) e contratação de pessoal. Sano e Abrucio (2008) mostram que o Brasil não ficou de fora dessa onda mundial de adoção de novas formas de gestão como as Organizações Sociais/OSs, cuja proposta é:

A adoção de uma administração pública voltada para resultados, baseada em mecanismos de contratualidade da gestão, com metas, indicadores e formas de cobrar os gestores, e apoiada na transparência das ações governamentais, possibilitando o controle maior dos cidadãos e o uso de outros instrumentos de *accountability* (p.66).

De acordo com Rietra (1999)³ tem-se buscado estabelecer parâmetros de funcionamento dessas parcerias, com definição clara de responsabilidades e garantia do cumprimento e da qualidade da prestação de cuidados através dos contratos de gestão.

http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00006105&lng=pt&nrm=iso

O contrato de gestão tem como objetivos fortalecer a supervisão, controle e avaliação por parte do poder público sobre os resultados das políticas públicas sob sua responsabilidade; melhorar o processo de gestão da instituição contratada, auxiliando a ação organizacional em benefício dos cidadãos/clientes que utilizam os serviços; e promover o controle social sobre os resultados esperados e dar-lhes publicidade. No contrato de gestão seriam definidas as metas e seus indicadores, as obrigações e responsabilidades de ambas as partes, recursos disponibilizados para a execução da missão institucional, os mecanismos de avaliação e as penalidades para ambas as partes em caso de não cumprimento de suas atribuições (p.124).

Para Sano e Abrucio (2008), o aspecto mais problemático no caso do Brasil tem sido o aumento da responsabilização da administração pública e a delimitação de mecanismos institucionais de controle e regulação dessas experiências. Sintonizados nessa perspectiva, desenvolvemos uma investigação⁴ em dois CAPS do Rio Grande do Norte, um com gerência pública, localizado na capital Natal e outro com gerência privada, em funcionamento no município de Parnamirim. Objetivamos conhecer o modo de funcionamento de cada um deles, especificamente como se dá o processo de planejamento e gerência dos recursos materiais e humanos de ambos os serviços, pesquisa realizada no ano de 2011.

Esse trabalho visa apresentar e discutir os resultados dessa pesquisa a partir da comparação dos dois modelos de gerência realizados em serviços públicos de

fundamental importância na rede de Saúde Mental. Apresentamos as diferenças entre os dois modelos, bem como uma discussão sobre a tendência mundial, adotada na reforma administrativa e gerencial do Estado brasileiro na década de 1990, pautada na readequação do financiamento em saúde com tendências neoliberais da gerência dos serviços públicos. Isso denota certo privilégio do modelo de gerência privada nos moldes das OS, as quais são investidas de mais autonomia em detrimento do remodelamento e readequação da gerência pública a fim de torna-la mais eficiente e eficaz em sua burocracia, a qual é centralizada ao poder executivo municipal.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO

O processo de pesquisa seguiu orientação posta por Minayo (1994). Segundo autora “entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (p. 16). Nesse sentido, definimos a pesquisa documental e a entrevista semiestruturada como ferramentas estratégicas para aproximação à realidade dos serviços. A investigação foi realizada em dois CAPS do tipo II, abaixo identificados:

1. CAPS II – Oeste situado no município de Natal. Foi fundado no ano de 1995, sendo o primeiro serviço substitutivo aberto na cidade. É um serviço público com gestão pública, respondendo a uma hierarquização estatal, a qual compreende coordenação de saúde mental municipal e secretaria municipal de saúde, fazendo parte de uma rede de cinco serviços CAPS (um CAPSIII, dois CAPS IIAD e um CAPSi). Atualmente é composto por uma equipe técnica de 12 profissionais, os quais são servidores es-

⁴ Dissertação de Mestrado desenvolvida pelo primeiro autor e orientada pelo segundo no PPGPsi/UFRN.

tatutários municipais, sendo: 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Educador Físico, 2 Farmacêuticos (1 desempenhando cargo de administrador), 3 Enfermeiros (1 desempenhando cargo de coordenador do serviço), 2 Psicólogos, 1 Nutricionista e 2 Psiquiatras (1 de cooperativa médica para casos somente de ausência do servidor).

