



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Ana Maria Quintela Maia

A experiência de planejamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro: um planejamento sem métodos?

Rio de Janeiro

2012

Ana Maria Quintela Maia

**A experiência de planejamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro:
um planejamento sem métodos?**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

M217 Maia, Ana Maria Quintela .
A experiência de planejamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro: um planejamento sem métodos? / Ana Maria Quintela Maia – 2012.
84 f.

Orientador: Ruben Araujo de Mattos.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde – Planejamento – Teses. 2. Saúde mental – Planejamento – Teses. 3. Rio de Janeiro (Cidade) – Teses. I. Mattos, Ruben Araujo de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 159.913

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

Assinatura

Data

Ana Maria Quintela Maia

**A experiência de planejamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro:
um planejamento sem métodos?**

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. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 04 de maio de 2012 .

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____
Prof.^a Dra. Celia Regina Pierantoni
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof. Dr. Alúcio Gomes da Silva Junior
Universidade Federal Fluminense da UFF

Prof.^a Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista
Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2012

DEDICATÓRIA

Aos sensíveis de alma,
que fazem da sua existência no mundo
algo singular.

AGRADECIMENTOS

A alguém que no meu íntimo chamo de Deus, por estar ao meu lado nos momentos solitários que acompanham o ato da escrita, que alarga o tempo e as horas e que em meio a dúvidas, angústias e alegrias me fez acreditar que era possível.

Aos homenageados, sintam a emoção e o afeto que transbordam a cada palavra das mensagens que aqui se encontram.

Ruben, meu orientador e grande amigo. Nos encontros que tivemos (assim chamávamos nossas orientações) produzimos muito, trocamos muito. Com apontamentos precisos e preciosos, essa travessia cheia de asperezas se tornou mais leve e prazerosa. O resultado de tudo isso está neste texto, mas não só nele. Construimos uma relação para além da orientação acadêmica, de companheirismo e afeto. Com você aprendi que somente com desejo as coisas são possíveis e que o tempo... Cada um tem o seu!

Às meninas da minha turma de mestrado: que lindo encontro tivemos! Foram deliciosos e alegres nossos papos, nossas orientações com alguns choppes, nossos cafés da manhã, almoços e jantares.

Aos professores do IMS, por orientar em caminhos algumas vezes pouco familiares e confortáveis.

Às meninas da secretaria, sempre disponíveis e dispostas a dar soluções para questões que pareciam insolúveis.

Às meninas da biblioteca, pela ajuda fundamental em adequar esse texto à tão difícil ABNT.

Aos entrevistados para essa dissertação pela total disponibilidade em contar suas trajetórias profissionais e de vida.

Aos meus amigos, que tornam o Rio de Janeiro cada dia mais lindo, e que com toda paciência respeitaram esse momento de recolhimento e me esperaram. Estou de volta!

Às equipes do Nise da Silveira e do CAPS Torquato Neto, por entenderem as minhas ausências no trabalho.

Às meninas do apartamento oito, pelos silêncios forçados, pela harmonia em nossa casa e por cuidarem de mim com tanto amor.

À minha amada família buscapé, que lá de Minas torce e acompanha cada passo que dou. Por suportarem a distância e a ausência em momentos importantes e por estarem ao meu lado nos momentos mais difíceis. Mesmo longe, vocês estiveram, e estão, sempre presentes.

A criatividade tem uma natureza borboleteante, que inclui a liberdade da desorganização – sem isso, não sai nada. Não há criação possível.

Nise da Silveira

RESUMO

MAIA, Ana Maria Quintela. *A experiência de planejamento em saúde mental na Cidade do Rio de Janeiro: um planejamento sem métodos?* 2012. 84f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

O movimento de Reforma Psiquiátrica possibilitou que uma política de saúde mental, substitutiva ao hospital psiquiátrico e de base comunitária pudesse ser, de fato, implementada no país. Tal movimento, junto a uma série de acontecimentos e construções argumentativas, permitiu uma mudança de paradigma e a efetiva construção de uma rede territorial de cuidados em saúde mental. Este estudo dedica-se a analisar o uso do planejamento na trajetória de implementação da política de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro. Para tal, foram entrevistados atores que participaram da construção da gestão municipal no período entre 1993 e 2008. Foi possível, a partir destas entrevistas, reconhecer alguns momentos nos quais os atores realizaram cálculos que precederam e presidiram as suas ações. Analisamos a coerência destes cálculos com os propósitos de transformação da assistência psiquiátrica, com os métodos escolhidos para tal e com as instituições, usando algumas contribuições teóricas de Carlos Matus e Mario Testa. Observou-se uma experiência planejadora densa, com um pensamento de natureza estratégica e com cálculos complexos, mas que não foram realizados a partir de métodos definidos a priori.

Palavras-chave: Planejamento em saúde. Planejamento em saúde mental. Política de saúde mental. Cidade do Rio de Janeiro.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform made possible that a mental health policy, which substitute the psychiatric hospital and is based on a communitary basis, could be, in fact, implemented in Brazil. This reform, together with another events and reflexions, allowed a paradigm change and the effective construction of a territorial network in mental health care. This study is dedicated to analyze the use of planning on the mental health policy implementation in Rio de Janeiro city. On this way, some stakeholders, who took part on the construction the municipal management between 1993 and 2008, were interviewed. It was possible, from the interviews, to recognize some moments where the involved actors did some calculations, preceding and chairing their actions. We analyzed the coherency in such calculations with the purposes of transformation in psychiatric care; with their methodological choices and concerned institutions, using some of the theoretical approaches from Carlos Matus e Mario Testa. We could observe a dense planning experience, with thoughts from strategical nature and complex calculations, that were not done based on a priori defined methods.

Key-words: Health Planning. Mental health planning. Mental health policy. Rio de Janeiro city.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Áreas de Planejamento em Saúde	48
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	– Autorização de Internação Hospitalar
AP	– Área Programática
CAPS	– Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	– Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CENDES	– Centro de Estudios Del Desarrollo
CEPAL	– Comissão Econômica para a América Latina
CPP II	– Centro Psiquiátrico Pedro II
DINSAM	– Divisão Nacional de Saúde Mental
ENSP/FIOCRUZ	– Escola Nacional de Saúde Pública
ESP/MG	– Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
FUNLAR	– Fundação Lar Escola Francisco de Paula
GIH	– Guia de Internação Hospitalar
GSM	– Gerência de Programas de Saúde Mental
IFB	– Instituto Franco Basaglia
ILPES	– Instituto Latino-Americano de Planificação
INAMPS	– Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPUB/UFRJ	– Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
LBA	– Legião Brasileira de Assistência
LOM	– Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro
MS	– Ministério da Saúde
MTSM	– Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NOB/93	– Norma Operacional Básica de 1993
OMS	– Organização Mundial de Saúde
ONG	– Organização Não Governamental
ONU	– Organização das Nações Unidas
OPAS	– Organização Panamericana de Saúde
PAM	– Posto de Assistência Médica
SES	– Secretaria de Estado de Saúde
SMDS	– Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SRT	– Serviços Residenciais Terapêuticos
SUDS	– Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde

UFMG

– Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEU PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	17
1.1	A Reforma Psiquiátrica e a política de saúde mental brasileira	17
1.2	O processo de Reforma Psiquiátrica na cidade do Rio de Janeiro	20
2	SOBRE O PLANEJAMENTO	23
2.1	O planejamento em saúde	23
2.2	Carlos Matus e o planejamento estratégico situacional	25
2.3	Mario Testa e o pensamento estratégico	28
2.4	A título de síntese	29
3	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	31
4	REFLETINDO SOBRE O PROCESSO DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	34
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
	ANEXO A – Roteiro da Conversa Guiada	73
	ANEXO B – Roteiro da Entrevista	74
	ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Conversa Guiada	75
	ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Entrevista ...	77
	ANEXO E – Minuta do Convênio entre o Instituto Franco Basaglia e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	79

INTRODUÇÃO

As discussões em torno do campo da saúde mental pública e da reforma psiquiátrica fazem parte da minha trajetória acadêmica e profissional enquanto terapeuta ocupacional desde a graduação.

Após um caminho já percorrido dentro da universidade e, principalmente, de um mergulho nas discussões do movimento estudantil, a escolha pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo campo da saúde coletiva como direção de trabalho e de militância, foi quase natural. Os estágios que fiz no campo da saúde mental pública, escolhidos por uma afinidade com os processos de reflexão e trabalho deste campo me possibilitaram outra opção – ser produtora de cuidado e vida junto a sujeitos marcados por uma condição singular de estar no mundo, diferente da que entendemos como existência ou experiência normal. Aprendi com os usuários da saúde mental o quão importante é ser sujeito da própria vida e que a diferença é um direito de cada ser humano.

A aproximação com a saúde mental ficou mais concreta quando, dentro do Espaço Saúde – inicialmente um coletivo de estudantes, e hoje um coletivo de sujeitos que discutem a saúde –, estabeleceu-se uma frente de trabalho na saúde mental. Tive a oportunidade de participar da construção e realização do Curso de Formação Político-Profissional em Saúde Mental, uma parceria do Espaço Saúde e dos diretórios acadêmicos dos cursos da saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP/MG) e a Coordenação de Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte. Momento em que foi possível conhecer mais profundamente os princípios, propostas e realizações práticas da Reforma Psiquiátrica e interrogar a distância existente entre a universidade – instituição formadora, e a reforma psiquiátrica – campo de reflexão teórica e de práticas.

A residência em saúde mental veio como continuidade desse processo. Imersa no cotidiano do trabalho nos serviços da saúde mental, muitas questões surgiram. Nesse momento, relacionadas às práticas de cuidado e à organização dos serviços de saúde.

Inserida como residente em saúde mental em um dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da área programática (AP) 3.2 da cidade do Rio de Janeiro, ouvi falas queixosas com relação ao excesso de clientes e trabalho, dificuldades em referenciar aqueles que estavam matriculados no CAPS e que não são da área de abrangência do serviço, encaminhamentos recebidos e considerados mal feitos e, dificuldades em acessar outros dispositivos existentes no território que não só os da saúde. Esses relatos me levaram a refletir sobre o que é o CAPS, suas funções e atribuições, e como ele poderia contribuir no trabalho em rede.

A partir da experiência na recepção de pacientes novos deste CAPS, questionei-me quanto ao lugar deste serviço na rede de assistência. Como este dispositivo, tendo como direção política ser organizador da rede de serviços de saúde mental de seu território, pode exercer esse mandato de cuidado sem se colocar no papel de centralizador das demandas? Como os outros serviços e recursos comunitários podem, junto aos CAPS, fazer parte do cuidado àquele que sofre, fazendo valer sua intervenção?

