



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Fátima Abdalah Saieg

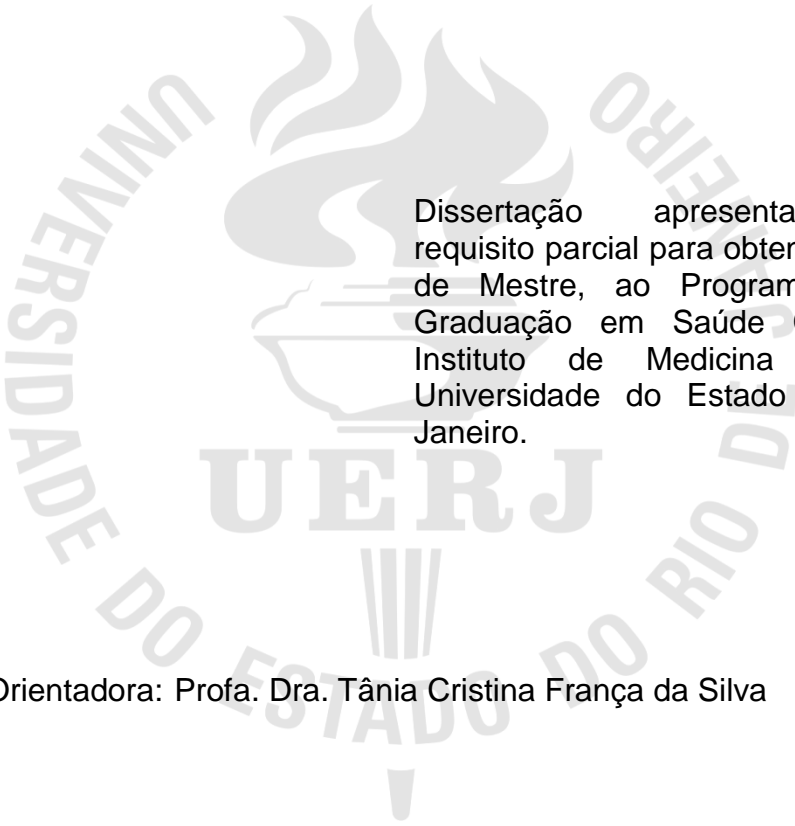
**Avaliação da terceirização da gestão municipal de unidades
ambulatoriais de Duque de Caxias, no programa de Saúde Mental**

Rio de Janeiro

2013

Fátima Abdalah Saieg

**Avaliação da terceirização da gestão municipal de unidades ambulatoriais de
Duque de Caxias, no programa de Saúde Mental**



Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Cristina França da Silva

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S132 Saieg, Fátima Abdalah
Avaliação da terceirização da gestão municipal de unidades ambulatoriais de Duque de Caxias no programa de Saúde Mental / Fátima Abdalah Saieg. – 2013. 117 f.

Orientadora: Tânia Cristina França da Silva.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde mental – Duque de Caxias (RJ) - Teses. 2. Saúde – Descentralização administrativa – Duque de Caxias (RJ) - Teses. 3. Cuidados médicos ambulatoriais – Teses. I. Silva, Tânia Cristina França da. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 613.86(815.3)

Autorizo apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Fátima Abdalah Saieg

**Avaliação da terceirização da gestão municipal de unidades ambulatoriais de
Duque de Caxias, no programa de Saúde Mental**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovado em 29 de novembro de 2013

Banca Examinadora: _____

Profa. Dra. Tânia Cristina França (Orientadora)

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Roberto Parada

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dra. Carla Simone Duarte Gouvêa

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

A Deus...pois sem ele nada seria possível.

Aos meus pais (*in memoriam*) que me ensinaram a perseguir meus objetivos e certamente estariam orgulhosos por mais este momento.

Aos meus filhos – Tamira, Samara, Thadeu e Samir – que dão sentido à minha vida...

AGRADECIMENTOS

Aos professores, que compartilharam seus ensinamentos e suas experiências de vida.

Aos meus colegas do mestrado profissional, pela oportunidade de trocas de conhecimento e amizade, além do espírito coletivo, sempre presente.

Ao IMS, pela oportunidade de realização de um projeto de vida profissional.

Aos colegas de trabalho, que colaboraram direta e indiretamente para a execução deste trabalho.

Uma vida sem desafios não vale a pena ser vivida.

Sócrates

RESUMO

SAIEG, Fátima Abdalah. *Avaliação da terceirização da gestão municipal de unidades ambulatoriais de Duque de Caxias, no programa de Saúde Mental*. 2013.117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

O trabalho tem por objeto a terceirização da gestão municipal de unidades ambulatoriais de saúde mental no segundo, terceiro e quarto distritos do município de Duque de Caxias, no Rio de Janeiro, na modalidade de organização social, entre 2009 a 2012. O marco inicial refere-se a assinatura do Termo de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias (SMSDC) e uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). O marco final refere-se a rescisão unilateral do Termo de Parceria com a OSCIP por parte da SMSDC. O objetivo geral: analisar a gestão terceirizada nos ambulatórios de saúde mental do município de Duque de Caxias no referido período na modalidade de OSCIP. Objetivos específicos: descrever as circunstâncias de implantação do processo de terceirização na gestão das unidades de saúde mental em Duque de Caxias na modalidade de OSCIP; analisar a participação da OSCIP nos ambulatórios de saúde mental no município de Duque de Caxias nos distritos de interesse do estudo; discutir as implicações do modelo de terceirização para a política de Saúde Mental em Duque de Caxias. Trata-se de abordagem quanti-qualitativa do tipo descritiva. As fontes primárias se constituíram de decretos, leis, portarias, resoluções, documentos, atas e relatórios de gestão da OSCIP e do programa de Saúde Mental de Duque de Caxias, atas do Conselho do Municipal de Caxias e atas das Conferências Nacionais e Municipais de Saúde e de Saúde Mental. Para o processo de análise dos dados foi utilizada a análise documental e a análise estatística. Os dados quantitativos foram tabulados e analisados através de estatística simples e apresentados sob a forma de tabelas e gráficos a partir dos dados do TABNET, DATASUS, relatórios da OSCIP e do Programa de Saúde Mental de Duque de Caxias, em especial das unidades terceirizadas dos 2º, 3º e 4º distritos do município. Os resultados mostraram que apesar da parceria entre a instituição terceirizada e a Secretaria Municipal de Saúde que previa aumento da produção de consultas em Saúde Mental, alcançando um mínimo 75% das consultas estimadas para psiquiatras e psicólogos, não resultou em diminuição significativa na taxa de internação psiquiátrica no período estudado, que passou de 1,19% do total de internações em 2009 para 0,77% deste total em 2012, apresentando até uma elevação para 1,26% no ano de 2010. Tal fato pode ser devido ao modelo de gestão terceirizado não estar adequado à complexidade da abordagem do paciente com transtorno mental, onde o envolvimento e a formação do profissional baseada no vínculo, na participação do paciente e a construção do seu plano terapêutico com a participação da família, são aspectos diferenciais na qualidade da assistência em saúde mental. O modelo de gestão adotado por Caxias para as Unidades estudadas não apresentou correspondência na redução efetiva da taxa de internação psiquiátrica dos pacientes residentes em Duque de Caxias.

Palavras-chave: Terceirização. Organização da Sociedade Civil de Interesse Público. Saúde Mental. Ambulatório de saúde mental.

ABSTRACT

SAIEG, Fatima Abdalah. *Evaluation of Municipal Management's Outsourcing in outpatient's units of Mental Health Program from Duque de Caxias*. 2013.117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

The work engaged in outsourcing of municipal management of outpatient mental health units in the second, third and fourth districts of the municipality of Duque de Caxias, in Rio de Janeiro, in the form of social organization, from 2009 to 2012. The first milestone relates to signing the partnership between the Municipal Health Duque de Caxias (SMSDC) and a Civil Society Organization of Public Interest (OSCIP). The final milestone refers to the unilateral termination of the Partnership with the institute by the SMSDC. The general objective is to characterize the outsourcing process in mental health clinics in the municipality of Duque de Caxias in the period in the form of OSCIP. Specific Objectives: To describe the circumstances of the deployment process of outsourcing the management of mental health units in Duque de Caxias in the form of OSCIP; analyze the participation of OSCIP in mental health clinics in the municipality of Duque de Caxias in the districts of interest in the study, to discuss the implications of the outsourcing policy for Mental Health in Duque de Caxias model. It is quantitative and qualitative descriptive approach. The primary sources are constituted of decrees, laws, ordinances, resolutions, documents, minutes and reports management OSCIP and Mental Health program Duque de Caxias, minutes of the Board of the Municipal de Caxias and minutes of National Conferences and Municipal Health and Mental Health. For the process of data analysis was used to analyze documentary and statistical analysis. Quantitative data were tabulated and analyzed using simple statistics and presented in the form of tables and graphs from data TABNET, DATASUS, reports OSCIP and Mental Health Program of Duque de Caxias, in particular outsourced units of the 2nd, 3rd and 4th districts of the city. The results showed that although the partnership between the institution and outsourced Municipal Health which provided increased production of consultations in Mental Health , reaching a minimum of 75 % estimated for psychiatrists and psychologists consultations resulted in no significant decrease in the rate of psychiatric hospitalization during the study period , which increased from 1.19 % of total admissions in 2009 to 0.77 % of the total in 2012 , showing an increase up to 1.26 % in 2010 . This may be due to the outsourced management model may not be appropriate to the complexity of the management of patients with mental disorders , where the involvement and training of the professional relationship based on patient participation and the construction of your treatment plan with the participation of the family, differences in the quality of mental health care are aspects . The management model adopted by Caxias Units studied showed no correlation in the effective reduction in psychiatric hospitalization of patients residing in Duque de Caxias.

Keywords: Outsourcing. Civil Society Organization of Public Interest. Mental Health. Outpatient mental health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –Total de atendimentos de psiquiatria por mês por unidade terceirizada. Duque de Caxias, 2010.....	56
Tabela 2 –Total de Atendimentos de Psicologia por mês por unidade terceirizada, Duque de Caxias, 2010.....	57
Tabela 3 – Atendimentos de Psiquiatria e Psicologia e percentual do alcance da meta estabelecida, nas Unidades Terceirizadas pela OSCIP em 2010.....	57
Tabela 4 –Atendimentos de Psiquiatria e Psicologia e percentual do alcance da meta estabelecida, nas Unidades Terceirizadas pela OSCIP em 2011.....	58
Tabela 5 –Atendimentos de Psiquiatria e Psicologia e percentual do alcance da meta estabelecida, nas Unidades Terceirizadas pela OSCIP em 2012.....	59
Tabela 6 –Internações de residentes no município de Duque de Caxias, por especialidade, de 2009 a 2012.....	64
Tabela 7 –Estimativa de procedimentos ambulatoriais de saúde mental. Duque de Caxias, 2010.....	68

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Mapa de localização geográfica de Duque de Caxias segundo	
Figura 2 –	IBGE, 2010.....	31
Gráfico 1 –	Mapa da Pobreza e Desigualdade – Municípios Brasileiros – 2013.....	32
Gráfico 2 –	Número de internações na emergência psiquiátrica HMMRC, de abril a dezembro de 2009.....	63
Gráfico 3 –	Número de internações na emergência psiquiátrica HMMRC, por sexo, de janeiro a dezembro de 2010.....	64
	Internações em Psiquiatria de residentes em Duque de Caxias, 2009-2012.....	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Instrumento demonstrativo dos documentos analisados relacionados à temática do estudo. Duque de Caxias, 2009-2012.....	33
Quadro 2 –	Organização da rede de saúde mental do município de Duque de Caxias, em 2008.....	40
Quadro 3 –	Planejamento de necessidades para a rede de saúde mental. Duque de Caxias, 2009-2012.....	42
Quadro 4 –	Metas e parâmetros estabelecidos para avaliação da produção das Unidades de gestão terceirizadas para OSCIP, Duque de Caxias, 2010.....	56
Quadro 5 –	Total de Procedimentos Pactuados pela OSCIP em relação ao Programa de Saúde Mental. Duque de Caxias, janeiro a dezembro de 2010.....	60
Quadro 6 –	Escala de atendimento de Saúde Mental no ambulatório da Unidade Pré-hospitalar de Campos Elíseos. Duque de Caxias, 2010.....	61
Quadro 7 –	Escala de atendimento de Saúde Mental no ambulatório da Unidade Pré-hospitalar de Saracuruna. Duque de Caxias, 2010..	61
Quadro 8 –	Escala de atendimento de Saúde Mental no ambulatório da Unidade Pré-hospitalar de Xerém. Duque de Caxias, 2010.....	62
Quadro 9 –	Escala de atendimento de Saúde Mental no ambulatório da Unidade Pré-hospitalar de Parque Equitativa. Duque de Caxias, 2010.....	62
Quadro 10 –	Escala de atendimento de Saúde Mental no ambulatório da Unidade Pré-hospitalar de Pilar. Duque de Caxias, 2010.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conselho Nacional de Saúde Mental
CONASP	Conselho Consultivo da Administração Previdenciária
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DC	Duque de Caxias
ESF	Equipe de Saúde da Família
HIIS	Hospital Infantil Ismélia da Silveira
HMMRC	Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo
HMMX	Hospital Municipal Maternidade de Xerém
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto de Circulação de Mercadorias
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OSCIP	Organização Social de Interesse Público
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD	Programa de Atenção Domiciliar
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PAM	Posto de Assistência Médica
PESB	Programa Especial de Saúde da Baixada
PIB	Produto Interno Bruto

PMS	Posto Médico Sanitário
POI	Plano de Orçamento e Investimento
PRA	Programa de Racionalização Ambulatorial
PVC	Programa de Volta Pra Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REDUC	Refinaria de Duque de Caxias
RT	Residência Terapêutica
SAMHPS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	OBJETIVOS	21
2	METODOLOGIA	22
2.1	Abordagem teórica	22
2.2	Abordagem metodológica	29
3	RESULTADOS	37
3.1	Circunstâncias de implantação do processo de terceirização da OSCIP em Duque de Caxias na área de Saúde Mental	37
3.1.1	<u>Antecedentes do processo de terceirização</u>	37
3.1.2	<u>Razões que influenciaram a tomada de decisão do município adotar a terceirização</u>	40
3.2	Panorama em dados da atuação da OSCIP na rede ambulatorial de saúde mental do 2º, 3º e 4º distritos de Duque de Caxias	51
3.2.1	<u>Parcerias entre SMS e OSCIP na pactuação das ações em saúde mental no 2º, 3º e 4º Distritos de Duque de Caxias</u>	51
3.2.2	<u>Expressão em dados das ações realizadas pela OSCIP nos ambulatorios</u>	55
4	DISCUSSÃO	66
4.1	Implicações do modelo de terceirização para a Saúde Mental de Duque de Caxias	66
4.1.1	<u>Avanços para o atendimento ambulatorial em saúde mental em Duque de Caxias</u>	66
4.1.2	<u>Limites do processo de terceirização enquanto modelo de gestão para a saúde mental de Duque de Caxias</u>	67
	CONCLUSÃO	70
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICE – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS	86
	ANEXO A – LEI MUNICIPAL Nº 2259 DE 20 DE MAIO DE 2009	87
	ANEXO B – TERMO DE PARCERIA Nº 001/2009	93
	ANEXO C – PROCESSO ADMINISTRATIVO 0269337/2012	106

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro vem sendo conformado desde o início da história do país. Em 1987, o SUDS, criado pelo Decreto nº 94.657, de 20 de junho, buscou na municipalização o caminho em direção à descentralização dos serviços de saúde, justificada pela proximidade da população, responsabilizando os municípios pela execução das ações e mediante o repasse de recursos. Foi implantado no Estado do Rio de Janeiro em outubro de 1987, a partir de convênio assinado entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde e o Governo do Estado, através da Secretaria de Saúde.

Esse processo foi incorporado pela Subsecretaria de Municipalização da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, bem como pela Subsecretaria de Assuntos do Interior. Os prefeitos então pleiteavam a adesão ao Ministério da Saúde, por isso era estabelecido termo de convênio para formalizar o repasse de recursos, entre outros. A transferência de recursos era baseada na capacidade instalada municipal, adotando-se parâmetros da Portaria nº 3.046/1982, para custeio da rede pública a ser municipalizada e do contingente populacional, para estimar o número de consultas a serem oferecidas à população, além da elaboração de um Plano de Ação (AZEM, 1991).

O processo de resgate dos direitos sociais no campo da saúde, conhecido como Reforma Sanitária, iniciado nos anos 80, ganhou força na Assembleia Constituinte em 1988, culminando com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Neste ano, foi sancionada a Lei nº 8.080, de 19 de setembro, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que criou o SUS, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro, que estabeleceu a participação comunitária nas suas diferentes instâncias de atuação (CARVALHO; SANTOS, 1992).

A partir da promulgação da Lei nº 8.080, o SUS passou a se basear no princípio constitucional de que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, e tem como princípios fundamentais a universalidade, a equidade e a integralidade, pautadas na participação social.

Na década de 90 o Ministério da Saúde publicou as Normas Operacionais Básicas (NOB),¹ que nortearam o processo de descentralização objetivando a municipalização, no sentido do repasse de recursos. Como diretriz principal, estabeleceu um novo modelo de pactuação federativa e consolidou a função dos conselhos de saúde. A partir desse momento, para que o município tivesse acesso aos recursos financeiros através de transferência intergovernamental, seria necessária a comprovação da existência e funcionamento do respectivo Conselho de Saúde.

No nível municipal, as NOBs, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e o Pacto pela Saúde garantiram grande aporte de recursos, com a possibilidade de autonomia de gestão, ainda que desarticulada de planejamento solidificado e com capacidade técnica muitas vezes incipiente.

Nos 23 anos de existência do SUS muito se avançou, mas existem ainda inúmeros desafios para a construção plena de um sistema público e universal em um país de grande extensão territorial, que além de grandes diversidades entre suas regiões, possui realidades e necessidades de saúde diversas. Nesse período, o sistema vem experimentando uma grande variedade de modelos de gestão, muitas vezes incentivado pelo próprio Ministério da Saúde, que estimula a implantação de novas ações e serviços.

O esforço de articulação dos governos federal e estadual resultou na promoção de importantes iniciativas, como o Programa SOS Baixada e a estadualização de alguns hospitais federais. O Programa SOS Baixada, posteriormente denominado Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB), foi criado a partir de 1988 com recursos federais e objetivou ofertar serviços de emergência e ambulatoriais em áreas desprovidas de assistência médica. Para tal, foram construídas unidades mistas, que deveriam funcionar ininterruptamente, em três municípios da Baixada Fluminense (Duque de Caxias, Nova Iguaçu e São João de Meriti), onde haveria gestão colegiada com a participação da comunidade local (DAL POZ, 1996; PARADA, 1997; SILVA, 2000).

¹ As Normas Operacionais Básicas (NOBs) foram instrumentos de regulação do processo de descentralização, utilizadas pelo ente federal para introduzir novos mecanismos de transferência vinculados a ações e programas assistenciais (LEVCOVITZ, 2001).

Somente em 2006, com o advento do Pacto pela Saúde, estabeleceu-se o Termo de Compromisso de Gestão, que permitiu que os municípios recebessem repasses federais diretamente no Fundo Municipal de Saúde, possibilitando que os mesmos adquirissem maior autonomia na gestão dos recursos. Neste Termo de Compromisso de Gestão o gestor municipal assume, por escrito, o compromisso de cumprir ações estabelecidas no Pacto Pela Saúde.

No entanto, o município de Duque de Caxias só aderiu formalmente ao Pacto no ano de 2009. O então gestor da saúde no período do estudo havia sido subsecretário de Saúde de Duque de Caxias no período de 1989 a 1992 e secretário de Saúde nos períodos de 2001 a 2004. Nos períodos de sua gestão, fatos relevantes aconteceram: além da adesão ao Pacto em 2009, foi no seu primeiro mandato como secretário de saúde que ocorreu a primeira experiência de terceirização de serviços de saúde municipal, através da contratação de uma Cooperativa, para atender às necessidades das emergências das Unidades Mistas. (RAG, 2005).

No início da gestão de Danilo Gomes de 2009 até 2012, concretizou-se a necessidade de ampliação da oferta de serviços oferecidos pela rede municipal de saúde, assumidos principalmente após o advento do Pacto Pela Saúde, através do Termo de Compromisso de Gestão. O município de Duque de Caxias necessitava aperfeiçoar o processo administrativo para a implantação de novos serviços, aquisição de insumos e equipamentos e alocação de recursos humanos.

Especificamente na área da Saúde Mental, existia uma lacuna entre a necessidade de atendimento e a realidade municipal. Além disso, os serviços extra-hospitalares de atenção a pacientes com transtornos mentais implantados até então não eram suficientes para cobrir a população do município, não alcançando a meta municipal de cobertura de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e de inscritos do Programa de Volta pra Casa (PVC).

Além do compromisso de alcançar as metas pactuadas no Pacto pela Saúde, surgia a nova proposta de construção das Redes de Atenção, a fim de atender à demanda crescente de problemas de saúde pública de caráter crônico em todos os níveis de atendimento, de forma integral e articulada e dentro do território. Na área

de saúde mental, foram criadas a Rede de Atenção a Urgência e Emergência (RUE) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A proposta da RAPS, além de propor maior integração da Saúde Mental com o Programa de Saúde da Família, estabelecia um programa de ampliação da rede de serviços extra-hospitalares, como CAPS III AD, CAPS II, Residência Terapêutica, integrando a estes o atendimento ambulatorial, denominado Ambulatório Ampliado. Ao mesmo tempo, o processo de desospitalização e fechamento de grandes hospitais psiquiátricos pressionavam a gestão municipal a buscar soluções para receber pacientes egressos de internações de muito longa permanência, alguns dos quais sem referências familiares.

Como resultado da pactuação do indicador de aumento da cobertura de CAPS, houve necessidade de criar novos serviços para atender à nova realidade estabelecida para a proposta de rede de saúde mental no município de Duque de Caxias. Para isso, os profissionais da área constantemente se reuniam para discutir temas relacionados a saúde mental, gestão, implantação de políticas públicas e direcionamentos para a assistência. Tal iniciativa se desenvolveu desde a estruturação dos serviços de saúde mental, visando a integração e discussão democrática da gestão em saúde mental (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL, 2005-2008).

Ao longo da década de 2000, a Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias investiu na criação de serviços substitutivos, tais como: oficina terapêutica no Centro Municipal de Saúde de Duque de Caxias, CAPS, Residências Terapêuticas, leitos de emergência psiquiátrica no Hospital Municipal Duque de Caxias, supervisão do Programa de Saúde Mental no Sanatório Duque de Caxias, bem como ações de desospitalização dos munícipes de Duque de Caxias internados em outras cidades do Estado e de compartilhamento de responsabilidades das equipes do CAPS junto às equipes de Atenção Básica (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL, 2005-2008).

No período compreendido entre os anos de 2009 e 2012, a rede substitutiva de saúde mental foi ampliada, com a implantação de um CAPS AD II no primeiro distrito, um CAPS II em Imbariê (3º distrito) além de oito Residências Terapêuticas no 3º distrito e um consultório de rua, a fim de atender aos usuários de crack e outras drogas (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL, 2010-2013). Contudo,

apesar do empenho dos profissionais envolvidos na reestruturação da rede de saúde mental, o crescimento ficou aquém da expectativa, em especial no que diz respeito ao atendimento ambulatorial. O foco da atenção do Programa de Saúde Mental estava voltado para a clientela mais grave, oriunda principalmente de longas internações em instituições asilares, que era a proposta central da Reforma Psiquiátrica.

Por um lado, Caxias avançava na rede substitutiva, mas por outro, os problemas políticos e burocráticos e os desafios de consolidar plenamente a rede de saúde mental se interpunham. Tal avanço não conseguia dar conta da complexidade do atendimento em saúde mental que a população requeria, nem levar a termo o processo de desospitalização com retaguarda para assistir aos pacientes provenientes desta situação.

O município enfrentava ainda outros problemas, como: (a) ameaça de encerramento das atividades do Sanatório Duque de Caxias, principal instituição de referência em internação psiquiátrica para a Baixada Fluminense, devido ao atraso do repasse financeiro pela Secretaria de Fazenda de Duque de Caxias, o que de fato ocorreu posteriormente em 2008 (CNES, 2008); e (b) condições gerais de funcionamento das unidades de saúde em desconformidade com as normas legais sendo alvos de inspeção sanitária, como por exemplo, no Posto Médico-Sanitário de Campos Elíseos (conforme o ofício SESDEC/AS/SVS/CVS n. 0042/2008).

Ressaltam-se ainda a falta de pessoal qualificado para trabalhar na área de saúde mental; o aumento da demanda por atendimento em psiquiatria e saúde mental extra-hospitalar; a rede ambulatorial esgarçada, ocasionando espaçamento das consultas em aproximadamente em três meses ou mais; denúncias ao Ministério Público das precárias condições de atendimento e da ouvidoria do SUS, entre outras (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL 2005-2008; MENSAGEM ELETRÔNICA, 2010)

Cabe ressaltar que o Prefeito da época assumia seu terceiro mandato e iniciava sua gestão se deparando com o quadro nada favorável no qual a área da saúde, em especial a de saúde mental, demandava atuação rápida. A situação diferia daquela existente em 2001, quando do seu segundo mandato, a área da saúde mental teve grande avanço. Foi no período de sua gestão que os primeiros

dispositivos substitutivos à internação psiquiátrica foram implantados. (RELATÓRIO DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL, 2005).

Tais circunstâncias ocasionaram a atuação do Ministério Público junto à Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro, para que juntamente com o município fossem verificadas as condições apontadas acima e fossem buscadas soluções para a situação que ora se apresentava. Nesta perspectiva, as autoridades municipais estavam preocupadas em buscar estratégias de gestão para adequar a área da saúde às normas estabelecidas na legislação vigente e alinhar o atendimento em saúde mental às diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

A opção deveria ser por um modelo de gestão alternativo, que apresentasse flexibilidade e agilidade das ações gerenciais e permitisse oferecer à população assistência de qualidade e resolutividade aos problemas que o município apresentava na área da saúde, em especial na saúde mental. A terceirização da gestão parecia ser o caminho adequado e surgiu como solução para ampliar a oferta de serviços, permitindo maior agilidade no processo de alocação de recursos humanos para contratação de obras e outros serviços, otimizando os processos de aquisição de bens e equipamentos necessários à gestão municipal.