2. CAPS II – PAR existe desde 1996, entretanto foi fundado oficialmente no ano de 1997 no município de Parnamirim através de projeto idealizado e transformado em prática por uma psiquiatra com ajuda da comunidade local. É um serviço público (financiado com verba pública), mas com gerência privada (Organização não-Governamental em regime de OS) de seus recursos, os quais são repassados em sua totalidade pela gestão pública municipal para o serviço, este sendo auditado mensalmente pela controladoria municipal. Sua equipe é composta por equipe técnica de profissionais contratados por regime celetista, sendo tal composição de: 1 Psiquiatra (em sua ausência é contratado psiquiatra por cooperativa médica), 2 Psicólogos, 1 Farmacêutico, 1 Assistente Social, 1 Enfermeira, 1 Nutricionista, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Administrador Financeiro e 3 Técnicas de Enfermagem.

O trabalho de campo ocorreu dentro do seguinte planejamento:

1ª ETAPA – Pesquisa documental. Foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Natal, na Coordenação de Saúde Mental e no CAPS II–PAR em Parnamirim nos meses de Janeiro, Fevereiro e Março de 2012 com o objetivo de investigar de forma pormenorizada os repasses feitos pelo governo federal, a existência de contrapartidas municipais, bem como o percurso dos recursos financeiros e os gastos realizados pela equipe. Para isso, foram disponibilizadas pelos serviços as planilhas dos valores recebidos, bem como do planejamento e execução dos gastos dos recursos de custeio dos serviços CAPSII repassados pela União.

2ª ETAPA - Entrevistas semiestruturadas. Foram realizadas com gestores e corpo de técnicos dos dois serviços CAPS durante os meses de Janeiro, Fevereiro e Março de 2012, sendo efetuado na Coordenação de Saúde Mental da SMS/Natal (01 gestor); no CAPSII–Oeste (06 técnicos – 1 administrador, 1 educador físico, 1 terapeuta ocupacional, 1 psicóloga, 1 enfermeira e 1 coordenadora), e no CAPSII–PAR (06 técnicos – 1 coordenadora, 1 psicóloga, 1 administradora financeira, 1 assistente social, 1 enfermeira e 1 psiquiatra). Para a escolha dos participantes priorizamos o turno da manhã em ambos os serviços, quando se concentra quase a totalidade da equipe, atendendo o critério de variabilidade da formação profissional. No CAPSII – PAR escolhemos um turno da semana que além da equipe multiprofissional regular era dia de atendimento médico, estando presente, portanto, a psiquiatra do serviço. As entrevistas foram orientadas por perguntas disparadoras, as quais procuraram problematizar aspectos do financiamento, planejamento e gestão dos recursos financeiros repassados pela União para custeio dos serviços nos moldes do que é regido pelas leis que regem o financiamento no SUS, consequentemente em Saúde Mental.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa revelou diferenças importantes em relação ao planejamento e gestão dos recursos materiais e humanos entre o serviço público com administração direta (AD), ou seja, gerenciado pelo setor público, e o serviço não-estatal, com gerenciamento de uma Organização Não-Governamental (ONG), a qual assume características de um gerenciamento nos moldes explicitados e conhecidos como Organização Social (OS). Essas diferenças foram constatadas a partir das planilhas disponibilizadas pela Coordenação de Saúde Mental da Secretaria

ria Municipal de Saúde de Natal e da administração do CAPS II-PAR de Parnamirim, as quais continham os valores de custeio dos serviços repassados pelas prefeituras municipais e o planejamento e execução dos gastos para manutenção dos serviços. Tais documentos e as entrevistas realizadas revelaram diferenças entre os dois serviços, as quais referem-se à transparência no processo de repasse da gestão municipal para o serviço, autonomia, participação no planejamento e formas de utilização dos recursos.