Nesse processo reflexivo em relação às práticas de cuidado em saúde mental e à organização de serviços, entendi que realizar um trabalho em rede, visando práticas integrais em saúde não é uma tarefa fácil. Várias são as questões que compõem este trabalho: a rede que está constituída no território e a disponibilidade em 'fazer rede' pelos diversos profissionais - tudo isso influenciado diretamente pelo caso que chega ao serviço. Somente se fazendo presente no território é possível reunir os recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer que fazem parte da vida de um sujeito produzindo saberes, práticas e estratégias de enfrentamento da exclusão produzida nos manicômios.

As questões surgidas durante a residência acerca da organização dos serviços que fazem parte da rede de saúde mental da cidade do Rio de Janeiro e suas práticas de cuidado persistiam. O mestrado aparece na minha trajetória de estudo enquanto uma possibilidade de aprofundá-las. Percorrendo as disciplinas, percebi que a organização dos serviços e as práticas de cuidado integrais estão intrinsecamente ligadas à maneira como uma política pública é elaborada e implementada.

Estudando o processo de planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde, tal tema surge como interesse de pesquisa. Entre a elaboração e a implementação de uma política, planejamentos são feitos, necessariamente. De que

ordem são esses planos e se eles são coerentes com os propósitos de transformação passou a ser um ponto de reflexão importante para mim. Comecei a me questionar se o processo de Reforma Psiquiátrica na cidade do Rio de Janeiro bebeu do campo teórico do planejamento em saúde.

Foi um processo de amadurecimento importante do ponto de vista das reflexões a respeito do campo teórico da saúde mental: da preocupação em produzir cuidado e vida junto a sujeitos marcados por uma existência singular ao processo de planejamento presente na formulação e implementação de uma política, não excluindo aqui as preocupações a cerca da produção de cuidado junto aos usuários dos serviços de saúde mental.

Este estudo é resultado de uma série de reflexões a cerca do campo do planejamento, nas quais a análise histórica de um recorte da política de saúde mental da cidade do Rio de Janeiro implicou em destacar alguns acontecimentos considerados fundamentais neste processo. Cabe frisar que a análise histórica e os destaques feitos se preocuparam não só com a exploração desses acontecimentos e das relações por eles estabelecidas com as contribuições teóricas do campo do planejamento, mas também com os movimentos analíticos presentes neste texto – a movimentação política que serve de pano de fundo no processo de elaboração da política de saúde mental do município; a efetiva implantação da política e seus desdobramentos, sendo o principal deles a construção de uma rede assistencial em saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico e com bases comunitárias. Junto a isso, o SUS e o processo de Reforma Psiquiátrica, enquanto contextos mais amplos.

Muitos dos trabalhos que têm como tema o processo de Reforma Psiquiátrica e a política de saúde mental, tanto a nível nacional quanto municipal, trazem uma vasta remontagem histórica sobre esse processo, sobre a questão da loucura e do olhar que lhe é dirigido, e sobre as novas instituições e institucionalidades colocadas a partir de então. Nosso objetivo neste texto não é revisar essa extensa literatura, mas utilizar a discussão em torno da Reforma Psiquiátrica e das políticas de saúde mental como pano de fundo para tratar da questão que nos propomos. Vamos aqui recuperar a perspectiva histórica desses processos apenas como contexto para discutir como se deu o planejamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro.

O **capítulo um** trata sucintamente do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, apontando para uma reflexão a respeito da mudança de paradigma que este movimento provoca a partir dos propósitos de transformação do cuidado em

psiquiatria para um cuidado em saúde mental, e a conseqüente reorganização da rede de serviços. Ainda neste capítulo, é abordado de forma breve o processo de construção da política de saúde mental da cidade do Rio de Janeiro, com suas dificuldades e avanços e que resultaram na constituição de uma rede de serviços territoriais.

O **capítulo dois** traz o que consideramos importante no planejamento em saúde na América Latina. Inicialmente um resumido panorama histórico das principais raízes do planejamento em saúde, para em seguida apresentar algumas das contribuições teóricas de dois atores do planejamento em saúde – Carlos Matus e Mario Testa.

O **capítulo três** apresenta o percurso metodológico do estudo.

O **capítulo quatro** traz a análise do material das entrevistas realizadas e a discussão a partir da perspectiva teórica colocada neste trabalho – o planejamento em saúde e a política de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro.

As **considerações finais** encerram essa dissertação, trazendo uma reflexão crítica acerca do processo de planejamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro.

1 SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEU PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

1.1 A Reforma Psiquiátrica e a política de saúde mental brasileira

Falar de cuidado em saúde mental é algo recente na história das políticas de saúde no Brasil. Colocar a doença como o pano de fundo da assistência e o sujeito em sua experiência de sofrimento, como o ator principal do cuidado, surge com o movimento da Reforma Psiquiátrica e todas as suas propostas de transformação e mudança de paradigma.

O início dos cuidados em psiquiatria no Brasil se confunde com a criação e funcionamento do primeiro hospital psiquiátrico do país - o Hospício de Pedro II. É em 18 de julho de 1841, com o decreto nº 82¹, que se funda um hospital destinado exclusivamente para o tratamento de alienados. Tal instituição aparece a partir da urbanização das cidades e a conseqüente necessidade de limpeza das mesmas, resultando no recolhimento dos considerados desviantes – mendigos, doentes, loucos e vadios. Estes comprometiam “não só o bom andamento dos negócios de exportação [...] como o equilíbrio do Estado. É preciso organizar um sistema de controle da situação. Um sistema sanitário” (LUZ, 1994, p. 90-91).

Como medida econômica e precaução social, ela [a internação] tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade (FOUCAULT, 2010, p. 78).

Na busca pela cientificidade da prática psiquiátrica e pela sua legitimação jurídico-política, outros decretos² são publicados reforçando o lugar do hospital enquanto instituição dotada de condições e poderes para oferecer tratamento

¹ “Fundando um Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo” – Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841 (BRASIL, 1841).

² São eles o decreto nº 1132, de 22 de dezembro de 1903, que reorganiza a assistência aos alienados, que em seu artigo primeiro diz que “o individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados” (IDEM, 1903); e o decreto nº 24559, de 03 de julho de 1934, que “dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências” (IDEM, 1934).

médico adequado a essa parcela da população considerada doente. A incapacidade do doente mental é reafirmada e o recurso à internação facilitado, sendo justificada por qualquer motivo que torne incômoda a presença do louco na sociedade.

Durante anos, o asilamento tornou-se cada vez mais frequente e os hospitais passaram a ficar cada vez mais lotados, apresentando péssimas condições de cuidado. O período da ditadura militar marca uma significativa expansão dos leitos de internação em hospitais privados, reforçando o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico.

Na segunda metade da década de 70, críticas a respeito da ineficiência da assistência pública em saúde produziram movimentos em vários setores, incluindo a psiquiatria. Surge, nessa época, o Movimento de Reforma Sanitária – que lutava pela reformulação do sistema nacional de saúde – e o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) – com reivindicações trabalhistas, denúncias quanto ao abandono, à violência e maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos grandes hospícios do país (TENÓRIO, 2002). Nesse momento, ainda “não se criticavam os pressupostos do asilo e da psiquiatria, mas seus excessos e desvios” (IBIDEM, p. 31).

É numa parceria do MTSM com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) que o discurso técnico e a postura política deste movimento se fortalecem (BORGES; BAPTISTA, 2008, p. 456). Temas como a estrutura e as formas de cuidado em psiquiatria passam a ser ponto de pauta nas discussões da Reforma Psiquiátrica a partir do início da década de 80. Questionam-se não somente os excessos e desvios nas instituições, mas principalmente a necessidade de invenção de novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, rediscutindo as bases científicas da psiquiatria.

Ao questionar a própria essência do saber psiquiátrico, como instrumento de dominação e normatização do sofrimento individual e da vida social, a Reforma Psiquiátrica ultrapassou o campo de reformulação da assistência como um processo meramente técnico e propôs uma mudança de paradigma (ALMEIDA, 2002, p. 16).

Com a primeira versão do projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado de nº 3657/1989, que “dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (BRASIL, 1989), inicia-se um movimento de discussão e reformulação das políticas públicas em saúde mental no país.

No bojo desse processo de transformação, portarias ministeriais são criadas a fim de institucionalizar as mudanças propostas para o cuidado em saúde mental. Duas delas merecem destaque: a 189, de 19 de novembro de 1991 que altera o financiamento das ações e serviços de saúde mental, e a 224 de 29 de janeiro de 1992, que regulamenta o funcionamento de todos os serviços em saúde mental (BRASIL, 2001).

Após doze anos tramitando no Congresso Nacional, a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, proposta pelo deputado Paulo Delgado é aprovada, com alterações substanciais do texto inicial (o projeto de Lei nº 3657, de 1989), e torna-se a lei da Reforma Psiquiátrica. “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Junto à III Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com ampla participação e produziu um relatório final extenso e cheio de propostas, a Reforma Psiquiátrica torna-se o fio condutor de um novo modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. “Embora trazendo exigências políticas, administrativas, técnicas - também teóricas - bastante novas, a reforma insiste num argumento originário: os ‘direitos’ do doente mental, sua ‘cidadania’”. (DELGADO apud TENÓRIO, 2002, p. 27).

Para isso, era necessário construir outros lugares, outros instrumentos técnicos e terapêuticos, outros modos de se relacionar com esses sujeitos que estão na vida de uma maneira muito peculiar. Era necessário criar novas institucionalidades, que fossem ao encontro da proposta de mudança de paradigma. São, então, criados os novos dispositivos de cuidado em saúde mental: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em diversas modalidades de atendimento; os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência, as equipes de saúde mental na atenção básica, leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

No caminho da consolidação desses novos dispositivos de cuidado, outras legislações são criadas. A portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta os CAPS e suas modalidades de serviços; a portaria 189, de 20 de março de 2002 (com alterações do seu texto inicial de 1991), que regulamenta os procedimentos que podem ser cobrados pelos CAPS e seu cadastramento; e a portaria 626, de 01 de abril de 2002, que reserva recursos de financiamento e institui um plano de expansão dos CAPS.

Mais que reorganizar a assistência e reestruturar serviços, a Reforma Psiquiátrica tem o constante desafio de provocar profundas mudanças culturais e subjetivas na sociedade e transformar concepções e práticas assistenciais.

1.2 O processo de Reforma Psiquiátrica na cidade do Rio de Janeiro

[...] uma metrópole complexa, onde diferentes dimensões de espaço e tempo convivem, nem sempre em harmonia, com universos locais multifacetados, policromáticos, singulares e diversos, formando teias institucionais mais ou menos densas.

(GOMES apud FISCHER, 1993).

O Rio de Janeiro é uma cidade marcada por forte tradição hospitalocêntrica; o primeiro hospício da América Latina veio a situar-se nesta cidade – o Hospício de Pedro II. Com o maior parque manicomial do país, a assistência psiquiátrica da cidade foi prioritariamente hospitalar, centrada nas internações em hospitais psiquiátricos públicos ou privados conveniados ao SUS, a despeito da grande ambulatorização da saúde nos anos 80.

