



## FALTA DE ALIMENTAÇÃO E VÍNCULOS PRECÁRIOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL VOLTADOS PARA USUÁRIOS DE DROGAS: O CASO DO CAPS AD NO RIO DE JANEIRO

1

Beatriz Brandão<sup>1</sup>

Priscila Farfan Barroso<sup>2</sup>

DOI: <https://doi.org/10.22481/sertanias.v3i1.12015>

**Resumo:** Este artigo analisa como a crise no abastecimento de alimentação, o corte de energia elétrica e de água, deu visibilidade ao desmonte do SUS, no que afeta os serviços de saúde mental do Rio de Janeiro. A partir de uma reflexão sobre a mudança das políticas de saúde mental aos usuários de drogas desde a década de 1990, apresentamos o estabelecimento da rede de tais serviços; a implementação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e o atual contexto do desmonte do SUS em serviços de saúde mental. O objetivo do texto é refletir sobre os diferentes impactos sofridos pelas políticas de saúde frente a um cenário de reestruturação das Organizações Sociais (OS), o que acarretou em demissões e corte de trabalhadores. A falta de abastecimento de alimentação e cortes de energia e água nos serviços de saúde mental demonstrou como o desmonte do SUS impacta diretamente no cotidiano dos serviços e na relação profissional x usuário no interior do CAPS AD, resultando em mais sobrecarga e adoecimento da equipe.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Serviços Terceirizados. Usuários de Drogas. Política de Saúde. Financiamento dos Sistemas de Saúde

**Abstract:** This article analyzes how the crisis in food supply, the cut in electricity and water, gave visibility to the dismantling of the SUS, as it affects mental health services in Rio de Janeiro. Based on a reflection on the change in mental health policies for drug users since the 1990s, we present the establishment of a network of such services; the implementation of the Psychiatric Reform guidelines and the current context of the dismantling of the SUS in mental health services. The aim of the text is to reflect on the different impacts suffered by health

---

<sup>1</sup>Doutorado em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC-RIO. Pós-Doutorado em Sociologia pela Universidade de São Paulo. Docente da Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO, no Mestrado Profissional em Ensino das Ciências (PPGEC). E-mail: brandao.beatrizm@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1481-8634>

<sup>2</sup>Doutorado em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), no Departamento de Filosofia e Ciências Humanas - DFCH; e-mail: prifarfan@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4815-4792>





policies in a scenario of restructuring of Social Organizations (SO), which leads to layoffs and cuts in workers. The lack of food supply and power and water cuts in mental health services demonstrated how the dismantling of the SUS impacts directly in the daily services and in the professional x user relationship within the CAPS AD, resulting in more overload and illness for the team.

**Keywords:** Mental Health. Outsourced Services. Drug Users. Health Policy. Health Systems Financing

## 1. Introdução

Este artigo apresenta parte do processo de desmonte da saúde mental do município do Rio de Janeiro<sup>3</sup>, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da crise no abastecimento de alimentação, falta de luz e demais precariedades de serviços de saúde mental voltados aos usuários de drogas, refletimos sobre os diferentes impactos sofridos pelas políticas de saúde.

Para Monteiro (2020), o desmonte acontece de modo gradual e sistemático na substituição de prestação de serviços considerados “improdutivos” por atividades prestadas pela iniciativa privada. Ao mesmo tempo, esse desmonte pode ser reforçado por falta da manutenção da prestação de serviços conveniados ao Estado. É nesse sentido que enfatizamos as dificuldades vivenciadas pelos serviços de saúde mental do RJ como parte do processo de desmonte do SUS.

Após a participação do RJ em grandes eventos internacionais, como os Jogos Olímpicos e a Copa do Mundo, pós 2016, o estado e o município do Rio de Janeiro aprofundam sua crise por conta da corrupção da gestão municipal e estadual, afastando investidores, suspendendo contratos, o que aumentou o desemprego e diminuiu a capacidade de consumo da população. Nos serviços públicos houve atrasos de repasses aos servidores e fornecedores instaurando instabilidade generalizada.

Diante dessa situação, tanto no município como no estado, elegeram-se gestores mais conservadores, que prometiam organizar as contas públicas e que compartilham o propósito de reduzir o papel do Estado. Mas a precarização dos serviços públicos aumentou e os direitos

---

<sup>3</sup> Daqui para frente será utilizado RJ para se referenciar ao município do Rio de Janeiro.



sociais diminuíram, o que reforçou o processo de desmonte do SUS, agravando o atendimento e tratamento dos usuários dos serviços de saúde mental. Logo, pretende-se evidenciar os casos específicos do RJ problematizando também aspectos estruturais em relação às políticas sobre drogas no Brasil.

Os serviços estudados são provenientes do desdobramento da Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), aprovada devido à acumulação de lutas nesse campo, por um tratamento antimanicomial, não hospitalocêntrico e desinstitucionalizante. Como opção extra-hospitalar, são propostos os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD), de caráter aberto, comunitário, em que se tem atendimento especializado com equipe multiprofissional de pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2005). Em seguida, é lançada a Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003), denominada aqui de PAUAD. Essa política converge com a aprovação da Lei de drogas de 2006, que faz ascender o lugar da saúde nesse processo de cuidado, desarticulando o usuário do sistema criminal, em sua perspectiva de paciente e não de traficante (CAMPOS, 2019).

Ressaltamos ainda, em termos de relevância descritiva deste texto, a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011) que propõe pontos de atenção à saúde para pacientes da saúde mental. Esta rede tem a participação do CAPS, que é um serviço estratégico na ordenação da rede, e que aposta no acolhimento e tratamento dos usuários através da proposta de Redução de Danos (RD). A RD é vista como “estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autorregulador, sem a exigência imediata e automática da abstinência, e incentivando-o à mobilização social” (BRASIL, 2005, p. 43-44).