No Brasil, os serviços substitutivos de saúde mental como os CAPS são, na sua maioria, administrados pelo Estado, sendo muito raro serviços sob gerência de uma entidade não-estatal, privada ou filantrópica. O CAPS II-PAR é uma dessas exceções, especialmente no nordeste. Segundo DATASUS⁵ (2013), no Cadastro Nacional de Estabelecimentos/CNES existem apenas 09 CAPS com prestador privado no país, assim distribuídos por região: 03 no Nordeste; 04 no Sudeste; 02 na Região Sul. Já aqueles que têm prestador filantrópico a distribuição se dá dessa forma: Região Nordeste (01); Região Sudeste (05); Região Centro-Oeste (01), totalizando 07 CAPS.

Na nossa investigação notamos diferenças claras entre o modo como um e outro serviço são gerenciados especialmente em termos de contratação de recursos humanos, planejamento e utilização dos recursos financeiros. Outros trabalhos realizados no país acabam por demonstrar resultados bastante semelhantes aos encontrados nesta pesquisa. Barbosa & Elias (2010) mostraram que essas diferenças estão ligadas ao fato de que

O nível de autonomia administrativa e financeira concedido às OSS [Organização Social de Saúde], tanto para aquisição de bens e serviços

quanto para contratação de recursos humanos, permite que, dentro dos limites orçamentários estabelecidos, sejam feitos todos os arranjos institucionais que garantam o melhor uso possível dos recursos destinados. A aquisição de bens e serviços está condicionada exclusivamente à observância do preconizado pelo regulamento de compras estabelecido para este tipo de organização. (...). Essa situação encontrada na OSS contrasta com a das unidades da administração direta, sujeitas a um conjunto de controles externos, focados em rituais de procedimentos, que tornam seu processo de aquisição de bens e serviços muito mais lento e pouco eficiente. A tendência à realização de compras concentradas em grandes intervalos de tempo, ainda que dentro de uma lógica de entrega programada com fornecedores, gera grande quantidade de estoques, com maior ativo imobilizado (p. 2487).

Tal resultado foi observado na realidade dos serviços CAPS visitados, os quais apresentaram respostas semelhantes ao que foi encontrado no estudo acima. O CAPS II-PAR sendo uma instituição ligada à gestão pública por meio de um contrato de gestão tal qual uma OSS, acaba por ter autonomia gerencial financeira que não é vista no CAPS II Oeste, o qual está submetido à gestão pública da Secretaria Municipal de Saúde/SMS. A autonomia financeira gera a possibilidade do CAPS-PAR, com gerência em regime de OSS, ter sede própria, construída de acordo com um projeto arquitetônico específico para aquele tipo de serviço, enquanto o CAPS com AD tem sede alugada, funcionando nos moldes como o

⁵ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>

poder executivo dispõe de suas instalações para os serviços sob sua administração. Isso significa que a estrutura desses serviços geralmente é inadequada em função de se tratar de imóveis alugados, com impedimentos legais quanto à possibilidade de reformas e adaptações.

O mesmo foi observado em termos da disponibilidade dos recursos humanos (RH), bem como da contratação e regime de trabalho dos técnicos. No CAPS II-PAR com gerência não-estatal o regime é celetista e o serviço tem liberdade de contratação de acordo com suas necessidades e com a quantidade de recursos disponíveis, em que todos os técnicos de nível superior são contratados com carga horária de 20hs semanais com salários de R\$1.300,00. A exceção é o psiquiatra que recebe salário de R\$3.300,00 p/20hs semanais e outros técnicos que recebem um salário mínimo com carga horária semanal de 5h. Nesse sentido, definem o perfil requerido para o trabalhador e realizam a contratação de acordo com o mesmo.

Já no CAPS II-Oeste, o RH é disponibilizado pela SMS do município de Natal, os trabalhadores são estatutários e contratados através de concurso público para preenchimento de cargos existentes na área da saúde do município e não especificamente para a saúde mental. Tem o salário definido a partir dos parâmetros do plano de cargos e salários dos servidores municipais com carga horária semanal de 40hs. Isso gera enormes problemas quanto à identificação dos trabalhadores com a área de saúde mental e serviços em que são lotados, muitas vezes à revelia. Barbosa (2010), alerta que

os gerentes dos serviços de saúde – especialmente os do setor público – são reféns de regulamentações que restringem severamente, no plano formal, sua autonomia para a contratação, descontração e a negociação local dos termos dos contratos de trabalho (p. 2500).