Até 1993, os hospitais psiquiátricos públicos estavam sob a gerência do Ministério da Saúde (MS) e os ambulatórios e as clínicas psiquiátricas conveniadas ligadas ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Nessa época, os ambulatórios eram o único dispositivo territorial de cuidado em psiquiatria alternativo ao hospital psiquiátrico. Falamos em cuidado psiquiátrico, pois o atendimento nestes dispositivos restringia-se, na maioria das vezes, a consultas espaçadas exclusivamente com o médico psiquiatra.

O que existia de atendimento em saúde mental na rede municipal, nomeado assim pela própria secretaria, centrava-se na participação de psicólogos, cedidos pela Secretaria de Educação por força da Lei Orgânica Municipal (LOM), lotados nas unidades básicas de saúde, que exerciam suas atividades em programas de prevenção e promoção de saúde propostos pelo governo federal.

Nessa mesma época, a antiga Coordenação de Programas de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que acompanhava as ações de supervisão

da rede hospitalar é transformada em Gerência de Programas de Saúde Mental (GSM), incluída em uma estrutura organizada por categorias profissionais, dentro da Coordenação de Programas de Atendimentos Específicos da Superintendência de Saúde Coletiva. Tem-se, nesse momento, uma possibilidade ainda incipiente de discussão da questão da saúde mental no interior da SMS.

Com o avanço do processo de descentralização do SUS, a reestruturação da política de saúde mental do Ministério da Saúde, a publicação das primeiras portarias ministeriais e conseqüente municipalização dos serviços, os municípios são chamados a assumir responsabilidades pelo cuidado da saúde de sua população, incluindo as ações direcionadas aos casos de sofrimento psíquico. Algumas das ações relativas à adoção do tratamento extra-hospitalar e à criação de novos serviços, substitutivos ao hospital psiquiátrico, passaram a ser remuneradas.

Mesmo com essa direção de mudança das formas de cuidado em psiquiatria e saúde mental a nível nacional, a cidade do Rio de Janeiro continua a ter dificuldades em iniciar essa tarefa. Tal dificuldade se dá pela ausência de um comando único que gerenciasse a assistência psiquiátrica, e porque o cuidado a essa clientela esteve, durante muito tempo, exclusivamente centrado nas instituições federais.

Foi então necessário à GSM construir outra concepção a respeito dos cuidados em psiquiatria e saúde mental, na qual a atenção psicossocial fosse a linha guia dos objetivos do programa de saúde mental do município.

Somente em 1995, quando a cidade do Rio de Janeiro passa para a Gestão Incipiente do SUS, foram colocadas em prática as diretrizes do programa de saúde mental da SMS, que estabelece princípios, funções, ações e projetos da GSM, possibilitando que essa instância pactuasse nos diferentes níveis gestores da saúde e com a população, o seu projeto de reestruturação da assistência em saúde mental e de construção de uma rede de atenção psicossocial territorial. “A lógica de destinação dos serviços baseou-se nos dados do Censo³ e do mapa de distribuição de equipamentos psiquiátricos existentes, privilegiando as áreas mais carentes em termos de recursos assistenciais” (UHR, 2001, p. 115).

³ Este censo refere-se ao I Censo da População de Internos nos Hospitais Psiquiátricos da Cidade do Rio de Janeiro, realizado em outubro de 1995, pela Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com o Instituto de Psiquiatria da UFRJ e a Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ.

A municipalização da Colônia Juliano Moreira e a criação do primeiro CAPS do município do Rio de Janeiro no bairro de Irajá, em 1996 – o CAPS Rubens Corrêa – foram marcos do projeto que a Gerência de Saúde Mental vinha trabalhando na direção de construção dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

De acordo com o Projeto de Implantação de Centros de Atenção Psicossocial da GSM, os CAPS da cidade do Rio de Janeiro teriam como eixo:

[...] restabelecer a relação do indivíduo com o seu próprio corpo e com o campo social, reconstruir o direito do sujeito à palavra, restituir seus direitos civis, produzir relações, espaços e objetos de interlocução, reativar as possibilidades de o sujeito poder ter acesso aos intercâmbios sociais. (GSM/SMS/RJapud ALMEIDA, 2002, p. 25).

A estratégia de construção de uma rede de CAPS na cidade do Rio de Janeiro seria apenas o pontapé inicial de um projeto maior de mudança de paradigma numa cidade com forte tradição de cuidado hospitalar e onde uma multiplicidade de instâncias decisórias no âmbito da saúde implicava numa ausência de ações efetivas no cuidado em psiquiatria e em saúde mental.

Para realizar todas essas mudanças e se constituir enquanto um campo de saberes e práticas legitimado pelos gestores, foi necessário ao movimento de Reforma Psiquiátrica da cidade do Rio de Janeiro (e de todo o país), buscar referenciais teóricos e práticos em diversas áreas de conhecimento que pudessem somar-se à estratégia argumentativa que vinha sendo construída pela GSM em relação a uma proposta ousada de mudança de paradigma.

Dos vários campos de saber e prática que atravessam o campo da saúde mental, nos interessa particularmente o planejamento em saúde, pois o mesmo nos oferece elementos importantes para entender como se deu o processo de Reforma Psiquiátrica e construção da política de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro.

2 SOBRE O PLANEJAMENTO

2.1 O planejamento em saúde

O campo do planejamento em saúde na América Latina nasce a partir do planejamento do desenvolvimento econômico tal como pensado pela Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), uma entidade da Organização das Nações Unidas (ONU) criada para

monitorar as políticas direcionadas à promoção do desenvolvimento econômico da região latino-americana, assessorar as ações encaminhadas para sua promoção e contribuir para reforçar as relações econômicas dos países da área, tanto entre si como com as demais nações do mundo. (Comissão Econômica para a América Latina - CEPAL)

A CEPAL foi responsável pelo desenvolvimento de propostas teóricas e políticas econômicas no início da década de 50 que propunham a superação do subdesenvolvimento da América Latina por meio da condução deliberada de um processo de industrialização.

As principais teses cepalinas se baseavam numa divisão da economia mundial em dois polos antagônicos: o centro, identificado pelas economias industriais e a periferia, identificada pelas economias especializadas em produtos primários. (COLISTETE, 2001).

Mas foi nos anos sessenta, no contexto da Aliança para o Progresso, que emergiram as condições para a constituição do campo do planejamento em saúde. Diante da perspectiva de obtenção de recursos internacionais para o setor saúde dos países latino-americanos, sinalizada na Carta de Punta del Este, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) estabelece colaboração com o *Centro de Estudios Del Desarrollo* (CENDES) da Universidade da Venezuela para desenvolver uma abordagem metodológica de planejamento em saúde e para organizar cursos visando sua difusão. Surgiu, assim, o que ficou conhecido como método CENDAS/OPAS (MATTOS, 1993).

O documento *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud*, apresenta esta abordagem, que foi “uma tentativa pioneira de elaborar

uma técnica para a formulação de planos nacionais de saúde” (MATTOS, 1993, p. 1). Neste documento, o CENDES tem como proposta buscar

examinar e, se possível, equacionar os problemas conceituais e metodológicos surgidos na tentativa de aplicar (mais que transpor) a um campo programático específico (as atividades de saúde) esta visão de programação centrada na tomada de decisões quanto à destinação de recursos, e que pretendia maximizar a eficiência das atividades programadas. (IBIDEM, p. 9).

É com o uso eficiente de recursos que o CENDES está preocupado, deixando de lado as questões relacionadas ao desenvolvimento econômico periférico, importantes para as teses cepalinas.

Luego, la única manera de juzgar la eficiencia de un recurso e nun uso cualquiera es por comparación com otros empleos alternativos a que podría destinársele. Esto es conceptualmente sencillo, pero complejo desde um punto de vista operacional, y requiere de un método. Este método es la programación o planificación. (OPAS, 1965, p. 2).

Como o próprio documento traz em seu nome, inúmeros problemas conceituais e metodológicos foram identificados devido a dificuldades em adequá-lo à realidade durante sua aplicação. O problema do critério de eficiência homogêneo, uma das preocupações centrais do documento, não foi equacionado, porém, algumas noções importantes foram incorporadas às discussões sobre planejamento em saúde e posterior elaboração de outros métodos – “a noção de instrumentos, a técnica de cálculo de metas a partir de cobertura ou concentrações, o processo de normatização prevendo a programação, o processo de normalização, etc.” (MATTOS, 1993, p. 38).

A difusão do CENDES/OPAS contribuiu para constituir um conjunto de práticas que são correntemente denominadas de programação, e que tratam fundamentalmente da alocação dos recursos nas diversas atividades ligadas à saúde.

Porém, o método recebeu várias críticas. Seu caráter tecnocrático, a complexidade de sua aplicação, e as dificuldades de implantação do Sistema de Planejamento, que ele implicitamente continha, estiveram entre elas (MATTOS, 1993).

Outras propostas de planejamento em saúde são pensadas a partir das críticas ao método CENDES/OPAS e o *Centro Panamericano de Planificación de La*

Salud elabora o documento *Formulación de Políticas de Salud*, que segundo seus autores,

[...] no debe ser considerado como una completa guía metodológica ni como una técnica de rigor operativo; es sólo un documento de trabajo que pretende colaborar con conceptos y orientaciones sobre la formulación de políticas de salud [...]. (OPAS, 1975, p. 3).

Este documento amplia, de certo modo, o alcance do planejamento em saúde ao introduzir no debate a ideia de planejamento do sistema de saúde, que se coloca de forma muito mais abrangente do que a questão da alocação dos recursos. E, nesse sentido, aproxima o planejamento do processo de formulação de políticas. Desde então, consagrou-se a divisão no senso comum entre o chamado planejamento em saúde e a programação das ações e serviços de saúde. Obviamente, para os que defendem esta distinção, trata-se de dois planos distintos de atuação, superponíveis.

O documento também traz como novidade o uso de imagens-objetivos no planejamento dos sistemas e a análise de viabilidade das propostas enquanto uma categoria importante para o planejamento em saúde, introduzindo a noção de estratégia. Estratégia, nesse momento, é entendida enquanto uma “seleção de meios, intensidade e oportunidades de ação e discussão, que exige a dialética das vontades enfrentadas” (OPAS, 1975).

O desenvolvimento original do campo do planejamento em saúde se deu a partir destas duas vertentes – o método CENDES/OPAS e o documento *Formulación de Políticas de Salud*. Mas a partir de 1975, duas reflexões críticas ao planejamento do desenvolvimento e ao planejamento em saúde se desenvolveram a partir da contribuição de dois autores: Carlos Matus e Mario Testa, que examinaremos brevemente em seguida.

2.2 Carlos Matus e o planejamento estratégico situacional

Carlos Matus foi um dos integrantes do Instituto Latino-Americano de Planificação Econômica e Social (ILPES), instituição ligada à CEPAL, acompanhando experiências de planejamento na América Latina (MATTOS, 2010).