Mas os direcionamentos das políticas de saúde para os usuários de drogas começaram a mudar, a partir de 2010. Durante na gestão da presidenta Dilma Rousseff, o governo federal lança o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (BRASIL, 2010), dispendo de R\$ 410 milhões para ações integradas, entre ministérios, voltadas para a prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários, além do combate ao tráfico de drogas. Em 2011, o plano foi

ampliado com o lançamento do programa “Crack é possível Vencer” para combater uma suposta “epidemia do crack”. De acordo com dados do governo federal, o programa deveria investir quatro bilhões de reais<sup>4</sup> entre 2011 e 2014, destinados a abordagens e formas de ação e tratamento diversos, tais quais a criação de novos serviços além de outras ações<sup>5</sup>.

Especialmente nos últimos 10 anos, houve ampliação do financiamento público para a abertura de novos serviços da saúde mental orientados pela RD, mas também alargamento de financiamento público para outra estratégia de cuidado a usuários de álcool e outras drogas, como as Comunidades Terapêuticas (CTs). O programa “Crack é possível vencer” foi um marco político dentro de uma disputa de modelos de cuidado a esta clientela (SANTOS, 2018, p. 17), que, para atender aos usuários de crack, reforçou propostas de cuidado baseadas na abstinência. Sendo assim, os anos seguintes foram marcados por um debate político, social, econômico e moral sobre que modelos de atenção devem ser financiados pelo SUS pra o tratamento de usuários de drogas.

Em 2019, entrou em vigor a Lei nº 13.840, a chamada nova Política Nacional de Drogas (PND), que alterou alguns artigos da chamada Lei de Drogas de 2006. A mudança substancial do decreto de 2019 toca exatamente na alteração do foco do tratamento; no documento a estratégia da RD não era mais citada na lei e foco foi posto na abstinência. Além disso, a forma de gestão dos serviços de saúde mental incluiu a intermediação de Organizações Sociais (OS) (BRASIL, 1998) e reduziu os recursos repassados aos serviços, evidenciando uma das piores crises, no RJ, nos últimos 10 anos. Houve episódios de água e luz cortados pelos fornecedores, de escassez de alimentação, o que causou movimento e comoção entre profissionais e usuários, e críticas na gestão das Organizações Sociais (OS) responsáveis por cada um dos CAPS AD. Crises como essa eram reveladas em reuniões de equipe dos serviços de saúde mental, que mostravam assimetrias na interpretação sobre o que consideravam “lutar pelo SUS” contra o desmonte. Assim, toda a dinâmica de crise instaurada agiu de forma disruptiva, com severos efeitos em muitas áreas, como a alteração em diversos projetos internos.

<sup>4</sup> Essa previsão de investimento foi apontada pelo Portal do Governo Brasileiro. Ver em: Disponível em <https://www.justica.gov.br/news/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer>

<sup>5</sup> Como tratamento ambulatorial, projetos de prevenção ao uso de drogas, veículos policiais de ronda e monitoramento, e acolhimento em comunidades terapêuticas (CTs), instituições que visam a abstinência.

Para fins de compreensão de como esse processo se constitui como parte do desmonte do SUS, afetando os serviços de saúde mental do RJ, delimitamos os reflexos na situação carioca em duas fases específicas. São elas: 1) a estruturação dos serviços de saúde mental e a Reforma Psiquiátrica e 2) o contexto do desmonte do SUS em serviços de saúde mental.

## 2. Metodologia

Os dados utilizados desde artigo são provenientes da pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) intitulada “Análise comparativa das metodologias de cuidado a usuários problemáticos de SPAs: CTs e CAPS AD”<sup>6</sup>, da qual uma das autoras participou como pesquisadora de campo no RJ, em 2019, sendo financiada pela mesma para execução das atividades. A outra autora tratou de colaborar na reflexão teórica a partir dos dados da pesquisa. Essa pesquisa se concentrou nos CAPS do RJ e tinha como objetivo compreender a implementação da PAUAD no território da cidade do RJ, pela prefeitura local. Um dos pressupostos teóricos que norteou os objetivos da pesquisa, a partir de bibliografia já consagrada no campo, foi a de que as políticas públicas só ganham concretude e produzem efeitos reais no momento de sua implementação – isto é, no momento da produção efetiva de serviços junto à população. (MAJONE; WILDAVSKY, 1984; PIRES, 2019).

Os serviços de saúde mental do RJ atuantes na RAPS se complementam no atendimento e tratamento da população assistida. Atualmente, o município conta com sete Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas. Dois deles são do tipo II (com atendimento diário de 8h às 17h) e quatro, do tipo III (com atendimento 24h todos os dias da semana). Estes últimos, possuem leitos para acolhimento noturno, entre 6 a 9 camas, totalizando 19 leitos em serviços dessa modalidade em toda a cidade. Durante a pesquisa de campo, foram visitados três CAPS AD III e um CAPS AD II, escolhidos por sua relevância territorial, devido ao fluxo de pacientes. As decisões nas escolhas dos serviços envolveram a equipe da pesquisa e os gestores do RJ.

---

<sup>6</sup> Este projeto de pesquisa, com número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 15589019.4.3001.5279, foi aprovado por Comitê de Ética.



A pesquisa se deu através de visitas semanais aos CAPS AD durante os seis, entre agosto de 2019 e fevereiro de 2020, quando foram feitas entrevistas com profissionais, gestores e usuários dos serviços. Também participou-se de atividades e oficinas terapêuticas, e assistimos a reuniões de equipe, e outras, que tratavam da população atendida - (usuários de álcool e outras drogas) - na Superintendência da Saúde Mental<sup>7</sup>. As entrevistas foram realizadas por meio de questionários semiestruturados diferentes para gestores, profissionais e usuários, previamente formulados pelo IPEA, contendo os seguintes blocos temáticos: suas trajetórias profissionais, visão sobre RD e CTs, relações de trabalho na RAPS, articulação de rede; para usuários sobre o uso de drogas, o tratamento no CAPS AD, também sobre haver itinerário terapêutico, entre outros temas relevantes para a temática. Foram realizadas 53 entrevistas entre gestores, profissionais e usuários. Entre as atividades, foram acompanhadas reuniões de equipe, reuniões de recepção de usuários – denominadas com nomenclaturas diferentes em cada um deles – assembleias, oficinas diversas, ida às cenas de uso de todos eles, reuniões em outros serviços relacionados. Eventos extras como paralisação dos servidores devido a atraso salarial, assim como um prêmio por documentário em festival recebido pelo CAPS AD.