Assim, em maio de 2009, a Câmara Municipal de Duque de Caxias decretou e o prefeito sancionou a Lei nº 2.259, que regulamenta a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) no âmbito do município de Duque de Caxias (DUQUE DE CAXIAS, 2009a).

Seguindo os ritos de contratação legal e buscando atender à urgência das condições de precariedade da área da saúde, em julho de 2009 a Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias (SMSDC) estabeleceu com uma OSCIP termo de parceria cujo objeto era garantir assistência de qualidade, humanizada e resolutiva em seis unidades de atendimento pré-hospitalar e ambulatorial, desenvolver sistemas de gestão do trabalho e Educação em Saúde e de informatização da rede assistencial e da gestão (DUQUE DE CAXIAS, 2009b).

A parceria firmada entre a OSCIP e Duque de Caxias recebeu o nome de Projeto Caxias mais Saudável, o que era emblemático da intenção de um governo recém empossado. Dentre as ações alvo do termo de parceria a ser desenvolvido no

tocante aos serviços especializados, estava oferecer consultas ambulatoriais especializadas que interagissem com o Programa de Saúde Mental (DUQUE DE CAXIAS, 2009b).

Diante dessa conjuntura, e dando continuidade à pesquisa para maior compreensão do processo de terceirização no serviço público, surgiram questionamentos sobre como se deu tal processo nos ambulatórios de saúde mental e quais foram as contribuições da OSCIP no que concerne a seu funcionamento para atender às diretrizes da política de saúde mental no município de Duque de Caxias. Para tanto, apresentamos como objeto de estudo a terceirização da gestão municipal de unidades ambulatoriais de saúde mental no município de Duque de Caxias-RJ, na modalidade de organização social de interesse público.

O recorte temporal compreende os anos de 2009 a 2012. O marco inicial refere-se à assinatura do termo de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias (SMSDC) e uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). O marco final refere-se à rescisão unilateral do termo de parceria com a OSCIP por parte da SMSDC (Processo Administrativo nº 069.337/2012).

1. OBJETIVOS

Este estudo tem como **objetivo geral**, *analisar o processo de terceirização nos ambulatórios de saúde mental do município de Duque de Caxias, no período de 2009 a 2012, na modalidade de organização social de interesse público.*

Os **objetivos específicos** desta dissertação são:

- Descrever as circunstâncias de implantação do processo de terceirização na gestão das unidades de saúde mental em Duque de Caxias na modalidade de organização social de interesse público (OSCIP).
- Analisar a participação da OSCIP nos ambulatórios de saúde mental dos segundo, terceiro e quarto distritos do município de Duque de Caxias.
- Discutir as implicações do modelo de terceirização para a política de saúde mental em Duque de Caxias.

Este estudo poderá possibilitar a crítica, a análise e o debate em torno do processo de gestão terceirizada no serviço público, em especial na saúde mental dos municípios, no que diz respeito à estruturação da assistência em rede para prestar serviço integrado e de qualidade, assim como contribuir para a melhor compreensão dos esforços envidados pelos programas municipais de saúde mental no desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica.

Esta dissertação pretende ainda somar-se aos trabalhos produzidos, ampliando a produção científica sobre o tema, além de construir importante acervo documental sobre a trajetória do processo de terceirização da assistência ambulatorial em saúde mental de Duque de Caxias. O material produzido poderá

subsidiar a construção de novos conhecimentos acerca da reconfiguração do campo da saúde mental.

Esta pesquisa pode se configurar como referencial para profissionais de saúde e gestores municipais envolvidos, ainda, na implantação da gestão terceirizada, visto que traz a experiência vivida pela autora em Duque de Caxias, apresentando dificuldades e avanços que podem ser comuns a outras localidades.

2. METODOLOGIA

2.1. Abordagem teórica

A presente pesquisa se propôs a estudar a terceirização da gestão municipal de unidades ambulatoriais de saúde mental do município de Duque de Caxias-RJ, através da modalidade de organização social de interesse público, como citado anteriormente. Para possibilitar a análise e a discussão dos dados, cabe como suporte a literatura sobre terceirização enquanto gestão de serviços na área da saúde. O site www.conceito.de (s/d) define gestão da seguinte forma:

O termo “gestão” provém do latim “*gesio*” e faz referência à ação e ao efeito de gerir ou de administrar. Trata-se, portanto, da execução de diligências que conduzem ao sucesso de um negócio ou de uma meta qualquer. A noção implica, por outro lado, ações para governar, dirigir, ordenar, dispor ou organizar. Como tal, a gestão abarca todo um conjunto de trâmites que são levados a cabo para resolver um assunto, concretizar um projeto ou administrar uma empresa ou organização.

Dussault (2013) defende que os serviços de saúde apresentam características específicas, que os diferenciam dos demais serviços, sobre isso o autor acrescenta que:

Os serviços de saúde têm características que geram exigências particulares, em termos de organização e de gestão. Primeiro, eles atendem a necessidades complexas e variáveis que têm dimensões (biofísicas, psicossociais), cuja definição varia em função da classe social e das respectivas representações da saúde, da doença, da morte, da clientela (crianças, velhos, homens e mulheres) e do tipo de problema

A terceirização é um tipo de parceria entre o setor público e a iniciativa privada. Ocorre quando se interpõe uma terceira pessoa, física ou jurídica, para fazer alguma atividade no lugar da principal. Pode ocorrer no próprio do contratado, quando utiliza seus próprios meios de produção na prestação do serviço, ou no próprio do contratante, quando os serviços são contratados para serem prestados no próprio do contratante. Neste último tipo ocorre a entrega completa da gestão ou gerência, com fornecimento de recursos humanos, atividades finalísticas e atividades meio, material de consumo, móveis e equipamentos (DUSSAULT,2013).

A terceirização da saúde no Brasil data da década de 60, através dos planos (medicina de grupo) e seguros de saúde sob orientação dos governos militares. Nos anos 80, por volta de 70% de seus serviços eram terceirizados.

Na área da saúde, a terceirização no próprio do contratado ocorre na contratação de leitos, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT), especialidades e terapias. No próprio do contratante podem ocorrer com formatos distintos: 1) terceirização da gestão, onde se terceiriza toda a unidade, como é o caso das OSs, OSCIPs, cooperativas, grupos, associações e ONGs; 2) terceirização de recursos humanos para atividade-fim, quando se contrata para fornecer RH (médicos, enfermeiros, dentistas, agentes de saúde, motoristas etc.), para trabalhar no próprio do contratante sob sua gestão, subordinação, supervisão (contrato com o terceiro); ou 3) terceirização de recursos humanos com os meios de produção para atividade-meio, quando são contratados recursos humanos juntamente com os meios de produção para atividade-meio como limpeza, vigilância, alimentação, transporte etc.

As bases legais para terceirização no SUS estão contidas no texto constitucional de 1988, em seus artigos 197 e 198, e explicitam que os serviços de saúde podem ser prestados diretamente pelo poder público ou indiretamente, através de terceiros, e também por pessoa jurídica de direito privado, mas sempre em caráter de complementaridade, priorizando as instituições filantrópicas e sem fins lucrativos.

O artigo 24 da Lei nº 8.080/1990 estabelece que é preciso existir a necessidade de serviços nos quais o SUS não seja suficiente para oferecer, para que se busquem tais serviços, em caráter complementar em outras instituições

privadas, sempre privilegiando as organizações filantrópicas e sem fins lucrativos, com relações estabelecidas por meio de convênio ou contrato.

Embora haja polêmica em relação aos limites entre atividade-meio e atividade-fim, as Leis nº 8.666 e 8.663 estabelecem que o setor privado somente é permitido prestar serviços ao poder público nas atividades-meio, como limpeza, segurança, alimentação, etc.

Com a justificativa de solucionar a crise do Estado atribuída pelo modelo de desenvolvimento dos governos anteriores ao de Fernando Henrique Cardoso, o Ministro Bresser Pereira propôs o “Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado”, em novembro de 1995, estabelecendo diretrizes e objetivos para a nova administração pública brasileira. Partia de pressupostos de eficiência e modernização administrativas, contrapondo-se ao Estado burocrático, lento e ineficiente. Baseava-se na ideia de que a interferência do Estado no mercado levaria à crise econômica.

No intuito de alcançar a estabilidade econômica e a execução de ações diretas pelo Estado, chegou-se a um quadro de ineficiência e distorções, que “deixaram claro, entretanto, que reformar o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado” (PEREIRA, 1995, p. 12). O autor afirmava ainda que outro processo tão importante quanto, e que, no entanto, não estava tão claro, era a descentralização para o setor público não estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Chamou a esse processo de “Publicização”.

Pretendia-se, segundo esse Plano reduzir a ação do Estado como executor ou prestador de serviços, mantendo seu papel provedor ou regulador dos mesmos. O Plano Bresser apresentava a saúde como atividade não exclusiva do Estado, uma vez que é prestada por instituições públicas não estatais e privadas. Defendia como atividade exclusiva do Estado a compra de serviços de saúde, e não sua execução. É nesse contexto político e econômico que surgem as propostas para os serviços ditos “não exclusivos”, como é o caso da saúde. O Plano Diretor da Reforma do aparelho do Estado também chamado de Plano Bresser de Reforma do Estado (BRASIL, 1995) traçava os seguintes objetivos para a saúde:

1. Transferir para o setor público não estatal esses serviços, através de um programa de “publicização”, transformando as atuais fundações

públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do Poder Legislativo para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo e assim ter direito a dotação orçamentária.

2. Lograr, assim, maior autonomia e, conseqüentemente, maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços.
3. Lograr, adicionalmente, um controle social direto desses serviços por parte da sociedade, através dos seus conselhos de administração. Mais amplamente, fortalecer práticas de adoção de mecanismos que privilegiem a participação da sociedade tanto na formulação quanto na avaliação do desempenho da organização social, viabilizando o controle social.
4. Lograr, finalmente, maior parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, a própria organização social e a sociedade a que serve, que deverá também participar minoritariamente de seu financiamento, via compra de serviços e doações.
5. Aumentar, assim, a eficiência e a qualidade dos serviços, atendendo melhor ao cidadão-cliente, a um custo menor.

Com a finalidade de efetivar o processo de publicização da saúde (transferida para setor público não estatal), foram criadas as “organizações sociais”, que são entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder e assim ter direito à dotação orçamentária, com autonomia administrativa.

Em 1997, o governo federal publicou a Medida Provisória nº 1.591, que definia organizações sociais, qualificando-as como “parceiras do Estado” na condução da “coisa pública”. Em 1998, foi aprovada no Congresso Nacional a Lei nº 9.637, de 15 de maio, conhecida como “Lei das OSs”, destinada a prestar serviços considerados pelo Plano Bresser como não exclusivos do Estado.

Constituíam organizações sociais de pessoas jurídicas, de direito privado, sem fins lucrativos, com atividades dirigidas à saúde, dentre outras. Suas relações com o poder público são estabelecidas através do contrato de gestão. As OSs podem contratar profissionais em concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas aos controles interno e externo da administração pública. À autoridade pública parceira caberia nomear comissão de

avaliação, a fim de mensurar o relatório de execução do contrato de gestão, bem como avaliar os resultados alcançados, além de elaborar a prestação de contas relativas ao exercício financeiro. Foram qualificadas como OSs as cooperativas, as associações, as entidades filantrópicas (com ou sem fins lucrativos) e entidades civis de prestação de serviços, dentre outras.

No ano seguinte à publicação da Lei das OSs, foi promulgada a Lei nº 9.790, que instituiu a Organização Social Civil de Interesse Público (OSCIP). A proposta desta lei era qualificar pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos como OSCIP e criar o Termo de Parceria no lugar do Contrato de Gestão, cuja formalização e execução deveriam ser acompanhadas pelo Conselho de Saúde. O objetivo desta lei foi transformar as OSs em OSCIPs, a fim de ampliar sua abrangência de atuação, de acordo com o projeto político de terceirização e privatização do setor. Com esta lei, grande parte das ações do governo poderia ser repassada às OSCIPs, que podem prestar serviços públicos em parcerias com outras instituições como organizações não governamentais, cooperativas e associações da sociedade civil de modo geral, por meio de parcerias (REZENDE, 2003). As OSCIPs têm objetivos e estrutura semelhantes às ONGs, porém são reguladas, autorizadas e fiscalizadas pelo Ministério da Justiça. As fundações de apoio foram transformadas em OSCIPs.

Outro modelo de terceirização conhecido são as cooperativas de profissionais e de serviços, geralmente de limpeza, apoio administrativo, lavanderia e alimentação. Tais cooperativas são regidas pela Lei nº 5.764/1971, que determina que estas instituições devam ser criadas através de deliberação em assembleia geral dos fundadores, com aprovação dos estatutos e eleição da Direção e Conselho fiscal.

As organizações não governamentais (ONGs) são entidades civis autônomas, sem fins lucrativos, e representam a maior expressão do terceiro setor. Na saúde, têm impacto na Estratégia Saúde da Família e similares.

As fundações de apoio são fundações privadas sem fins lucrativos destinado a apoiar as instituições públicas e constituem importante instrumento de facilitação dos processos administrativos da gestão de unidades de saúde governamentais da administração direta. Os procedimentos de tais fundações são submetidos ao Ministério Público estadual, através do Conselho de Curadores. Um exemplo

conhecido é a Fundação Zerbini, que apoia o Instituto do Coração do Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo.

O serviço social autônomo representa um conjunto de organizações de interesse público, controladas pelo executivo governamental, que recebem recursos financeiros provenientes de trabalhadores, empresas ou recursos diretamente repassados do governo. São exemplos conhecidos no Brasil as empresas do chamado sistema “S”, como SESC, SENAI, SENAC, SESI e SEBRAE. Na saúde, o exemplo mais conhecido é o da Rede Sarah Kubitschek, gerida pela associação Pioneiras Sociais, criada pela Lei nº 8.246/1991, e contratualizada com o Governo Federal através de contrato de gestão.

Todas as modalidades de terceirização oferecem vantagens ao dignitário público para que contratem seus serviços, prometendo mundos e fundos; por vezes abrem chance de contratar indicados, parentes, cabos eleitorais. Têm a chance de comprar material e equipamentos em empresas indicadas. Escancaram as portas das facilidades da terceirização-privatização. Além disso, a terceirização-privatização oferece a possibilidade de não precisar fazer concurso e poder comprar sem concorrência.

O SUS enfrenta desafios para sua consolidação, principalmente devido a seu caráter universal e ao princípio da integralidade, ao atender às necessidades de saúde de todo o conjunto da população, não muito bem equacionadas pela administração direta. Os principais problemas enfrentados ao longo dos anos são a alocação e manutenção de quadros de profissionais em conformidade com as normas do direito administrativo vigente, a falta de autonomia orçamentária e agilidade na aquisição de insumos e equipamentos, além da pouca modernidade tecnológica e pouca integração com o setor privado.

O texto de Paim e Teixeira (2007) sobre as questões da institucionalidade do SUS aborda os principais problemas de consolidação do SUS em relação ao que ele chama de “engessamento” da gestão, causada principalmente pela Lei de Responsabilidade Fiscal, fragmentação da gestão, amadorismos dos profissionais, clientelismo e corporativismo na indicação de cargos de direção. Defende a introdução e consolidação de inovações institucionais e discute estratégias de fortalecimento da capacidade de governo, profissionalização da gestão. Aborda a instabilidade do financiamento associada ao clientelismo político e a interferência

político-partidária, comprometendo a proposta da Reforma Sanitária e não atendendo às expectativas de servidores e usuários.

Segundo os autores, a disseminação de organizações sociais decorrentes de medidas adotadas no período neoliberal e a conseqüente desresponsabilização do Estado não garantiram as conquistas dos direitos sociais e permitiram a precarização das relações de trabalho. Defendem uma nova configuração institucional que minimizem os problemas de descontinuidade administrativa, com avanços e retrocessos na gestão do SUS. Afirmam também que é necessário um novo ente jurídico da organização do Estado voltado para o SUS, com lógicas flexíveis, descentralizadas e ágeis de gestão, desde que respeitados os princípios do SUS, com “autonomia de meios e pactuação dos fins”.

Paim e Teixeira defendem, ainda, o controle público e democrático do SUS, mediante gestão compartilhada pela sociedade civil, trabalhadores de saúde e governo. Propõem considerar a criação de Fundações Estatais de Direito Privado como uma alternativa à proliferação das privatizações, terceirizações, organizações sociais e outras formas de delegação de responsabilidade sobre a gestão de programas, serviços e recursos do SUS, que provocariam sua fragmentação e desmonte. Argumentam que a fundação estatal é pública, porém goza de autonomia gerencial e orçamentária.

Rezende (2003) defende o ponto de vista de que tanto as OSs quanto as OSCIPs são instituições de direito privado que, se não fossem as legislações específicas que as criaram, poderiam ser consideradas estranhas ao sistema administrativo nacional, não tendo legitimidade social. As tarefas e competências estabelecidas pela Constituição Federal só podem ser alteradas através de Emenda Constitucional. Esclarece que a cessão de servidores públicos concursados para as OSs é inconcebível à luz dos princípios mais elementares do direito. Cita os princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade e da publicidade na administração pública, e concorda com o estabelecimento de licitações públicas para aquisição de bens e serviços. Nas OSCIPs, o Conselho de Administração tem a prerrogativa de dispor sobre os salários, podendo inclusive remunerar a diretoria e sócios, o que contraria os interesses públicos.

A autora menciona também a saúde como dever constitucional do Estado e critica a desresponsabilização contida nas propostas neoliberais da década de 1990, ressaltando o caráter complementar da iniciativa privada. Questiona a transferência

de patrimônio público para o setor privado, citando o artigo 199 da Constituição de 88, e admite a participação de instituição privada na saúde de forma complementar e com o objetivo de realizar atividades-meio, como limpeza, contabilidade e alguns serviços técnicos especializados.

Os contratos de gestão, no caso das OSs e os termos de parceria, nas OSCIPs, nada mais são do que apelidos dos termos jurídicos “contrato” ou “convênio”, que devem ser estabelecidos quando há comprovada incapacidade do Estado em suprir tais atividades.

A autora cita uma lista de problemas advindos da terceirização através das OSs e OSCIPs: transferência de poupança pública para o setor privado lucrativo; repasse de patrimônio para empresas de direito privado; desregulamentação do sistema de compras (Lei das Licitações); desvinculação dos serviços, dos servidores públicos e desorganização do processo de trabalho em saúde; fim do concurso público pela opção da terceirização; simplificação dos contratos de trabalho; e desmonte da gestão única do SUS, dentre outros.

2.2. Abordagem metodológica

Este trabalho apresenta abordagem quanti-qualitativa do tipo descritiva. Esse tipo de abordagem tem apontado a tendência do surgimento de um novo paradigma metodológico, ou seja, a de um modelo alternativo de pesquisa que possibilite a utilização das duas abordagens. Sobre essa abordagem, Gomes; Araújo (2004) afirmam que:

“Apesar da clara oposição existente as duas abordagens (quantitativa x qualitativa), muitos autores, especialmente os da área social, colocam que o ideal é a construção de uma metodologia que consiga agrupar aspectos de ambas perspectivas” .

Essa abordagem foi utilizada tendo em vista que o objeto de estudo apresenta duas dimensões, objetiva e subjetiva. A primeira, objetiva, se propõe a verificar e explicar sua influência mediante a análise de frequência e das incidências e correlações estatísticas (DYNIEWICZ, 2007). A segunda, subjetiva, está relacionada “às várias possibilidades de estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos

e suas intrincadas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes” (GODOY, 1995). Os dados quantitativos complementam os qualitativos, que nesse caso apresenta uma dimensão interpretativa. A pesquisa descritiva, por sua vez, tem como propósito observar, descrever, explorar, classificar e interpretar aspectos de fatos ou fenômenos. (DYNIEWICZ, 2007).

Acreditamos que essas abordagens contribuíram para a explicação do processo de terceirização da gestão em Duque de Caxias, por sua grande complexidade, e, portanto, pesquisados por diferentes ângulos.

O recorte temporal do presente estudo compreende o período 2009 a 2012. O marco inicial refere-se à assinatura do termo de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias e uma OSCIP. O marco final refere-se à rescisão unilateral do Termo de Parceria com a OSCIP por parte da Secretaria, mediante o Processo Administrativo nº 069.337/2012.

O recorte inicial corresponde à assinatura do termo de parceria entre a SMSDC e a OSCIP. Sua assinatura foi um marco para a gestão na área da saúde de Duque de Caxias. O recorte final está relacionado à rescisão unilateral do termo de parceria com a OSCIP por parte da SMSDC.

O cenário do presente estudo é o município de Duque de Caxias, situado na região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro e faz parte dos municípios que compõem a Baixada Fluminense.

O município limita-se ao norte com Petrópolis e Miguel Pereira; ao leste, com a Baía da Guanabara e Magé; ao sul, com a cidade do Rio de Janeiro e, a oeste, com São João de Meriti, Belford Roxo e Nova Iguaçu. Importantes eixos viários cortam o município: a Rodovia Washington Luís (BR 040), além da proximidade com a Avenida Brasil, a linha Amarela e a Rodovia Presidente Dutra (IBGE, 2013).

Está dividido administrativamente em quatro distritos, desde julho de 1960: 1º Distrito ou Duque de Caxias concentra 46,5% da população municipal; 2º Distrito ou Campos Elíseos, com 30,2% do total populacional; 3º Distrito, também conhecido como Imbariê, que conta com 16,7% dos habitantes, e o 4º Distrito ou Xerém, o menor deles, com 6,6% da população. Cada um dos distritos é subdividido em dez bairros, totalizando 40 bairros oficiais.

Figura 1 – Mapa da localização geográfica de Duque de Caxias segundo o IBGE, 2010



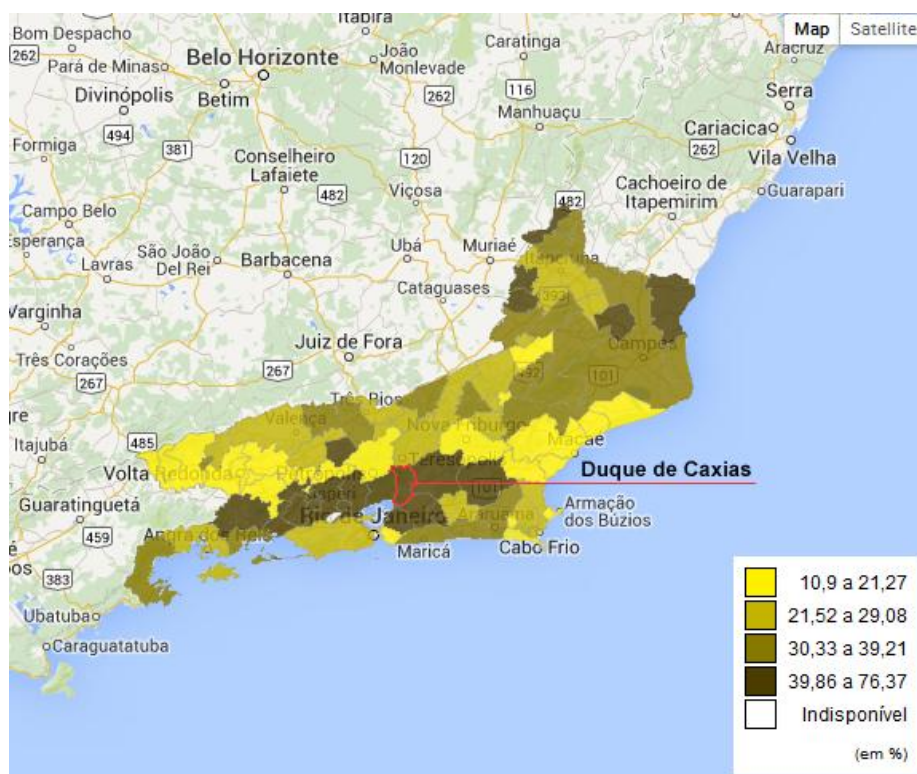
Fonte: IBGE, 2010

Conta com uma população de 855.048 habitantes (IBGE, 2010), distribuída em uma área de 467, 619 Km². Tem a terceira maior população do Estado do Rio de Janeiro e é o município mais populoso da Baixada Fluminense, com densidade demográfica de 1.828,51 habitantes por Km².

O município apresenta o 19º PIB per capita do Estado e o segundo da Região Metropolitana I, ficando atrás somente de Itaguaí e à frente do município do Rio de Janeiro. Em contradição, é o 48º IDH do estado e o 9º da Região Metropolitana em 2010, que é o maior índice dos últimos 20 anos para a cidade.

A economia do município baseia-se na indústria, principalmente a petroquímica e a moveleira, e no comércio. EM seu território estão localizados: a REDUC, a Petrobras, o Parque Gráfico do jornal O Globo e as sedes das empresas Sadia e Carrefour. Tem a segunda maior arrecadação de ICMS (Imposto de Circulação de Mercadorias) do estado. No entanto, segundo o Mapa da Pobreza e desigualdades dos municípios brasileiros de 2003 do IBGE, a incidência da pobreza em Duque de Caxias representava 53,53% (IBGE, 2003).

Figura 2 – Mapa de Pobreza e Desigualdade - Municípios Brasileiros - 2003



Fonte: IBGE,2003

As fontes primárias se constituíram de documentos escritos tais como: decretos, leis, portarias, resoluções, documentos, atas e relatórios de gestão da OSCIP e do Programa de Saúde Mental de Duque de Caxias, atas do Conselho Municipal de Caxias e atas das Conferências Nacionais e Municipais de Saúde e de Saúde Mental.