De forma semelhante aos estudos já anteriormente mostrados, o serviço CAPS com gerência não-estatal em regime de OSS apresenta maior autonomia na compra de mobiliário e equipamentos, bem como de medicamentos utilizados nos cuidados em saúde mental. Não precisam seguir os trâmites da burocratização estatal que leva muito tempo, apenas ter recursos financeiros em caixa e solicitar os materiais e medicamentos de acordo com a necessidade dos usuários e seus projetos terapêuticos. Já o serviço CAPS gerenciado pela administração pública tem que encaminhar solicitação através de ofícios e responder aos trâmites burocráticos junto ao poder executivo local, no caso a SMS de Natal. Com isso, a espera é maior, pois tem que haver disponibilidade de material e medicamento no estoque do almoxarifado da SMS, e na ausência do que é requisitado, iniciar processo de licitação para sua compra. Isso geralmente leva meses. Não é desconhecido na realidade local a intervenção frequente do Ministério Público para agilizar processos no sentido de garantir acesso a tratamento e assistência farmacêutica, acirrando o debate atual sobre a evidente judicialização da saúde no Brasil, fenômeno compreendido como o intenso uso da via judicial para garantia de assistência e fornecimento de medicamentos, tal como acenado por Pepe e colaboradores (2010).

Porém, há outros agravantes. De acordo com os documentos obtidos na pesquisa junto à SMS do município de Natal, constatou-se que o recurso financeiro destinado para o CAPSII-Oeste (que seria um piso fixo estabelecido para todos os serviços CAPSII de aproximadamente R\$32.000,00) não é direcionado em sua totalidade ao serviço. A SMS centraliza a recepção e uso dos recursos públicos e nem a Coordenação de Saúde Mental tem acesso direto aos mesmos. Ou seja, os recursos da saúde mental ficam misturados aos recursos do bloco de financiamento para média e alta complexidade. Todos os equipamentos, mobiliá-

rio e medicamentos são comprados com o recurso financeiro desse bloco para depois ser disponibilizados aos serviços de acordo com as demandas de cada um. Na falta de algum desses itens no almoxarifado da SMS, o serviço acaba sem dispor do que necessita, tendo de esperar novas compras no próximo repasse de verbas.

O problema identificado é que além de ter esses intervalos nas compras coletivas, elas são feitas sem levantamento das necessidades reais dos serviços. Apesar de estarem identificados em uma planilha prevista para todo o ano, os gastos não estão fundamentados nas ações que os serviços irão desenvolver ao longo do período. Em outras palavras, muita coisa é comprada sem atender a nenhum levantamento de necessidades, perfil do serviço, planejamento de ações, etc. Dessa forma, sobram inúmeros itens comprados desnecessariamente e faltam outros que não tiveram a devida atenção da gestão. Impera a cultura do não planejamento e desperdício de recursos.

Percebemos também que ambos os serviços ainda operam na lógica do preenchimento das APACs (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade), sistema que regulava o financiamento dos serviços e o controle dos atendimentos. Mesmo o repasse federal já tendo sofrido alterações após o Pacto pela Saúde em 2006, o qual prevê o repasse fundo a fundo nas três esferas de governo para os componentes da RAPS e estabelece o montante de R\$32.000,00 mensais, os serviços continuam operando na lógica de produção das APACs, que funcionam como meio de regulação dos atendimentos realizados, já que contêm dados de identificação e clínicos dos usuários. De acordo com Freire (2012), essa mudança foi proposta para acabar com o modelo de financiamento por procedimentos e estimular o uso dos recursos de acordo com as necessidades dos usuários e características do território. Freire (2012)

ressalta que a mudança na modelagem do financiamento dos serviços de saúde ambulatoriais gerou uma importante consequência, pois passaram a ser financiados a partir de um teto de pagamento definido de acordo com as características de atendimento do próprio serviço. O pagamento por APACS, o qual preconizava o pagamento de acordo com a produtividade de atendimentos foi abolido. Na nova modelagem, as APACS continuam sendo preenchidas, mas não mais condicionam o pagamento dos atendimentos ambulatoriais, servindo como fonte de informações para estudos epidemiológicos, para caracterização dos procedimentos utilizados e dos usuários atendidos (Freire, 2012).