### **3. Mudanças da política de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas**

O município do RJ é cenário representativo da emergência do modelo de Atenção Psicossocial na saúde mental e no SUS, em seus dilemas, desafios, avanços e recuos. Esse terreno vem, desde 1990, sendo pavimentado com a política de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica através da redução de leitos em hospitais psiquiátricos em prol de uma rede substitutiva e territorial (PRAZERES; MIRANDA, 2005; AMARANTE, 2017). Essa é uma discussão que vem desde a Reforma Sanitária dos anos 70 propondo modelos de atenção menos impositivos, mais ambulatoriais e menos hospitalocêntricos, com maior protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços e com a instauração de práticas de saúde baseadas na saúde coletiva.

---

<sup>7</sup> A Superintendência de Saúde Mental é a área técnica da Secretaria Municipal de Saúde do RJ responsável por implementar e gerir a política de Saúde Mental no RJ.

### 3.1 A estruturação dos serviços de saúde mental e a Reforma Psiquiátrica

Em 1996 foi realizado o primeiro censo feito no Brasil em hospitais psiquiátricos privados, com pacientes internados, e mostrou que ao saírem da internação, o ato seguinte feito pelo próprio paciente, ou pela família, era ir à emergência para pedir uma nova internação (FAGUNDES JÚNIOR *et al.*, 2016). Assim, esse censo possibilitou visibilizar uma situação de pouca efetividade da rede, que era custoso e inadequado, no qual os serviços se constituíam como “porta giratória” para os pacientes da saúde mental (BANDEIRA; BARROSO, 2005).

Em entrevista concedida em março de 2020, o superintendente da Rio Saúde Mental, Hugo Fagundes, relata que na década de 1990, os hospitais psiquiátricos públicos estavam sob a gestão do Ministério da Previdência, em função de um convênio, enquanto o Ministério da Saúde se encarregava da gestão da rede filantrópica de hospitais psiquiátricos. A partir das críticas aos tratamentos psiquiátricos novas formas de gestão foram estabelecidas. Esse contexto favoreceu algumas mudanças no conjunto de serviços oferecidos, como a municipalização do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, do Instituto de Psiquiatria Philippe Pinel; a do Centro Psiquiátrico Nacional; a do Centro Psiquiátrico Pedro II, que se tornou Instituto Municipal Nise da Silveira. Já nesse mesmo momento, houve a incorporação de serviços ambulatoriais na estrutura de serviços do SUS, e se deu a construção de um serviço baseado no modelo de atendimento em caráter aberto e comunitário que depois viria a ser o primeiro CAPS da cidade. Atualmente, ele é chamado de CAPS II Rubens Correia, no Bairro Irajá.

Com o advento da Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado<sup>8</sup>, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no âmbito da política nacional, estabeleceu-se de vez o plano de redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e a proposta de serviços substitutivos de caráter aberto realizando uma inversão do financiamento, apostando em desenhos de atenção extra-hospitalar.

---

<sup>8</sup> Paulo Delgado foi ex-deputado federal que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a progressiva diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Com a reforma, o projeto médio prazo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do RJ se deu pelo fechamento progressivo dos leitos públicos localizados nos Institutos Philippe Pinel, Nise da Silveira e Juliano Moreira. Segundo Fagundes Júnior *et al.* (2016), o movimento pró-reforma teve como resultado a redução dos 85 mil leitos psiquiátricos de hospitais do SUS, existentes na década de 1980, para 26 mil em 2014: ano da implantação de 2.200 CAPS no Brasil. De acordo com Fagundes Júnior *et al.* (2016, p. 1.451), após a publicação da Lei Paulo Delgado, houve considerável crescimento na cobertura de CAPS do município do Rio de Janeiro, que passou de 0,50 por 100 mil habitantes, classificado como positivo pelos parâmetros do Ministério da Saúde. Isso proporcionou uma mudança na despesa de internações que, sendo os hospitais psiquiátricos a terceira despesa mais custosa em 1990, passou a ser a sexta em 2016. As internações foram reduzidas de 42.762, em 2002, para 20.404, em 2012.

No contexto pós-reforma, a rede de serviços de saúde mental passa a se reorganizar aos poucos, o que gera alguns gargalos. O agravamento do problema se dá na união de duas questões: a escassez de CAPS III na rede com a alta demanda de casos graves em saúde mental. O intenso fluxo faz com que os leitos existentes nos CAPS, para acolhimento noturno, trabalhem sempre com ocupação em torno de 90 a 100%.

A Superintendência Rio Saúde Mental adotou uma gestão compartilhada com Organizações Sociais de Saúde, chamada de *modelo OS*. Essa estratégia de gestão está colocada no âmbito nacional decorrente das Reformas do Estado promovidas desde os anos 90, implementada por Bresser Pereira, no governo Fernando Henrique Cardoso. Essa opção se dá com o argumento de busca por mais agilidade, flexibilização e gestão para resultados. Entretanto, entendemos que essas novas formas de gestão podem ser percebidas como parte de um processo de desmonte das políticas públicas, ao terceirizar serviços precarizando os vínculos de profissionais e as formas de manutenção de serviços públicos (DRUCK, 2016).

No município do Rio de Janeiro, essa opção agravou, nos últimos anos, alguns cenários de crise, principalmente com as questões dos trabalhadores da saúde. Crises essas compreendidas pela SMS como um “expediente polêmico que tem como um dos pontos de dificuldade a contestação política de segmentos de atores que militam no campo das políticas públicas e se constitui em um campo de conflitos e embates”. (FAGUNDES JÚNIOR *et al.*



2016, p. 1455). Os autores explicitam os motivos da existência dessa gestão compartilhada, reiterando que não existem estudos disponíveis que avaliem as peculiaridades da saúde mental do RJ no contexto do *modelo OS*.