As fontes secundárias abrangeram livros, periódicos, teses de doutorado e dissertações de mestrado que versam sobre as seguintes temáticas: políticas públicas de saúde, reforma sanitária, reforma psiquiátrica e políticas de saúde mental, modelos de gestão e terceirização.

Para ter acesso aos documentos relacionados ao objeto de estudo, foi solicitada autorização dos atuais gestores da Secretaria Municipal de Duque de Caxias. (Apêndice 1)

Os procedimentos para a coleta dos dados incluíram análise documental que tem o propósito de ordenar os documentos, analisá-los, classificá-los para posteriormente, discuti-los. O documento não fala por si mesmo, necessita de perguntas adequadas para a sua interpretação e contextualização. A

intencionalidade é alvo de preocupação, envolve a intenção do agente histórico e a do pesquisador ao se acercar do documento (PADILHA; BORENSTEIN, 2005, p. 581).

Para melhor visualização dos dados, criou-se um instrumento para classificar e organizar os documentos, apresentado no quadro a seguir, a fim de acompanhar a evolução do processo de terceirização. Como critério de inclusão, foram utilizados documentos que mantêm relação com o tema em estudo.

Quadro 1 – Instrumento demonstrativo dos documentos analisados relacionados à temática do estudo. Duque de Caxias, 2009-2012.

Nº	TÍTULO/ASSUNTO	FONTE	DATA
1.	Relatório de Chamada de Concurso Público	DAS – SMSDC	2009
2.	Lei Municipal nº 2259	Câmara Municipal de Duque de Caxias	20/05/2009
3.	Planilha de Estimativa de Necessidades de recursos humanos baseados na Portaria nº 1101/2002	DAS – SMSDC	2009
4.	Ofício 436/DVS/SMS remanejamento dos profissionais concursados lotados nas unidades do segundo, terceiro e quarto distrito para o primeiro distrito	DVS - SMSDC	2009
5.	Termo de Parceria de Gestão nº 001	COMSADC	15/06/2009
6.	Programa de Trabalho - Projeto de apoio a gestão de seis unidades pré-hospitalares e de atendimento ambulatorial do município de duque de Caxias	DAS – SMSDC	2009
7.	Destques das Atas de Reunião do Conselho Municipal de Saúde	COMSADC	2009
8.	Programação para OSCIP	Coordenação de Programas de Saúde	2009
9.	Formulário de Supervisão de Projetos	DAS - SMSDC	2009
10.	Proposta de Pactuação da Saúde Mental 2009-2011	Programa de Saúde Mental – SMSDC	2009
11.	Plano Municipal de Saúde Mental 2009-2012	Programa de Saúde Mental – SMSDC	25/06/2009
12.	Lista de Profissionais de Saúde Mental das Unidades de Saúde	Programa de Saúde Mental – SMSDC	2009
13.	Estatística de Atendimento pré-hospitalares	DAS - SMSDC	2009
14.	Relatório do Programa de Saúde Mental	Programa de Saúde Mental – SMSDC	2009
15.	Fórum Municipal de Saúde Mental	Programa de Saúde Mental – SMSDC	22/09/2009
16.	Termo de Parceria de Gestão nº 001	COMSADC	15/06/2009
17.	Registros da Ouvidoria da Saúde	DAS - SMSDC	2009
18.	Estatísticas de Atendimento da OSCIP (faturamento)	DAS - SMSDC	2009
19.	Relatório das Unidades da OSCIP para supervisão	DAS - SMSDC	2009
20.	E-mails da Coordenação da OSCIP	DAS - SMSDC	2009
21.	Programa de Trabalho	DAS - SMSDC	06/2009
22.	Relatório de Supervisão	DAS - SMSDC	2009

23.	Justificativa OSCIP	DVS - SMSDC	2009
24.	Relatórios de visita	DAS – SMSDC	09/2009
25.	Planilha de Indicadores de Desempenho e Produtividade	DAS – SMSDC	2009
26.	Tabela comparativa de Atendimento UPH's	DAS – SMSDC	2008-2009
27.	Ata da reunião Executiva do COMSADC	COMSADC	20/05/2009
28.	Ata da reunião Executiva do COMSADC	COMSADC	17/06/2009
29.	Estatística do Programa de Saúde Mental	DVS – SMSDC	2009
30.	Relatório de Gestão do Programa de Saúde Mental	DVS – SMSDC	2009
2010			
31.	Comparativo de Atendimento nas Unidades pré-hospitalares entre os anos 2008 e 2009	DAS – SMSDC	2010
32.	Relatório Anual de Avaliação do Termo de Parceria nº001/09	DAS – SMSDC	07/06/2010
33.	Programa de Trabalho repactuado referente ao segundo ano de desenvolvimento do Projeto Caxias Saudável do Projeto de apoio a gestão de seis unidades pré-hospitalares e de atendimento ambulatorial do município de duque de Caxias	DAS – SMSDC	2010
34.	Relatório do Colegiado de Saúde Mental	Programa de Saúde Mental – SMSDC	11/08/2010
35.	Lista de Profissionais de Saúde Mental OSCIP	Programa de Saúde Mental – SMSDC	2010
36.	Proposta de ações previstas pelo pacto pela vida para a Saúde Mental	Programa de Saúde Mental – SMSDC	2010
37.	Relatório Final da II Conferência de Saúde Mental	Programa de Saúde Mental – SMSDC	09/04/2010
38.	Relatório do Programa de Saúde Mental	Programa de Saúde Mental – SMSDC	30/08/2010
39.	Ofício nº 174/DS/SMS/2010	DAS – SMSDC	17/06/2010
40.	Planilha de Aditamento	COMSADC	2010
41.	Formulário de Pesquisa de Satisfação do Usuário	DAS - SMSDC	2010
42.	Pesquisa de Satisfação de Usuário – Análise	DAS - SMSDC	2010
43.	Relatório do Colegiado de Saúde Mental	Programa de Saúde Mental – SMSDC	11/08/2010
44.	Ata de Reunião Mensal da OSCIP com a equipe diretiva	DAS - SMSDC	14/10/2010
45.	Estatística do Programa de Saúde Mental	Programa de Saúde Mental – SMSDC	2010
46.	Registros da Ouvidoria da Saúde	DAS - SMSDC	2010
47.	Estatísticas de Atendimento da OSCIP (faturamento)	DAS - SMSDC	2010
48.	Relatório das Unidades da OSCIP para supervisão	DAS - SMSDC	2010
49.	E-mails da Coordenação da OSCIP	DAS - SMSDC	2010
50.	Relatório Anual de Avaliação do Termo de Parceria	DAS - SMSDC	07/06/2010
51.	Programa de Trabalho (segundo ano)	DAS - SMSDC	06/2010
52.	Relatório de Supervisão	DAS - SMSDC	2010
53.	Relatório de Gestão de Atendimento Ambulatorial do Projeto Caxias Saudável	DAS - SMSDC	2010
54.	Ata da Reunião OSCIP	DAS – SMSDC	01/09/2010
55.	Ata de Reunião OSCIP	DAS – SMSDC	15/09/2010
56.	Ata de Reunião OSCIP	DAS – SMSDC	22/09/2010
57.	Ofício nº 174/DS/SMS déficit de pessoal nas Unidades	DAS – SMSDC	17/06/2010

	Pré-hospitalares		
58.	Produção física mensal dos profissionais de nível superior por cargo e especialidade	DAS – SMSDC	2010
59.	Pesquisa de Satisfação dos Usuários	OSCIP	03 e 04/2010
60.	Estatística do Programa de Saúde Mental	DVS – SMSDC	2010
61.	Relatório de Supervisão – PMSA Saracuruna	DAS – SMSDC	23/06/2010
62.	Relatório de Reunião de mensal de avaliação da OSCIP	DAS – SMSDC	22/09/2010
63.	Relatório de Visita a UPH Saracuruna	DAS – SMSDC	24/09/2010
64.	Relatório de Visita a UPH Xerém	DAS – SMSDC	29/09/2010
65.	Relatório de Visita a UPH Imbariê	DAS – SMSDC	29/09/2010
66.	Relatório de Visita a UPH Pilar	DAS – SMSDC	24/09/2010
67.	Relatório de Visita a UPH Parque Equitativa	DAS – SMSDC	22/09/2010
68.	Relatório de Visita a UPH Parque Equitativa	DAS – SMSDC	23/09/2010
69.	Relatório de Visita a UPH Campos Elíseos	DAS – SMSDC	23/09/2010
70.	Relatório de Supervisão – PMSA Imbariê	DAS – SMSDC	23/06/2010
71.	E-mail do Programa de Saúde Mental sobre prescrição médica	DAS – SMSDC	23/07/2010
72.	E-mail da supervisão de saúde mental de não conformidades nas Unidades Administradas por OSCIP	DVS – SMSDC	23/11/2010
73.	E-mail da Coordenação do Projeto Caxias Saudável informando conflito de fluxo de pacientes da SM entre o CAPS e as Unidades pré-hospitalares	DAS – SMSDC	31/08/2010
74.	Ofício nº108/CAPS/2010 de resposta ao e-mail de “conflito de fluxo”	DAS – SMSDC	16/09/2010
75.	E-mail do Programa de Saúde Mental descrevendo inconsistência estatística Unidades de Imbariê, Xerém e Campos Elíseos, Administradas por OSCIP	DVS – SMSDC	26/08/2010
76.	Reclamação dos Usuários à Ouvidoria da Saúde(2)	DAS – SMSDC	23/11/2010
77.	Relatório de execução do Objeto do Termo de Parceria	DAS – SMSDC	2010
2011			
78.	Apresentação da Rede Municipal	DAS-SMSDC	2011
79.	Mapa da Saúde Mental e Propostas de Ampliação - Região Metropolitana I	ASM SES-RJ	30/06/2011
80.	ATDA REUNIÃO ORDINÁRIA DO COMSADC	COMSADC	09/04/2011
81.	Relatório Final da XVII Conferência Municipal de Saúde	COMSADC	2011
82.	Estatística do Programa de Saúde Mental	Programa de Saúde Mental – SMSDC	2009 a 2012
83.	Reclamação dos Usuários à Ouvidoria da Saúde	DAS - SMSDC	2011
84.	E-mail do programa de saúde mental encaminhando relatório de supervisão de Xerém ao DVS	DVS – SMSDC	19/05/2011
85.	E-mail do programa de saúde mental encaminhando relatório de supervisão das Unidades de Xerém e Saracuruna ao DVS	DVS – SMSDC	10/05/2011
86.	Estatísticas de Atendimento da OSCIP (faturamento)	DAS - SMSDC	2011
87.	Relatório das Unidades da OSCIP para supervisão	DAS - SMSDC	2011
88.	E-mails da Coordenação da OSCIP	DAS - SMSDC	2011
89.	Relatório de Supervisão	DAS - SMSDC	2011
90.	Relatório de Gestão de Atendimento Ambulatorial do Projeto Caxias Saudável	DAS - SMSDC	2011
91.	Estatística do Programa de Saúde Mental	DVS – SMSDC	2011
92.	Relatório de execução do Objeto do Termo de Parceria	DAS – SMSDC	2011

93.	Relatório de Gestão do Atendimento Ambulatorial de parceria pública entre OSCIP e SMSDC	DAS – SMSDC	2011
2012			
94.	Rede de Saúde Mental	Programa de Saúde Mental – SMSDC	28/04/2012
95.	Relatório Final da XIV Conferência Nacional de Saúde	CNS	2012
96.	Estatística do Programa de Saúde Mental	Programa de Saúde Mental – SMSDC	2012
97.	Registros da Ouvidoria da Saúde	DAS - SMSDC	2012
98.	Estatísticas de Atendimento da OSCIP (faturamento)	DAS - SMSDC	2012
99.	Relatório das Unidades da OSCIP para supervisão	DAS - SMSDC	2012
100.	E-mails da Coordenação da OSCIP	DAS - SMSDC	2012
101.	Relatório de Supervisão	DAS - SMSDC	2012
102.	Estatística do Programa de Saúde Mental	DVS – SMSDC	2012
103.	Relatório Assistencial de Produção Hospitalar	DAS – SMSDC	2012
104.	Processo Administrativo 069337	PGM-PMDC	09/01/2012
105.	Consolidado dos Relatórios de Execução do Objeto do Termo de Parceria (fevereiro a novembro)	DAS – SMSDC	2012
106.	Planilha de descontos referente a faltas nos ambulatórios	DAS – SMSDC	2012

Para o processo de análise dos dados, foram utilizadas a **análise documental e a análise estatística**. A análise documental é uma técnica decisiva para a pesquisa em ciências sociais e humanas, sendo indispensável porque a as fontes escritas – ou não – são quase sempre a base do trabalho de investigação. É realizado a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (CALADO; FERREIRA, 2005).

Logo, a pesquisa documental está baseada em documentos guardados em instituições públicas e privadas de qualquer natureza ou pertencentes a acervo pessoal, por meio da análise de prontuários, registros, atas, anais, regulamentos, circulares, ofícios, memorandos, cartas pessoais. Neste sentido, a análise documental possibilitou compreender o processo de terceirização em Duque de Caxias no que tange à implantação e às estratégias adotadas no decorrer do processo.

Os dados quantitativos foram tabulados e analisados através de estatística simples e apresentados sob a forma de tabelas e gráficos a partir dos dados do TABNET e DATASUS, e do Programa de Saúde Mental de Duque de Caxias, em especial das unidades terceirizadas dos 2º, 3º e 4º distritos do município. Esta análise foi estratégica no acompanhamento da produção dos dados no decorrer do processo de terceirização, assim como seus efeitos.

3. RESULTADOS

3.1. Circunstâncias de implantação do processo de terceirização da OSCIP em Duque de Caxias na área de Saúde Mental

3.1.1. Antecedentes do processo de terceirização

As OSCIPs foram criadas pela Lei Federal nº 9.790, de 23 de março de 1999, com o propósito de qualificar as pessoas jurídicas de direito privado, instituindo e disciplinando o Termo de Parceria, “desde que objetivos sociais e normas estatutárias atendessem aos requisitos da Lei”. Instituiu também o Termo de Parceria, a fim de estabelecer o vínculo cooperativo entre o poder público e a OSCIP. No texto legal, resguarda o papel dos Conselhos de Políticas Públicas – no caso de Caxias, do Conselho Municipal de Saúde – e prevê a formação de uma comissão de avaliação composta solidariamente entre os parceiros (OSCIP, Governo municipal e Conselho de Saúde).

O texto legal possibilitava que as OSs pudessem aspirar à transformação em OSCIP, com uma abrangência de atividades, objetivando a terceirização de setores e atividades do poder público, transferindo para o setor privado diversas ações historicamente públicas (REZENDE, 2003).

Na década de 90, depois da promulgação da Constituição de 88, ocorreu no país um retrocesso em relação às conquistas no campo da reforma sanitária, devido à ascensão do neoliberalismo no poder, período conhecido como contra reforma (BEHRING, 2002). Nessa época, houve adaptação do Brasil ao capitalismo contemporâneo, o que levou ao retrocesso no que se refere às conquistas das relações de trabalho na área da saúde pública, às privatizações e aos ataques à seguridade social pública. Como consequência, ocorreu a desarticulação dos trabalhadores e a desqualificação do atendimento ao público, o que vem sendo chamado de *reforma informal* na área da saúde pública. Desde a promulgação da

Lei Orgânica da Saúde, as questões de recursos humanos têm se apresentado como “nó crítico” para o avanço do sistema.

Em 1995, foi elaborado pelo Ministro Bresser Pereira, à frente do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), o Plano Diretor da Reforma do Estado. Esse plano defendia basicamente a disciplina fiscal, a privatização e, segundo ele, ao Estado caberia o papel ordenador e financiador, e não o de executor das ações, apresentando a proposta de transformar a gestão pública em Organizações Sociais(1995), mais tarde, em 1999, em Organizações Sociais Civis de Interesse Público - OSCIPs (REZENDE, 2003). As OSCIPs possuem estruturas e objetivos semelhantes às ONGs, porém são reguladas pelo Ministério da Justiça (COSTA; RIBEIRO, 2004).

Durante a trajetória de estruturação dos 20 anos de SUS, ajustes econômicos por conta do capitalismo mundial tiveram reflexos nas políticas públicas, especialmente na saúde e na educação, restringindo o escopo do Estado ao mínimo – a uma cesta básica de procedimentos – enquanto se alargam as bases de atuação do mercado privado (TENÓRIO, 2010).

Conter o caráter patogênico do capital e redirecionar o Estado para regular o mercado, garantindo os direitos sociais conquistados na Constituição de 1988, deve ser uma política consequente de desenvolvimento. (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1827).

As OSCIPs vêm cumprir seu papel de substituir a gestão gerencial dos serviços monopolistas do Estado, ou seja, de exclusividade do Estado e não lucrativas, como a previdência, a saúde e a assistência social, com o propósito de promover a flexibilização da força de trabalho, o enxugamento do Estado, além da retração do controle social (REZENDE, 2003).

O Regime Jurídico Único Nacional apenas menciona as relações da administração pública e suas competências, garantidas na Constituição e exercidas sob a ótica do Direito Público, sendo inconstitucional qualquer tentativa de alterá-las. Além disso, qualquer tentativa de terceirização fere as Leis n^{os} 8.080/90 e 8.142/90.

As propostas de terceirização das ações de saúde não encontram apoio no controle social, como mostram os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde,

que mantêm o propósito de fortalecer os princípios fundamentais do SUS. A 14ª CNS marcou posição na questão das privatizações:

Moção de Repúdio à Privatização do SUS. Os (as) delegados (as) presentes à 14ª CNS decidem por se manifestar publicamente contra qualquer forma de privatização do SUS, principalmente as novas modalidades de gestão: Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSRH) e qualquer dispositivo privatizante que desconsidera o Controle Social, precarizam o trabalho, proporcionam o desvio de recursos públicos, desqualificam o serviço público, prejudicam os usuários e entregam o patrimônio público, a gestão, o pessoal, equipamentos, insumos e recursos públicos a entidades privadas que têm por objetivo produzir doença e garantir o lucro. (BRASIL, 2012).

A Câmara Municipal de Duque de Caxias aprovou, em 20 de maio de 2009, a Lei Municipal nº 2.259, que regulamentava a “qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organização Civil de Interesse Público – OSCIP, no âmbito do Município de Duque de Caxias” e dava outras providências. Após a aprovação da lei, a equipe de gestão empossada em janeiro de 2009, da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, solicitou à Procuradoria municipal parecer sobre a proposta de contratação de uma OSCIP para contratação de recursos humanos, aquisição de equipamentos e reforma das unidades de saúde do município. Baseava-se na premissa de que o poder público municipal teria dificuldades de gerenciar recursos a fim de atender às necessidades de saúde dos usuários e construir a rede de serviços de saúde, afirmando no edital de contratação que:

[...] no setor saúde do Brasil, justiça social e direito individual contrastam, sobremaneira, transformando-se em dilema para o administrador público, o dever de gerenciar recursos, sempre escassos, para atender a inúmeras e variadas demandas tanto de caráter social como individual. (DUQUE DE CAXIAS, 2009c).

A justificativa baseava-se na Lei Camata (Lei nº 82/2005), que fixava em 65% a despesa com pessoal na administração pública e na Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000), que estabelecia que a entidade que chegasse a 95% do limite de gasto com pessoal não poderia aumentar salários, admitir funcionários, pagar horas extras nem criar cargos (DUQUE DE

CAXIAS, 2009 b). Afirmava-se, ainda, que “a função de comprar no serviço público está diretamente relacionada com a falta de flexibilização e repleto de procedimentos e formalidades que dificultam e dão morosidade ao processo de aquisição”(DUQUE DE CAXIAS, 2009 b).

A administração pública burocrática se concentra nos processos legalmente definidos, sem considerar a alta ineficiência envolvida, pois acreditava-se que seria a maneira mais segura de evitar a corrupção e o nepotismo. As decisões ficaram bastantes restritas e com controles excessivos, privilegiando o controle de processos ao invés do controle por resultados, que é a principal orientação da administração pública gerencial. (BRESSER PEREIRA, 1995, p. 46).

Partia-se do princípio de que “avaliações disponíveis” mostraram que as OSCIPs encontram-se entre as mais estruturadas e sustentáveis soluções para as dificuldades observadas. No entanto, colocava-se a responsabilidade do sucesso da proposta “associada ao fortalecimento do papel gestor do Estado.”

3.1.2. Razões que influenciaram a tomada de decisão do município adotar a terceirização

O atendimento em saúde mental estava presente nos quatro distritos, em sua forma ambulatorial, com atendimentos psiquiátricos, psicológicos, de enfermagem e de serviço social. Havia uma maior oferta de serviços e profissionais no 1º Distrito.

A rede municipal de saúde mental, à época, estava organizada de acordo com o quadro abaixo.

Quadro 2 – Organização da rede de saúde mental do município de Duque de Caxias, em 2008

DISTRITO	SERVIÇOS EXISTENTES	TIPO DE ATENDIMENTO
1º	CAPS-Leslie Sanford Chavin Rua Marechal Deodoro, 147 – Centro – D. de Caxias	Atendimento individual/ grupo/ oficinas terapêuticas (Port.GM nº 336 de 19/02/2002)
1º	Emergência Psiquiátrica HMMRC	Atendimento a urgências psiquiátricas por equipe multiprofissional com apoio de leitos de internação para até 72 horas. (Portaria SNAS nº 224 de 29/01/1992)
1º	I Serviço Residencial Terapêutico de Duque de	Moradia de pacientes a longo tempo institucionalizados, sem suporte familiar.

	Caxias. Rua Marechal Floriano, 966 – 1º andar- Centro – Duque de Caxias	(Portaria MS nº 106 de 11/02/2000)
1º	Centro Municipal de Saúde Ambulatório de Saúde Mental/ Oficina Terapêutica Rua Gal. Gurjão, s/nº - Centro – Duque de Caxias	Psicologia / Psiquiatria / oficinas Terapêuticas (Portaria SNAS nº 224 de 29/01/1992)
1º	PMSa Vila Operária Praça José de Jesus s/nº- Vila Operária – D.C.	Psicologia
1º	CAPSIJ de Duque de Caxias Rua Marechal Floriano, 966 – Térreo – Centro – D. de Caxias	Atendimento individual/ atendimento em grupo / oficinas terapêuticas (para crianças e adolescentes) (Port.GM nº 336 de 19/02/2002)
1º	CAPS ad - Rua Correia Meyer, nº 127 – 25 de Agosto – D.C.	Atenção intensiva para usuários de álcool e outras drogas. (crianças, adolescente e adultos)
1º	CEATA (Centro de Atenção Total ao Adolescente) Rua Professor José de Souza Herdy nº 389 - 25 de Agosto – Duque de Caxias – 4º andar Tel:3657-9622	Atendimento individual/ atendimento em grupo/ oficinas terapêuticas (adolescentes – 10 a 19 anos)
1º	CEAPD (Centro de Atendimento ao Portador de Deficiência) Praça Roberto Silveira, nº 31 – 25 de Agosto – D.C.	1 psicologia /psiquiatria/ terapia ocupacional / oficinas terapêuticas aos portadores de deficiência físicas e comprometimento no desenvolvimento mental 2 (crianças, adolescentes, adultos)
1º	Hospital Infantil Ismélia Silveira Ambulatório de Saúde Mental Av. Presidente Kennedy s/nº - Centro – D.C.	Psicologia / Atendimento individual/ Atendimento em grupo/ Oficinas Terapêuticas (crianças)
2º	PMSa Pilar Ambulatório de Saúde Mental Rua Castro Alves, s/nº - Pilar – D.C.	Psicologia(crianças, adolescentes e adultos / PSIQUIATRIA (adulto)
2º	PMSa Campos Elíseos Av. Actura, nº336 – Campos Elíseos – D.C.	Psicologia(crianças, adolescentes e adultos / PSIQUIATRIA (adulto)
2º	PMSa Saracuruna Ambulatório de Saúde Mental Av. Presidente Roosevelt, s/nº - Saracuruna – D.C.	Psicologia(crianças, adolescentes e adultos / PSIQUIATRIA (adulto)
3º	PMSa Imbariê Ambulatório de Saúde Mental Rua Catarina, s/nº - Imbariê – D.C.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicologia / Oficina Terapêutica / atendimento individual / atendimento em grupo (criança / adolescente /

		adulto) ▪ PSQUIATRIA(adultos) Programa de Volta pra Casa
3º	PMSa Parque Equitativa Ambulatório de Saúde Mental Av. Automóvel Clube s/nº - Parque Equitativa – D.C.	Psicologia(crianças, adolescentes e adultos / PSQUIATRIA (adulto)
4º	PMSa Xerém Rua Nóbrega Ribeiro, s/nº - Xerém – D.C.	Psicologia(crianças, adolescentes e adultos / PSQUIATRIA (adulto)

Fonte: Plano Municipal de Saúde Mental (2009-2012).