Ainda de acordo com Freire (2012):

A vantagem dessa modalidade de pagamento proporciona ao gestor maior autonomia gerencial utilizando o recurso de acordo com as necessidades locais, desvinculando a remuneração da venda de serviços, modelo utilizado pela lógica privatizante em que concebe a saúde como mercadoria e objeto de lucro. Além disso, permite que os serviços de saúde assumam a responsabilidade pela sua clientela, favorecendo a continuidade do tratamento e a prevenção e promoção da saúde, bem como o processo de reabilitação psicossocial dos usuários de saúde mental (p.206).

Sendo assim há um avanço do ponto de vista do financiamento em saúde mental, mas por que razão os serviços continuam operando na lógica de pagamento por produção assistencial que tem por base a doença?

Para responder esse questionamento, foram realizadas entrevistas com os gestores e corpo técnico dos serviços a partir de um roteiro de entrevista com questões

disparadoras que buscavam elucidar o nível de conhecimento dos profissionais sobre o financiamento em saúde mental, sobre os valores para custeio das ações do serviço, se havia planejamento para execução dos gastos de manutenção e pagamento de recursos humanos.

Quanto à participação e planejamento das ações e uso dos recursos financeiros, é possível resumir os resultados no quadro abaixo:

Figura 1 (ver no final)

Figura 1 – Diferenças entre os serviços com gerência pública e gerência privada.

Esse quadro evidencia diferenças importantes quando se trata do conhecimento do corpo técnico acerca dos recursos do serviço. No CAPSII-PAR há plena transparência no processo como um todo. Os técnicos e funcionários em geral não só têm acesso às informações e sabem dos recursos financeiros disponíveis, como participam do planejamento dos gastos. Também foi relatada pelos componentes da equipe técnica a realização de assembleias junto aos usuários e familiares para o levantamento das suas necessidades e sugestões, as quais são avaliadas pela equipe, coordenação e administração financeira, em termos de viabilidade de execução. A coordenadora do serviço tem um papel de liderança dentro das atribuições administrativas, juntamente com a administradora financeira. O serviço tem, inclusive, autonomia para entrar em contato direto com os fornecedores e definir o processo de escolha e compra de tudo o que é necessário ao serviço. Observamos, dessa forma, a presença de processos horizontais, participativos, de corresponsabilização, de cogestão em relação ao planejamento e uso dos recursos financeiros nesse CAPS.

Já no CAPSII-Oeste o processo ocorre de forma inversa: não há repasse direto

dos recursos para o serviço, a equipe técnica e coordenação estão subordinadas à SMS, numa clara relação verticalizada, sem transparência em termos de quantitativo de recursos financeiros repassados, nem participação no planejamento e uso dos mesmos. Importante relatar que nenhum plano de gestão foi encontrado e disponibilizado pela SMS, demonstrando que os gastos são feitos de forma improvisada e desorganizada e sem levar em conta os usuários e equipe técnica. Apesar disso, a equipe técnica realiza assembleias com os usuários para conhecer suas necessidades e planejar algumas atividades dentro dessas limitações.

Sabemos que os modelos de gestão verticalizados tal como observados no CAPS com administração pública, impactam no cotidiano dos serviços, interferindo nos modos de cuidado e na motivação do trabalhador. Muitos estudos vêm apontando os limites da racionalidade gerencial hegemônica, marcada pelo exercício do controle e da disciplina na concretização de políticas que visam à mudança das práticas de saúde e relações cotidianas entre trabalhadores e usuários (Guizardi et al, 2010). De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização/PNH (2009)

a gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde (p.10).

A análise das duas experiências de gestão no RN revela a presença de alguns pontos problemáticos no que tange à ques-

tão do planejamento e uso dos recursos financeiros. Em primeiro lugar, fica claro que a experiência de gestão privada traz evidências da presença de fluxos democráticos e horizontais no cotidiano do serviço que, certamente, interferem nas relações de poder entre profissionais e destes com usuários e familiares, estabelecendo movimentos mais participativos e inclusivos. Isso repercute no fato do serviço se colocar em diálogo com as necessidades dos usuários, compartilhando objetivos, e se organizar a partir disso, bem como das características do território.