Em seus estudos formulou uma crítica radical ao planejamento do desenvolvimento na matriz cepalina, do qual derivou-se, de certo modo, o CENDES/OPAS e toda a tradição da chamada programação em saúde.

Matus oferece várias contribuições teóricas. Destacamos inicialmente sua concepção de planejamento, que rompe com as acepções tradicionais. Ele situa o planejamento no cálculo resultante da relação entre o presente e o futuro e entre o conhecimento e a ação, possibilitando “a aprendizagem na prática como mediação entre passado e futuro” (MATUS, 1993, p. 23) e a eficácia da ação. Para ele,

o planejamento e a ação são inseparáveis. O plano é o cálculo que precede e preside a ação. Se não o preceder, o plano é inútil porque chega tarde. E se chega a tempo, mas não a preside, o plano é supérfluo. Por sua vez, a ação sem cálculo que a preceda e a presida é mera improvisação. (IBIDEM, p. 32).

Tal cálculo exige uma reflexão sistemática e modos de raciocínio que determinarão como a ação será executada. A ação “condiciona o cálculo seguinte e este precede e preside uma nova decisão para a ação” (IBIDEM, p. 32). Desta forma, o planejamento se faz no presente, relacionando conhecimento e ação. O presente em relação ao futuro exige explorá-lo, prever possibilidades e antecipar o futuro desejado, buscando garantir a viabilidade e a eficácia às ações futuras.

Note-se que a noção do planejamento como o cálculo que precede e preside a ação o situa no terreno dos raciocínios, do pensamento, e não das práticas institucionais. Em outros termos, o planejamento não seria uma atribuição específica de um corpo de técnico ligado ao governo (os planejadores). Em princípio, para Matus, qualquer ator pode planejar.

Há várias maneiras pelas quais alguém pode empreender um cálculo com a intenção de preceder e orientar uma ação. Matus dedicará uma parte importante de sua obra para identificar e sugerir recursos que “dão mais solidez e simplicidade ao planejamento” (MATUS, 1993, p. 31).

Mas existem, também, para o autor, alguns aspectos que conferem pobreza ou rigidez aos cálculos e, conseqüentemente, ao planejamento, dois deles considerados importantes para o nosso trabalho. O primeiro deles diz respeito à noção de procedimento normativo. Este não está relacionado a uma regra burocrática a ser seguida. Para Matus procedimento normativo se caracteriza enquanto um processo social que inclui as “ações necessárias para cumprir determinados objetivos fixados a priori, mas sem utilizar até as últimas

consequências o conhecimento dos fatores que explicam e determinam a conduta” (MATTOS et al, p. 11). O procedimento normativo reflete um modo de pensar no qual as nossas propostas de ação e as nossas metas derivam exclusivamente do que julgamos que deve ser. Para Matus o procedimento normativo é bem limitado, pois sem analisar as razões pelas quais a realidade não é da forma como achamos que deve ser, o pensar normativo não consegue identificar quais seriam as ações com potência para modificar a realidade no sentido que desejamos. Matus reconhecerá o procedimento normativo no modo de pensar o planejamento na perspectiva da CEPAL, e proporá sua superação através de outro modo de pensar, que denominará de planejamento estratégico.

O outro aspecto refere-se à maneira como entendemos o objeto do planejamento e o que consideramos importante incluir nele. Matus dirá que para um cálculo eficaz, nos interessa incluir no objeto de planejamento tudo o que pode influenciar a perspectiva de ação de quem planeja, não restringindo ao que está em nossa alçada de responsabilidade. Para determinar o que deve ser incluído em nossa análise, Matus lança mão da noção de situação.

A situação é “uma apreciação do conjunto feita pelo ator em relação às ações que projeta produzir, visando preservar ou alterar a realidade em que vive” (MATUS, 1993, p. 100). O impacto na situação é produzido pelo ator social, que para Matus é “uma personalidade, uma organização ou agrupamento humano que, de forma estável ou transitória, tem a capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades e atuar produzindo fatos” (IBIDEM, p. 570).

Na tentativa de desenvolver ferramentas menos rígidas do que as do planejamento normativo, Matus procurou desenvolver uma abordagem metodológica que denominou de enfoque situacional. Partindo da noção de situação, Matus sugere que o cálculo que precede e preside a ação se sistematize em quatro momentos, sendo os três primeiros considerados de cálculo, pois “não transcendem o ator que planifica, constituem análises, desenhos e simulações que não perturbam a situação real” (MATUS, 1989, p. 142). O primeiro deles, o momento explicativo, descreve como é a realidade; é considerado um momento dinâmico, uma vez que a realidade muda a todo tempo. O momento normativo é aquele no qual se desenha como deve ser a realidade; e o momento estratégico, aquele que trata da viabilidade política, econômica e organizativa do plano. O quarto e último é o momento tático-operacional, aquele que produz fatos e mudanças na situação, no qual toda a

análise acumulada nos momentos anteriores “deve transformar-se em uma ação concreta, em um operador de mudança” (MATUS, 1989, p. 143).

Matus, de fato, desenvolveu a partir desses elementos alguns métodos de planejamento situacional. Suas críticas e propostas de planejamento situacional passaram a integrar o campo do planejamento em saúde, tendo ampla difusão nos cursos da área de Saúde Coletiva.

Se é indiscutível a importância de Matus para o planejamento em saúde, ele também tem sido alvo de críticas. Destacamos uma delas, a feita por Mario Testa. Para situa-la, precisamos examinar, ainda que de modo breve, as contribuições deste autor.

2.3 Mario Testa e o pensamento estratégico

Mario Testa é um dos principais atores do planejamento em saúde na América Latina e um dos membros da equipe que elaborou e difundiu o método CENDES/OPAS. Ao longo dos anos setenta, ele produzirá uma densa autocrítica, abrindo o terreno para novas formulações. Neste esforço de reflexão crítica, se aproximará de Carlos Matus, com quem trará intensa colaboração.

Testa reconhece a grande importância de Matus, e assume sua crítica aos procedimentos normativos. Contudo, contemplando o esforço de Matus por desenvolver métodos de planejamento situacional, Testa o criticará por sua normatividade. É como se Matus, no que diz respeito aos métodos de planejamento situacional, sugerisse como o planejamento deve ser feito sem, contudo, levar em consideração até as últimas consequências as características da realidade na qual o planejamento deve operar.

Para Testa é diante de situações históricas concretas que se situa o planejamento, com o objetivo de criar “condições que possibilitem a realização de ações que conduzam a mudanças sociopolíticas e econômicas nos países” (TESTA, 1989, p. 85). A fim de possibilitar a transformação desejada, é importante que, antes de se criar as condições para tal, se compreenda o momento que se vive.

Nesse sentido, para Testa, há uma relação coerente entre os propósitos de transformação, os métodos para alcançá-la e organização das instituições que

desejam realizar as ações pertinentes com os propósitos e os métodos de transformação. Tal relação, Mario Testa denomina de postulado de coerência, no qual a ação, no âmbito das instituições, orienta a estratégia que define o planejamento.

Desse modo, Testa duvidará da eficácia de métodos universais de planejamento. Ele defenderá um pensar estratégico, que busque compreender o momento que se vive e, a partir dessa compreensão, escolher ou desenhar as ferramentas e instrumentos metodológicos úteis no processo de transformação que pretendemos instaurar.

A discussão em torno da noção de diagnóstico trazida por Mario Testa em sua proposta é um exemplo desse modo de pensar estratégico. Para ele o diagnóstico possibilita a caracterização de uma situação a partir da análise do momento histórico que se vive.

Partindo da noção de diagnóstico, três orientações para o planejamento, e não propósitos, são sugeridas. Cada orientação – crescimento, mudança e legitimação –, dá origem a um tipo de diagnóstico respectivamente – o administrativo, o estratégico e o ideológico –, com complexidades crescentes e referindo-se a campos diferentes da realidade – ao setor, às forças sociais em relação ao setor e à totalidade social.

Um elemento implícito neste modo de ver o diagnóstico, que é convergente com o postulado de coerência, é a ideia de que para diferentes propósitos de governo são necessários diferentes métodos de governo. Na perspectiva de mudança nas práticas ou nas instituições, os métodos precisam ser diferentes.

Tais orientações implicam em tomar o planejamento estratégico enquanto uma prática histórica, na qual suas formulações são construídas a partir de análises da realidade e indicam ações que conduzam a mudanças. Para que as mesmas aconteçam é necessário dispor de poder, categoria essencial para a análise das dinâmicas sociais na proposta de Mario Testa. Para ele, analisar o poder “significa pensar em como a forma de implementar uma ação de saúde - a estratégia - leva a alcançar um certo deslocamento de poder - uma política - favorável à resolução do problema” (GIOVANELLA, 1990, p. 132).

2.4 A título de síntese

Como síntese provisória do que tratamos neste capítulo, destacamos alguns posicionamentos teóricos que balizam este trabalho. Consideramos que as reflexões críticas de Matus e de Testa nos oferecem elementos importantes.

Tomamos, em primeiro lugar, a noção de planejamento proposta por Matus – o planejamento como o cálculo que precede e preside a ação – por sua abrangência. Além disso, lançamos mão da ideia de Matus de que qualquer ator pode planejar para construir nossa pergunta chave: que cálculos os atores envolvidos na construção da política de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro fizeram (se é que fizeram algum) no sentido de preceder e orientar suas ações? Que ferramentas foram utilizadas?

Em segundo lugar, tomamos a crítica à normatividade feita por Matus para indagar se os procedimentos utilizados nos cálculos que precederam e presidiram a ação de transformação da assistência em psiquiatria no município em questão adotaram o procedimento normativo tão disseminado entre nós.

Por fim, lançamos mão de alguns elementos do postulado de coerência de Testa, no sentido de indagar se os procedimentos nestes cálculos guardam coerência com as perspectivas de transformação colocadas pelo projeto da Reforma Psiquiátrica.

Temos clareza que estes elementos foram utilizados por estes autores para aprimorar nossos esforços de transformação do mundo. O esforço parece ser o de aprimorar o planejamento que poderemos fazer. Nosso uso aqui é bem mais modesto: utilizamos estes conceitos para tentar compreender o planejamento que foi feito, na esperança de que possamos aprender algo com ele, ou, pelo menos, reduzir o risco daquela normatividade dos métodos de planejamento: de propor ideias sobre como se deve fazer o planejamento, sem ter ideia de como as pessoas planejam.

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Como já indicamos anteriormente, adotamos neste trabalho a noção de planejamento como o cálculo que precede e preside a ação. Trata-se de uma noção abrangente, pois não se reduz as práticas institucionalizadas denominadas de planejamento, mas abarca quaisquer tipos de raciocínios feitos por atores no sentido de orientar suas ações posteriores.

Nesse sentido, analisar como se deu o planejamento no processo de Reforma Psiquiátrica na cidade do Rio de Janeiro envolve identificar os cálculos que precederam e presidiram as ações de atores concretos envolvidos neste processo. Identificados estes cálculos (caso existentes), pareceu-nos possível analisar sua coerência com os propósitos de transformação da assistência em psiquiatria.