O Plano Municipal de Saúde Mental para o período 2009 a 2012 também estabelecia novas metas e apresentava a necessidade de alocação de recursos humanos para sua implantação e implementação, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 3 – Planejamento de necessidades para a rede de saúde mental. Duque de Caxias, 2009-2012

SERVIÇOS	AÇÃO	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS DO MS OU GERADOS NO SERVIÇO	LEGISLAÇÃO
EMERGÊNCIA PSQUIÁTRICA HMMRC 2009	<ul style="list-style-type: none"> Manutenção da Regulação da Porta de Entrada (Internações) Implantar 2 leitos para internações psiquiátricas de crianças e adolescentes Elaborar Procedimentos operacionais padronizados Cadastrar 2 leitos que já se encontram em funcionamento. 	Assistente Social-(2) Psicólogos (5)	AIH (8 leitos) Pronto atendimento (RPA)	(Port. SNAS nº 224 de 29/01/92)
Serviço Residencial Terapêutico 2009	<ul style="list-style-type: none"> Implantação de 8 RTS Conclusão do Processo de construção de 6RTs em Imbarié – Processo nº52644/2009 	Criação do cargo de cuidador e contratação de (40) profissionais	Incentivo de Implantação (R\$10.000,00 PORRT) Gerar APACs	(Port. GM nº 246 de 17/02/2004) (Port.SAS nº189 de 20/03/2002)
CAPS Leslie Sanford Chavin 2009	<ul style="list-style-type: none"> Ampliar o trabalho de desinstitucionalização a partir da implementação de equipe voltada para acompanhamento de internações psiquiátricas Consolidar ações de articulação com o PSF 	Enfermeiro – (2) Musicoterapeuta (1) Terapeuta Ocupacional (1) Auxiliar de Enfermagem (1)	APACs	(Port.SAS nº 189 de 20/03/2002)

	<p>e PACs e Ambulatórios de Saúde Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidar Oficinas de Geração de Renda 	<p>Contratação e Manutenção do Supervisor – (1)</p>		
CAPSIJ 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar estrutura física: salas/ banheiros/etc. • Ampliar o atendimento de familiares/ oficinas terapêuticas, e adaptação para o uso de crianças e adolescentes. • Consolidar o trabalho de rede com educação e assistência social 	<p>Enfermeiro – (1)</p> <p>Terapeuta Ocupacional (1)</p> <p>Psicólogo (1)</p> <p>Téc. Enfermagem (1)</p> <p>Contratação e Manutenção do Supervisor – 01</p> <p>Musicoterapeuta – 01</p>	<p>Gerar APACs</p>	<p>(Port. GM nº246 de 17/02/2004)(Port.SA S nº 189 de 20/03/2002)</p>
CAPS ad	<ul style="list-style-type: none"> • Cadastramento do CAPS ad • Estruturação do serviço com o planejamento de atividades, oficinas, etc. • Inserção no Organograma 	<p>Clínica Médica (1)</p> <p>Musicoterapeuta (1)</p> <p>Auxi de Farmácia (1)</p>	<p>R\$ 50.000,00 (verba de incentivo de implantação)</p> <p>Gerar APACs</p>	
Programa “De Volta Para Casa”. 2009”	<ul style="list-style-type: none"> • Desinstitucionalização de pacientes com internação psiquiátrica de longa permanência. • Acompanhamento e Supervisão dos beneficiários e inserção em programas de lazer e inserção social. 			<p>Lei 10.708 de 31/07/2003</p>
Ambulatórios da Rede de Saúde Mental 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar Coordenação de Ambulatórios • Ampliar a assistência em saúde mental • Implantação de Oficinas Terapêuticas • Implantação de grupos de atendimento para clientela usuária de álcool e drogas • Ampliação e capacitação dos 	<p>Equipe Mínima</p> <p>1 – Psiquiatra</p> <p>2 – Psicólogos</p> <p>1 – Profissional de Saúde Mental de Nível Superior</p>		<p>(Port. SNAS nº 224 de 29/01/92)</p>

	<p>profissionais de Saúde Mental da Rede Ambulatorial no Atendimento a crianças e adolescentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar o atendimento de beneficiários do PVC • Implantar Grupo de trabalho de supervisão • Garantir o atendimento de crianças e adolescentes portadores de doenças crônicas, e vítimas de violência. 			
CAPS/ CAPSIJe ambulatorios 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver um trabalho em conjunto com o PSF/PACS • Revisão de organograma administrativo • Transporte Municipal para os pacientes • Garantir um espaço para o atendimento de Autistas adultos (CAPS / Ambulatórios) • Identificação e capacitação de profissionais para atenção de quadros de TDAH 			
Transporte Municipal (Passe-Livre) 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a acessibilidade dos pacientes com transtornos mentais aos locais de tratamento. (criança, adolescente e adulto) 			
Sistema estatístico de informação 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar um sistema de informação e indicadores do Programa de Saúde Mental 			
CEATA 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Reformulação do Perfil de atendimento e inclusão de ações preventivas e de atenção total ao adolescente 	<p>Neurologista - 1 Psiquiatra – 2 Clínico – 2 Psicólogo – 2 Assistente Social-1 Fonoaudiólogo – 1</p>		

		Terapeuta Ocupacional – 1 Enfermeiro – 1 Auxiliar de Enfermagem – 3 Aux. Ser Gerais - 1		
CEAPD 2009	<ul style="list-style-type: none"> Inclusão das ações voltadas para a Saúde Mental 	Psiquiatra – 1 Psicólogo – 2 Terapeuta Ocupacional – 1		
Hospital Infantil Ismélia da Silveira 2009	<ul style="list-style-type: none"> Ampliação dos ambulatórios de psicologia 	Psicólogo – 2		Lei 10098 Decreto 5296/2004

Fonte: Plano Municipal de Saúde Mental (2009-2012).

Além do quadro apresentado, demonstrando a necessidade de pessoal para ampliar a oferta de serviços em saúde mental, o Relatório de Chamada de Concurso revelava que também houve um concurso para médicos psiquiatras em 2008, quando foram convocados oito profissionais, dos quais somente quatro atenderam à convocação; apenas três tomaram posse e um solicitou prorrogação de posse. Permaneceu, assim, a necessidade real de quatro psiquiatras. O mesmo relatório apresenta a convocação de 358 profissionais, com 218 comparecimentos; 179 posses e 39 prorrogações de posse. Restou, ainda, a necessidade de 106 profissionais, incluídos os psiquiatras.

Além do quadro de insuficiência de recursos humanos para a necessária ampliação da rede, a morosidade burocrática na aquisição de equipamentos e insumos e na contratação de obras e melhoramentos eram fatores que dificultavam o processo de implantação de novos serviços. Contemporânea à reforma sanitária foi também a reforma psiquiátrica, cujo propósito era a desinstitucionalização e o resgate da cidadania do paciente com transtorno mental.

Nos anos 1980, o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil estava em crescente evolução. Nesse período havia crítica ao modelo anterior e os profissionais que realizavam suas funções, pautados na estrutura biologicista e organicista da psiquiatria tradicional. Tal movimento se inspirava no movimento da Psiquiatria Democrática, liderada por Franco Basaglia, contrapondo-se ao modelo de reclusão em asilos, rompendo com o paradigma psiquiátrico, que revelava o

fracasso da cura através da exclusão e do isolamento nos ambientes hospitalares (HIRDES, 2009).

As mudanças referidas, no período de redemocratização e resgate dos direitos sociais, surgiram no Rio de Janeiro, e ficaram conhecidas como Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), incorporando as críticas ao modelo hospitalocêntrico, bem como as práticas da psiquiatria clássica, se opondo às péssimas condições de tratamento dos pacientes e à privatização da assistência psiquiátrica. O MTSM construiu um pensamento crítico em busca da modificação deste modelo, a partir do conceito de desinstitucionalização (AMARANTE, 1995).

Em 1989, um dos marcos da reforma psiquiátrica ocorreu em Santos, quando a prefeitura realizou uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta, com execução do processo de fechamento da instituição e progressiva substituição pelos CAPS, que então funcionavam 24 horas e ofereciam leitos de retaguarda para os casos mais graves. Ainda nesse ano, o Deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de Lei nº 3.657, dispondo sobre a extinção dos manicômios e propondo a substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória, baseada no resgate da cidadania ao paciente com transtorno mental.

Em novembro de 1990, a Conferência Mundial de Saúde de Caracas, da qual o Brasil foi signatário, foi fundamental para o desenvolvimento das políticas de saúde mental. A Declaração de Caracas propôs um novo modelo com a retirada do hospital de seu papel hegemônico, estruturação do atendimento de nível primário, respeito ao direito dos pacientes e formação de recursos humanos para o atendimento comunitário, além da revisão da legislação dos países. No ano seguinte, foi criada a Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM), responsável pela formulação e implementação da política de saúde mental.

O período de 1990 a 2004 consagrou uma série de portarias, não só regulamentando o SUS, como também o novo modelo de atenção psiquiátrica, que com base nas regras de financiamento do setor, tinha como pressupostos: 1) qualificação, permitindo tanto descredenciar quanto pagar de formas diferenciadas, baseadas em critérios de acreditação hospitalar; 2) auditoria e avaliação das unidades hospitalares por uma equipe multiprofissional nos diferentes níveis de governo; 3) regulamentação de emissão de AIH, definindo critérios e prazos de

internação; e 4) criação de Centros de Atenção Psicossocial, normatizando o financiamento, definindo os procedimentos e seus valores, estimulando a implantação de modalidades extra-hospitalares de assistência. Nesse mesmo período, o Ministério publicou as NOBs, dando início à municipalização do sistema (BORGES; WARGAS, 2008).

Em 1998, foi criado o Serviço Residencial Terapêutico, objetivando solucionar o problema dos pacientes que passaram por longo período de internação. Ainda objetivando o fechamento dos sanatórios, foi criado o auxílio-reabilitação, através da Lei nº 10.708, publicada em 31 de julho de 2003, conhecido como “Programa de Volta pra Casa” (PVC), que beneficiou pacientes egressos de longos períodos de internação psiquiátrica.

O Brasil conta com cobertura assistencial extra-hospitalar de base comunitária, e passou de 148 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em 1998, para 1.541 em 2010; e aproximadamente 2.020 CAPS no presente ano, em 1.357 dos 5.570 municípios do país, obtendo uma cobertura de 0,82% (BRASIL, 2013).

O Estado do Rio de Janeiro, desde o ano 2000, vem ampliando significativamente sua cobertura assistencial extra-hospitalar de base comunitária, passando de seis CAPS em 1999, para 104 em 2010, e aproximadamente 130 CAPS até julho de 2013, abrangendo 70 dos 92 municípios. (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008-2013).

Desde o final da década de 1990, o município de Duque de Caxias vem acompanhando a Política Nacional de Saúde Mental preconizada pelo Ministério da Saúde, priorizando a criação do Programa de Saúde Mental. Este foi criado oficialmente em 1992, juntamente com outros programas, e recomendado pelo Ministério da Saúde. Esses programas passaram a ser gerenciados pela então Coordenação de Programas de Saúde, diretamente subordinada ao Secretário Municipal de Saúde. Posteriormente, o programa transformou-se em Núcleo de Saúde Mental e permaneceu até 2012 com essa denominação.

O Ministério da Saúde traçava diretrizes e promovia incentivos para que os municípios implantassem os programas, dentre eles os de saúde mental. O estímulo para implantação das novas modalidades de assistência em saúde mental ocorria através de aprovação de projetos de dispositivos de atenção em saúde mental,

assim como de repasses financeiros fundo a fundo² para implantação dos mesmos. Mediante o lançamento no Cadastro Nacional de Estabelecimento de saúde (CNES), o município recebia recursos para custeio de recursos materiais de tais unidades. Além dessas formas de financiamento, o município poderia receber recursos provenientes de emenda parlamentar especificamente direcionada para a criação destes serviços. Tratava-se de propostas através das quais parlamentares poderiam opinar ou influir na alocação de recursos públicos em função de compromissos políticos que assumissem durante seu mandato, tanto junto aos estados e municípios, quanto a instituições. Tais emendas podem acrescentar, suprimir ou modificar determinados itens (rubricas) do projeto de lei orçamentária enviado pelo Executivo.

Nos últimos anos, surgiram novos modelos terceirizados de gestão de saúde, com o rótulo de eficiência e eficácia em relação à gestão tradicional, prometendo atender às necessidades dos processos de contratação de recursos humanos e investimento em equipamentos e materiais permanentes, bem como aquisição de material de consumo.

A equipe do programa de saúde mental realiza conferências municipais a cada dois anos e reuniões mensais do Colegiado de Saúde Mental, que é composto de representantes de todas as unidades que compõem a RAPS de Duque de Caxias. Produz relatórios de todas as reuniões, além de relatórios anuais da área técnica de saúde mental. O exame cuidadoso de todos esses documentos foi de grande valia para a análise em questão, pois mostrou a inter-relação entre a Coordenação do Programa de Saúde Mental e a execução das ações nas unidades de gestão terceirizada.

No relatório do Programa de Saúde Mental referente ao ano de 2008, foram descritas suas atribuições de gerenciar, organizar e estruturar a rede assistencial de cuidados em saúde mental no município, buscando a atenção integral e a intersetorialidade com os diferentes serviços e\ou recursos existentes para inserir e reintegrar o sujeito na sua comunidade, promovendo o exercício dos direitos civis e

² Fundo a fundo – modalidade de repasse de recursos entre os entes federativos, mais comumente do Fundo Nacional de Saúde (ente federal - Ministério da Saúde) ao Fundo Municipal de Saúde (ente municipal - Secretaria Municipal de Saúde).

de cidadania dos usuários, para isso articulando-se com a Secretaria Estadual através da Assessoria de Saúde Mental do Estado e MS (DUQUE DE CAXIAS, 2009 d).

Nesse mesmo ano, segundo o relatório de atividades do setor, houve avanços no que concerne à expansão dos serviços de atenção em saúde mental na emergência psiquiátrica, implantada no hospital geral, principalmente a partir da lotação de profissionais de psiquiatria, psicologia, enfermagem, promovendo a cobertura da assistência 24 horas por dia, sete dias por semana. A emergência psiquiátrica instalou-se no novo hospital geral de Duque de Caxias, o Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo (HMMRC), estabelecendo condições adequadas para o atendimento dos usuários e familiares. O documento ainda ressalta a realocação de recursos humanos na rede ambulatorial, promovendo a assistência psiquiátrica em todos os distritos do município, inclusive no 4º Distrito, onde seus moradores podem ser atendidos próximos a suas residências, influenciando positivamente na adesão ao tratamento em saúde mental e atendimento à situações de crise.

O mesmo relatório apontava ações a serem desenvolvidas, como a conclusão da construção de oito Residências Terapêuticas no 3º Distrito (Imbariê), bem como a necessidade de discutir o papel dos ambulatórios na rede municipal de saúde mental e sua articulação com a atenção básica. Ressaltava a importância do papel dos ambulatórios de saúde mental, num município de grandes dimensões territoriais como Duque de Caxias e onde teriam a função de servir de suporte para o atendimento dos transtornos que demandem atenção de menor complexidade, buscando a articulação com as equipes da atenção básica em cada território. No entanto, ponderava-se que, como a cobertura de CAPS ainda estava aquém da necessidade municipal, tais ambulatórios ainda teriam uma parcela de transtornos mentais severos. Segundo o relatório de 2008:

Houve ampliação do número de Postos de Saúde com o Programa de Saúde Mental, e conseguimos manter os já existentes e desenvolver atividades com ênfase em atendimento de grupo por parte da psicologia e enfermagem (CMSDC, CAMPOS ELÍSEOS; PQ. EQUITATIVA; XERÉM; IMBARIÊ; PILAR), implantação de atendimento diário para triagem no nosso maior Ambulatório (CMSDC) e atendimento para crianças em alguns Ambulatórios fora do 1º distrito (XERÉM; PILAR; IMBARIÊ e PQ. EQUITATIVA). Consolidou-se a atenção a pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa permanência no PMSa Imbariê, com

atendimento aos beneficiários do Programa de Volta Para Casa. Também o CEATA-Centro de Atenção Total ao Adolescente que vem desenvolvendo atendimentos que correspondem com a ação estratégica denominada de **Ambulatório Ampliado**. (grifo no original).

No final do ano de 2008, os dez leitos de emergência psiquiátrica foram transferidos do Hospital Municipal de Duque de Caxias para o Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo, inaugurado em outubro. Dois meses depois, o Sanatório de Duque de Caxias encerrava suas atividades. O relatório informava ainda que, nesse ano, houve processo seletivo para contratação de psicólogos, sem preenchimento das vagas.

O Plano Municipal de Saúde Mental para o período 2009-2012 incluía, dentre outras propostas:

- Ampliar em dois leitos a emergência psiquiátrica do hospital geral, a fim de atender crianças e adolescentes.
- Implantar dois CAPS AD no 1º distrito e no 2º distrito.
- Implantar um CAPS III.
- Implantar um CAPS II.
- Implantar duas Residências Terapêuticas(RT's).
- Especialmente, em relação ao ambulatórios:
 - ampliar a assistência em saúde mental;
 - implantar Oficinas Terapêuticas;
 - implantar grupos de atendimento para clientela usuária de álcool e drogas;
 - ampliar e capacitar profissionais de Saúde Mental da Rede Ambulatorial no Atendimento a crianças e adolescentes;
 - ampliar o atendimento de beneficiários do PVC;
 - implantar grupo de trabalho de supervisão;

- ampliar o serviço de psicologia, Terapia Ocupacional, psiquiatria, neurologias fonoaudiologia e psicopedagogia nos ambulatórios para crianças e adolescentes.

3.2. Panorama em dados da atuação da OSCIP na rede ambulatorial de saúde mental do 2º, 3º e 4º distritos de Duque de Caxias

3.2.1. Parcerias entre SMS e OSCIP na pactuação das ações em saúde mental no 2º, 3º e 4º Distritos de Duque de Caxias

A Lei nº 2.259, de 20 de maio de 2009, foi decretada pela Câmara Municipal de Duque de Caxias e sancionada pelo Executivo Municipal. Regulamentava a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como OSCIP, no âmbito do município de Duque de Caxias. Passou a ser instrumento legal de terceirização da saúde municipal, dentre outros objetivos sociais estabelecidos em seu Artigo 2º.

O processo de terceirização, a escolha da área de saúde mental, como objeto da avaliação, levou em conta dois fatores: a saúde mental foi uma das justificativas para o estabelecimento do novo modelo de gestão para as seis unidades ambulatoriais, com base na parceria da OSCIP com a Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, que ocorreu no período de 2009 a 2012; e a facilidade de mensuração do resultado das ações de saúde mental, através da taxa de internação, uma vez que essas traduziam o alcance do objetivo maior da Política Nacional de Saúde Mental, que era a desospitalização, com redução progressiva do número de internações psiquiátricas. Essa avaliação também era feita através do desempenho do programa nessas unidades, avaliado pelo número de consultas, atendimento em grupo e número de transtornos mentais severos atendidos, em

relação ao estimado, confrontando-os com o número de internações psiquiátricas do mesmo período.

Após o Concurso de Projetos nº 001/2009, ficou estabelecido o Termo de Parceria entre o município de Duque de Caxias e a Associação Marca Para Promoção de Serviços, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como OSCIP no dia 15 de junho de 2009, contendo dez cláusulas, segundo processo administrativo nº 8.506/2009.

Nesse sentido, também a análise das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde mostrou que a proposta de terceirização não foi claramente apresentada ao controle social local. Na reunião ordinária de junho de 2009, um conselheiro pediu esclarecimentos a respeito da contratação pela OSCIP e a não convocação de concursados aprovados em concurso anterior. O gestor municipal à época esclareceu que:

[...] sempre defendeu o concurso público, que conversou com os funcionários dessas seis Unidades e ninguém questionou quanto à mudança, fala também que algo precisava ser feito para resolver o problema da falta de médicos, medicamentos, laboratórios, para atender o usuário da melhor forma possível. Diz que se daqui a algum tempo se precisar reverter a situação, assim será feito, mas nesse momento é necessária essa “parceria” com a OSCIP, que precisa aumentar o tempo nos atendimentos das consultas médicas e que tem um compromisso com a comunidade. Ressalta que o registro de frequência nessas Unidades será digital.

Na mesma assembleia, outro conselheiro afirmou ser “contra a privatização de qualquer serviço público, que essa necessidade de mudança para a OSCIP foi levada para a executiva, mas gostaria de pedir que a comissão formada anteriormente pelos membros da executiva seja alterada e formada por todos os membros do COMSADC” (DUQUE DE CAXIAS, 2009 e). Na mesma oportunidade, um terceiro conselheiro afirmou não concordar com a privatização da Saúde e da Educação e falou “da importância das caravanas nas conferências, do plano de cargos, salários e carreira do SUS, para que assim o profissional trabalhe satisfeito e que não se pode mudar o que foi aprovado na conferência nacional”. Um quarto conselheiro revelou estar preocupado com o gerenciamento dos programas da saúde. Na mesma ata, um quinto conselheiro falou: “a OSCIP já está funcionando, que o movimento sindical é contrário a privatização, conhece a postura do

Secretário, mas acredita que a OSCIP não será diferente dos outros modelos já existentes.” E um sexto conselheiro colocou, ainda, que: “é contrário a OSCIP, mas acredita que as coisas não podem ficar do jeito que estão e pergunta se isso tem prazo para acabar”; em seguida, o sétimo conselheiro manifestou: “mais uma vez o conselho foi excluído do processo e apresenta uma moção de repúdio pela forma com que a OSCIP foi discutida e coloca sua posição de que se este processo continuar o conselho deve se considerar desmoralizado”.

Na reunião executiva de 17 de junho, os conselheiros indagam sobre a questão da OSCIP e solicitaram que fossem disponibilizados documentos pertinentes ao assunto. A resposta do gestor era informar que já existia o termo de parceria assinado entre as partes, ou seja, foi celebrado sem a aprovação formal do Conselho Municipal de Saúde e se limitou a mostrar e disponibilizar cópia da Planilha de Indicadores de Desempenho e Produtividade dos PMS sob Gestão da OSCIP. Nessa reunião o gestor esclareceu, ainda, que:

Com relação aos funcionários concursados, tomando como exemplo um Técnico de Enfermagem, que o mesmo poderá permanecer na Unidade no dia de seu plantão, com a sua carteira assinada pela OSCIP e a sua matrícula será trazida para a SMS para que o mesmo seja lotado em outra Unidade do Município.” Informa também que “o pagamento da OSCIP será feito mediante medição dos serviços prestados, ressaltando mais uma vez da importância da participação direta dos Conselhos Gestores das Unidades e pede que a comissão já formada na reunião da Executiva do dia 20 de maio, acompanhe todas as etapas da transição.

Na ata da reunião de 20 de maio, o gestor afirmou:

[...] tem pesquisado várias formas de gestão para as Unidades de Saúde e segundo sua avaliação a OSCIP é um modelo ideal de administração, que estará contemplando as seis Unidades 24 Horas. Apresenta uma planilha de cronograma de transição, onde são definidos prazos para cada etapa desta transição. Uma outra planilha possui as informações das especialidades médicas que cada um dos seis PMS do Município poderá contar. Esclarece que a quantidade de profissionais em cada Unidade de Saúde foi estabelecida de acordo com a população local, conforme determina a Lei. Diz que cada profissional contratado pela OSCIP terá sua carteira assinada, com todos os direitos trabalhistas garantidos e que os salários serão equiparados aos do Município. Informa que cada Unidade terá uma sala para o Conselho Gestor. Faz outros esclarecimentos e informa que estará disponibilizando cópia das planilhas aos presentes.

Solicitou a participação integral dos conselheiros nessa transição. Na mesma ata:

[...] por Consenso, a Executiva do Conselho concorda em participar da transição para o novo modelo de Gestão (OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público), de forma fiscalizadora, acompanhando as metas a serem alcançadas, entendendo que assim estará contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Compreendem que toda mudança é sempre acompanhada de grandes expectativas, mas não podemos deixar de enfrentar novos desafios. Fica definido também que cada Unidade terá a participação permanente do controle social, através de seu conselho gestor. (grifo no original).

Para reforçar a argumentação do novo modelo de gestão, as lideranças governamentais de Duque de Caxias utilizaram como justificativa técnica dois programas ou estratégias em franca expansão: a Estratégia Saúde da Família, no sentido de atingir as metas estabelecidas no Pacto Pela Vida, segundo a Portaria nº 399 de 2006, estabelecendo o Termo de Compromisso de Gestão; e do Programa de Saúde Mental, objetivando executar no município a Política Nacional de Saúde Mental, “que tem como diretriz a reestruturação da assistência psiquiátrica, objetivando a transformação do modelo hospitalocêntrico, para um modelo diversificado de base territorial e comunitária” (DUQUE DE CAXIAS, 2009 f).

Para justificar a contratação do novo modelo de gestão, a Secretaria de Saúde se referiu ao fato de que “o orçamento previsto para a Secretaria de Saúde em 2009 já está quase todo comprometido com o custeio das ações de saúde”, reforçando que:

[...] a Prefeitura de Duque de Duque de Caxias tem um gasto com recursos humanos que a coloca bem próximo do limite permitido pela lei complementar nº 82, de 27 de março de 1995, que disciplina os limites das despesas com o funcionalismo público, na forma do art. 169 da Constituição Federal e, que a Prefeitura já aplica mais de 20% de sua arrecadação com a Saúde, torna-se necessário, que alguma medida alternativa seja tomada para que, sem prejuízo dos cofres públicos, **o município consiga ampliar as redes de saúde mental** e atenção básica e cumpra as metas pactuadas (grifo nosso).

Afirmava-se ainda, utilizando parâmetros técnicos de planejamento da Política Nacional de Saúde Mental, que:

[...] considerando que 3% da população geral sofre de transtornos mentais; 6% apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental; que Duque de Caxias necessita seguir a política nacional de Saúde Mental, que tem como diretriz a reestruturação da assistência psiquiátrica, objetivando a transformação do modelo hospitalocêntrico, para um modelo diversificado de base territorial e comunitária, tendo nos CAPS (Centro de atenção Psicossocial) e na potencialização da atenção em ambulatórios sua principal estratégia; que o município de Duque de Caxias apresenta taxa de cobertura 0,23 CAPS por 100.000 habitantes e que pactuou em 12 meses dobrar essa cobertura.

Durante a gestão do referido projeto, foram produzidos vários “relatórios de execução do objeto do termo de Parceria, em cumprimento do Termo de Parceria nº 001/09, celebrado entre a Prefeitura de Duque de Caxias e a associação MARCA, a saber:

- consolidados mensais, contendo o detalhamento da realização de indicadores de desempenho;
- detalhamento da realização de metas de produtividade ambulatorial;
- detalhamento da realização de indicadores de ação programática pactuados;

Como parte integrante do relatório mensal, havia três anexos:

Anexo 1 - Relação nominal de profissionais de saúde por unidade com respectivo conselho de classe. Trata-se de relação nominal, com matrícula e categoria profissional, número do registro profissional e lotação de cada profissional contratado;

Anexo 2 - Planilha de produtividade e desempenho das unidades, contendo a produção individual de cada profissional, sua escala semanal, lotação e categoria profissional.