Em outras palavras, no que tange à questão do planejamento e uso dos recursos financeiros, o CAPS-PAR apresenta uma realidade completamente distinta do CAPS com gestão pública, a qual aponta, de acordo com Guizardi et al (2010), para a possibilidade de se instituir compromissos coletivos, para a necessidade de democratizar o poder, para a formação de compromisso entre interesses públicos e privados, para a incorporação do trabalhador na gestão dos processos de trabalho, fazendo dos serviços e equipes, espaços coletivos, “estratégia de democratização das relações de poder, de superação das capacidades assimétricas de decisão, que visa a garantir aos trabalhadores o acesso à informação e o tempo necessário aos processos de discussão, deliberação e planejamento” (p.1249).

Entretanto, nossa pesquisa não tinha como propósito conhecer como se dá a regulação por parte da gestão pública, muito menos os resultados obtidos e a satisfação dos usuários e familiares. Esses aspectos, como já referido anteriormente, são imprescindíveis na avaliação das novas modalidades de gestão em Saúde Mental feitas em parceria com o setor privado. Obviamente, não basta que os serviços tenham autonomia financeira para termos garantia do cumprimento de sua missão institucional. Porém, é um ponto de partida importante para instituir processos de-

mocráticos onde se compartilha objetivos e estratégias de intervenção, que estão para além do mero planejamento anual de atividades e gastos.

Isso quer dizer que não concordamos com o argumento de que a implantação de tipos diferentes de gerência como os elaborados a partir do regime das OSS seria a solução garantir serviços de Saúde Mental que rompam com a logística do cuidado centrada na doença, nas rotinas dos serviços e práticas profissionais burocratizadas. Ou seja, a utilidade das parcerias não deve servir para desonerar o Estado, terceirizando sua função de formulador e executor de políticas públicas, terminando por mercantilizar a saúde pública, com base nos argumentos do aumento do desempenho e da eficiência, bem como a diminuição do desperdício e desqualificação dos serviços.

O fato é que não estamos presenciando no país uma transformação nos processos de gestão pública, agilizando a máquina estatal em seus processos e fazendo com que as respostas administrativas estejam em consonância com as necessidades sociais e clínicas, mas a iniciativa de privilegiar providências paralelas, as quais são fortemente incentivadas por iniciativas neoliberais, que segundo Barbosa (2010), “representa a resposta de governos alinhados com a estratégia de redução do papel do Estado e a transferência para o mercado de diversas de suas atribuições e responsabilidades com a oferta e financiamento de bens e serviços públicos” (p.2486).

O segundo aspecto que essa pesquisa destaca é, então, a necessidade de avançar na questão do “Estado regulador das relações contratuais ou das concessões aos agentes não estatais de atividades de interesse ou relevância pública, como nas áreas de infraestrutura e de serviços sociais” (Rietra, 1999, p.), especificamente no plano do SUS e da Rede de Atenção Psicossocial, discutindo os argumentos de que “as OS dariam o atendimento universal da popula-

ção por meio do SUS, na criação de mecanismos de controle social previstos em lei, na flexibilidade do novo modelo de gestão e no controle dos resultados por meio do contrato de gestão” (Sano e Abrucio, 2008, p. 72).

Na avaliação realizada por Rietra (1999) na rede CAPS do Rio de Janeiro em termos de alternativas inovadoras de gestão em Saúde Mental, a autora concluiu primeiramente que há pouca confiança na capacidade de contratualização do Estado brasileiro; pouca experiência da administração pública na licitação (transparente) de convênios, contratação e regulação das organizações terceirizadas; não são definidos indicadores quantitativos e qualitativos que possam orientar a avaliação de processos e resultados; a ausência de sistemas de informação e de custos é um agravante, bem como de penalizações em caso de interrupção do trabalho assistencial ou não cumprimento do que foi estabelecido no contrato; e por fim, que não está sendo verificado como vem se dando o acesso e utilização dos serviços pelos usuários, indicando a fragilidade de monitoramento em termos dos direitos dos mesmos e resultados sociais alcançados. Já em São Paulo, em relação aos hospitais conveniados, conforme estudo de Sano e Abrucio (2008), foram registrados ganhos na gestão de pessoal, na oferta de serviços e no campo da transparência. Porém, muitas promessas deixaram de ser cumpridas, com claro afrouxamento dos mecanismos de controle social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão em Saúde Mental tornou-se alvo de preocupações e críticas, abrindo um campo de debates no país em busca de novas modalidades condizentes com a lógica de atenção psicossocial e comprometidas com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, desenvolvemos uma investi-