Tomamos o ideário do processo da Reforma Psiquiátrica assim como os propósitos de governo diante dos quais os métodos devem ter sua coerência examinada, pois trata-se de um processo de profundas mudanças nas práticas de cuidado e nas instituições. Contudo, não vemos os estados e municípios como meros implementadores de uma política desenhada no âmbito federal, que deveriam ter uma direção única quanto à implementação de uma política. Ao contrário, acreditamos que o projeto da Reforma Psiquiátrica envolve um campo de atuação novo que fortaleça o poder de formulação e decisão dos estados e municípios em relação às políticas de saúde mental e toda a proposta de mudança de paradigma advinda com a Reforma Psiquiátrica.

Note-se que a tarefa principal não é conhecer o que os atores implicados na construção da política de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro entendem por planejamento, mas reconhecer cálculos que precederam e presidiram suas ações, ainda que para estes atores, isto não seja designado pelo termo planejamento. Isto nos remete à construção de entrevistas voltadas aos processos concretos de transformação da assistência em psiquiatria e construção de uma rede de cuidados em saúde mental no município.

Por isso, embora o nosso objetivo neste trabalho não seja transcorrer nos pormenores da construção da política de saúde mental da cidade do Rio de Janeiro, faz-se necessário historicizá-la, para destacar nessa trajetória alguns

acontecimentos que consideramos marcos do processo de planejamento em saúde mental no município.

Para isso, construímos uma linha do tempo, que teve como ponto de partida o ano de 1993, ano da constituição da então Gerência de Programas de Saúde Mental (GSM). Marco este de fundamental importância, uma vez que é o primeiro momento no qual a saúde mental tem a possibilidade de algum diálogo dentro da SMS com a oportunidade de iniciar um planejamento para a consolidação da política em nível de município. Optamos por restringir o estudo aos anos 2000 pois a partir deste momento há uma desaceleração no processo de implementação da política de saúde mental municipal. Tal reflexão não será desdobrada neste trabalho, pois não faz parte dos seus objetivos.

Foram realizadas cinco entrevistas. Com fins de construção da linha do tempo, uma das entrevistas foi realizada com um informante chave; uma pessoa estratégica na trajetória da política de saúde mental da cidade do Rio de Janeiro e que acompanhou todo o seu processo de formulação e implementação fora do âmbito da gestão. Por ser este um momento de construção histórica do processo de planejamento da política municipal, a entrevista foi conduzida como uma conversa guiada - estruturada em seus objetivos, porém menos estruturada nas suas perguntas. A opção de condução da entrevista na forma de uma conversa vai de encontro ao que Borges (2007, p. 19) nos diz quando afirma que “o que vivifica um Estado é seu governo, e o governo é feito por homens reais que contam a história de tomadas de posição, eleições de argumentos e envolvimento não neutros”. Por trás dos processos de planejamento, formulação e implementação de uma política há histórias.

O guia da conversa guiada⁴ foi construído após uma revisão bibliográfica da produção a cerca da política de saúde mental da cidade do Rio de Janeiro, a fim de que pudéssemos destacar e reconhecer na história da gestão municipal os tipos de decisões que foram tomadas e os cálculos que lhes deram sentido.

A partir das informações obtidas através dessa conversa, foram escolhidos os atores considerados fundamentais no processo de planejamento em saúde mental da cidade do Rio de Janeiro. Foram entrevistadas outras quatro pessoas: três que

⁴ O roteiro da conversa guiada encontra-se no Anexo A.

ocuparam a GSM no período estudado e uma que, indiretamente, participou da gestão neste período através da parceria entre uma ONG e a SMS.

A entrevista foi organizada com base em um roteiro semi-estruturado⁵, de forma que houvesse aos entrevistados a possibilidade de fazer comentários ou observações que considerassem relevantes e que não tivessem sido contemplados pelo roteiro.

Vale lembrar que os nomes dos entrevistados não foram suprimidos deste texto, uma vez que todos autorizaram a sua identificação no ato da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido⁶. A opção por não suprimir foi feita uma vez que se trata de pessoas públicas com reconhecimento no campo das políticas públicas de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro, e porque esta pesquisa não visa a atuação individual de cada entrevistado e sim as ações, diretrizes e estratégias traçadas a partir dos cálculos feitos, a fim de compreender o processo de planejamento em saúde mental.

⁵ O roteiro da entrevista encontra-se no Anexo B.

⁶ Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido encontram-se nos Anexos C e D.

4 DISCUSSÃO

4.1 Refletindo sobre o processo de planejamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro

A presença da ação municipal na saúde mental na cidade do Rio de Janeiro se dá, de forma mais clara, a partir da década de 90. Hugo Fagundes nos localiza a ausência de propostas para a saúde mental no município do Rio de Janeiro quando de sua chegada à gestão, em 1993.

“Na primeira fase quando comecei a levantar a realidade dos seus profissionais, **o município do Rio não tinha nenhuma proposta específica para a saúde mental**” (Hugo Fagundes, grifo nosso).

Até o final dos anos 80, os psicólogos que atuavam no município eram cedidos pela secretaria de educação, lotados nas unidades básicas de saúde, exercendo suas atividades em programas de prevenção e promoção de saúde propostos pelo governo federal, como os grupos de hipertensos, diabéticos, hanseníase.

“Tinha um grupo de profissionais, psicólogos a maioria, pouquíssimos psiquiatras, que haviam sido transferidos, por força da Lei Orgânica de 1990⁷, da educação para a saúde **e seguiram fazendo o que eles faziam na educação**” (Hugo Fagundes, grifo nosso).

“Eles eram originários da educação e não se tinha no município, naquela época, o trabalho do psicólogo como o profissional da escuta. **Ele era muito mais um profissional da fala**, já que ele participava, preponderantemente, nos outros programas” (Madalena Libério, grifo nosso).

O fazer do psicólogo se restringia a ações de educação em saúde, entendida como o partilhar de informações visando à prevenção de doenças e a promoção da saúde, onde a fala é mais importante que a escuta qualificada e cuidadosa dos problemas de saúde. Nesse sentido, tanto o vínculo institucional, a partir das ações

⁷ Em seu título VI, capítulo IV, seção IV, subseção II, artigo 353, §6º trata do cargo do psicólogo. “Os ocupantes de cargo de Psicólogo do Quadro de Pessoal Permanente do Município terão exercício privativo na Secretaria Municipal de Saúde e desenvolverão suas atividades em polos regionais, a que se vincularão as unidades em que atuarão”. (RIO DE JANEIRO, 2010).

dos psicólogos, como a maneira como atuavam, sendo profissionais da fala, implicavam em um profissional que não se adequava ao esperado para o trabalho em saúde mental.

“Na verdade, nenhum deles tinha uma proposta específica de lidar com pessoas com sofrimento psíquico, ainda que não grave. Alguns poucos tinham uma formação psicanalítica, até tinham interesse clínico, mas **não tinham espaço no trabalho para isso**” (Hugo Fagundes, grifo nosso).

Muitos desses profissionais foram pulverizados na rede de saúde com a intenção de compor ambulatorios de saúde mental. Entretanto não havia o interesse por parte dos serviços de saúde e conseqüentemente das equipes destes serviços em receber esses profissionais e sua clientela, o que é confirmado por Hugo Fagundes.

“Na maioria das unidades esses profissionais não eram bem recebidos, não havia interesse específico em levar o que eles chamavam de clientela psiquiátrica, de levar esse tipo de população para dentro dos centros municipais de saúde” (Hugo Fagundes).

Deve-se ter clareza que, apesar de existirem psicólogos compondo a rede de saúde do município do Rio de Janeiro, a maioria deles não atuava como profissionais da saúde mental, em desacordo com o que Madalena Libério, uma das entrevistadas, nos diz:

“Naquela época, em 1994, o município tinha uma ação ainda muito incipiente na questão da saúde mental. Na realidade, a ação do município era basicamente na atenção básica, então tinham profissionais nos postos de saúde e **os psicólogos que compunham essa rede de atenção em saúde mental, eles tinham vindo há pouco tempo pra saúde mental**” (Madalena Libério, grifo nosso).

Não havia, nesta época, uma rede de saúde mental no município e a participação desses profissionais nas ações de saúde mental não era clara, uma vez que esses psicólogos exerciam outra função e não tinham uma característica fundamental ao campo da saúde mental, que é ser um profissional da escuta do outro, do sofrimento do outro. Esses psicólogos não eram profissionais da saúde mental, nem pela questão institucional nem pela característica interna das práticas que exerciam.

“Esse programa não tinha visibilidade, porque a assistência psiquiátrica não era um problema dentro do município. A encomenda para nós, quando fomos

para o município, foi assim: ‘montem um programa de saúde mental, **não é possível que a saúde mental seja um bando de psicólogos falando de dificuldade de aprendizagem e distúrbios do comportamento de crianças**. Isso não tá legal’. Era essa a proposta.” (Hugo Fagundes, grifos nossos).

Tão pouco o município atuava na atenção psiquiátrica em seu sentido *stricto sensu*. Atenção psiquiátrica, pois a responsabilidade pela população com transtornos mentais graves no município do Rio de Janeiro estava vinculada às instituições federais na figura exclusiva do hospital psiquiátrico.

O Ministério da Saúde (MS), através dos três grandes hospitais psiquiátricos da antiga DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), atendia à população sem vínculos trabalhistas. Eram eles: o Centro Psiquiátrico Pedro II (CPP II), hoje Instituto Municipal Nise da Silveira; a Colônia Juliano Moreira; e o Hospital Philippe Pinel.

Já a Previdência Social (INAMPS), através dos ambulatórios que estavam sob sua administração, e das clínicas privadas conveniadas, atendia à população previdenciária. “Através das suas próprias unidades, ou comprando serviços do setor privado, o governo federal era o principal responsável pela assistência à saúde mental (hospitalar ou ambulatorial) da população carioca” (REIS, 1996, p. 60).

Ambos, MS e INAMPS, gerenciavam a atenção psiquiátrica no município e não necessariamente dialogavam do ponto de vista das suas capacidades institucionais e, por isso, não tinha quem pudesse de alguma maneira, compreender a realidade da assistência psiquiátrica na cidade do Rio de Janeiro.

“Era um cenário árduo, **o município não tinha nada**. A cidade do Rio de Janeiro tinha os hospitais federais, ligados ao Ministério da Saúde; tinha os PAM’s, Postos de Assistência Médica, ligados ao INAMPS, que eram estruturas ambulatoriais; tinha as clínicas contratadas que é a maior feitora e era o principal gasto interno hospitalar no Estado, todas vinculadas num primeiro momento ao INAMPS e depois já no período da minha gestão, no SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), elas passam a ficar sob o controle da Secretaria de Estado. **O município não tinha nenhuma relação com nada disso**. Naquele tempo cogitava-se a sua entrada na gestão incipiente do SUS, um cenário completamente à parte” (Hugo Fagundes, grifos nossos).