O *modelo OS* é adotado em todo o Brasil e não prescinde de um debate comparativo em relação à administração direta pelo Estado. Segundo Barbosa e Elias (2010, p. 2494), é a “complexa arquitetura do SUS e a dificuldade de implementação em contextos tão diversos, em um país como o nosso, que impõem a necessidade de que sejam experimentados novos modelos de gestão de ações e serviços”. Os autores indicam que a decisão por contratar Organizações Sociais de Saúde se deu por uma opção pragmática que visava alcançar “autonomia administrativa e financeira frente ao processo de aquisição de bens e serviços, a contratação de recursos humanos [...], assim como a utilização de tecnologias gerenciais inovadoras”. (BARBOSA; ELIAS, 2010, p. 2484). Mas as consequências dessas parcerias nem sempre tem continuidade esperada, fazendo com que alguns serviços públicos sejam atingidos de modo negativo.

Cabe destacar que o debate sobre esse modelo é bastante amplo na literatura (IBAÑEZ *et al.*, 2001; CARNEIRO, 2002), pois compreende visões “sobre o papel do Estado e os padrões de intervenção sobre a sociedade”<sup>9</sup>. Tal disputa se interpõe, principalmente, a partir da década de 1990 quando o SUS abrange todo o país e necessita de gestões diferenciadas para a sua implementação. Inserido numa perspectiva de argumentação de que é preciso ampliar a forma de gestão para alcançar ganhos de eficiência e a preservação do interesse público, o *modelo OS* começa a ganhar força política e administrativa.

A própria Lei do SUS já prevê participação da iniciativa privada de forma complementar, e é a partir daí que se dá o modelo OS na relação com os serviços públicos. No Rio de Janeiro, as OS passam a desenhar a estrutura administrativa da saúde, abrindo espaço para a intensificação da crise. O fato é que na realidade do município se, por um lado, pode

---

<sup>9</sup> Barbosa e Elias (2010, p. 2.484) retomam a definição formal de OS “são entidades de interesse e de utilidade pública, associação sem fins lucrativos, surgidas da qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, nas atividades de ensino, pesquisa tecnológica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio-ambiente”.

haver uma busca por uma maior autonomia administrativa e financeira concedida às unidades sob gestão OS, por outro, há também uma série de precarizações, como o corte no abastecimento de alimentação e no estabelecimento das relações de trabalho. Essa situação também é consequência de contexto de dimensão neoliberal que abarca uma nova razão de mundo (DARDOT; LAVAL, 2016).

A gestão compartilhada é operada da seguinte maneira: à medida que a prefeitura recebe os financiamentos, abre convênios com OS e ONGs para organizar todo o serviço, adquirir e custear infraestrutura e pessoal. Essa forma de atuação, segundo o funcionário da Superintendência, o consultor para assuntos de Álcool e Drogas da Rio Saúde Mental, fez com que tivessem, além de um contrato precário, uma “colcha de retalhos” de convênios com instituições diferentes, que se refere mais às diferenças de valores destinados a cada contrato – e por consequência, diferença de disponibilidade financeira das organizações para executarem o mesmo serviço. Há instituições que pagam mais e outras que pagam menos, que por vezes são ONGs ou são OS. Embora se terceirize e contratualize uma gestão, o que se contrata é o resultado, resultados expressos nas porcentagens alcançadas nos acordos firmados.

O modelo de gestão compartilhada se iniciou na Atenção Básica (AB) e foi adaptado para a saúde mental. Quando a OS é escolhida, após a abertura de edital, ela recebe recursos do Fundo Municipal de Saúde e tem uma série de compromissos para montar o serviço e identificá-lo como parte das atividades disponíveis pelo SUS.

Após esses contratos, a prefeitura repassa o recurso com três meses de antecedência, já que faz uma avaliação trimestral. Três meses antes deve ter um escopo do projeto, custo de pessoal, fabricante, material, etc. Depois de três meses o comitê de avaliação técnica analisa, dosa algumas questões e repassa os três meses seguintes descontando o que foi passado anteriormente e não foi gasto, não foi comprovado ou despesa que tenha sido feita que a prefeitura não concorda.

O desenho é trabalhado com alguns incentivos: uma parte variável e uma de metas pactuadas com a OS, que poderia ter algum dinheiro para desenvolver um projeto de seu próprio interesse. No projeto para a gestão dos CAPS, a OS não podia contratar, nem demitir ninguém sem que a prefeitura concordasse. Não podia fazer nada de novo sem acordar com a prefeitura.

O convênio “Crack, é Possível Vencer”, em 2013, possibilitou ao estado do RJ a hoje contar com 34 CAPS, desses 10 tem funcionamento 24h. Como o financiamento federal é de 30% do custo total de um serviço, se opera por cofinanciamento com as OS. O que temos para analisar diante desses dados é que uma é a questão referente à parceria público-privada com a OS – que já foi apresentada – e outra é a falta de investimento na manutenção dos serviços, que provoca o tensionamento entre a responsabilidade da OS e a falta de investimento público, como veremos a seguir.

### 3.2. Contexto do desmonte do SUS em serviços de saúde mental

A crise do município do RJ também afetou diretamente a área da saúde pública. O ano de 2019 foi marcado pelo atraso contínuo de pagamento, suspensão do auxílio transporte, impedindo a chegada de muitos funcionários às unidades de saúde, o que impôs a uma suspensão temporária da convivência e de todos os projetos e oficinas que estavam sendo desenvolvidas na área de saúde mental do município. Isso afetou o atendimento dos usuários nos serviços de saúde mental, a revisão de muitos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), gerando mudanças nos manejos clínicos, tocados pelas mudanças de ordem social e política. Sobre isso, o superintendente conta como a situação chegou a tal ponto, num nível macro:

Sobre a crise, o que houve foi o atraso de alguns meses do repasse da prefeitura, porque a prefeitura gastou demais em relação ao que arrecadou e produziu um déficit grave de funcionamento, o fato é que não há dinheiro no tesouro municipal, então falta. Nós estamos entrando no último ano de gestão, com uma situação de déficit orçamentário considerável, de mais de 2 bilhões e uma série de estudos para se enfrentar, mas todos esses estudos envolvem tomadas de decisões que foram pensadas ao longo do tempo, mas não foram bancadas porque são impopulares.