gação em dois Centros de Atenção Psicossocial do RN, um com gerência pública, localizado em Natal e outro com gerência privada, em funcionamento no município de Parnamirim. Objetivamos conhecer o modo de funcionamento de cada um deles, especificamente como se dá o processo de planejamento e gestão dos recursos materiais e humanos. Foram constatadas diferenças na gerência dos recursos humanos e materiais entre os dois serviços nos seguintes aspectos: transparência no repasse dos recursos da gestão municipal para o serviço, autonomia, participação no planejamento e formas de utilização dos recursos. Esses resultados apontam para o enorme desafio posto à RAPS na atualidade na medida em que expandir a rede e os níveis de acessibilidade, com uso eficiente dos recursos, geração de melhores resultados assistenciais e garantia dos direitos humanos, não é tarefa simples. Ademais, indicam que os novos modelos de gestão na área precisam ser regulados, monitorados, como é o caso das Comunidades Terapêuticas voltadas à atenção ao usuário de álcool, drogas e crack, em expansão crescente pelo país, de maneira a assegurar seu funcionamento de acordo com as diretrizes do SUS e da Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

- Barbosa, N. B. (2010) Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. v.15, n.5: p. 2497 2506.
- Barbosa, N. B. & Elias, P. E. M. (2010) As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. v.15, n.5: p. 2483 2495.
- Brasil, (2005) Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Ministério da Saúde. Documento apresentado à Confe-

- rência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília-DF.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão / Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da saúde.
- Centro de Atenção Psicossocial II - PAR. (2011). Secretaria Municipal de Saúde. Tesouraria e Administração. Planilhas de custeio do serviço. Planilha de planejamento e gastos dos recursos recebidos. – Parnamirim: Secretaria Municipal de Saúde – CAPS II – PAR.
- Guizardi, F. L., Cavalcanti, F. de O. (2010) Gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. In: *Revista Interface – comunicação, saúde, educação*. v.14, n.34, p.633-45.
- Heck, R. M., et al. (2008) Gestão e Saúde Mental: percepções a partir de um Centro de Atenção Psicossocial. In: *Revista Texto Contexto Enfermagem*, v.17, n.4, p.647-55.
- Freire, F. H. M. de A. (2004) O Sistema de alocação de recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- Freire, F. H. M. de A. (2012) Cartografia do financiamento em Saúde Mental: modelos na Rede de Atenção Psicossocial na relação de cuidado à loucura. Tese de Doutorado em Saúde Pública – Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- Minayo, M. C. de S., et al. (1994) *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 80 p.
- Pepe, Vera Lúcia Edais, Figueiredo, Tatiana de Aragão, Simas, Luciana, Osorio-de-Castro, Claudia Garcia Serpa, & Ventura, Miriam. (2010). A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2405-2414. Retrieved April 15, 2013, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500015&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1413-81232010000500015.
- Prefeitura de Natal. (2011). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Planilhas de Recursos de custeio, planejamento e gastos em Saúde Mental. – Natal: SMS – Secretaria Municipal de Saúde.
- Rietra, Rita de Cássia Paiva.(1999) Inovações na gestão em Saúde Mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 125 P.
- Sano, Hironobu & Abrucio, Fernando Luiz. (2008). Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: Caso o das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo *Revista de Administração de Empresas*, 48 (3), 64-80. Retirado 15 de abril de 2013, a partir de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902008000300007&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0034-75902008000300007.

Figura 1 – Diferenças entre os serviços com gerência pública e gerência privada.