“Nós tínhamos um número de leitos enorme, mais de 5000 leitos na cidade do Rio de Janeiro, e nenhuma ação em termos de novos serviços, nenhuma ação de assistência comunitária. **A Secretaria Municipal de Saúde não tinha nenhuma tradição nessa questão da assistência psiquiátrica nem de saúde mental**” (Madalena Libério, grifo nosso).

“Não tinha informação, não tinha nada que desse uma ideia da questão da saúde mental. Além disso, é verdade que, nesse momento, **a questão psiquiátrica estava com o governo federal**, dentro mesmo da cidade do Rio de Janeiro, dentro dos hospícios” (Andrea da Luz, grifo nosso).

Mais uma vez confirma-se a não participação do município na assistência psiquiátrica e nas ações em saúde mental. Nesta época se dispunha de uma informação muito geral do número de leitos em hospitais psiquiátricos. Com um dos maiores parques manicomiais do país, o município do Rio de Janeiro contava, em 1997, com “5636 leitos, sendo 2958 no setor privado contratado, consumindo mais de 19 milhões de reais anuais, o que representava o terceiro item de despesa hospitalar na cidade” (FAGUNDES; LIBÉRIO, 1997, p. 30).

“Tínhamos toda clareza e compreensão de que a existência de um número elevado de quase 5000 pessoas internadas nos leitos dos hospitais psiquiátricos era a questão central a ser enfrentada” (Hugo Fagundes).

Houve tentativas, por parte do município, de ter algum tipo de ingerência na assistência psiquiátrica regulando as internações. Reis (1996) e Gomes (1999) afirmam que nos idos dos anos 80, foi criado o Projeto de Regionalização e Hierarquização da Assistência Médica no Município do Rio de Janeiro – Área de Psiquiatria. Segundo as autoras, tal projeto estava em funcionamento desde 1983, no qual foram feitos esforços no sentido de organizar polos de emergência em cima de bases territoriais ampliadas, que aparece com a descrição das áreas programáticas (AP)⁸.

“Era necessário poder entrar nessas unidades e interferir na maneira como estas pessoas eram tratadas. Isso implicava em interferir nas portas de entrada, que no Rio de Janeiro já eram organizadas, desde a passagem do Cândido Espinheira, lá pelo início dos anos 80, no INAMPS. Ele montou na cidade do Rio de Janeiro uma organização de cinco polos de internação psiquiátrica e passou a subordinar, na época era GIH (guia de internação hospitalar), à emissão apenas nesses polos que eram o PAM Venezuela, o Hospital Pinel, o Centro Psiquiátrico Pedro II, o Hospital Jurandir Manfredini lá na Colônia Juliano Moreira, e o PAM Bangu. Na época a cidade tinha cinco áreas programáticas, não eram subdivididas e eu estou usando a terminologia das unidades da época” (Hugo Fagundes, grifo nosso).

Porém, a assinatura conjunta que oficializa esse programa⁹, em 1991, não inclui o município do Rio de Janeiro como interlocutor. Era somente o Estado e o INAMPS; o município continua sem ter qualquer ingerência sobre a assistência psiquiátrica, conforme nos diz Hugo Fagundes:

⁸ É interessante notar que, na oficialização do projeto em 1991, se utiliza AP de modo diferente com que as AP's começaram a ser utilizadas no âmbito da saúde no município do Rio de Janeiro.

⁹ Resolução Conjunta nº 12 de 22 de agosto de 1991, da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio (SES/RJ) e da Coordenação de Cooperação Técnica e Controle do INAMPS (REIS, 1996, p. 61).

“(…) tinha as clínicas contratadas que é a maior feita e era o principal gasto interno hospitalar no Estado, todas vinculadas num primeiro momento ao INAMPS e depois já no período da minha gestão, no SUDS, elas passam a ficar **sob o controle da Secretaria de Estado.**” (Hugo Fagundes, grifo nosso).

Pelo peso de sua história de ter sido capital da República, o município do Rio de Janeiro apresentava até este momento uma organização de saúde muito diferenciada, com a ausência de um comando único na esfera municipal que pudesse dar seguimento às ações da assistência psiquiátrica e de saúde mental na cidade. Como vimos anteriormente, era o Ministério da Saúde, o INAMPS e o Estado, os responsáveis pela atenção psiquiátrica e em saúde mental no Rio de Janeiro. “Este quadro sempre colocou o município do Rio de Janeiro, enquanto instância político-administrativa, à margem das tomadas de decisões na área” (GOMES, 1999, p. 187).

Com a reestruturação da Política de Saúde Mental do MS e a municipalização dos serviços no início dos anos 90, os municípios são chamados a assumir responsabilidades pelo cuidado da saúde de sua população, incluindo as ações direcionadas aos casos de sofrimento psíquico. Em 1991 a antiga DINSAM é extinta, sendo instituída a Coordenação Nacional de Saúde Mental, “instância inédita no Brasil, responsável pela formulação e implementação política na área” (BORGES; BAPTISTA, 2008, p. 457).

Junto a OPAS, a Coordenação Nacional elabora um documento com o objetivo de ser referência para a política de saúde mental a ser adotada no país. Neste documento foi apresentada a

necessidade de superar uma assistência de má qualidade, custosa financeira e socialmente, superando o modelo iatrogênico através da diversificação dos recursos terapêuticos com financiamento dos mesmos e equacionamento da questão ‘saúde mental’ como problema do município. Declarava-se a aposta na descentralização como potencializadora de novas relações políticas e culturais (BORGES; BAPTISTA, 2008, p. 458).

Nesse momento, a saúde mental municipal estava incluída numa Gerência de Programas de Saúde Mental (GSM), dentro da Coordenação de Programas de Atendimento Específicos da Superintendência de Saúde Coletiva, da SMS. Dentro dessa coordenação estavam também incluídas as Gerências de Terapia Ocupacional, de Fisioterapia, de Fonoaudiologia e de Medicina Alternativa.

“Essa Coordenação de Atendimentos Específicos, ela foi criada, aí eu estou dando bem a minha sensação e a minha opinião, a partir de um *lobby* muito forte das profissões.” (Andrea da Luz).

Temos poucos dados sobre as razões que levaram à estruturação da Coordenação de Programas de Atendimentos Específicos dessa maneira, por categoria profissional¹⁰.

Independentemente das razões que levaram a secretaria de saúde a se organizar desta maneira, é fato que havia pouca clareza do que estava em jogo no que se refere à questão da saúde mental. A existência de uma GSM não necessariamente refletia algum grau de atenção ou de prioridade para a questão da saúde mental no município. Porém, foi a partir dessa Gerência, que se tornou um lugar institucional, que foi possível pensar estratégias de ação territorial para a saúde mental, inicialmente reorganizando a própria estrutura interna da Coordenação de Programas de Atendimentos Específicos, para posteriormente propor ações no campo da assistência.

É somente nos anos 2000 que a Superintendência de Saúde Coletiva é reestruturada, sendo dividida em duas coordenações: uma de reabilitação física, voltada para os deficientes, e uma de saúde mental, voltada para a população em sofrimento psíquico.

“O Arouca chamou a Sandra Lobo, que era coordenadora e eu, na época era assessora da Sandra Lobo, ficamos com o desafio de **transformar a Coordenação, que era uma estrutura por profissão em uma estrutura de política**, orientada para resolver problemas objetivos da população do Rio de Janeiro” (Andrea da Luz, grifo nosso).

“A Coordenação de Saúde Mental ficou estruturada por uma gerência de desospitalização e uma gerência de atenção psicossocial.” (Andrea da Luz).

Na medida em que o processo de descentralização do SUS avançava, o município “é levado a assumir um papel mais ativo na organização da assistência, deixando de ser simplesmente o cenário onde as ações se desenvolviam” (REIS, 1996, p. 62). A cidade do Rio de Janeiro passa a ser responsável por “assumir a contratação e autorização do cadastramento de prestadores; e controlar e avaliar os

¹⁰ Ouvimos a menção em uma das entrevistas que, por ter um deficiente na família, a questão da reabilitação mobilizava muito o prefeito à época da existência desta Coordenação, cuja veracidade não pudemos apurar.

serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados”¹¹ (REIS, 1996, p. 58), abrindo a possibilidade de intervenção pelo município sobre os leitos contratados do setor privado.

Alguns dos entrevistados trazem essa nova atribuição do município como estratégia adotada pela GSM, em 1995, para dar início ao processo de construção de uma política pública de saúde mental municipal.

“Se nós estávamos agora responsáveis por assinar a autorização de pagamento de AIH na cidade, a gente precisava conhecer o que estávamos pagando: que clínicas eram essas, que pacientes estavam internados, quais as condições desses pacientes, quais as características sócio-demográficas dessas pessoas, como era o apoio familiar que eles tinham ou não” (Madalena Libério, grifo nosso).

“Era o momento em que se discutia a entrada do Rio de Janeiro na gestão incipiente do SUS, porque ele [Dr. Felipe Cardoso] nos chama, pois **estava preocupado com o fato de que ia assumir a gestão da rede contratada e que a assistência psiquiátrica era o maior gasto. E ele estava convencido de que era um gasto socialmente deplorável**” (Hugo Fagundes, grifo nosso).

“Esse cenário começa a configurar para a gente a necessidade de uma segunda etapa. A segunda etapa foi desenhada a partir da assunção, por parte da secretaria, na gestão incipiente do SUS. Eu não estou bem certo da data, mas em torno de 1996, 1997 por aí, quando pela primeira vez o município assume o compromisso de constituir o SUS. Não apenas pelas suas diretrizes técnicas, mas formalmente assumir o compromisso de gestão. E nesse momento começamos a ter uma preocupação de desenhar instrumentos de avaliação e de monitoramento da rede contratada, principalmente da rede contratada. Não havia preocupação com a rede pública por dois motivos. Um deles é a baixa governabilidade” (Hugo Fagundes).

Em relação a essa baixa governabilidade, os entrevistados nos situam, mais uma vez, quanto a total ingerência por parte do município sob as unidades de saúde existentes em seu território. Tal afirmação é coerente com as ideias de governabilidade de Carlos Matus.

“O Pinel, o CPP II, a Colônia Juliano Moreira eram do Ministério da Saúde, e o PAM Venezuela do Estado. **Não havia nenhuma possibilidade de aproximação.**” (Hugo Fagundes, grifo nosso).