Entre a entrada e a saída de campo em 2019, houve a crise entre serviços, prefeituras, OS, ONGs, até a mudança final para uma empresa pública, no último ano do mandato do prefeito Marcelo Crivella (2016-2019). As mudanças de OS interferiram no pagamento de profissionais, de contratação e evidenciaram a precarização do trabalho existente. Dessa forma, destacamos aspectos que contribuiriam para visualizarmos o desmonte do SUS na saúde mental



na cidade do Rio de Janeiro, explicitando a partir de dados de campo como essa situação afeta profissionais e usuários do SUS.

### 3.2.1 Diferentes vínculos e precarização do trabalho

12

É possível assinalar que o processo de terceirização de trabalho na área de saúde se constitui como parte do processo de precarização do trabalho. Esses “desencaixes” dos convênios e contratos nas políticas públicas podem representar consequências graves ao público atendido, ainda mais quando estes são já estigmatizados, como usuários de drogas, que tem maior dificuldade de se vincular aos serviços existentes.

Uma das questões essenciais é justamente o estabelecimento de vínculo entre usuários e os profissionais de saúde, o que leva um investimento de tempo, e aumenta a responsabilidade do CAPS, que precisa cumprir os acordos com os pacientes e mostrar segurança para que essa relação de confiança se estabeleça. Após um período longo de trabalho no território, um usuário de crack disse aos profissionais: “agora posso dizer meu nome para vocês. Eu tinha dado o nome do meu irmão porque não sabia qual era a intenção de vocês, né?! Agora sei que já posso dar meu nome verdadeiro!”.

Uma dificuldade se dispõe na rotatividade de profissionais nos serviços de saúde mental. O contrato por OS, ao passo que é legitimado pelo argumento da autonomia e eficiência, que permite que os profissionais possam trabalhar em mais de um espaço, por outro depõe uma instabilidade trabalhista que age como impeditivo para alcançar os principais objetivos da relação com os pacientes. Como podemos ver pela fala de um profissional do CAPS AD, ao reconhecer que a terceirização tem implicações diretas no atendimento dos usuários:

Eu acho que a fragilidade dos contratos, nos últimos anos, desestimula absurdamente a equipe, acho que faz a equipe buscar outras possibilidades, porque são contratos muito frágeis, aí fica uma rotatividade absurda de profissionais na rede. Às vezes você faz uma vinculação com um enfermeiro de uma clínica da família aqui no território, e depois ele não está mais. Acho que a gente precisa entender que em muitos momentos também vai trabalhar com a sobrevida para a pessoa, isso não é demérito também, senão a gente fica sofrido cada vez que alguém fala.



Esse depoimento nos mostra que a rotatividade de profissionais causa sobrecarga, indicando elementos sobre o *adoecimento profissional* (MERHY, 2002, 2013; PINHO, 2011; ZANATTA *et al.*, 2017). O debate que atravessa a literatura sobre essa temática é o de que profissionais da saúde mental passam por desgastes que são sinal de *combustão* devido ao contato permanente com a dor e o sofrimento, aliado aos vínculos precários. O que gera efeitos como “desgaste, o medo, o adoecimento, o sentimento de inutilidade, a impotência de ação e o esgotamento”. (WANDEKOKEN *et al.*, 2017).

Esse contexto é possível por “situações de estresse e desgaste, por lidarem diariamente com pacientes vulneráveis, casos de doença e situações de tensão nas relações interpessoais e hierárquicas nas instituições de trabalho”. (ZANATTA, 2017, 08). Os tensionamentos ocasionados pelas relações levam, como aponta Merhy (2013), a sentimentos de *inutilidade e impotência de ação*, quando trabalhadores alegam que não há nada a fazer para melhorar o atendimento burocratizado e não humanizado. Merhy (2013) aponta o processo de *combustão* profissional, na especificidade do corpo de funcionários da saúde mental, consequência de um trabalho de produção do sentido de vida do paciente em que, muitas vezes, não é ofertado o mesmo cuidado para si.

Em muitas reuniões presenciadas nos CAPS AD no RJ a questão do *cuidado* é destacada, com apelos de que também os profissionais devem ser cuidados. Vistos em frases como: “nós cuidamos dos usuários e quem cuida da gente?”. No entanto, o cuidado com a equipe é dificultado com os intermitentes cortes de verbas que não deixam a organização se constituir de forma coesa, interferindo na relação com a rede, sobrecarregando a equipe que atua, e denotando a fragilidade de vínculos que eles são obrigados a construir e vivenciar com os usuários. Assim, fica evidenciado a precariedade da equipe profissional dos CAPS AD conveniados que devem gerenciar o sofrimento do paciente atendido, mas também aquele produzido pelo próprio trabalho.

Como apontou pesquisa de Cavalcanti *et al* (2009), numa cidade com as dimensões urbanísticas como o Rio de Janeiro, em que os funcionários acumulam funções, seria indevido a cobrança de um trabalho satisfatório em todas as esferas. “Uma consequência possível desta dificuldade pode ser o predomínio das atividades desenvolvidas com usuários dentro dos CAPS





e a pouca integração com outros equipamentos sociais e de saúde”. (CAVALCANTI *et al.*, 2009). Essa consequência é tratada pelos profissionais como *sobrecarga*:

Sobrecarga é a tônica do momento. Nosso corpo sinaliza que isso está fazendo mal. Às vezes achamos outros culpados. Isso é humano. Se estamos com dificuldades de acolher o colega que está numa situação tão parecida com a nossa, imagina aquele que está numa situação mais distante. Temos que fazer deste um espaço de elaboração conjunta. Parte do incômodo individual fala da realidade que é de todo mundo. É um sistema perverso e que está em curso e em disputa. Essa disputa de modelos se reflete em nossos corpos, que sentem os impactos. (Coordenadora Técnica do CAPS AD).

Como podemos ver, o processo de desmonte do SUS na saúde mental gera uma fragilização nos vínculos trabalhistas, e uma das formas ocorre com a instabilidade dos contratos via OS. Se por um lado se argumenta na OS como autonomia e eficiência de gestão, por outro pode onerar as relações entre as equipes.