Anexo 3 - Planilha de Desempenho e Produtividade, com o detalhamento de cada ação graduado conforme o percentual de alcance da meta pré estabelecida.

Além do relatório mensal, era produzido um relatório consolidado de cada ano, com as informações consolidadas de cada unidade de gestão terceirizada, algumas tabelas contendo informações segundo a unidade de saúde.

O Projeto Caxias Saudável produzia também um relatório anual de atividades, com fotos e gráficos de cada Unidade de Saúde, separadamente.

3.2.2. Expressão em dados das ações realizadas pela OSCIP nos ambulatorios

A equipe inicialmente proposta para a saúde mental para as unidades de saúde de gestão terceirizada era composta de dois psiquiatras, dois psicólogos, um enfermeiro e um assistente social, ou seja, a mesma composição do ano de 2008, indo de encontro à proposta de ampliação contida no Termo de Parceria.

Dentro da Planilha de Produtividade e Desempenho (anexo 3 do Termo de Parceria), as metas correspondentes às ações de saúde mental eram essencialmente de produção de consultas. Os indicadores escolhidos foram: o número de atendimento de psiquiatria, considerando-se um ótimo de 240 consultas mensais; e o número de consultas de psicologia, considerando 100% a realização de 160 atendimentos por mês.

O Relatório Anual de Execução continha a meta, juntamente com o escore de pontos, a saber:

Quadro 4 – Metas e parâmetros estabelecidos para avaliação da produção das Unidades de gestão terceirizadas para OSCIP, Duque de Caxias, 2010

META	PRODUÇÃO
2.8 Disponibilizar consultas mensais em psiquiatria	240-192 consultas/mês– 3 pontos 191-168 consultas/mês – 2 pontos 167-140 consultas/mês – 1 ponto <140 consultas/mês – 0 pontos
2.13 Disponibilizar consultas mensais em psicologia	160-128 consultas/mês- 3 pontos 127-112 consultas/mês – 2 pontos 111-96 consultas/mês – 1 ponto <96 consultas/mês – 0 pontos

Fonte: Relatório de Execução Anual das Unidades de Gestão pela OSCIP (2010).

Ainda na sequência de dados apresentados no relatório mensal, apresenta-se a seguir uma tabela contendo o número de consultas estimadas em base populacional, relacionando-as com as consultas realizadas, para as duas metas anteriormente mencionadas, por unidade de saúde, com o total para as seis unidades de saúde.

Tabela 1 – Total de atendimentos de psiquiatria por mês por unidade terceirizada. Duque de Caxias, 2010

UPH	NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO ANO	ATENDIMENTOS ESPERADOS
Campos Elíseos	3.168	4.872
Pilar	4.820	5.352
Saracuruna	2.957	5.520
Imbariê	2.111	2.616
Parque Equitativa	2.674	2.688
Xerém	1.518	2.064
Total	17.248	23.112
Média	2.875	3.852

Fonte: Relatório de Execução Anual (2010).

Tabela 2 – Total de Atendimentos de Psicologia por mês por unidade terceirizada, Duque de Caxias, 2010

UPH	NÚMERO DE ATENDIMENTOS AO ANO	ATENDIMENTOS ESPERADOS
Campos Elíseos	2.609	3.680
Pilar	4.165	3.801
Saracuruna	2.575	3.468
Imbariê	2.891	3.788
Parque Equitativa	3.166	3.788
Xerém	4.034	3.674
Total	19.440	22.199
Média	3.240	3.700

Fonte: Relatório de Execução Anual (2010).

Apesar de definir a meta em número de consultas por mês e por profissional, apresenta uma tabela consolidada com base na comparação entre os resultados esperados e atendimentos realizados.

Para melhor compreensão da real dimensão dos valores apresentados, é preciso avaliar o percentual de atingimento da meta, conforme a tabela a seguir.

Tabela 3 – Atendimentos de Psiquiatria e Psicologia e percentual do alcance da meta estabelecida, nas Unidades Terceirizadas pela OSCIP em 2010

UPH	NÚMERO DE ATENDIMENTOS DE PSIQUIATRIA AO ANO	% REALIZADOS EM RELAÇÃO AO ESTIMADO	NÚMERO DE ATENDIMENTOS PSICOLOGIA AO ANO	% REALIZADOS EM RELAÇÃO AO ESTIMADO
Campos Elíseos	3.168	65,0	2.609	70,9
Pilar	4.820	90,1	4.165	109,6
Saracuruna	2.957	53,6	2.575	74,3
Imbariê	2.111	80,7	2.891	76,3
Parque Equitativa	2.674	99,5	3.166	83,6
Xerém	1.518	73,5	4.034	109,8
Total	17.248	74,6	19.440	87,6
Média	2.875	74,6	3.240	87,6

Fonte: OSCIP Relatório de Execução Anual (2010).

A análise do percentual de execução da meta em 2010 mostra que as unidades de Pilar e Parque Equitativa tiveram bons desempenhos de produção para os psiquiatras do Programa de Saúde Mental. As unidades de Campos Elíseos e Saracuruna apresentaram baixos percentuais para este profissional. O desempenho dos profissionais de psicologia, segundo critérios estabelecidos no Termo de Parceria, foi considerado no intervalo entre satisfatório e bom em todas as unidades terceirizadas.

Tabela 4 – Atendimentos de Psiquiatria e Psicologia e percentual do alcance da meta estabelecida, nas Unidades Terceirizadas pela OSCIP em 2011

UPH	NÚMERO DE ATENDIMENTOS DE PSIQUIATRIA AO ANO	% REALIZADOS EM RELAÇÃO AO ESTIMADO	NÚMERO DE ATENDIMENTOS PSICOLOGIA AO ANO	% REALIZADOS EM RELAÇÃO AO ESTIMADO
Campos Elíseos	3.066	66,5	2.896	62,8

Pilar	4.284	91,3	3.995	75,7
Saracuruna	3.440	81,5	3.229	76,4
Imbariê	2.710	80,7	3.026	90,1
Parque Equitativa	2.717	106,4	3.177	110,3
Xerém	2.302	86,4	4.182	157,0
Total	19.062	84,0	20.505	89,1
Média	3.177	84,0	3.418	89,1

Fonte: OSCIP Relatório de Execução Anual (2011).

No ano de 2011, o percentual de alcance de metas nas unidades terceirizadas em relação aos atendimentos de psiquiatria apresentou aumento em todas as seis unidades de saúde do Projeto Caxias Saudável, conforme tabela anterior. Nos atendimentos de Psicologia, houve flutuação em relação ao ano de 2010, quando unidades como a do Pilar, que apresentou percentual superior a 100%, sofreu redução para 75,7% em 2011.

Tabela 5 – Atendimentos de Psiquiatria e Psicologia e percentual do alcance da meta estabelecida, nas Unidades Terceirizadas pela OSCIP em 2012

UPH	NÚMERO DE ATENDIMENTOS DE PSIQUIATRIA AO ANO	% REALIZADOS EM RELAÇÃO AO ESTIMADO	NÚMERO DE ATENDIMENTOS PSICOLOGIA AO ANO	% REALIZADOS EM RELAÇÃO AO ESTIMADO
Campos Elíseos	3.760	81,6	2.168	96,8
Pilar	4.259	80,7	1.956	87,3
Saracuruna	3.575	84,6	2.060	132,0
Imbariê	3.119	92,8	1.432	67,0
Parque Equitativa	2.615	90,8	2.619	96,8

Xerém	2.778	85,5	3.438	160,0
Total	19.606	85,2	13.223	105,2
Média	3.268	85,2	2.204	105,2

Fonte: OSCIP Relatório de Execução Anual (2012).

No ano de 2012, o percentual de atingimento da meta estabelecida para o número de consultas de profissionais da saúde mental se manteve praticamente constante para a psiquiatria, caindo um pouco na unidade de Parque Equitativa, em relação a 2011. No que diz respeito às consultas de psicologia, houve melhora no alcance da meta de atendimentos, passando dos 100% nas unidades de saúde de Saracuruna e Xerém.

Como as ações de Saúde Mental estão incluídas nas ações programáticas, além dos indicadores de “desempenho ambulatorial” aparecem na terceira parte do Relatório Anual, intitulada “Detalhamento da realização de indicadores de ação programática”, indicadores de saúde mental. No item 3.9, “Ações de Saúde Mental”, é apresentada um quadro que repete o número de consultas de psiquiatria e psicologia, acrescentando o número atendimento em grupo, além do número de transtornos mentais severos atendidos, segundo unidade de atendimento, no ano de 2010, como está reproduzido a seguir:

Quadro 5 – Total de Procedimentos Pactuados pela OSCIP em relação ao Programa de Saúde Mental. Duque de Caxias, janeiro a dezembro de 2010

UPH	NÚMERO DE ATENDIMENTOS DE PSIQUIATRIA AO ANO	NÚMERO DE ATENDIMENTOS PSICOLOGIA AO ANO	GRUPOS	TRANSTORNO MENTAL SEVERO
Campos Elíseos	3168	2609	55	514
Pilar	4.820	4.165	31	1.970
Saracuruna	2.957	2.575	44	269
Imbariê	2.111	2.891	16	0
Parque Equitativa	2.674	3.166	15	10
Xerém	1.518	4.034	8	6

Fonte: Relatório Anual de Execução OSCIP (2010).

No detalhamento das ações programáticas, aparece ainda um parâmetro de atendimento, que é a realização de quatro consultas de psiquiatria para cada caso de transtorno mental severo por ano, estabelecendo a pontuação de “0” para menos de 60%; “1” entre 60 e 69%; “2” pontos para alcance entre 70 a 79% dos casos e de 80 a 100% obtinha-se a pontuação máxima de “3” pontos.

Apesar da dimensão e dos avanços dos últimos anos em relação à rede de saúde mental já mencionado, os indicadores estabelecidos limitaram-se ao percentual de consultas realizadas pelo psiquiatra e o psicólogo, respeitando-se a meta mensal de 240 e 160 consultas, respectivamente (TERMO DE PARCERIA, 001/2009).

O relatório apresentado mensalmente pela OSCIP contém informações importantes, mas não faz análise de seus próprios dados, não há crítica ou justificativa que tente explicar as razões do atingimento ou não das metas, dos problemas enfrentados na gestão, os treinamentos oferecidos por técnicos estatutários da secretaria municipal, principalmente em relação à saúde mental. Não se discutem a competência dos ambulatorios e sua relação com a Atenção Básica e até mesmo a razão de realizarem os atendimentos de transtornos mentais severos, mais adequados aos CAPS. Constituem simples boletins numéricos, sem contextualização.

Desde o início da parceria com a OSCIP, a equipe do Programa de Saúde Mental procurou exercer o controle e o planejamento das ações, fato registrado no relatório de gestão de 2009, quando a coordenação relatou que, devido ao estabelecimento da parceria, os antigos profissionais (estatutários) foram remanejados para unidades de saúde do primeiro distrito e foram contratados novos profissionais para os seis ambulatorios dos demais distritos. Em consequência, em novembro houve a necessidade de capacitar os profissionais terceirizados pela equipe técnica do Programa de Saúde Mental, com o objetivo de padronizar as ações e integrar as equipes. A proposta era o atendimento multidisciplinar, promovendo a realização de grupos de acolhimento e de recepção para adultos e crianças, objetivando melhor avaliação e viabilização da terapêutica de cada

usuário. Os técnicos realizavam supervisão às unidades terceirizadas e visitas domiciliares (DUQUE DE CAXIAS, 2009 g).

Apesar de as unidades terceirizadas terem o mesmo número de profissionais (psicólogos e psiquiatras), a escala de horário semanal não seguia um padrão entre as unidades e havia descontinuidade do atendimento durante os dias da semana.

Quadro 6 – Escala de atendimento de Saúde Mental no ambulatório da Unidade Pré-hospitalar de Campos Elíseos. Duque de Caxias, 2010

Profissional	Turno	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sábado	Domingo
PSQUIATRA	Manhã	X			X	X		
	Tarde	X						
PSICÓLOGO	Manhã			X		X	X	
	Tarde		X					

Fonte: Relatório de execução do objeto do Termo de Parceria nº 001/2009 com a OSCIP (Anexo 2).

Quadro 7 – Escala de atendimento de Saúde Mental no ambulatório da Unidade Pré-hospitalar de Saracuruna. Duque de Caxias, 2010

Profissional	Turno	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sábado	Domingo
PSQUIATRA	Manhã	X	X	X		X		
	Tarde	X	X	X		X		
PSICÓLOGO	Manhã		X		X	X		
	Tarde		X(2)		X(2)	X(2)		

Fonte: Relatório de execução do objeto do Termo de Parceria nº 001/2009 com a OSCIP (Anexo 2).

Quadro 8 – Escala de atendimento de Saúde Mental no ambulatório da Unidade Pré-hospitalar de Xerém. Duque de Caxias, 2010

Profissional	Turno	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sábado	Domingo
PSQUIATRA*	Manhã							
	Tarde							
PSICÓLOGO	Manhã	X	X	X(2)		X		

Tarde	X	
-------	---	--

Fonte: Relatório de execução do objeto do Termo de Parceria nº 001/2009 com a OSCIP (Anexo 2)

*sem psiquiatra

Quadro 9 – Escala de atendimento de Saúde Mental no ambulatório da Unidade Pré-hospitalar de Parque Equitativa. Duque de Caxias, 2010

Profissional	Turno	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sábado	Domingo
PSIQUIATRA	Manhã	X				X		
	Tarde							
PSICÓLOGO*	Manhã							
	Tarde							

Fonte: Relatório de execução do objeto do Termo de Parceria nº 001/2009 com a OSCIP (Anexo 2).

*psicólogos em atualização

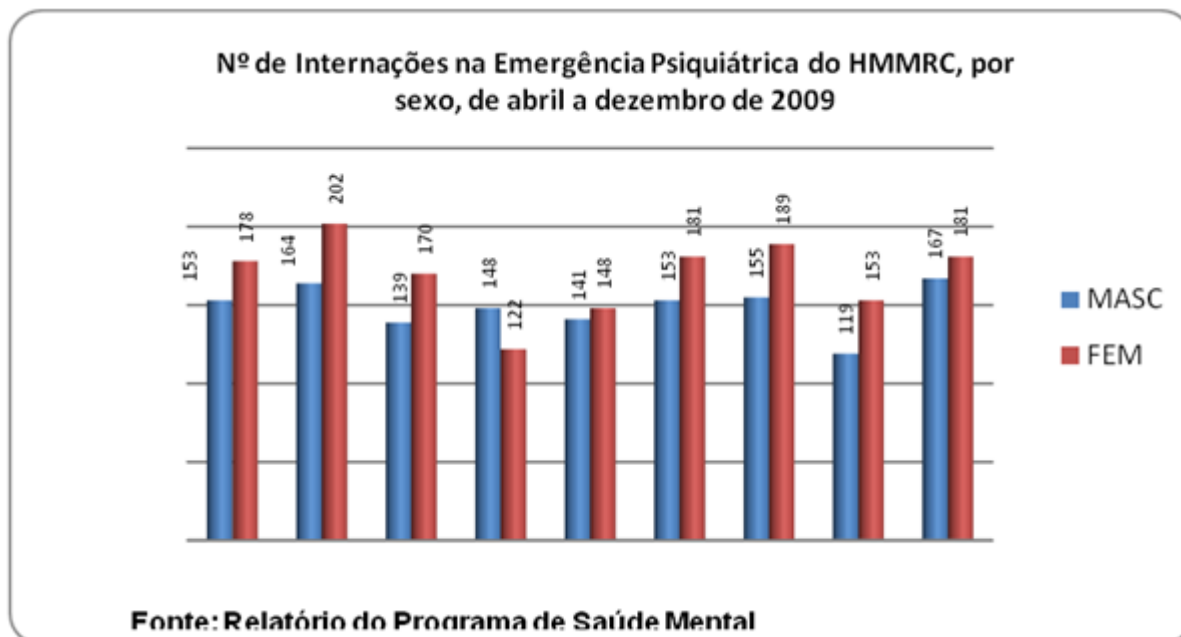
Quadro 10 – Escala de atendimento de Saúde Mental no ambulatório da Unidade Pré-hospitalar de Pilar. Duque de Caxias, 2010

Profissional	Turno	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sábado	Domingo
PSIQUIATRA	Manhã	X		X	X	X		
	Tarde	X			X			
PSICÓLOGO*	Manhã						X	
	Tarde	X		X				

Fonte: Relatório de execução do objeto do Termo de Parceria nº 001/2009 com a OSCIP (Anexo 2).

Conforme demonstrado acima, a maioria dos ambulatórios apresentava dias com apenas um profissional (psicólogo ou psiquiatra) e não propriamente uma equipe. Em algumas situações, houve dificuldade para alocar profissionais especializados (psiquiatras), fazendo com que o atendimento de saúde mental fosse descontinuado, prejudicando os projetos terapêuticos, como aconteceu em Xerém. Além disso, a carga horária do profissional variava de unidade para unidade, de dois a quatro períodos semanais.

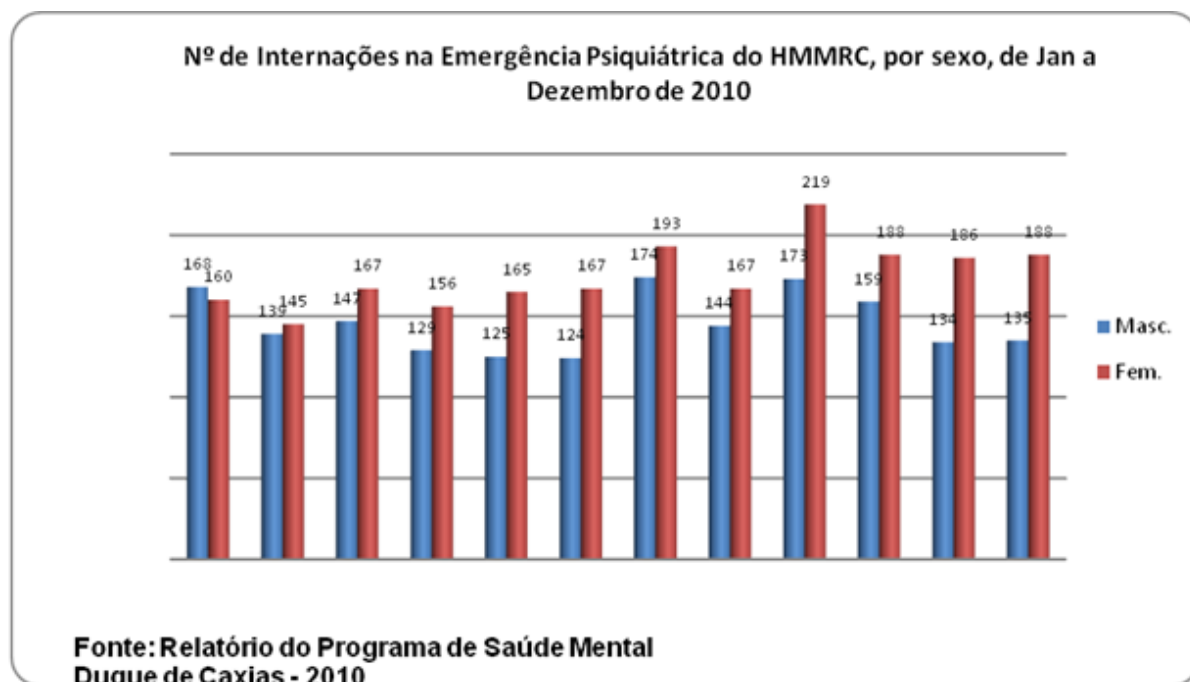
Gráfico 1 – Número de internações na emergência psiquiátrica HMMRC, de abril a dezembro de 2009



Pode-se observar que não houve alteração significativa no número de internações tanto para o sexo masculino quanto para o feminino, no ano de 2009. A partir do início da parceria com a OSCIP era esperado que com a nova gestão do atendimento ambulatorial de saúde mental houvesse redução do número de usuários que necessitassem de internação psiquiátrica de curta permanência na emergência psiquiátrica do hospital geral local.

Já no ano de 2010, havia uma tendência ao aumento das internações de curta permanência, principalmente no sexo feminino.

Gráfico 2 – Número de internações na emergência psiquiátrica HMMRC, por sexo, de janeiro a dezembro de 2010



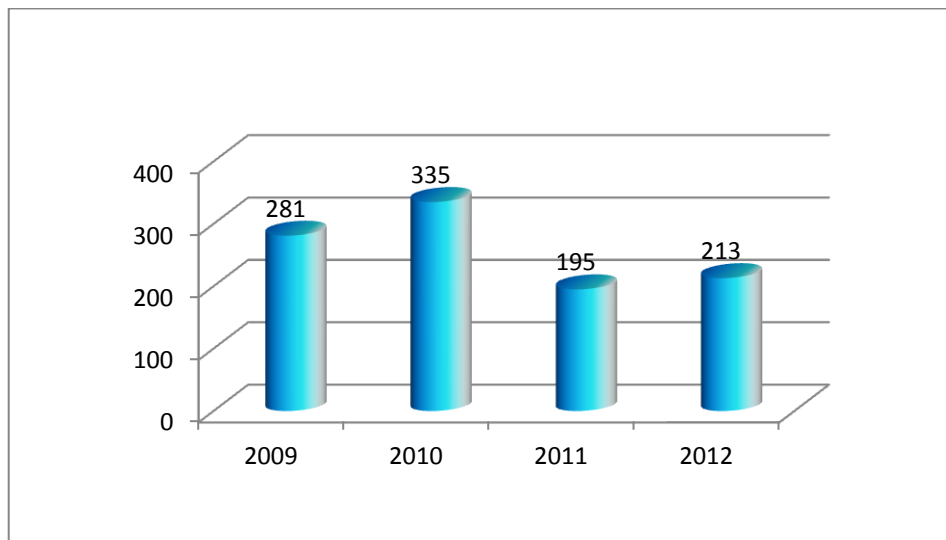
Quando analisamos o percentual de internações de residentes em Duque de Caxias segundo especialidade do leito, observamos redução do percentual de internações psiquiátricas dentre todas as internações. Ao mesmo tempo, pode-se notar que o percentual de internações de curta permanência (leito-dia) apresentou tendência ao aumento, no mesmo período, conforme tabela 6, a seguir.

Tabela 6 – Internações de residentes no município de Duque de Caxias, por especialidade, de 2009 a 2012

Internações de residentes no município de Duque de Caxias, por especialidade de 2009 a 2012								
ESPECIALIDADE	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%
Cirúrgico	4983	21,14	6186	23,21	6620	23,44	7384	26,86
Obstétrico	8278	35,11	8658	32,48	9263	32,79	8282	30,12
Clínico	4869	20,65	6484	24,32	7410	26,23	7067	25,70
Crônicos	164	0,70	123	0,46	176	0,62	211	0,77
Psiquiatria	281	1,19	335	1,26	195	0,69	213	0,77
Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	75	0,32	72	0,27	66	0,23	43	0,16
Pediátrico	4769	20,23	4667	17,51	4376	15,49	4158	15,12
Reabilitação	53	0,22	58	0,22	60	0,21	49	0,18
Leito Dia / Cirúrgico	34	0,14	17	0,06	18	0,06	18	0,07
Leito Dia / Aids	33	0,14	27	0,10	12	0,04	10	0,04
Leito Dia / Saúde mental	36	0,15	29	0,11	51	0,18	59	0,21
Total	23575	100,00	26656	100,00	28247	100,00	27494	100,00

Fonte: DATASUS/SIH/TABNET

Gráfico 3 – Internações em Psiquiatria de residentes em Duque de Caxias, 2009-2012



Fonte: MS/DATASUS/SIH/TABNET, 2009-2012.

No entanto, ao avaliarmos o número de internações psiquiátricas dos residentes no município de Duque de Caxias, no período de 2009 a 2012, observa-se a tendência à diminuição no ano de 2011, coincidindo com o aumento do percentual de internação de curta permanência em saúde mental.

Paralelamente, a Coordenação Municipal do Programa de Saúde Mental solicitava a estatística de todas as unidades com o programa implantado, em formulário próprio que já era utilizado na rede municipal de saúde mental.

4. DISCUSSÃO

4.1. Implicações do modelo de terceirização para a Saúde Mental de Duque de Caxias

4.1.1. Avanços para o atendimento ambulatorial em saúde mental em Duque de Caxias

Para que se proceda à avaliação do programa de saúde mental, é necessário compreender as especificidades da nova política de prestação do cuidado e desvendar o que está contido entre os objetivos explicitados e os resultados alcançados (CAMPOS, 2008). São inegáveis os benefícios e avanços conquistados através do estabelecimento de parceria com a OSCIP, no período de 2009 a 2012.

No que se refere à necessidade de recursos humanos, a nova política permitiu realocar os profissionais de saúde das unidades terceirizadas para relotação, garantindo a implantação de novos serviços substitutivos de saúde mental, como o CAPS AD e a Emergência Psiquiátrica do HMMRC, contribuindo positivamente para a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial de Duque de Caxias, cumprindo as pactuações estabelecidas com os entes estadual e federal. Na esfera administrativa, permitiu a agilidade de processos de aquisição e contratação de bens e serviços; aperfeiçoou os processos de reforma das unidades de gestão terceirizada, garantindo ambientes mais adequados e modernizados; permitiu a informatização das seis unidades pré-hospitalares fixas, modernizando a informação de produção e controle de estoque, além de implantar o prontuário eletrônico; facilitou a contratação de recursos humanos, que foram selecionados e recrutados pela própria OSCIP, com direitos trabalhistas assegurados; e aumentou a oferta de atendimentos ambulatoriais em 49,2%, em relação ao ano de 2008, segundo o Comparativo de Atendimento nas Unidades Pré-hospitalares nos anos 2008 e 2009 (DUQUE DE CAXIAS, 2009 g).