Nesse sentido, para desenhar as alternativas de cuidado e dar uma base para a intervenção do município sobre as unidades de saúde nele localizadas, foi

¹¹ “A Gestão Incipiente do Sistema de Saúde foi uma condição de gestão instituída para os municípios e estados a partir da Norma Operacional Básica de 1993 (NOB/93). Com o objetivo de dar continuidade ao processo de descentralização do sistema de saúde, a NOB/93 delegou aos municípios a possibilidade de autorizar, cadastrar e contratar prestadores no setor privado, programar e autorizar AIH's e procedimentos ambulatoriais, controlar e avaliar serviços ambulatoriais e hospitalares, desenvolver ações de vigilância e saúde do trabalhador e gerenciar a rede ambulatorial pública se demonstrado disposição” (ANDRADE, 2001 *apud* ALMEIDA, 2002).

necessário um estudo detalhado da população usuária dos serviços de saúde mental existentes na cidade e mapear o território, para se conhecer quais eram esses serviços e os profissionais que nele trabalhavam, traçando um panorama da assistência em saúde mental localizada no município.

O I Censo da População de Internos nos Hospitais Psiquiátricos da Cidade do Rio de Janeiro, iniciado em 1994 pela Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) e a Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ (ENSP/FIOCRUZ), foi o primeiro passo na direção da mudança. Ele “[...] foi pensado a partir da compreensão de que o modelo de assistência em saúde mental no país, sobretudo no Rio de Janeiro, ainda era centrado na figura do hospital psiquiátrico” (GOMES, 1999, p.193) e permitiu “estabelecer o perfil sócio-econômico e clínico da população que demanda e utiliza os serviços de internação em psiquiatria na cidade” (CERQUEIRA E COLS, 1995 *apud* GOMES, 1999).

Todos os 3223 pacientes que estavam internados em hospitais psiquiátricos, as expensas do SUS, em 24 de outubro de 1995, foram entrevistados, seus prontuários analisados e as equipes responsáveis pela assistência foram chamadas a responder sobre os projetos terapêuticos de cada paciente.

O Censo foi dividido em três eixos para coleta das informações: dados identificadores, dados socioeconômicos e dados clínicos (que buscavam traçar o perfil do tratamento prestado pelas instituições pesquisadas).¹² Cada um desses eixos, com sua relevância, ofereceu elementos importantes para a construção de uma política pública em saúde mental no município do Rio de Janeiro.

Gostaríamos de destacar aqui alguns dos resultados do Censo, aqueles que consideramos centrais para os propósitos deste trabalho.

O primeiro deles diz respeito a se o paciente internado estava recebendo outro tratamento além do psiquiátrico *stricto sensu* – isto é, se além da visita do psiquiatra e do uso de psicofármacos o paciente recebia regularmente a visita de outros profissionais. Os resultados mostram que 61,55% dos pacientes entrevistados não recebiam outro tratamento além do farmacológico, com apenas visitas do médico psiquiatra.

¹² Os resultados mais detalhados do Censo estão disponíveis em Gomes, 1999.

O segundo item a ser destacado refere-se ao tratamento ambulatorial antes da atual internação. Do universo pesquisado, 56,9% dos pacientes não tinham acompanhamento ambulatorial anterior à internação à época do Censo.

O tratamento desta clientela era centrado na figura do hospital, com um modelo assistencial curativo, individual e que privilegiava a internação como única forma de tratamento. Os ambulatórios, como o único serviço existente na época para acompanhamento extra-hospitalar, tinham dificuldades em manter vínculos mais firmes com essa clientela, que devido ao seu grande número, era atendida com grandes intervalos para remarcação e, na maioria das vezes, restrita ao psiquiatra. Com isso, os ambulatórios sofreram um processo de sucateamento e tornaram-se mais um espaço de cronificação, oferecendo longas filas de espera. O paciente, então, “se referia à Clínica onde se reinternava sucessivamente como seu atributo principal de pertencimento: eu sou da Humaitá, eu sou da Gávea, ou da Eiras” (DELGADO, 1997, p. 42).

“Quando os pacientes saiam de alta, o atendimento seguinte era em um polo de internação para nova internação. Não raro, um ou dois dias depois” (Hugo Fagundes).

Os três últimos resultados a serem destacados, que o são feito em conjunto pela necessidade e importância de analisá-los conjuntamente - endereço do paciente, vínculo atual referencial de moradia e distribuição da população, segundo seu local de origem, pelas áreas programáticas - nos mostra que “a maior parte da população internada dispõe de dados suficientes para a sua localização residencial e, conseqüentemente, para estabelecer de forma mais clara a sua rede de pertencimento” (GOMES, 1999, p. 200); 2683 referências de moradia indicadas tiveram seus logradouros localizados no Estado do Rio de Janeiro e 57,77% dos pacientes entrevistados contavam com moradia regular fora do hospital. Além disso, os resultados do Censo nos apontam que a distribuição da população pelas AP's acompanha os dados da população em geral.

Ao contrário do que se afirmava em relação à população internada, a clientela que se encontrava nessas instituições contava com laços familiares que as permitiam estar no território. Tal informação reforça a necessidade de construção de uma política de saúde mental consistente e uma rede de serviços extra-hospitalares

que pudesse sustentar o cuidado intensivo a essa parcela da população fora das instituições hospitalares com características manicomiais.

Todos esses números nos mostram a complexidade da tarefa de transformação da assistência e confirmam, como nos diz Paula Cerqueira:

“a total descontinuidade, um ciclo de internação e reinternação quase que direto, porque não se tinha uma rede, e não tinha mesmo, nenhuma rede em que se pudesse sustentar essa clientela num ritmo mais intensivo” (Paula Cerqueira).

Os resultados do Censo que destacamos sustentam uma argumentação e legitimam uma intervenção do município na mudança do modelo assistencial, que apesar da existência de algumas experiências inovadoras no campo da assistência em saúde mental, não estavam colocadas na agenda do município. Até então, a ação municipal restringia-se ao setor privado conveniado, autorizando as internações e cadastrando as instituições.

“Fizemos avaliações em todos os hospitais. Esse foi um processo que, de alguma forma, aproximou e **deu entrada para a gente como prefeitura, como SUS, dentro desses hospitais**” (Hugo Fagundes, grifo nosso).

O Censo não foi só um instrumento que possibilitou conhecer a realidade da assistência psiquiátrica do município. É mais que isso. Ele foi um instrumento que permitiu a construção de uma arena de intervenção no município. O Censo opera numa questão estratégica, porque ele consegue ser uma medida que engloba todos os serviços no território da cidade do Rio de Janeiro. E, por isso, ele ultrapassa os âmbitos das competências institucionais e cria um território distinto para a ação política, embora o seu poder de atuar nessas instâncias ainda seja pequeno nesse momento – sô no âmbito das clínicas privadas conveniadas ao SUS.

Desta forma, os atores envolvidos no Censo puderam apresentar esses resultados como imperativo para a gestão municipal, colocando a necessidade de acompanhar as mudanças propostas a nível federal de mudança de paradigma e de transformação da assistência psiquiátrica e, guardadas as necessidades locais, propor uma rede extra-hospitalar que fosse capaz de sustentar um acompanhamento de longo prazo e o cuidado em saúde mental fora do hospital.

Assim,

“o Censo foi um **instrumento indutor de política pública**. Porque, se de fato o público privilegiado dessa política eram os pacientes graves, os pacientes com

transtornos psicóticos graves, neuróticos, enfim, em que circulavam nesses hospitais psiquiátricos, era fundamental que se conhecesse esses hospitais psiquiátricos. E não tinham dados”. (Paula Cerqueira, grifo nosso).

O Censo foi um instrumento pensado, inicialmente, para se conhecer uma realidade, porém, ao mesmo tempo em que traz esse discurso de conhecimento de realidade, permite afirmar um território de ação municipal potente. O Censo não permite um território de ação municipal em todos os lugares, mas permite vislumbrar a ação, onde está a dimensão do problema.

O arranjo institucional que estava colocado neste momento não tinha nenhuma instância que permitisse, de alguma maneira, olhar o conjunto da rede. O município, que não tinha competência nenhuma nesse cenário, dá um passo importantíssimo. Ele permite mapear a assistência psiquiátrica, o número de leitos, o que existia de serviço de saúde no território do município. Isso cria uma nova categoria não importando qual seja a instituição, cria um território de governamentalidade para o município que não existia. E um território que ninguém tinha - MS, Estado e INAMPS. Não tinha quem gerisse as informações disponíveis a respeito da assistência psiquiátrica no município do Rio de Janeiro, e quem vai gerir não vai ser uma unificação dessas instituições. O que vai surgir é um território que começa a lançar os dados para pensar dentro do município. Muito mais profundo que um mero conhecimento da realidade.

Tal afirmação vai ao encontro das ideias de Mario Testa, um dos principais atores do planejamento em saúde. Testa diz que é diante de situações históricas concretas que se situa o planejamento, com o objetivo de criar “condições que possibilitem a realização de ações que conduzam a mudanças sócio-políticas e econômicas nos países” (TESTA, 1989, p. 85). Para possibilitar a transformação desejada, é importante que, antes de se criar as condições para tal, se compreenda o momento que se vive. Nesse sentido,

“o Censo foi um marcador importante, **um marcador de gestão**. Um dispositivo de gestão técnico e político, porque ele fez aparecer a realidade, o perfil dessas pessoas, quem eram, quantos eram, onde estavam, que tipo de atendimento tinham.” (Paula Cerqueira, grifo nosso).

A partir dos seus resultados, o Censo vai propor a mudança a partir de um campo institucional novo. Um campo que estava coerentemente sendo proposto no âmbito geral da saúde. O Censo, então, responde ao arranjo institucional que se

pretendia – uma rede de serviços de cuidado em saúde mental comunitários. Mas não a um arranjo institucional dado. Quer-se uma nova institucionalidade. É uma estratégia de planejamento que se propõe a instituir, de alguma maneira, um novo espaço de intervenção.

Temos aqui um pensamento de natureza estratégica no sentido testiano. Mario Testa, em sua proposta para o planejamento em saúde, propõe “um modo de entender o processo de planejamento e dá uma direcionalidade a esse processo, mas não instrumentaliza o processo” (GIOVANELLA, 1990, p. 134). Abrimos, assim, a possibilidade de um pensar estratégico ao oferecer alguns elementos para a compreensão dos problemas de saúde, como nos sugere Mario Testa, não utilizando de um método, que nos ofereceria instrumentos, procedimentos e/ou técnicas estabelecidos a priori. Há, nesse sentido, um modo de pensar estratégico que produziu como efeitos deslocamentos nas potências institucionais. É um tipo de produção que permite a afirmação das condições de intervenção novas, que não existiam antes. Nesse sentido, é um produto do pensamento estratégico.

O Censo vai expandir o território de atuação do município, instituindo que este é formado pelas unidades de saúde nele instaladas, coerente com o processo de descentralização que vinha se dando na saúde, porém incoerente com as instituições prévias que existiam. Esse processo de descentralização começa a admitir a possibilidade de o município passar a ser a instituição que tenha ingerência sobre as unidades de saúde do seu território. Nesse sentido, o mapa que se cria não é de nenhuma instituição, é do território que, embrionariamente, é de alçada potencial do município.