Tanto a literatura apresentada, como os exemplos empíricos, deixam explícito um *modus operandi* que se inicia com a precarização trabalhista, que pode acarretar a diminuição ou redistribuição constante da equipe, gerando um acúmulo de funções, que acarreta uma sobrecarga de trabalho e, logo, o esgotamento. Uma profissional do CAPS AD conta na reunião de equipe, que, ao chegar, falou com uma das usuárias em situação de rua: “as coisas não estão boas para vocês depois desse decreto da prefeitura, não é mesmo?” E a usuária responde: “não estou tão mal quanto você [que está] em aviso prévio”.

O sofrimento, ao qual eles se dedicavam a cuidar, era de forma sistemática e sintomática agora geral. A gestão do transtorno e sofrimento do outro, que faz parte de suas clínicas, se transforma num manejo de um sofrimento compartilhado. Os modos de sustentação no serviço passam por toda uma linha de gerência das dores, de compreensão dos ideários e motivos do paciente que não sustenta o proposto no PTS. As técnicas e debates utilizados para entender os pacientes agora se convertem como necessárias para sustentar suas próprias práticas.

### 3.2.2 As mudanças de OS na crise: luz, água e alimentação



Falta de luz. Falta de água. Falta de alimentação. As principais *faltas* que marcaram 2019 nos CAPS AD foram referentes ao seu funcionamento básico. Em relação à falta de luz, tivemos a primeira notificação em outubro, seguido de outros cortes durante os três meses posteriores. O corte de energia elétrica, em um dos CAPS AD, ocorreu no horário de funcionamento, por isso os funcionários agiram com emergência para remanejar toda a estrutura e dar continuidade ao serviço. Os leitos dos acolhimentos noturnos deviam ser alocados para outros CAPS, o que provocou movimentos nos dispositivos da RAPS do entorno, para reajustarem suas rotinas para recebê-los.

Após a reorganização do dia anterior, a luz foi restabelecida. No entanto, no dia seguinte foram surpreendidos com outro corte, pois faltou água. A equipe se deparou com a necessidade de fazer ajustes entre a rede e, ainda, repassar o contexto de acontecimentos aos usuários, para que eles não pensassem que perderiam serviços de modo instantâneo. Para tal, foi organizada uma assembleia extra-oficial no CAPS AD, com a presença de funcionários e usuários para lhes dar explicação sobre o porquê de o serviço ter que ser suspenso. Naquele momento, a prefeitura não havia feito o repasse do pagamento de energia e água para a OS. Durante uma das assembleias um usuário perguntou se esse é um “problema da prefeitura ou da OS” e os funcionários responderam que a prefeitura é responsável também pela OS e não fez o repasse do recurso.

A equipe afirma que a crise é sistêmica e acomete a todos, ao compartilhar sobre o atraso e não pagamento de seus salários. Devido a situações tão indefinidas, a indicação aos pacientes da unidade era: todas as vezes que chegassem ao CAPS AD teriam que se informar como seria funcionamento no dia, pois diante das circunstâncias, toda a agenda poderia mudar, causando instabilidade no atendimento dos usuários.

Se a água e a luz alcançaram caráter unânime sobre a inexistência de serviço sem esses recursos, o mesmo não se pode dizer da alimentação. O corte no abastecimento das refeições gerou concepções díspares de cada gestor sobre como esse fato interferia nas decisões práticas institucionais.

### 3.2.2.1. Alimentação entre a crise na gestão e a gestão da crise

O atendimento nos CAPS inclui oferta de alimentação, que varia de acordo com o tipo de CAPS (I, II ou III) e com o PTS dos usuários. Partimos da premissa de que a alimentação não inclui apenas o ato de nutrir, mas também envolve um processo cultural. Dessa forma, a alimentação abarca um “conjunto articulado de práticas e processos sociais, assim como envolve trajetórias de identificação coletiva como nos processos de saúde/doença”. (MENASCHE *et al*, 2012, p. 07). Dessa forma, alimentar-se é um dispositivo da sociedade que “imbrica-se com a sociabilidade e significados, com as interpretações de experiências [...] a alimentação é modelada pela cultura e sofre os efeitos da sociedade, não comportando a sua abordagem olhares unilaterais”. (CANESQUI; GARCIA, 2005, p. 11).

No âmbito dos serviços de saúde, o alimento disponibilizado também evidencia parte das práticas de cuidados oferecidas para o restabelecimento da saúde. Sendo assim, em momentos de crise do Estado, a ameaça da falta de alimentação pode gerar inseguranças nos vínculos estabelecidos. O fato é que a alimentação expandiu a gestão da crise, tornando-se seu epicentro e a solução, a se fazer repensar fundamentos, procedimentos, métodos, critérios e orientações.

No que se refere à alimentação, alguns CAPS AD já conviviam com a sua retirada há um ano, enquanto outros se encontravam na iminência do corte. Todavia, nesse momento do trabalho de campo o debate alcançou a toda a gestão dos CAPS AD fazendo-os discutir que refletir sobre a alimentação passava pelas definições e escolhas do que é fazer redução de danos. No limite, definiam as visões da vida social, afetando gestores políticos, diretores, profissionais e usuários.

O posicionamento de um dos profissionais do CAPS AD evidenciou que a alimentação é considerada como essencial no trabalho realizado. Para ele, é no manejo do alimento em seu uso social, que são reveladas questões clínicas que contribuem com o cuidado, descobertas clínicas, desdobradas em mudanças nos PTS, de modo que o compartilhamento do alimento denota um momento de afeto entre usuários e profissionais.

Tais relatos nos remetem à distinção entre comida e alimento, em que “comida não é apenas uma substância alimentar, mas é também um modo, um estilo e um jeito de alimentar-se. E o jeito de comer define não só aquilo que é ingerido, como também aquele que o ingere”. (DA MATTA, 1986, p. 56). Assim, há a necessidade de se compreender o lugar da comida no cotidiano dos CAPS, o quanto a alimentação é troca para eles, pois é na refeição que se podem revelar suas demandas e questões. Para alguns gestores, o espaço para a alimentação sinaliza a forma como a equipe serve, como o usuário recebe, como é feito o alimento, sendo a comida significativa para se pensar inclusão/exclusão, modo de interação/distanciamento.