4.1.2. Limites do processo de terceirização enquanto modelo de gestão para a saúde mental de Duque de Caxias

Apesar dos avanços obtidos com a terceirização da gestão das unidades de saúde para a OSCIP, os documentos analisados mostraram que muitos problemas ocorriam. A análise dos documentos eletrônicos e relatórios técnicos evidenciaram um aprazamento longo em todas as unidades, da ordem de dois a três meses, com pequenas variações entre as unidades terceirizadas. Tais documentos apontavam também posturas profissionais inadequadas e insubordinadas perante a Coordenação de Saúde Mental, em que o psiquiatra se negava a atender novos pacientes e participar do grupo de acolhimento. Havia excesso de consultas para prescrição de benzodiazepínicos.

Havia descontinuidade nos atendimentos de psiquiatria e psicologia, bem como consultas desmarcadas pela ausência do profissional, que descumpria a agenda, deixando pacientes portadores de transtorno mental sem referências, conforme mostram as queixas dos usuários enviadas à Ouvidoria da Saúde.

Examinando mapas de controle de medicamentos, bem como ofícios encaminhados à Coordenação de Farmácia, percebe-se que havia desabastecimento de importantes fármacos utilizados na psiquiatria, bem como a descontinuidade de fornecimento. Não havia referência a atendimentos em grupo, atendimento às famílias ou projetos terapêuticos; somente um indicador de quantidade de consultas, aceitando-se um mínimo de 60% do número estimado de consultas para cada profissional (DUQUE DE CAXIAS, 2010 a).

Apesar de as unidades terceirizadas terem o mesmo número de profissionais (psicólogos e psiquiatras), a escala de horário semanal não seguia um padrão entre as unidades e havia descontinuidade do atendimento durante os dias da semana. A maioria dos ambulatórios apresentava dias com apenas um profissional (psicólogo ou psiquiatra) e não propriamente uma equipe. Em algumas situações, houve dificuldade de alocação de profissionais especializados (psiquiatras), fazendo com que o atendimento de saúde mental fosse descontinuado, prejudicando os projetos terapêuticos, como aconteceu em Xerém. Além disso, a carga horária do profissional variava de unidade para unidade, de dois períodos a quatro períodos semanais.

Estimando-se a necessidade de atendimento de saúde mental em nível ambulatorial, segundo parâmetros de programação, encontramos o seguinte quadro geral (BRASIL,2006).

Tabela 7 – Estimativa de procedimentos ambulatoriais de saúde mental. Duque de Caxias, 2010

2010						
	POP GERAL	TMM*	Nº CONSULTAS	NC/MÊS	Nº Grupos TMM* /ano	Nº Grupos TMM*/MÊS
1º DISTRITO	397.597	35.784	107.351	8.946	3.578	298
2º DISTRITO	258.224	23.240	69.721	5.810	2.324	194
3º DISTRITO	142.793	12.851	38.554	3.213	1.285	107
4º DISTRITO	56.433	5.079	15.237	1.270	508	42
TOTAL	855.048	76.954	230.863	19.239	7.695	641

Fonte: parâmetros do MS para serviços de saúde Mental (BRASIL-MS, Série Pactos, v. 5).

*TMM = Transtornos mentais menores

Considerando tais parâmetros, existe grande defasagem de consultas, uma vez que, na ausência de uma cobertura adequada de CAPS, principalmente no segundo, terceiro e quarto distritos, os ambulatórios precisavam atender, além dos transtornos mentais menores, também parte dos transtornos mentais severos.

O Ministério da Saúde propõe que 10% da população com transtorno mental menor tenham 12 grupos anuais, o que produziria 4.117 grupos ao longo do ano e 343 grupos por mês, valores bem acima do estimado pela parceria, considerando somente a população dos distritos em questão.

O Relatório de Gestão do Programa de Saúde Mental do ano de 2009 registrou um avanço no sentido da implementação da saúde mental na emergência psiquiátrica do Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo, “de forma mais efetiva, a partir da lotação de psicólogos, psiquiatras e enfermagem, promovendo a

cobertura da assistência 24h por dia, sete dias por semana [...] estabelecendo condições adequadas para o atendimento dos usuários e seus familiares” (DUQUE DE CAXIAS, 2010 b). Nesse ano ocorreram dois Fóruns de Saúde Mental e a Conferência Municipal de Saúde Mental, e estabeleceu-se um convênio com a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) para estágio junto às unidades de saúde.

Os dez leitos da emergência psiquiátrica são estratégias de porta de entrada para as internações psiquiátricas, principalmente no sentido de minimizá-las e compensar o paciente nesse nível de atenção. As vagas para internação são reguladas pela Central de Regulação de leitos para a Baixada Fluminense, para instituição localizada no Vale do Paraíba e em Duque de Caxias (fechada em dezembro de 2008).

O modelo de reforma preconiza a distribuição progressiva dos hospitais por serviços de menor complexidade tecnológica em troca de maior complexidade na abordagem dos pacientes e no suporte a suas famílias. Propõe-se a troca do ambiente hospitalar, com maior escala e acesso a procedimentos de emergência, por um ambiente comunitário e ambulatorial, mais adaptado às necessidades locais dos pacientes e seus familiares. Há, neste caso, maior complexidade e intensidade no desempenho dos profissionais, que devem estar capacitados e sensibilizados para o “novo olhar” em relação à saúde mental (RIBEIRO; DIAS-INGLEZ, 2011).

CONCLUSÃO

Como resultado deste estudo e das pesquisas de levantamento documental, revelaram-se as principais razões para terceirização das unidades ambulatoriais dos 2º, 3º e 4º Distritos do município de Duque de Caxias. Através da solicitação de parecer à Procuradoria Municipal e nas cláusulas do Termo de Parceria nº 001/2009, os gestores da saúde deixam claro que a terceirização da gestão ocorreu pela necessidade de ampliar serviços, principalmente na área da saúde mental, associada às limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, no sentido da contratação de novos servidores.

Argumentam, ainda com base na teoria da administração pública, que a burocracia estatal, com aumento de suas funções, torna o processo administrativo “lento e pesado”. Os processos de aquisição são excessivamente controlados e repletos de procedimentos e formalidades, ao que os gestores chamam de “falta de flexibilidade”. Não houve clareza na condução do processo em relação ao controle social, pois em todas as reuniões ordinárias e da executiva do COMSADC havia algum tipo de manifestação de conselheiros solicitando informações acerca da parceria estabelecida.

Para que fosse estabelecida a terceirização municipal, foi necessária a aprovação da Lei Municipal nº 2.259, de 20 de maio de 2009, que “regulamenta a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP no âmbito do município de Duque de Caxias e dá outras providências”. A Lei estabelece condições de habilitação, conforme a Lei da OSCIP, estatuto contendo objetivos sociais, dentre outras finalidades, para “promoção gratuita da saúde” (item 4, Art. 2º).

O Termo de Parceria nº 001/2009 estabeleceu encaminhamento mensal de relatório de produção das unidades terceirizadas e indicadores das áreas programáticas de periodicidade anual. Em relação à saúde mental, objeto deste estudo, os indicadores escolhidos – número de consultas de psicólogo e psiquiatra,

além do quantitativo de atividades em grupo – não foram suficientes para avaliar a qualidade do atendimento prestado, retratando tão somente a quantidade de procedimentos realizados.

Além disso, a análise dos relatórios de saúde mental do período mostrou a falta de integração entre coordenação de saúde mental da OSCIP e coordenação técnica da secretaria municipal, no sentido de não comparecimento às reuniões de colegiado de saúde mental e o não envio de estatísticas solicitadas pelo Programa de Saúde Mental municipal.

No período de gestão municipal compreendido entre os anos de 2009 a 2012, foi concretizada a implantação do CAPS AD II no primeiro distrito, foram inauguradas oito Residências Terapêuticas e um CAPS II no terceiro distrito, além da habilitação de dez leitos de curta permanência no Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo. Apesar destes fatos não estarem diretamente ligados à terceirização da gestão das unidades de saúde, a realocação de recursos humanos integrantes do quadro efetivo municipal para outras unidades de saúde contribuiu para a abertura de novos serviços.

A pesquisa de dados de internações psiquiátricas, sua tabulação e análise no período entre 2009 e 2012 não mostraram alteração significativa. Houve, ao contrário do esperado, aumento importante no número de internações psiquiátricas no ano de 2010 e redução nos anos seguintes 2011 e 2012, em patamares muito próximos dos níveis de 2009, possivelmente reflexos do aumento de internações de curta permanência nos leitos do HMMRC.

O Programa de Saúde Mental propõe assistência de base comunitária onde o envolvimento e a formação do profissional é baseada no vínculo, na participação do paciente e de sua família na construção do seu plano terapêutico; são aspectos diferenciais na qualidade do atendimento.

Em um sistema público em construção, onde o financiamento ainda representa um nó crítico para a proposta de universalidade, a substituição da assistência hospitalar pela atenção ambulatorial e comunitária, requer que se tenha uma rede de atenção psicossocial capaz de compensar vazios da oferta de serviços de saúde mental.

O grande número de atendimentos estimados para o setor coexiste com a escassez de psiquiatras. A lacuna quanto a profissionais habilitados e a estimativa de gastos para superar o “vazio da saúde mental” têm sido uma preocupação da Organização Mundial de Saúde. Estudo recente estimou que 93% dos países de baixa renda e 59% dos países de renda média apresentavam escassez de psiquiatras para suprir as necessidades do novo modelo (RIBEIRO; DIAS-INGLEZ, 2011). Neste sentido, tanto para a administração pública, quanto para a gestão terceirizada, dificuldades nos processos de contratação de recursos humanos na área de psiquiatria são importantes para a concretização do processo de “desospitalização”.

Desconhecem-se os motivos, bem como os critérios de seleção dos novos profissionais alocados nas unidades em substituição aos funcionários “antigos”. A gerência técnica do programa municipal desconhecia todo o processo e não participava da escolha dos profissionais. No processo de terceirização ocorrido em Duque de Caxias, houve a completa substituição dos profissionais que atuavam no Programa de Saúde Mental e acumulavam aprendizado prático e conhecimento teórico, acerca das ações de saúde, além de conhecerem as rotinas e protocolos de serviço. Soma-se a isso o vínculo profissional-paciente já estabelecido.

No final da gestão, houve problemas de repasse financeiro para a OSCIP parceira do município, o que prejudicou gravemente a assistência à saúde nas unidades em questão.

A administração gerenciada pela OSCIP foi uma justificativa utilizada para privatização do setor e causou a transferência da poupança pública para o setor privado; repasse de patrimônio público para empresas de direito privado; muitos servidores realocados ficaram subaproveitados na rede de saúde; houve desprofissionalização dos servidores e flexibilização nos contratos de trabalho, além de comprometer a hierarquização, devido ao excesso de autonomia dos entes terceirizados.

A OSCIP em questão não tinha experiência na gestão da assistência em saúde mental, justificativa para sua contratação. No entanto, ser utilizada no sentido de gerenciar as emergências, onde o vínculo com o doente não interfere tão intensamente como nas ações de saúde mental e o desempenho técnico, é a exigência fundamental.

A mudança de modelo para construção do SUS deve se basear em pressupostos de qualidade e humanização entre prestadores e usuários. Devido à complexidade da abordagem, do projeto terapêutico empregado e da capacitação profissional, a simples substituição da força de trabalho e a transferência da responsabilidade pela gestão não são suficientes para qualificar, ampliar ou humanizar as ações de saúde mental em nível ambulatorial, a ponto de se obter uma queda importante nos níveis de internação psiquiátrica dos pacientes portadores de transtorno mental. Neste modelo de gestão, apesar do discurso de qualidade, objetivou-se somente a produção de consultas e atendimentos, não se estabelecendo nenhum indicador de qualidade.

REFERÊNCIAS

ACIOLY, Yanne. Reforma psiquiátrica: construção de outro lugar social para a loucura?. In: SEMINÁRIO NACIONAL SOCIOLOGIA E POLÍTICA UFPR, 1., 2009, Curitiba, Paraná. *Anais...* Curitiba, Universidade Federal do Paraná, set. 2009.

ALMEIDA, Patty Fidelis de. *O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa/RJ*. 2002. 118 f. Tese (Mestrado em Ciências da Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, da Sub-área de Políticas Públicas e Saúde, Rio de Janeiro, maio 2002.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; ESCOREL, Sarah. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p. 35-47 maio-ago. 2001.

ALVARENGA, Mirella Souza; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. A implementação da política de saúde mental em município de pequeno porte-o caso de São José do Calçado/ES-Brasil. *Emancipação*, Ponta Grossa, v. 9, n. 2, p. 181-185, 2009. Disponível em:< <http://www.uepg.br/emancipacao>>. Acesso em: 02 out. 2013.

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: v.11, n.3, p. 491-494, jul/set 1995.

AROUCA, Sérgio. Reforma Sanitária é irreversível. *Proposta: Jornal da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro, Editorial, p. 2, 01 mar. 1987.

AZEM, Juliana Pereira; SANTOS, Maria Manuela P.C.A. dos; MOYSÉS, Neuza Maria Nogueira. O SUDS/RJ e a municipalização: um processo em andamento. *Revista Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 4-30, abr./jun. 1991.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. *Caminhos e percalços da política de saúde no Brasil – vinte anos da reforma sanitária*. *Saúde no Brasil: vinte anos da reforma*

sanitária. Consultoria Ministério da Saúde, Projeto Nordeste II, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), anos 1996/1997.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. *Políticas de saúde no pós-constituente: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil*. 346f. Tese (doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2003.

BARROS, S. *O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino da enfermagem sub judice*. São Paulo. [doutorado]. São Paulo, SP: Escola de Enfermagem da USP, 1996.

BARROS, Sônia; SALLES, Mariana. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. In: Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva na Perspectiva da Enfermagem-SISNPESC, 2., 9-11 out. 2011, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. São Paulo: *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 45, n. espe2, p.1780-1785, 2011.

BEHRING, E.R. *A contra reforma do Estado no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ/ESS, 2002. Mimeo.

BEZARRA JR., Benilton. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Nov. 2013.

BEZERRA JR., Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis:Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BODSTEIN, Regina. A atenção básica na agenda da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.401-412, 2002.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.2, fev. 2008, p. 456-468.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. 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. *Portal da Saúde: Legislação*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33771&janela=1>. Acesso em: 30 set. 2013.

BRASIL. Lei n 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. *Portal da Saúde: Legislação*. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33771&janela=1>. Acesso em: 30 set. 2013.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Portal da Saúde: Legislação*. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33771&janela=1>. Acesso em: 30 set. 2013.

BRASIL. Lei nº 9.790, de 23 de março 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. *Portal dos Convênios: O portal dos convênios do Governo Federal*. BRASÍLIA, DF, 1999. Disponível em:<<https://www.convenios.gov.br/portal/legislacao>>. Acesso em: 01 out. 2013.

BRASIL. Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica. *Portal da Saúde: Legislação*. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33771&janela=1>. Acesso em: 30 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 232 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.615, de 26 de julho de 2012. Altera o item ii do artigo 9º e os artigos 12º e 13º da portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do componente hospitalar da rede de atenção psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. *Portal da saúde: legislação*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33771&janela=1>. Acesso em: 29 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente hospitalar da rede de atenção psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. *Portal da saúde: legislação*. Brasília, df, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33771&janela=1>. Acesso em: 29 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 349, de 29 de fevereiro de 2012. Altera e acresce dispositivo à portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do componente hospitalar da rede de atenção psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. *Portal da saúde: legislação*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33771&janela=1>. Acesso em: 29 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 706 de 7 de outubro de 2002. Habilitar, com pendências a serem regularizadas pelo gestor estadual/municipal, no prazo de 06 (seis) meses, a contar da publicação deste ato, os serviços constantes do anexo, para realizar os procedimentos previstos na portaria sas/ms nº 189, de 20 de março de 2002. *Portal da saúde: legislação*. Brasília, df, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2002/pt-706.htm>>. Acesso em: 29 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 856, de 22 de agosto de 2012. Inclui, na tabela de tipo de estabelecimentos do SCNES, o tipo 78 - unidade de atenção em regime residencial. *Portal da saúde: legislação*. Brasília, df, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33771&janela=1>. Acesso em: 30 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Gerencial. Sala de Apoio à Gestão estratégica. Centro de atenção Psicossocial. Rio de Janeiro. Número de CAPS: Cobertura Populacional: Número de Municípios com CAPS, 2008-2013. *Portal da Saúde*. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 02 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados 7*. In: Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Edição Especial. Brasília, ano V, n. 7, jun. 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>>. Acesso em: 02 de out. 2013.

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. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica*. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011, 106 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas/ Departamento de atenção básica. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários: Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica*. Ministério da Saúde: Brasília. 7p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a programação*

pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 148 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica*. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília, janeiro de 2011, 106 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde Mental e Atenção Básica, O Vínculo e o Diálogo Necessários: Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica*. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8.080/90*. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 16 p. – (Série E. Legislação de Saúde).

BRESSER PEREIRA, L.C. *A reforma do aparelho de Estado e a Constituição brasileira*. Brasília: MARE/ENAP, 1995.

BUTTERI, Dayse. *Ata da reunião da Comissão de Saúde Mental realizada em 01 de dezembro de 2010*. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <fasaieg@gmail.com > Acesso em: 05 dez. 2010.

CAÇAPAVA, Juliana Reale. et al. Trabalho na Atenção Básica: integralidade do cuidado em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v.43, n.espe 2, p. 1256-1260, 2009.

CALADO, C e FERREIRA, C. Metodologia da Investigação I – 2005. DEFCUL. 1. Análise de Documentos: método de recolha e análise de dados Cristina Calado, Cristina Ferreira. <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/analisedocumentos.pdf> Acesso em 20 de outubro de 2013.

Campos GWS. A reforma sanitária necessária. In: Berlinguer G, Teixeira SF e Campos GWS. *Reforma Sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec-Cebes, 1988. CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, set./out. 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; DEL BARRIO, Lourdes Rodriguez. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 1797-2805, out. 2013.

- CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90)*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- COHN, Amélia. Políticas de saúde e reforma sanitária hoje: delimitações e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.13, supl. 2, dez. 2008, p.2019-2028.
- COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA. *Documentos II*. Rio de Janeiro: Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, 1987.
- CONILL, Eleonor Minho. et al. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.13, n.5, p. 1501-1510, set/out. 2008.
- CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.
- CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 45, n. 6, dez. 2011.
- COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes. *Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social*. brasileiros Os parceiros deste Programa são: Ministério de Saúde. Pesquisa do programa de pesquisas, “Em Busca da Excelência: Fortalecendo o Desempenho Hospitalar em Brasil”, com a finalidade de subsidiar uma monografia realizada pelo Banco Mundial sobre hospitais brasileiros. Rio de Janeiro, 31 de maio de 2005.
- DAL POZ, M. R. *Entre o Prescrito e o Realizado: Estudo Sobre a Implantação do SUS no Estado do Rio de Janeiro e Sua Repercussão na Política de Recursos Humanos em Nível Municipal*. Tese de doutoramento, Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 1996.
- DELFINI, Patrícia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, fev. 2012.
- DELGADO, P.G.G. *As razões da tutela*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1995.
- DITTERICH, Rafael Gomes. *A contratualização como ferramenta de gestão e organização da atenção primária à saúde: avanços, dificuldades e desafios*. 2011 primária à saúde : avanços, dificuldades e desafios. 2011. 162 f.; 30 cm. Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2011.
- DITTERICH, Rafael Gomes; T. MOYSÉS, Simone; J. MOYSÉS, Samuel. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, abr. 2012.

DUQUE DE CAXIAS. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde Mental 2005-2008. Coordenação de Saúde Mental. Duque de Caxias, jun. 2005.

DUQUE DE CAXIAS. Secretaria de Saúde. *Relatório de Gestão*, 2005. Coordenação de Saúde Mental. Duque de Caxias, mar. 2006.

DUQUE DE CAXIAS a. Lei nº 2.259, de 20 de maio de 2009. Regulamenta a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP no âmbito do Município de Duque de Caxias, e dá outras providências. *Portal da Câmara Municipal de Duque de Caxias*. Duque de Caxias, 2009. Disponível em: <http://www.cmdc.rj.gov.br/?s=lei+n%C2%BA+2259&post_type=post&cat=3>. Acesso em: 01 de out. 2013.

DUQUE DE CAXIAS b *Termo de parceria que entre si celebram o município de Duque de Caxias, através da Secretaria Municipal de Saúde e Associação Marca para promoção de serviços*. Duque de Caxias, 15 de junho de 2009.

DUQUE DE CAXIAS c Justificativa para abertura do Edital para contratação de OSCIP. Departamento de Vigilância em Saúde. Mensagem eletrônica recebida em 18/11/20113

DUQUE DE CAXIAS d. Secretaria de Saúde. *Relatório de Gestão*, 2008. Coordenação de Saúde Mental. Duque de Caxias, mar. 2009.

DUQUE DE CAXIAS e. Secretaria de saúde. *Relatório anual das reuniões ordinárias, 2009*. Conselho Municipal de Saúde de Duque de Caxias, 2009.

DUQUE DE CAXIAS f. Secretaria de saúde. *Relatório anual das reuniões executivas, 2009*. Conselho Municipal de Saúde de Duque de Caxias, 2009.

DUQUE DE CAXIAS g. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde Mental 2010-2013. Coordenação de Saúde Mental. Duque de Caxias, jul. 2009.

DUQUE DE CAXIAS a. Secretaria de Saúde. *Relatório de Execução do objeto do Termo de Parceria referente ao ano de 2010*, jan.2010.

DUQUE DE CAXIAS b. Secretaria de Saúde. *Relatório de Gestão*, 2009. Coordenação de Saúde Mental. Duque de Caxias, mar. 2010.

DUSSAULT, Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências. Revista. Adm. Pública. Rio de Janeiro: 26(2), p.8-19, abr./jun. 1992.

DYNIEWICZ, Ana Maria. Produção científica em pediatria 2000 a 2007. *Cogitare Enfermagem*, jan./mar.14(1); 144-9.2009.

ESCUDEIRO, Carlos Cesar; SOUZA, Maria de Lourdes A. S.. Saúde mental no Sistema Único de Saúde: mudança do modelo de atenção na região de Lins-SP. *Saúde soc.*, v.18, suppl.1, p. 44-47, 2009..

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde em Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v.14, n.1, p. 129-138, jan./fev. 2009.

FLEURY, Sônia. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p. 307-309, mar./abr. 2007.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. 6. Ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

GARCIA-ALTÉS, Anna. et al. Measuring the performance of urban healthcare services: results of an international experience. *Gaceta Sanitaria*. Barcelona: v. 20, n.4, p.316-324, jul./ago. 2006.

GODOY, Arilda S., Introdução á pesquisa qualitativa e suas possibilidades. In Revista de Administração de Empresas, v.35 n.2, mar./abr. 1995^a, p.57-63.

GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: v.46, n.1, fev. 2012, p. 51-58, dez. 2011.

GONDIM, D. de S. A Unificação da Previdência Social. *RAE-Revista de Administração de Empresas*, v. 8, n. 28, jul-set, 1968. Disponível em: <<http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/saudemental/>>. Acesso em: 05 nov. 2013.

GOULART, Flávio A. de Andrade. Esculpindo o SUS a golpes de portaria...- considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n.2, p.292-318, 2001.

Guimarães J. et al. Desinstitucionalização em saúde mental: considerações sobre o paradigma emergente. *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

GUIZARDI, FranciniLube. et al. Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v. 14, n.1, jan./fev. 2009, p. 297-305.

HIRSHON, Jon Mark et al. Health systems and services: the role of acute care. *Bull World Health Organ* [online], v.91, n. 5, 2013.

IBÁÑEZ, Nelson. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*. São Paulo: v.6, n.2, p. 391-404, 2001.

IBGE. *idades@ – 2003: Incidência da Pobreza – Cartogramas. Mapa de Pobreza e Desigualdade - Municípios Brasileiros – 2003. Duque de Caxias. Rio de Janeiro. Disponível em: < <http://cod.ibge.gov.br/KHQP>. Acesso em: 27 de maio 2013.*

IBGE. *Serviços de saúde – 2009: Duque de Caxias: Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: < <http://cod.ibge.gov.br/64XI>>. Acesso em: 27 set. 2013.*

IBGE. *idades@ – 2013: Duque de Caxias: Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330170&search=rio-de-janeiro|duque-de-caxias>. Acesso em: 27 de maio 2013.*

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (INAMPS/MPAS). *Projeto de regionalização e hierarquização da assistência médica no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1983.*

JARDIM, Vanda Maria da Rosa. et al. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis: v.18, n.2, p. 241-248, abr./jun. 2009.

JORGE, Maria Salete Bessa. et al. Promoção da Saúde Mental-Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*. Jul. 2011, v.16, n.7, p. 3051-3060.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*. São Paulo: v.6, n.2, p. 269-291, 2001.

LIMA, Jorgina Tomaceli de Sousa. O início da assistência à loucura no Brasil. *Revista em Debate*. n. 8, set. 2012.

LUCHESE, Roselma. et al. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, set. 2009.

LUCENA, Marcela Adriana da Silva; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v.17, n.9, p. 2447-2456, set. 2012.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. *Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. 284 p.

MATTOS, Ruben Araújo de. *Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

MIELKE, Fernanda Barreto; OLSCHOWSKY, Agnes. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Brasília:v.63, n.6, p. 900-907, nov./dez. 2010.

MIRANDA, Lilian; CAMPOS, Rosana T. Onocko. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v.26, n.6, p. 1153-1162, junho de 2010.

NUNES, Mônica; JUCÁ, Vlândia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v.23, n.10, p. 2375-2384, out. 2007.

OLIVEIRA, Jaime Antônio de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. Fleury. *(Im) previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis, Vozes; (Rio de Janeiro): Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1985.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, mai. 2006.

PADILHA, M.; BORENSTEIN, M. S. O método de pesquisa histórica em enfermagem. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v.14, n.4, p.575-84, out.-dez. 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. *A Reforma Sanitária e a Municipalização. Saúde e Sociedade*, v. 1, n. 2, p. 29-47, 1992.

PAIM, Jairnilson Silva. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet.Série Saúde no Brasil*. Fascículo 1, Maio de 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. *Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde*. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. Brasília, 28 de março de 2001.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: v. 12, Nov. 2007, p. 1819-1829. Suplemento.

PARADA, Roberto. A Construção do Sistema Estadual de Saúde: Antecedentes e Formas de Inserção. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p.19-104, 2001.

PAULA, Patrícia Pinto de. *Políticas públicas atuais de saúde mental e os serviços substitutivos em BH*. In: Encontro Nacional da ABRAPSO, 15., "Psicologia Social e Políticas de Existência: fronteiras e conflitos", novembro de 2009, Maceió.

PEREIRA, Larissa Dahmer. A Gestão da Força de Trabalho em Saúde na década de 90. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: v.14, n.2, 2004, p. 363-382.

PINI, Jéssica dos Santos. WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo: v. 42, n. 2, abr. 2012.

PINTO, Antonio Germane Alves. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v.17, n.3, 2012, p. 653-660.

QUIGLEY, R. L. et al. *Health Impact Assessment International Best Practice Principles*. Special Publication Series No. 5. Fargo, USA: International Association for Impact Assessment, 2006.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v.18, n.7, p. 2157-2166, jul. 2013.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. *O modelo de gestão do sus e as ameaças do projeto neoliberal*. Minas gerais, 2003.

RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário. *Mecanismos de governança e modelos alternativos de gestão hospitalar no brasil*. Pesquisa contratado pelo Banco Mundial para o Programa de Pesquisas “Em Busca de Excelência: Fortalecendo Desempenho Hospital em Brasil.” 26 nov. 2004, 105p.

RIBEIRO, José Mendes; DIAS-INGLEZ, Aline. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v.16, n.12, p. 4623-4633, dez. 2011.

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. *Plano Estadual de Saúde: Rio de Janeiro: 2008-2011*. Governo do Estado do Rio de Janeiro, dez. 2008.

SAIEG, Fátima Abdalah. *Planejamento municipal no SUS: situação ideal x realidade observada: Estudo dos planos municipais de saúde*. Trabalho de conclusão do Curso de Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. *SUS, política pública de estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte, o direito sanitário, a governabilidade e a busca de saídas*. São Paulo, 2012.

SCHOUT, Denise. *Indicadores Assistenciais: o uso do SIM e SINASC na gestão hospitalar*. Gestão do Cuidado Hospitalar. In: Seminário de Análise da Qualidade e Informação do SINASC, 1., 16 de junho de 2011, São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo, 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DUQUE DE CAXIAS. *Justificativa contida em solicitação de contratação de OSCIP encaminhada a procuradoria geral do município*. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <fasaieg@gmail.com > em jun. 2009.

SILVA, Alessandra Ximenes da. A Reforma Sanitária Brasileira em Debate. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011, São Luís, Maranhão. *Anais...* São Luís, Universidade Federal do Maranhão, 2011.

SILVA, Ana Tereza de M. C. da; BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. São Paulo; v.36, n.1, 2002, p. 4-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000100002&lng=en&nrm=iso&tIng=pt>. Acesso em: 01 out. 2013.

SILVA, I. F. *O Processo Decisório nas Instâncias Colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/ Fiocruz, 2000.

SILVEIRA, Daniele Pinto da; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v.14, n.1, p. 139-148, jan./fev. 2009.

SIMON, Aline Gabriela; BAPTISTA, Tatiana Wargas de. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: v.27, n.11, p. 2227-2241, .

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: v.14, n.2, Mar./Abr. 2009, p. 477-486.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v. 22, n. 9, p. 1845-1853, set. 2006,.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Ísis*, Brasília (DF): v.7, n.2, abr/jun, 1998.

TENÓRIO, Danielle de Melo. Limites e possibilidades do Sistema Único de Saúde utilizando a imagem pendular da relação entre o Estado e o Mercado. *Journal of Management and Primary Health Care*, v. 1, n. 1, p. 27-31, 2010.

THORNICROFT, Graham; TANSELLA, Michele. *Better Mental Health Care*. Cambridge University Press. Reino Unido, 2009. 184 p.

VUORI, Hannu. A qualidade da saúde. *Divulgação em Saúde Para Debate*, n. 3, p. 17-25, 1991.

WETZEL, Christine; KANTORSKI, Luciane Prado. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Texto Contexto Enfermagem*. V.13, n.4, out. / dez. 2004, p.593-598.

YUNES, João. O SUS na lógica da descentralização. *Estudos Avançados*, v.13, n. 35, p. 65-70, 1999.

APÊNDICE – Autorização para coleta de dados



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO

AUTORIZAÇÃO

Autorizo FÁTIMA ABDALAH SAIEG, a aluna do Mestrado Profissional do Instituto de Medicina Social da UERJ, a consultar dados disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, para produção de sua dissertação de conclusão de curso:

"Avaliação da terceirização da gestão municipal de unidades ambulatoriais próprias através do programa de Saúde Mental em Duque de Caxias"

Duque de Caxias, 03 de maio de 2013.

ALAMEDA JAMES FRANCO, Nº 03 - D. CAXIAS
JARDIM PRIMAVERA- D.C. - CEP 25215-265 - RJ

ANEXO A – Lei municipal nº 2259 de 20 de maio de 2009



Estado do Rio de Janeiro
CÂMARA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS

L E I Nº 2259 , DE 20 DE MAIO DE 2009.

Regulamenta a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP no âmbito do Município de Duque de Caxias, e dá outras providências.

A CÂMARA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. O Poder Executivo poderá qualificar como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público no âmbito do Município de Duque de Caxias pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades e os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos instituídos pela Lei Federal 9.790, de 23 de março de 1999.

Art. 2º. É requisito, para habilitar-se à qualificação como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, no âmbito do Município de Duque de Caxias, que a entidade privada referida no artigo anterior tenha dentre os seus objetivos sociais pelo menos uma das seguintes finalidades:

- I. promoção da assistência social;
- II. promoção da cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico;
- III. promoção gratuita da educação;
- IV. promoção gratuita da saúde;
- V. promoção da segurança alimentar e nutricional;
- VI. defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável;
- VII. promoção do voluntariado;
- VIII. promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza;
- IX. experimentação, não lucrativa, de novos modelos sócio-productivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito;
- X. promoção de direitos estabelecidos, construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar;



Estado do Rio de Janeiro
CÂMARA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS

V. a que estabelece as obrigações da Sociedade Civil de Interesse Público, entre as quais a de apresentar ao Município, ao término de cada exercício, relatório sobre a execução do objeto do Termo de Parceria, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado de prestação de contas dos gastos e receitas efetivamente realizados, independente das previsões mencionadas no Inciso IV;

VI. a de publicação, no órgão oficial do Município, de extrato do Termo de Parceria e de demonstrativo da sua física execução e financeira.

Art. 10. A execução do objeto do Termo de Parceria será acompanhada e fiscalizada por órgão do Poder Público e respectivo Conselho da área de atuação correspondente à atividade fomentada.

§ 1º. Os resultados atingidos com a execução do Termo de Parceria devem ser analisados por comissão de avaliação, composta de comum acordo entre o órgão parceiro e a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

§ 2º. A comissão encaminhará à autoridade competente para fiscalizar o Termo de Parceria, relatório conclusivo sobre a avaliação procedida.

§ 3º. Os Termos de Parceria destinados ao fomento de atividades nas áreas de que trata esta Lei estarão sujeitos aos mecanismos de controle social previstos na legislação.

Art. 11. Os responsáveis pela fiscalização do Termo de Parceria, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública pela organização parceria, darão imediata ciência ao órgão de Controle Interno do Município, ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro e ao Ministério Público, sob pena de responsabilidade solidária, observados no que couber os procedimentos previstos na Lei Federal 9.790/99.

Art. 12. É facultada ao Poder Executivo a cessão especial de servidor para as OSCIPs municipais, com ônus para a origem.

§ 1º. Não será permitido, com recursos provenientes do contrato de parceria, o pagamento pela OSCIP de vantagem pecuniária a servidor cedido pelo Município, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção e assessoria.

§ 2º. Não será incorporada aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor cedido qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela OSCIP municipal.

§ 3º. O servidor cedido perceberá as vantagens do cargo a que fizer jus no órgão de origem, quando ocupante de cargo de primeiro ou de segundo escalão da OSCIP.



Estado do Rio de Janeiro
CÂMARA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS

Parágrafo Único – A apresentação dos documentos elencados no artigo anterior será exigida ainda quando a pessoa jurídica interessada já possua idêntica certificação expedida por outro Ente Público, de qualquer nível.

Art. 7º. O Poder Executivo poderá proceder à desqualificação da entidade como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público Municipal, quando constatado o descumprimento das disposições contidas no contrato de parceria firmado com o Município.

§ 1º. A desqualificação será precedida de processo administrativo, assegurado o direito de ampla defesa, respondendo os dirigentes da organização, individual e solidariamente, pelos danos ou prejuízos decorrentes de sua ação ou omissão.

§ 2º. A desqualificação importará na reversão dos bens permitidos e dos valores entregues à utilização da organização municipal, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

Art. 8º. O Município poderá firmar com as entidades qualificadas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, no âmbito municipal, o Termo de Parceria de que trata o Art. 9º. da Lei Federal 9.790/99, com vistas à formação de vínculo de cooperação entre as partes, para o fomento e a execução das atividades de interesse público previstas no Art. 2º. desta Lei.

Art. 9º. O Termo de Parceria firmado entre o Município e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Públicos discriminará direitos, responsabilidades e obrigações das partes signatárias.

Parágrafo Único – São cláusulas obrigatórias do Termo de Parcerias:

I. a do objeto, que conterà a especificação do programa de trabalho proposto pela Organização da Sociedade Civil de Interesse Público;

II. a de estipulação das metas e dos resultados a serem atingidos e os respectivos prazos de execução ou cronograma;

III. a de previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de resultado;

IV. a de previsão de receitas e despesa a serem realizadas em seu cumprimento, estipulando item por item as categorias contábeis usadas pela organização e o detalhamento das remunerações e benefícios de pessoal a serem pagos, com recursos oriundos ou vinculados ao Termo de Parceria, a seus diretores, empregados e consultores;



Estado do Rio de Janeiro
CÂMARA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS

VI. a possibilidade de se instituir remuneração para os dirigentes da entidade que atuem efetivamente na gestão executiva e para aqueles que a ela prestam serviços específicos, respeitados, em ambos os casos, os valores praticados pelo mercado, na região correspondente a sua área de atuação;

VII. as normas de prestação de contas a serem observadas pela entidade, que determinarão, no mínimo:

- a) a observância dos princípios fundamentais de contabilidade e das Normas Brasileira de Contabilidade;
- b) que se dê publicidade por qualquer meio eficaz, no encerramento do exercício fiscal, ao relatório de atividades e das demonstrações financeiras da entidade, incluindo-se as certidões negativas de débitos junto ao INSS e ao FGTS, colocando-os à disposição para exame de qualquer cidadão;
- c) a realização de auditoria, inclusive por auditores externos independentes se for o caso, da aplicação dos eventuais recursos objeto do termo de parceria conforme previsto em regulamento;
- d) que a prestação de contas de todos os recursos e bens de origem pública recebidos pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, será feita conforme determina o Parágrafo Único do Art. 70 da Constituição Federal.

Parágrafo Único – Poderá haver a participação de servidores públicos municipais na composição do Conselho de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, sendo proibida a percepção de remuneração ou subsídio, a qualquer título.

Art. 5º. A pessoa jurídica de direito privado interessada em obter a qualificação de que trata o Art. 1.º desta Lei, encaminhará requerimento ao Prefeito Municipal instruído com cópia dos seguintes documentos:

- I. estatuto registrados em cartório;
- II. ata de eleição de sua atual diretoria;
- III. balanço patrimonial e demonstração do resultado do exercício;
- IV. declaração de isenção do imposto de renda;
- V. inscrição no Cadastro Geral de Contribuintes.

Art. 6º. Ouvida a Procuradoria Geral do Município, o Prefeito Municipal decidirá o pedido no prazo de 15 (quinze) dias, caso não haja necessidade de complementação de documentos.



Estado do Rio de Janeiro
CÂMARA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS

XI. promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais;

XII. estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos que digam respeito às atividades mencionadas neste artigo.

Parágrafo Único – Para os fins deste artigo, a dedicação às atividades nele previstas configura-se, mediante a execução direta de projetos, programas, planos de ações correlatas, por meio da doação de recursos físicos, humanos e financeiros, ou ainda pela prestação de serviços intermediários de apoio a outras organizações sem fins lucrativos e a órgãos do setor público que atuem em áreas afins.

Art. 3º. Não podem ser qualificadas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público as instituições de que trata o Art. 2º. da Lei 9.790, de 23 de março de 1999.

Art. 4º. Para qualificar-se como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, no âmbito do Município de Duque de Caxias, a pessoa jurídica interessada deverá possuir em seus estatutos disciplina normativa que disponha sobre os seguintes aspectos:

I. a observância dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência;

II. a adoção de práticas de gestão administrativa, necessárias e suficientes a coibir a obtenção, de forma individual ou coletiva, de benefícios ou vantagens pessoais, em decorrência da participação no respectivo processo decisório;

III. a constituição de Conselho Fiscal ou órgão equivalente, dotado de competência para opinar sobre os relatórios de desempenho financeiro e contábil, e sobre as operações patrimoniais realizadas, emitindo pareceres para os organismos superiores da entidade;

IV. a previsão de que, em caso de dissolução da entidade, o respectivo patrimônio líquido será transferido a outra pessoa jurídica qualificada nos termos desta Lei, preferencialmente que tenha o mesmo objeto social da extinta;

V. a previsão de que, na hipótese de a pessoa jurídica perder a qualificação instituída por esta Lei, o respectivo acervo patrimonial disponível, adquirido com recursos públicos durante o período em que perdurou aquela qualificação, será transferido a outra pessoa jurídica qualificada nos termos desta Lei, preferencialmente que tenha o mesmo objeto social;



Estado do Rio de Janeiro
CÂMARA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS

Art. 13. A OSCIP municipal fará publicar, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contado da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços e compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público.

Parágrafos Único – Até que seja cumprido o disposto no caput deste artigo, deverá a OSCIP municipal adotar os procedimentos previstos na Lei 8.666/93.

Art. 14. Aplicar-se-ão subsidiariamente, no que couber, as disposições contidas na Lei Federal 9.790, de 23 de março de 1999.

Art. 15. O Poder Executivo, mediante Decreto, regulamentará o disposto nesta Lei, especialmente quanto aos procedimentos administrativos necessários à qualificação de entidades como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.

Art. 16. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

maio **PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS**, em 20 de
de 2009 .


JOSÉ CAMILO ZITO DOS SANTOS FILHO
Prefeito Municipal

ANEXO B – Termo de Parceria nº 001/2009



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

Livro: 028/2009
Termo: 001/2009
Folhas: 01/13

*concluido
001/2009.*

TERMO DE PARCERIA, QUE ENTRE SI
CELEBRAM O MUNICÍPIO DE DUQUE DE
CAXIAS, ATRAVÉS DA SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSOCIAÇÃO
MARCA PARA PROMOÇÃO DE SERVIÇOS, NA
FORMA ABAIXO:

Aos 15 dias do mês de junho do ano de 2009, o **MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS**, doravante designado simplesmente **MUNICÍPIO**, localizado na Alameda Dona Esmeralda, nº 206, Jardim Primavera, Duque de Caxias, RJ, inscrito no CNPJ nº. 29.138.328/0001-50, neste ato representado por seu Prefeito, José "Camilo" Zito dos Santos Filho, brasileiro, casado, portador da carteira de identidade nº 03657828-4, expedida pelo Instituto Félix Pacheco e CPF/MF nº 441.548.287-20, residente nesta cidade, que delega competência através do Decreto nº 5.553 de 02/03/09 ao Dr. Danilo Gomes, Secretário Municipal de Saúde, e de outro lado a **ASSOCIAÇÃO MARCA PARA PROMOÇÃO DE SERVIÇOS**, doravante denominada **OSCIP**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CGC/CNPJ nº 05.791.879/0001-50, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, conforme consta do processo MJ nº 08071.001058/2007-23 e do Despacho da Secretaria Nacional de Justiça, de 13/02/2007, publicado no Diário Oficial da União de 05/02/2007, neste ato representada na forma de seu estatuto por **MÔNICA SIMÕES DE ARAÚJO**, brasileira, solteira, Administradora de Empresas, CPF nº 094.431.757-03, residente e domiciliada à Rua Alfredo Maurício da Silva, nº. 42 – Centro, São José do Vale do Rio Preto, Rio de Janeiro, CEP 25780-000, com fundamento no que dispõem a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, e o Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999, resolvem firmar o presente **TERMO DE PARCERIA**, o qual se regerá mediante as cláusulas e condições a seguir, tendo em vista o constante e decidido no

vlb

[Handwritten signature]



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

processo administrativo nº 8.506/2009, doravante designado simplesmente
PROCESSO:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente TERMO DE PARCERIA tem por objeto garantir à população de Duque de Caxias o acesso aos serviços de saúde, garantindo assistência de qualidade, humanizada e resolutiva em 06 (seis) unidades de atendimento pré-hospitalar e ambulatorial: PMS de Campos Eliseos, PMS de Imbarãe, PMS do Hilar, PMS Parque Equitativa, PMS de Xerém e PMS Saracuruna, bem como desenvolver Sistemas de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e de informatização da Rede Assistencial e da Gestão, implantando dinâmicas de assessoramento, supervisionamento técnico, gestão, consultoria e desenvolvimento de ações e serviços de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, bem como elevar a qualidade dos serviços desenvolvidos na área técnica de saúde, através da valorização profissional, valorização do trabalho em equipe, humanização no atendimento, avaliação das atividades, que se realizará por meio do estabelecimento do vínculo de parceria entre as partes.

Parágrafo Primeiro - As atividades e serviços desenvolver-se-ão de acordo com o Projeto apresentado pela OSCIP no Concurso de Projetos n.º 001/2009, para este fim realizado pelo Parceiro Público, obedecidas as disposições e demais especificações contidas no Edital do Concurso e seu Anexo II.

Parágrafo Segundo - O Projeto poderá ser ajustado de comum acordo entre as partes, por meio de:

- a) registro por simples apostila, dispensando-se a celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que não acarretem alteração dos valores definidos na Cláusula Quarta;
- b) celebração de Termo Aditivo, quando se tratar de ajustes que impliquem alteração dos valores definidos na Cláusula Quarta.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
 PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

**CLÁUSULA SEGUNDA - DO PLANO DE TRABALHO, DESEMPENHO E
 PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS**

O detalhamento dos objetivos, das metas, dos resultados a serem atingidos, do cronograma de execução, dos critérios de avaliação de desempenho, com os indicadores de resultados, e a previsão de receitas e despesas, na forma do inciso IV do § 2º do art. 10 da Lei nº 9.790/99, constam do Plano de Trabalho 14.91.10.302.2.0044, proposto pela OSCIP e aprovado pelo PARCEIRO PÚBLICO, sendo parte integrante deste TERMO DE PARCERIA, independentemente de sua transcrição, ficando o prazo para cumprimento deste Projeto estabelecido até junho de 2010.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES

São responsabilidades e obrigações, além dos outros compromissos assumidos neste TERMO DE PARCERIA:

Parágrafo Primeiro - Da OSCIP:

- a) executar, conforme aprovado pelo PARCEIRO PÚBLICO, o Plano de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços prestados e buscando alcançar eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades;
- b) observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações emanadas do PARCEIRO PÚBLICO, elaboradas com base no acompanhamento e supervisão;
- c) responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal que vier a ser necessário e se encontrar em efetivo exercício nas atividades inerentes à execução deste TERMO DE PARCERIA, inclusive pelos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, observando-se o disposto no art. 4º, inciso VI, da Lei 9.790, de 23 de março de 1999;
- d) não utilizar os recursos recebidos do PARCEIRO PÚBLICO em finalidade diversa da estabelecida neste Termo de Parceria, ainda que em caráter de emergência;

elh

JFA



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

- e) apresentar Prestações de Contas, na forma prevista no presente Termo de Parceria;
- f) movimentar os recursos financeiros, objeto deste Termo de Parceria, em conta bancária específica indicada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.
- g) restituir, à conta do **PARCEIRO PÚBLICO**, o valor transferido, atualizado monetariamente, acrescido de juros legais na forma da legislação aplicável aos débitos para com a Fazenda Municipal a partir da data do seu recebimento, nos seguintes casos:
1. quando não for executado o objeto da avença;
 2. quando não forem apresentadas, nos prazos exigidos, as prestações de contas parcial e final;
 3. quando os recursos forem utilizados para finalidade diversa da estabelecida no presente Termo de Parceria.
- h) manter registro, arquivos e controles contábeis específicos para os dispêndios relativos ao presente instrumento;
- i) promover a divulgação das ações objeto deste Termo de Parceria, citando a participação do **PARCEIRO PÚBLICO** nos trabalhos realizados, na forma por este estabelecida;
- j) permitir e facilitar o acesso de técnicos do **PARCEIRO PÚBLICO**, a todos os documentos relativos à execução do objeto deste Termo de Parceria, prestando-lhes todas e quaisquer informações solicitadas.
- k) apresentar Relatório Técnico Final, explicitando as repercussões do projeto objeto deste Termo de Parceria, especialmente quanto ao aproveitamento das ações;
- l) utilizar os materiais e serviços custeados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO** exclusivamente na execução do objeto deste Termo de Parceria, gravando com cláusula de inalienabilidade os bens imóveis adquiridos com os recursos públicos, nos termos do artigo 15 da Lei federal nº 9.790/90;
- m) fazer publicar, no prazo máximo de trinta dias, contados da assinatura do presente Termo de Parceria, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do **PARCEIRO PÚBLICO**, na forma estabelecida no artigo 14 da Lei Federal nº 9.790/99 e no artigo 21 do Decreto

llh

JPA



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
 PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

federal nº 3.100/99, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência;

n) fazer publicar, no prazo máximo de sessenta dias, após o término de cada exercício, demonstrativo da execução física e financeira do presente Termo de Parceria, de acordo com o modelo constante do Anexo II do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;

o) observar as orientações do PARCEIRO PÚBLICO, decorrentes do acompanhamento e supervisão da execução de suas atividades;

p) indicar pelo menos um responsável pela boa administração e aplicação dos recursos recebidos, cujo nome constará do extrato deste TERMO DE PARCERIA a ser publicado pelo PARCEIRO PÚBLICO, conforme modelo apresentado no Anexo I do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999;

q) cumprir as demais obrigações que lhe são prevista na legislação pertinente, no Edital do Concurso e seus anexos, e no Projeto apresentado.

r) cumprir integralmente o Plano de Metas constante no Anexo II.

Parágrafo Segundo - Do PARCEIRO PÚBLICO:

a) acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução deste TERMO DE PARCERIA, de acordo com o Plano de Trabalho aprovado;

b) analisar as prestações de contas parciais e finais;

c) acompanhar as atividades de execução e examinar os locais, trabalhos e atos desenvolvidas;

d) indicar à OSCIP o banco para que seja aberta conta bancária específica para movimentação dos recursos financeiros necessários à execução deste TERMO DE PARCERIA;

e) repassar, integralmente, os recursos financeiros à OSCIP, nos termos estabelecidos na Cláusula Quarta;

f) publicar no Diário Oficial do Município extrato deste TERMO DE PARCERIA e de seus aditivos e apostilamentos, no prazo máximo de quinze dias após sua assinatura, conforme modelo do Anexo I do Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999;

g) criar Comissão de Avaliação para este TERMO DE PARCERIA, composta por dois Representantes do PARCEIRO PÚBLICO e um da OSCIP;



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
 PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

- h) prestar o apoio necessário à OSCIP para que seja alcançado o objeto deste TERMO DE PARCERIA em toda sua extensão.
- i) fornecer espaço físico para a realização de todas as ações que assim necessitem;
- j) informar a OSCIP sobre todas as capacitações oriundas do Município, Estado e Governo Federal, arcando com os custos oriundos dos mesmos.

CLÁUSULA QUARTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para o cumprimento das metas estabelecidas neste TERMO DE PARCERIA, o PARCEIRO PÚBLICO repassará a OSCIP o valor mensal de R\$ 8.723.423,13 (oito milhões, setecentos e oitenta e três mil, quatrocentos e vinte e três reais e treze centavos), pelo período de 12 (doze) meses, de acordo com o cronograma de desembolso constante do Plano de Trabalho aprovado, importando no valor global de R\$ 105.401.077,56 (cento e cinco milhões, quatrocentos e um mil, setenta e sete reais e cinquenta e seis centavos).

Parágrafo Primeiro – O PARCEIRO PÚBLICO, no processo de acompanhamento e supervisão deste TERMO DE PARCERIA, poderá recomendar a alteração de valores, que implicará na revisão das metas pactuadas, ou recomendar revisão das metas, o que implicará a alteração do valor global pactuado, tendo como base o custo relativo, desde que devidamente justificada e aceita pelos PARCEIROS, de comum acordo, devendo, nestes casos, serem celebrados Termos Aditivos.

Parágrafo Segundo – Os recursos repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO a OSCIP, enquanto não utilizados, deverão, sempre que possível, ser aplicados no mercado financeiro, devendo os resultados dessa aplicação serem revertidos exclusivamente à execução do objeto deste TERMO DE PARCERIA.

Parágrafo Terceiro – Os recursos serão mantidos em conta bancária específica, somente sendo permitidos saques para o pagamento de despesas



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
 PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

previstas no Plano de Trabalho, mediante cheque nominativo ao credor ou Ordem Bancária, ou para aplicação no mercado financeiro.