A falta de alimentação toca num sentido macro político. Mas também, opera no cotidiano micropolítico se interpondo como opção clínica e prática do cuidado na relação profissional e paciente. Para alguns funcionários, a alimentação num CAPS é ato básico do modelo de redução de danos, sendo o primeiro e primordial passo para qualquer tratamento. Segundo a nutricionista de um CAPS AD, a alimentação seria ponto fundamental de qualquer trabalho de RD, porque ela perpassa desde a linha de sobrevivência e saúde até a relação social e de formação afetiva com a comida.

A comida também é uma estratégia de redução de danos. Ela entra num lugar para dar conta também de alguma coisa e ela não é moralizada como a droga. Quando a gente pensa em estratégia de redução de danos a gente não necessariamente pensa na nutricionista, e aí nesse processo de mudança de contrato eu fui demitida porque o diretor não conseguiu garantir a minha vaga. Ele precisou justificar muito o trabalho que eu fazia, dizendo que eu sou a única nutricionista do serviço para pensar as atividades. Então acho que o primeiro momento é esse, que inclusive me retira desses outros espaços. (Nutricionista do CAPS AD).

Ao mesmo tempo, os usuários reconhecem esse objetivo: “Minha primeira redução de danos foi um prato de comida”. “Tá vendo como o CAPS tá vazio? É porque não tem mais comida, aí que você vê quem quer mesmo se tratar e quem só quer comer”. “O corte de alimentação expandiu a possibilidade de o usuário fazer sua própria rede”. “A alimentação é a primeira RD e sem ela retiramos o direito básico de vida e sustentação”. “Alimentar é dar saúde”. Dessa forma, reforça-se que a alimentação é parte do cuidado oferecido por partes dos serviços de saúde, principalmente da modalidade realizada pelo CAPS AD, o qual os usuários podem passar o dia e depois dormir em suas casas.

Seria ela o ato primeiro do cuidar, ou o que impele pensar formas de institucionalização ou desinstitucionalização? O que ela responde e expressa sobre os parâmetros do próprio SUS e da reforma psiquiátrica? O que ela representa na concepção de RAPS e faz repensar o que é fazer rede? O que impacta na oferta do cuidado? O que compreende e determina dentro dos pilares da atenção psicossocial, principalmente da autonomia? É fator determinante para definir o que é assistir ou desassistir?

Durante uma reunião institucional na SMS, a gestão de um CAPS AD diz que com o corte na alimentação no ano anterior, tiveram que rever todos os PTS, o que ocasionou uma diminuição na convivência e no tratamento dos usuários, afetando os objetivos de funcionamento do próprio serviço. Dessa forma, iniciou-se o debate sobre a alimentação nos CAPS AD, cujo ponto era de que se alimentar no serviço consistia mais que uma ferramenta clínica e sim um direito do usuário.

A construção da alimentação como um direito norteia muitas decisões políticas, já que a “alimentação adequada é considerada um direito social fundamental, consagrado em várias constituições e tratados internacionais na América Latina” (ANDRICH, 2004). Da mesma forma, como apontam Menasche *et al.* (2012, p. 20): “a alimentação é direito humano a uma alimentação cultural nutricionalmente suficiente (em quantidade) e adequada (em qualidade)”. No contexto de serviços de saúde do SUS, essa problemática se amplifica.

Alguns diretores de CAPS AD dizem que não conseguem imaginar seu funcionamento sem alimentação, pois esse é um critério de adesão dos frequentadores, por vezes é a única forma de aderir ao tratamento. “Se a alimentação é ameaçada, o trabalho realizado pela instituição também o é”, afirmam. O fato é que em grande parte dos CAPS AD os frequentadores são, prioritariamente, população em situação de rua e uma das formas para essas pessoas chegarem e conseguirem cuidar de aspectos de sua saúde é através da comida e, somente a partir disso, vão se vincular a outros serviços da rede. Portanto, para eles, o espaço articulador de atendimento na saúde mental passa pela alimentação.

Por outro lado, outros profissionais passaram a questionar o fato do CAPS AD “criar dependências” nos pacientes atendidos. Nesse cenário, foi problematizado o preenchimento de todo o tempo do usuário com oficinas, comida, reuniões: tudo voltado para dentro, tornando-o



dependente. Argumentações como: “o usuário tem que formar redes e vinculações fora da instituição”, “faz mal que seja oferecido tudo no mesmo lugar”. Em entrevista, a gestão desse CAPS afirmou que o ponto positivo do corte de alimentação foi a oportunidade de articulação de rede e a não concentração de todos os serviços num só espaço ou numa só unidade:

A gente teve que diminuir a permanência dentro do CAPS, eles não ficavam mais o dia inteiro, só os casos graves que precisavam. Às vezes o paciente vinha todos os dias, só que não passava o dia inteiro. Isso teve um efeito que foi impressionante, cada referência começou a discutir com aqueles mais dependentes: “como você vai arrumar a comida que você comia aqui? Aonde que é possível? Ah, tem a igreja, tem no abrigo, a tia da esquina topou me dar”. Eles pagavam a alimentação aqui numa pensão, todo dia traziam o ticket de que comeram: “olha o meu boletim, fui lá comer”.

A gestão desse CAPS AD defendeu que houve mudanças positivas em seu manejo clínico após o corte da alimentação, argumentando que essa é uma questão que toca, justamente, na autonomia do usuário. Enquanto os cortes da alimentação aconteciam, segundo a direção, aqueles que precisaram buscar outros lugares para se alimentar desenvolveram mais autonomia ao ter que gerir sua própria situação:

Cada um foi organizando o seu recurso, cada um foi dando o seu jeito, foi impressionante o nível de autonomia que eles adquiriram. Percebi que os que estavam aqui dentro a gente tirou o recurso que eles tinham, a gente oferecendo a comida, a gente não estava ajudando em nada o tratamento deles, a gente estava tirando recursos que eles tinham antes. Tratamento é a gente ampliar a rede do sujeito. Então que autonomia é essa que a gente está dando para esse sujeito? É importante, está na lei que a gente tem que oferecer alimentação, mas tem que estar dentro do PTS, de acordo com cada caso, vamos avaliar caso a caso.