Parágrafo Quarto – As despesas correrão à conta do orçamento vigente, pelo Programa de Trabalho nº 14.91.10.302.2.0044, Código de Despesa nº 3390.3900, Fonte 03, tendo sido emitida a Nota de Empenho parcial nº 1404 de 10/06/2009, no valor de R\$ 13.000.000,00 (treze milhões de reais). As demais despesas relativas a este exercício e exercícios futuros correrão à conta dos respectivos orçamentos, devendo os créditos e empenhos serem indicados por meio de:

- a) registro por simples apostila, dispensando-se a celebração de Termo Aditivo, quando se tratar apenas da indicação da dotação orçamentária para o novo exercício, mantida a programação anteriormente aprovada;
- b) celebração de Termo Aditivo, quando houver alteração dos valores globais definidos no caput desta Cláusula.

Parágrafo Quinto - As medições serão realizadas sempre no último dia do mês em curso.

Parágrafo Sexto - Havendo atraso nos desembolsos previstos, no cronograma estabelecido no caput, desta cláusula, a OSCIP poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados e estejam previstas no Programa de Trabalho.

Parágrafo Sétimo – Na hipótese de formalização de Termo Aditivo, as despesas previstas e realizadas no período compreendido entre a data original de encerramento deste Termo de Parceria e a formalização da nova data de início serão consideradas legítimas, desde que cobertas pelo respectivo empenho.

ell

JSA



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
 PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

CLÁUSULA QUINTA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A OSCIP elaborará e apresentará ao PARCEIRO PÚBLICO prestação de contas do adimplemento do seu objeto e de todos os recursos recebidos mediante este TERMO DE PARCERIA, até 60 (sessenta) dias após o término deste e a qualquer tempo por solicitação do PARCEIRO PÚBLICO:

- a) até o dia 28 de fevereiro do ano fiscal subsequente, e até sessenta dias após o término de vigência do presente Termo de Parceria, relativamente ao período correspondente ao exercício fiscal;
- b) a qualquer tempo, por solicitação do PARCEIRO PÚBLICO.

Parágrafo Primeiro – A OSCIP deverá entregar ao PARCEIRO PÚBLICO a Prestação de Contas instruída com os seguintes documentos:

- I – relatório sobre a execução do objeto do TERMO DE PARCERIA, contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;
- II – demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução do objeto, oriundos dos recursos recebidos do PARCEIRO PÚBLICO, bem como, se for o caso, demonstrativo de igual teor dos recursos originados da própria OSCIP e referentes ao objeto deste TERMO DE PARCERIA, assinados pelo contabilista e pelo responsável da OSCIP indicado na Cláusula Terceira;
- III – extrato da execução física e financeira publicado na imprensa oficial do Estado, de acordo com modelo constante do Anexo II do Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999.
- IV – extrato bancário de conta específica mantida pela OSCIP, no qual esteja evidenciada a movimentação dos recursos repassados;
- V – original do comprovante da despesa (nota fiscal ou recibo), acompanhado de declaração do dirigente da OSCIP certificando que o serviço foi realizado ou o material foi recebido;
- VI – relatório analítico, cotejando as metas previstas com os resultados alcançados;
- VII – detalhamento das remunerações pagas a diretores, empregados e consultores com recursos vinculados ao Termo de Parceria;

Handwritten signature

Handwritten signature



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
 PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

VIII - comprovante da publicação, na imprensa oficial, do extrato do Termo de Parceria e da execução física e financeira.

Parágrafo Segundo - Os originais dos documentos comprobatórios das receitas e despesas constantes dos demonstrativos de que trata o inciso II do Parágrafo anterior deverão ser arquivados na sede da OSCIP por, no mínimo, cinco anos, separando-se os de origem pública daqueles da própria OSCIP.

Parágrafo Terceiro - Os responsáveis pela fiscalização deste TERMO DE PARCERIA, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização dos recursos ou bens de origem pública pela OSCIP, darão imediata ciência ao Tribunal de Contas respectivo e ao Ministério Público, sob pena de responsabilidade solidária, consoante o art. 12 da Lei 8.796, de 23 de março de 1999.

Parágrafo Quarto - Ao final da vigência deste Termo de Parceria, a OSCIP prestará contas da execução do objeto acordado, comprovando, perante a SMS, a correta aplicação dos recursos materiais, humanos e bens públicos recebidos e o adimplemento das obrigações e responsabilidades assumidas, mediante a apresentação dos documentos previstos nesta Cláusula.

Parágrafo Quinto - A OSCIP elaborará e apresentará a SMS, trimestralmente prestação de contas parcial dos recursos e bens públicos recebidos, contendo o extrato de movimentação bancária da conta, e comprovantes de regularidade imobiliária e previdenciária.

Parágrafo Sexto - A não prestação de contas, na forma prevista neste artigo, implicará a imediata rescisão do Termo de Parceria e a desqualificação da entidade, mediante ato do Executivo Municipal, para celebração de novos Termos, sem prejuízo de outras medidas legais cabíveis.

elb

SUSA



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

**CLÁUSULA SEXTA - DA CESSÃO E DA ADMINISTRAÇÃO DOS BENS
PÚBLICOS**

À OSCIP poderão ser destinados os bens públicos necessários ao cumprimento deste **TERMO DE PARCERIA**.

Parágrafo Primeiro – Os bens de que trata esta cláusula serão destinados à OSCIP mediante permissão de uso, dispensada a licitação.

Parágrafo Segundo - Os bens móveis públicos destinados à OSCIP poderão ser permutados, após prévia avaliação do bem e expressa autorização da SMS, por outros de igual ou maior valor, os quais integrarão o patrimônio do Município.

Parágrafo Terceiro - Caso a OSCIP adquira bem imóvel com recursos provenientes da celebração deste Termo de Parceria, este bem será gravado com cláusula de inalienabilidade.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Os resultados atingidos com a execução do **TERMO DE PARCERIA** devem ser analisados pela Comissão de Avaliação citada na cláusula Terceira.

Parágrafo Único – A Comissão de Avaliação emitirá relatórios periódicos e relatório conclusivo sobre os resultados atingidos, de acordo com o Plano de Trabalho, com base nos indicadores de desempenho citados na Cláusula Segunda, e o encaminhará ao **PARCEIRO PÚBLICO**, até 60 (sessenta) dias após o término deste **TERMO DE PARCERIA**.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

CLÁUSULA OITAVA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O presente TERMO DE PARCERIA vigorará por 12 (doze) meses tendo início em 17/06/2009 às 14 horas.

Parágrafo Primeiro - Findo o TERMO DE PARCERIA e havendo adimplimento do objeto, o PARCEIRO PÚBLICO poderá, com base na indicação da Comissão de Avaliação, citada na Cláusula Sexta, e na apresentação de Plano de Trabalho suplementar, prorrogar este TERMO DE PARCERIA, mediante registro por simples apostila ou requerer a devolução do saldo financeiro disponível.

Parágrafo Segundo - Findo o TERMO DE PARCERIA e havendo inadimplimento do objeto e restando desembolsos financeiros a serem ressarcidos pelo PARCEIRO PÚBLICO à OSCIP, este TERMO DE PARCERIA poderá ser prorrogado, mediante Termo Aditivo, por indicação da Comissão de Avaliação citada na cláusula Sexta, para cumprimento das metas estabelecidas.

Parágrafo Terceiro - Havendo inadimplimento do objeto com ou sem desembolsos financeiros junto à OSCIP, o PARCEIRO PÚBLICO poderá, desde que não haja alocação de recursos públicos adicionais, prorrogar este TERMO DE PARCERIA, mediante Termo Aditivo, por indicação da Comissão de Avaliação citada na cláusula Sexta, ou requerer a devolução dos recursos transferidos e/ou outra medida que julgar cabível.

Parágrafo Quarto - Nas situações previstas nos Parágrafos anteriores, a Comissão de Avaliação deverá se pronunciar até trinta dias após o término deste TERMO DE PARCERIA, caso contrário, o PARCEIRO PÚBLICO deverá decidir sobre a sua prorrogação ou não.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
 PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

CLÁUSULA NONA - DA RESCISÃO

O presente TERMO DE PARCERIA poderá ser rescindido por acordo entre as partes ou administrativamente, independente das demais medidas cabíveis, nas seguintes situações:

- I – se houver descumprimento, ainda que parcial, das Cláusulas deste TERMO DE PARCERIA;
- II – unilateralmente pelo PARCEIRO PÚBLICO se, durante a vigência deste TERMO DE PARCERIA, a OSCIP perder, por qualquer razão, a qualificação como "Organização da Sociedade Civil de Interesse Público".
- III – por motivo de interesse público, devidamente justificado

CLÁUSULA DÉCIMA - DA MODIFICAÇÃO

Este TERMO DE PARCERIA poderá ser modificado em qualquer de suas Cláusulas e condições, exceto quanto ao seu objeto, mediante registro por simples apostila ou Termo Aditivo, de comum acordo entre os PARCEIROS, desde que tal interesse seja manifestado, previamente, por uma das partes, por escrito.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA PUBLICAÇÃO

Incumbirá ao PARCEIRO PÚBLICO providenciar, à sua conta, a publicação do extrato deste Termo de Parceria, no Diário Oficial do Município, no prazo de quinze dias após a sua assinatura, nos termos do artigo 10, § 4º, do Decreto federal nº 3.100/99.

Parágrafo Único - Do extrato do Termo de Parceria a que se refere o "caput" desta cláusula deverá constar também o(s) nome(s) do(s) responsável (eis) pela boa administração dos recursos públicos recebidos pela OSCIP, bem como os nomes dos integrantes da Comissão de Avaliação.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
 PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Duque de Caxias para dirimir qualquer dúvida ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente **TERMO DE PARCERIA** em 5 (cinco) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

Duque de Caxias, 15 de junho de 2009.

Daniilo

DANILO GOMES
 Secretário Municipal de Saúde

Marcia

ASSOCIAÇÃO MARCA PARA PROMOÇÃO DE SERVIÇOS
 OSCIP

TESTEMUNHAS:

- 1- *Carla de Caxias Freitas 62998119-6 CPF*
- 2- *Carla de Caxias Freitas 62998119-6 CPF*

ANEXO C – Processo Administrativo 0269337/2012



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS – PMDC
PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO – PGM

Duque de Caxias, 09 de janeiro de 2012.

P.A. 069337/2012

Ilustríssimo Senhor Secretário Municipal de Governo,

O Município de Duque de Caxias, em 30 de setembro de 2011, firmou com IGEPP o Termo de Parceria em referência, tendo por objeto a execução do Projeto de Apoio Gestão do Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo no Município de Duque de Caxias, nos termos das cláusulas acordadas, pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, a contar “*data de início das atividades*”.

Antes disso, em 15/06/2009, o Município havia firmado com a Associação Marca para Promoção de Serviços – A MARCA, o Termo de Parceria 001/2009 tendo como objeto gestão das 6 (seis) Unidades Pré-Hospitalares (UPHs) de Campos Elíseos, Imbariê, Pilar, Parque Equitativa, Xerém e Saracuruna, pelo prazo de 12 (doze) meses, o qual vinha sendo aditivado para prorrogar sua vigência, tendo o último aditivo expirado em 31/12/2012.

Em outros termos, toda a gestão das principais unidades de saúde do Município excetuados o Hospital Infantil Ismélia da Silveira, a Maternidade de Xerém, os postos de saúde de menor complexidade – foram entregues às referidas OSCIPs, que vinham executando suas obrigações contratuais mediante as contrapartidas financeiras da Prefeitura Municipal de Duque de Caxias – PMDC.

Todavia, assim como se deu em vários setores da gestão municipal, a PMDC começou a atrasar os pagamentos às OSCIPs e estas passaram a alegar dificuldades no cumprimento de suas obrigações estabelecidas nos respectivos Termos de Parceria, que culminaram com uma situação de precário atendimento e quase que paralisação total dos serviços de saúde nas referidas unidades cuja gestão foi cedida.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS – PMDC
 PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO – PGM

FLS. 07

Não bastasse tudo isso, em 20/12/2012, foi amplamente divulgado em todos os meios de comunicação e tornou-se fato público e notório o processo nº 0002798-88.2012.4.02.5118 (2012.51.18.002798-0), em trâmite perante a 1ª. Vara Federal de Duque de Caxias, de onde saíram decisões liminares de busca, apreensão e bloqueio de bens de gestores públicos e das OSCIPs, em razão de Ação Civil Pública (ACP) proposta pelos Ministérios Públicos Federal e Estadual (MPF e MPERJ) sob a fundamentação de graves irregularidades no processo de contratação das instituições.

Na sequência, em 26/12/2012, foi enviado pelo IGEPP o Ofício nº. 61/2012 ao “Governo de Transição” do então Prefeito Eleito Alexandre Cardoso, reportando-se ao Ofício nº. 60/2012, dirigido à Secretaria Municipal de Saúde na mesma data, no qual foi indicado o atraso dos repasses oriundos da parceria em tela e o teor das decisões judiciais proferidas nos autos do referido processo judicial.

Naquele ofício de nº 60/2012, esse Instituto alegou que houve a impossibilidade de *“pagamentos de compromissos já assumidos e aquisição de insumos, medicamentos, alimentos e material de limpeza para regular funcionamento daquela unidade hospitalar”*, bem como que houve sensível evasão dos prestadores de serviço e negativa dos fornecedores de medicamentos e insumos.

Ao final, e por isso, já no ofício de nº 61/2012, solicitou ao “Governo de Transição” providências cabíveis para que se evitasse a paralisação total dos serviços prestados junto ao Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo.

A OSCIP denominada A MARCA valeu-se do mesmo procedimento, através do Ofício nº 341/2012, cujo teor e a finalidade são idênticos.

Como o Governo passado, já em final de mandato, nada fez para que fosse retomada a gestão direta da saúde pelo Município, permanecendo os serviços na iminência de paralisação, e a nova gestão ainda tinha sido empossada, falecendo-lhe legitimidade para atuar, considerando também a decisão do Vice-Presidente do Tribunal Regional Federal da 2ª. Região (TRF2) que retirou do Estado do Rio de Janeiro a obrigação de fazer a intervenção, a Câmara Municipal (CMDC) pleiteou o seu ingresso na aludida Ação, na condição de *amicus curiae* do MPF e do MPERJ, bem como autorização para que indicasse a Comissão Interventora na gestão da saúde do Município durante o período de recesso, tendo assim procedido pela sua missão constitucional de fiscalizar os atos do Poder Executivo local.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS – PMDC
PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO – PGM

FLS. 08

Foi então que, em 27/12/2012, igualmente em regime de plantão, a Presidente do Tribunal Regional Federal da 2ª Região (TRF2), Desembargadora Federal Maria Helena Cisne, entendeu pela necessidade de formação de uma Comissão temporária para gerir as sete unidades de saúde terceirizadas no Município até a posse da nova Administração, considerando os argumentos trazidos pela CMDC, a aparente crise institucional que assola este Município, agravada pela atual e notória crise no recolhimento do lixo urbano em meio ao fortíssimo calor que atinge a nossa cidade, bem como a inércia da Administração passada frente à gestão da saúde, o que contribuía para a produção de risco concreto de paralisação das atividades municipais de atendimento médico e hospitalar à população.

Dessa forma, prestigiando as decisões anteriores e os princípios da não-intervenção do Estado no Município e da continuidade do serviço público, vislumbrando a urgência da assistência médica e hospitalar, a E. Desembargadora Federal conheceu do pedido da CMDC e o deferiu para permitir o seu ingresso nos autos da Ação e para autorizar que os médicos indicados por aquele órgão integrassem uma Comissão temporária, a título excepcional, para tão somente desempenhar tarefas imprescindíveis à garantia da continuidade dos serviços nas sete unidades de saúde terceirizadas no Município.

Porém, ressaltou a Desembargadora Presidente que a referida Comissão só funcionaria "até a data da posse da nova Administração", quando esta assumiria a gestão da saúde pública local, obrigando esta Comissão a apresentar ao juízo da 1ª Vara Federal de Duque de Caxias/RJ, em até 10 (dez) dias após o término do recesso judiciário, relatório pormenorizado de todas as suas atividades no período mencionado, não estando, também, autorizada a descumprir as demais determinações contidas na decisão judicial de 1ª Instância.

A bem da verdade, a intervenção pela comissão formada pelos membros indicados pela CMDC não pôde ser efetivada porque ausentes os representantes do Ministério da Saúde para acompanhar sua atuação, conforme exigido na decisão proferida pelo Juízo da 1ª. Vara Federal e mantido pela Presidência do TRF2, o que só se deu em 08/01/2013, após atendimento de ofício encaminhado já pela nova gestão, em 02/01/2013.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS – PMDC
 PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO – PGM

F.L.S. 69

Ocorre que nesta mesma data de 08/01/2013, foi realizada **Audiência Especial** no juízo da 1ª Vara Federal de Duque de Caxias, tendo sido determinada pelo Exmo. Sr. Magistrado Dr. Osair Victor Oliveira Junior, dentre outros aspectos, a extinção da aludida intervenção, conforme já havia decidido a Exmª. Srª. Desembargadora Presidente e eis que prejudicada ante a posse do novo Governo Municipal, tendo sido formalizado um acordo provisório de modo a possibilitar a retomada do controle da gestão da saúde municipal e se dissipar o colapso em que se encontra.

Para tanto, foram flexibilizados vários itens da decisão liminar de tutela antecipada, tais como a **RESSALVA EXPRESSA** da Ilustre Representante do Ministério Público Federal de e só assim o estava fazendo ante:

"1) a impossibilidade de intervenção parcial nas entidades para gerir os termos de parceira vez que o de número 1 de 2009 findou em 31/12/2012, assim como haveria dificuldades na manutenção do outro, mesmo com os interventores do município, porque junto firmado com entidades inidôneas com já exposto nas iniciais; 2) bem como da impossibilidade de contratação direta já que a mesma teria que ser feita tendo como teto salarial o percebido pelos servidores estatutários, o que a inviabilizaria por falta de interessados posto que o salário encontra-se abaixo do mercado, além do que extrapolaria o limite da Lei de Responsabilidade Fiscal..."

Dessa forma, tornou-se insustentável a continuação de qualquer vínculo entre esta PMDC e as OSCIPs IGEPP e A MARCA, não restando alternativa à municipalidade senão a de **DECLINAR, por completa e plena justa causa**, o Termo de Parceria vigente, como faz no presente momento.

E, considerando o evidente interesse público no restabelecimento dos serviços de saúde do Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo e nas demais UPHs e unidades de saúde municipais, declarada a impossibilidade de se continuar com essas instituições, é com fundamento na Cláusula Oitava, inciso III, do Termo de Parceria firmado entre este Município e o PGM/DC, entende esta PGM/DC estarem presentes todos os motivos para que seja formalizada a **declaração unilateral do Termo de Parceria nº. 001/2011.**



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS - PMDC
 PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO - PGM

Vale lembrar que a gestão dos serviços de saúde no município já vinha apresentando sinais de má condução pelo governo anterior e pelas OSCIPs parceiras. Tanto é que o MPERJ ajuizou a Ação Civil Pública nº 0039724-26.2012.8.19.0021, perante a 6ª. Vara Cível desta Comarca, objetivando réstabelecer o adequamento do atendimento médico junto ao Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo - HMMRC, na qual foi concedida liminar para este fim e que foi mantida pela Colenda 9ª. Câmara Cível do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJERJ).

Mas não é só. A título de reforço a estas argumentações, merece registro que a doutrina administrativista já consagrou o entendimento de que o "Termos de Parceria" firmado com OSCIPs equivalem a verdadeiros "Convênios Administrativos", com todas as mesmas características e repercussões. Sobre o tema, as lições de JOSÉ DOS SANTOS CARVALHO FILHO:

"As organizações da sociedade civil de interesse público, na busca de seus objetivos, podem cooperar com o Poder Público de três maneiras:

(...)

Havendo condições de cooperação com a Administração, a lei prevê a celebração de termo de parceria, no qual deverão estar formalizados, de modo detalhado, os direitos e as obrigações, dos pactuantes. POR SUA NATUREZA, ESSE NEGÓCIO JURÍDICO QUALIFICA-SE COMO VERDADEIRO CONVÊNIO ADMINISTRATIVO, JÁ QUE AS PARTES TÊM INTERESSES COMUNS E VISAM À MÚTUA COOPERAÇÃO, ALÉM DO FATO DE QUE UMA DELAS SERÁ O PODER PÚBLICO REPRESENTADO POR ALGUNS DE SEUS ÓRGÃOS OU PESSOAS."

Nessa linha, DIOGO DE FIGUEIREDO MOREIRA NETO, em suas clássicas

es:

VALHO FILHO, José dos S. *Manual de Direito Administrativo*. Editora Lumen Juris, 12ª. Edição, 2005, p. 332, grifamos.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS – PMDC
 PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO – PGM

O Insigne MARÇAL JUSTEN FILHO detalha e orienta a melhor interpretação dos artigos retro transcritos da seguinte maneira:

"15.3) Razões de alta relevância e amplo conhecimento.

"A Lei expressamente reconheceu a insuficiência da simples alegação de 'interesse público' na rescisão.

Primeiramente, condicionou a rescisão à existência de razões de 'interesse público' de alta relevância e amplo conhecimento. A adjetivação não pode ser ignorada. A eventual dificuldade em definir, de antemão, o sentido de 'alta relevância' não autoriza ignorar a exigência legal. A Administração está obrigada a demonstrar que a manutenção do contrato acarretará lesões sérias a interesses cuja relevância não é usual. A 'alta' relevância indica uma importância superior aos casos ordinários. Isso envolve danos irreparáveis, tendo em vista a natureza da prestação ou do objeto executado. Ou seja, não se admite a invocação a razões imprecisas e indeterminadas, de cunho duvidoso ou meramente opinativa. A necessidade de extinguir-se o contrato porque sua manutenção será causa de consequências lesivas.

Ademais, essa situação deverá ser de amplo conhecimento, o que indica a ausência de dúvida acerca do risco existente. O contratado tem direito de ser ouvido e manifestar-se acerca da questão. Não estará presente o requisito legal se nem o contratado tiver o conhecimento da situação e do risco invocado pela Administração."³

Os requisitos explicados na lição doutrinária acima transcrita transformam a hipótese ora retratada num caso clássico de "Alta Relevância" e "Amplo Conhecimento" autorizadores da rescisão unilateral por interesse público, manifestamente dispensada a oitiva da contratada, *in casu*, a OSCIP parceira.

³ JUSTEN FILHO, Marçal. *Comentários à Lei de Licitações e Contratos Administrativos*. Editora Dialética, 14ª Edição, 2010, p. 853, grifamos.



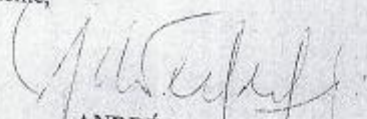
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS - PMDC
PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO - PGM

Isto porque o IGEPP tem pleno conhecimento das razões que motivam o desfazimento do vínculo, já que é ré na ACP, foi quem iniciou o P.A. em que se profere o presente parecer e, indene de dúvidas, a manutenção desta relação de parceria poderá trazer consequências lesivas ao erário municipal bem maiores do que as já causadas e que são objeto de ação judicial em trâmite perante a Justiça Federal.

Por todo o exposto, esta PGM/DC opina pela rescisão unilateral imediata do Termo Parceria em referência, com a expedição de ofício à OSCIP parceira comunicando da decisão Administração Pública Municipal, ao MPF, ao MPERJ ao Ministério da Saúde e ao Juízo da Vara Federal de Duque de Caxias.

Este é o parecer que, s.m.j, submeto à apreciação de Vossa Senhoria.

Atenciosamente,


ANDRÉ L. M. MARQUES
Procurador Geral do Município



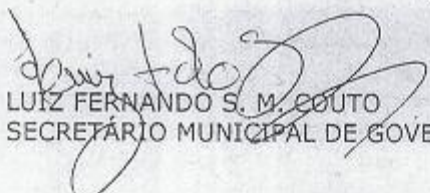
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO

Recebi hoje, às 12horas.

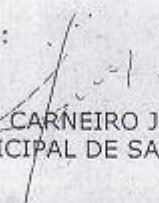
Acolho integralmente o parecer de fls. 06/13, exarado pela Douta PGM/DC, como minhas razões de decidir para determinar que se proceda à RESCISÃO UNILATERAL do Termo de Parceria 001/2011 firmado entre a Prefeitura Municipal de Duque de Caxias e o IGEPP, valendo-me da competência delegada pelo Decreto Municipal nº 3013 de 14/11/1997.

Dê-se ciência ao Ilmo Secretário Municipal de Saúde e, após, remetam-se os presentes autos à Controladoria deste Município; a qual, após certificada de todo o conteúdo, deve remeter, em REGIME DE URGÊNCIA, à PGM/DC para formalizar o ofício ao IGEPP comunicando da rescisão unilateral.

Duque de Caxias, 09/01/2013.


LUIZ FERNANDO S. M. COUTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE GOVERNO

Ciente e de acordo:


CAMILO DE LÉLLIS CARNEIRO JUNQUEIRA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Duque de Caxias, 09/01/2013, às 13horas



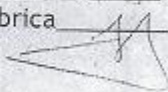
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
 PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO
 COORDENADORIA ADMINISTRATIVA

Processo nº. 69 337/12 Fls. _____

PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

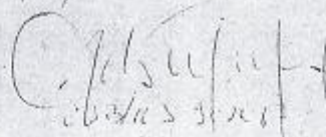
Coordenadoria Administrativa

Recebido em 09/01/13

Às 14 : 35 hs Rubrica 

Expediente de processo nº 69.337/12, com
 uma cópia de documento, por meio de envelope
 provido em postal, com data de recebimento

de Caxias, 9/1/13, no nº 361.

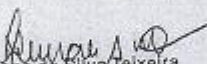

 Caxias, 9/1/13



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS

À Controladoria do Município.

Ciente e de acordo:


Luciana da Silva Teixeira
Assist. de Controladoria
Matr.: 23405-3

À Procuradoria do Município, com URGÊNCIA, conforme determinado pelo Ilustre Secretário Municipal de Governo.

Duque de Caxias, 09/01/2013, às 13h30min