A alimentação deve ser tratada, nesse prisma, como uma questão de direito adquirido pelo usuário e responsabilidade do Estado, responsabilidade de uma rede pública que o sustenta e dá suporte, recursos e viabilidade que, assim que os alcancem, busque suas vias autônomas de vida e decisão individual.

A posição de outros diretores é a de que enquanto esse usuário não alcançar tal autonomia, é dever do Estado supri-la, não devendo ser esse dever estatal terceirizado para *redes* informais, individuais, religiosas e de vizinhança. *Redes* essas que, na maioria das vezes, partilham a mesma classe social, a mesma favela, a mesma pobreza, a mesma falta de recursos

financeiros. A *rede* informal pode existir na formação de relações estabelecidas, constituindo os itinerários dos usuários, mas não tem encargo e compromisso de se tornar responsável por um dever do Estado na promoção de saúde pública e coletiva. Por fim, destacamos a fala de um usuário sobre a falta de alimentação antes da crise: “Aqui enchia, as pessoas vinham, se alimentavam, de manhã o café da manhã, o café da tarde. Mas fala para mim, como é que um ser humano vai ficar sentado aqui numa cadeira o dia todo sem comer nada e a maioria não tem trabalho, como eu?”

## 5. Considerações finais

A crise no município do RJ é posterior às modificações das políticas de saúde mental aos usuários de drogas desde os anos 90 no âmbito nacional, com a implementação dos primeiros serviços da rede de serviços de saúde mental, depois as mudanças nas diretrizes através da Reforma Psiquiátrica até cair em um contexto do desmonte do SUS em serviços de saúde mental.

Dessa forma, é preciso dizer que os desdobramentos da terceirização acabam por reforçar o processo de desmonte do SUS, tornando as atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde mais instáveis, afetando diretamente o vínculo entre profissionais de saúde e usuários. No caso dos usuários de drogas, essa discussão é ainda mais complexa, pois muito desse público são pessoas em situação de rua, que carecem do atendimento do CAPS AD para manterem suas atividades cotidianas de higiene, alimentação e demais afazeres.

Os dados das nossas pesquisas, no contexto do município do Rio de Janeiro, evidenciam a operacionalização de políticas nacionais que ganham configurações específicas no território da cidade. Ao mesmo tempo, os achados desta pesquisa nos levam a refletir sobre o próprio funcionamento dos serviços enquanto produtores de práticas de saúde. A rotatividade de profissionais, a dificuldade de construir vínculos, a falta de luz, a diminuição da alimentação, os recursos escassos têm consequências nos planos de atendimento e tratamento dos usuários. Entretanto, essas situações também levam os usuários a produzirem outras estratégias de cuidado, o que faz os profissionais do CAPS AD refletirem sobre o papel dos serviços.

## Referências

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.

ANDRICH, M. **Alimentos palabras y poder**. Buenos Aires: Editorial Antropofagia, 2004.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S.M. Sobrecarga de pacientes psiquiátricos. *J. Bras. Psiquiatr.*, v.54, n.1, 2005, p.34-46.

BARBOSA N.B.; ELIAS P.E.M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Cien Saúde Colet.* v.15, n. 5, 2010, p. 2483-2495.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. 2006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais.1998.

BRASIL. Presidência da República. Secretária-geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019.** Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. 2019.

CAMPOS, M. da S. **Pela Metade:** a lei de drogas no Brasil. Editora Annablume, 2019.

CANESQUI, A.M; GARCIA, R.W.D. (orgs). **Antropologia e nutrição:** um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005

CARNEIRO JR. N. **O setor público não-estatal:** as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde [Tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

CAVALCANTI, M.T; DAHL C.M; CARVALHO M.C.A; VALENCIA E. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial. **Rev Saúde Pública.** v. 43 (Supl. 1), 2009, p. 23-28.

DA MATTA, R. **O que faz o brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal.** São Paulo: Editora Boitempo, 2016. 402p.

DRUCK, Graça. A terceirização na Saúde Pública: diversas formas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde,** v. 14, n. Suppl., 2016, pp. 15-43.

FAGUNDES JÚNIOR, H *et al.* Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 21, n. 5, 2016. pp. 1449-1460.

IBAÑEZ N. *et al.* Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Cien Saude Colet.** v 6, n. 2, 2001, p.391-404.

MAJONE, G. WILDAVSKY, A. **Implementation as Evolution. Implementation.** Berkeley: University of California, 1984.

MENASCHE, R. *et al.* J. **Dimensões socioculturais da alimentação:** diálogos latino-americanos [orgs]. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2012.

MERHY, E. E. “Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde”. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 71-112.



MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: FRANCO, T.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 213 - 225.

MONTEIRO, N. O Estado em desmonte frente à epidemia da Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 30, n. 03, 2020.

PINHO, L. B. *et al.* “Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil”. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, DC, v. 30, n. 4, p. 354-360, 2011.

PIRES, R. **Implementando Desigualdades**: Reprodução de Desigualdades na Implementação de Políticas Públicas. Rio de Janeiro: IPEA, 2019.

PRAZERES, P. S. dos; MIRANDA, P. S. C. Serviço substitutivo e hospital psiquiátrico: convivência e luta. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 198-211, jun. 2005.

SANTOS, M. P. G. **Comunidades terapêuticas**: temas para reflexão. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

WANDEKOKEN, K. D. *et al.* Efeitos danosos do processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Saúde em Debate**. 2017, v. 41, n. 112, 2017, pp. 285-297.

ZANATTA, A. B. **Trabalho e adoecimento dos profissionais da saúde mental que atuam nos Caps de Campinas-SP**. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, 2017.

---

Recebido: 30 de março de 2022

Aprovado: 20 de maio de 2022



Este trabalho está licenciado sob uma licença [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