O Censo não foi um diagnóstico no seu sentido tradicional de conhecer a realidade, apenas. Não foram usadas as categorias de Mario Testa, nem categorias de qualquer outro método de planejamento. O Censo foi um diagnóstico de natureza estratégica porque o conhecimento da realidade, oferecido pelos seus resultados, criou um território de ação para o município, ofereceu argumentos para a entrada da saúde mental na agenda do município e, por conseguinte, criou condições políticas e institucionais favoráveis para as políticas de saúde mental a serem implementadas na cidade do Rio de Janeiro.

“Com esses resultados na mão, de qual era essa clientela, a gente descobre coisas que vão realmente possibilitar que a gente **convença a gestão de que podíamos**

fazer coisas diferentes do que estava sendo feito” (Madalena Libério, grifo nosso).

Nessa direção, podemos afirmar que o Censo produziu argumentos como forma de comunicar e convencer o município de defender uma nova agenda para a saúde mental da cidade do Rio de Janeiro. Ele foi o argumento de entrada nesta agenda do problema da assistência psiquiátrica, criando pela primeira vez um território no qual se pôde discutir a assistência.

Todos os entrevistados, sem exceção, colocam o apoio fundamental da Secretaria de Saúde na época, na figura do secretário de saúde – Ronaldo Gazolla, do seu subsecretário – Antônio Werneck, e da Superintendente de Saúde Coletiva – Maria Cristina Boaretto. Apoio este que permitiu que o município ampliasse ativamente a rede de saúde mental.

“Tinha um entendimento do Werneck, da Cristina Boaretto, de que o município precisava ter outra atuação nessa questão da assistência em saúde mental. Acho que eles entendiam que como estava, **era uma coisa totalmente inócua, nem era atribuição do município, era uma novidade que o SUS estava trazendo com a descentralização**, dos municípios serem gestores do sistema local de saúde” (Madalena Libério, grifo nosso).

O Censo gerou argumentos que sustentavam a ideia de que o modelo existente no município do Rio de Janeiro já não era mais possível, permitindo adentrar na secretaria a ideia de que ação do município visa mudar o modelo, coerente com a proposta de mudança da política.

Para Gomes (1999, p. 221), “o Censo cumpriu, de fato, papel importante para a condução das políticas públicas no município”.

O produto destes dados, mais do que indicadores técnicos, foi utilizado pela gerência de saúde mental como ‘micro estratégia’ de convencimento no interior da Secretaria de Saúde, quanto à urgência de se transformar a assistência prestada (GOMES, 1999, p. 222, grifo nosso).

Vale ressaltar que, todo o discurso apresenta o Censo como o conhecimento da realidade. Porém, o que as entrevistas e a análise destacada acima sugerem é que o mais importante do Censo não é o conhecimento da realidade, mas a produção de um discurso capaz de convencer e abrir a possibilidade para um novo conjunto de ações no município do Rio de Janeiro, coerentes e consonantes com as novas perspectivas colocadas pelo processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Nesse sentido, o Censo é um instrumento indutor de política porque criou um território de ação política e permitiu tornar imaginável que o município do Rio de Janeiro deveria intervir sobre o modelo de assistência psiquiátrica da cidade e fazê-lo através da criação de unidades de saúde territoriais – os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

“De posse desses dados, desse entendimento da população que estava internada, **consequimos convencer a secretária que a gente devia montar serviços comunitários**” (Madalena Libério, grifo nosso).

O CAPS é um equipamento de saúde que surge a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica e se propõe a oferecer nova forma de cuidado em saúde mental, na qual a doença passa a ser o pano de fundo da assistência e o sujeito em sua experiência de sofrimento, o ator principal do cuidado. Deve operar suas ações segundo a lógica territorial e tem como uma de suas características “responsabilizar-se, sob a coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território” (BRASIL, 2002).

A primeira estratégia para se desenhar a rede municipal foi promover “o encontro da clientela com o seu local de origem, com a sua referência social, cultural, etc” (GOMES, 1999, p. 223). A partir do item - distribuição da população, segundo seu local de origem, pelas áreas programáticas -, e do estudo do endereço dessas pessoas, “foi possível a eleição de algumas regiões como prioritárias. Estas áreas, coincidentemente ou não, também tornaram-se prioritárias por não disporem, de longa data, de recursos assistenciais” (GOMES, 1999, p. 223).

Tabela 01 – Áreas de Planejamento em Saúde

Número de endereços	% do total de endereços de referência, logradouros na cidade do RJ	AP's onde foram localizados esses endereços de referência	% do total da população da cidade do RJ que reside na AP (Censo de 1991)
202	8,88	AP 1	5,5
350	15,39	AP 2.1	11,7
124	5,45	AP 2.2	7,2
314	13,68	AP 3.1	14,3
286	12,58	AP 3.2	11,4
358	15,74	AP 3.3	16,5
182	8,00	AP 4	9,6
244	10,73	AP 5.1	10,9
142	6,24	AP 5.2	6,9
75	3,30	AP 5.3	5,7

Fonte: Gomes, 1999, p. 220.

Esta tabela nos mostra que a AP 3.3 foi a área onde foram localizados o maior número de endereços dos pacientes que estavam internados à época do Censo, 15,74%. Argumento este utilizado pela GSM para a construção do primeiro CAPS do município do Rio de Janeiro.

Nesse ponto aparece, mais uma vez, o uso dos resultados do Censo como estratégia de diálogo junto à secretaria de saúde para a construção da política de saúde mental e da rede de serviços comunitários da cidade. Se a porcentagem dos endereços de referência dos pacientes entrevistados é semelhante à porcentagem do total da população residente por AP, não seria necessária a realização do Censo e a investigação dessa informação para a abertura de serviços. Somente a distribuição da população por AP já seria suficiente para sustentar a construção dos serviços territoriais. Porém, o Censo, enquanto um instrumento indutor de política foi fundamental para legitimar a construção destes dispositivos de cuidado no município do Rio de Janeiro.

A partir de parcerias estabelecidas entre a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS) e a Fundação Lar Escola Francisco de Paula (FUNLAR), além do apoio da Coordenação de Saúde da AP 3.3 e do Conselho

Distrital de Saúde, o primeiro CAPS da cidade do Rio de Janeiro, o CAPS Rubens Corrêa, foi inaugurado em julho de 1996 na zona norte da cidade.

“Nós conseguimos o prédio cedido pela Secretaria de Desenvolvimento Social que tinha recebido inúmeros imóveis da antiga Legião Brasileira de Assistência (LBA), que tinha sido desativada e transformada em outra instância. Então esse prédio em Irajá, na Rua Capitão Salomão, tinha uma casa anexa que nos foi cedida pra montar esse CAPS” (Madalena Libério).

O CAPS Rubens Corrêa tinha um papel importante, pois do seu sucesso dependeria a continuação da construção destes serviços na cidade.

“Nesse período, com os dados iniciais dos meses de funcionamento do CAPS Rubens Corrêa, **tínhamos o capital político das discussões, das articulações com os diversos Estados do Brasil, com a própria OMS (Organização Mundial de Saúde)** na figura do Benedetto Saraceno, **com alguns atores internacionais** como o Manoel Desviat, da Espanha, com os cubanos, enfim. Nesse momento, **tínhamos uma confluência de fatores que permitiam dar relevância e trabalhar o entrave principal que era ter um convencimento e dar legitimidade a esse processo**” (Hugo Fagundes, grifos nossos).

Esta fala nos aponta para um cálculo estratégico de outra ordem, um outro tipo de articulação, no qual uma confluência de atores cria um cenário favorável para a argumentação da GSM junto à secretaria de saúde. Foi estratégico, por parte desta gerência, produzir uma rede informal, uma rede que não era interna à secretaria, e que possibilitou construir uma base de articulação política de apoio. Essa articulação teve seu início na construção do Censo, em que uma aproximação com alguns dos atores citados acima (como o Benedetto Saraceno) já vinha sendo feita.

“**Quem melhor desenhou o Censo para a gente foi o Benedetto Saraceno** [da OMS], em uma série de encontros, em que ele de certa forma pôde colaborar com a lógica [...], o orientador fundamental nesse processo” (Hugo Fagundes, grifo nosso).

A criação de uma publicação foi outra estratégia de argumentação utilizada pela GSM no sentido de dar sustentação ao trabalho que vinha sendo desenvolvido com o projeto de implantação dos CAPS na cidade. Com um conjunto de artigos que davam um panorama das experiências do campo da Reforma Psiquiátrica no município do Rio de Janeiro e sua articulação com o campo da saúde pública, o nº 16 da Revista Saúde em Foco, da SMS, abordava a

reestruturação da Saúde Mental na Cidade do Rio de Janeiro, fazendo um retrato da assistência psiquiátrica hospitalar e apontando experiências que vem buscando reverter o modelo assistencial vigente, criando espaços de cuidado, integrados, territorializados, que trabalhem na perspectiva da reabilitação psicossocial (EDITORIAL, 1997).

A partir daí o projeto de implantação dos CAPS no município do Rio de Janeiro passa a ter o respaldo dos gestores na Secretaria Municipal de Saúde e assume um caráter oficial.

“Então, começamos a trabalhar pela primeira vez, dando a esse discurso na cidade do Rio de Janeiro, um caráter oficial. A secretaria de saúde estava mudando completamente de foco. Isso começa a partir dos dados do Censo e do CAPS Rubens Corrêa. O primeiro CAPS é de 1996, essa revista é do final de 96. E essa revista teve um impacto interessantíssimo, porque **ela convenceu os atores da prefeitura de que, de fato, esse grupo com essas ideias radicais tinha lá sua razão**” (Hugo Fagundes, grifos nossos).

O projeto de implantação dos CAPS seguiria a partir desse momento para a zona oeste. Já na Lei Orgânica do Município (LOM), em 1990, esta região da cidade é tida como campo de atuação do psicólogo.¹³ É importante destacar que já há um reconhecimento na própria LOM para a zona oeste, região da cidade na qual são necessários dispositivos específicos para lotar profissionais.

Além disso, existia a preocupação da Gerência de Saúde Mental com a zona oeste, área na qual os recursos assistenciais sempre foram escassos. Segundo Rietra (1999),

na AP 5.3, por exemplo, que corresponde a Santa Cruz e Sepetiba, o primeiro ambulatório de psiquiatria da rede pública foi criado em 1995, no Centro Municipal de Saúde Lincoln Freitas Filho. Dessa forma, a população contava apenas com o Polo de Emergência Psiquiátrica do PAM Bangu. Os pacientes graves eram atendidos em clínicas privadas, no Centro Psiquiátrico Pedro II (CPP II) ou no Hospital Manfredini, na Colônia Juliano Moreira.

Tal afirmação nos aponta que outros critérios, para além do número populacional, respaldaram o projeto de implantação dos CAPS na cidade e direcionaram a construção de serviços de saúde mental para a zona oeste. São eles: o vazio sanitário; a grande concentração populacional frente a uma escassez de serviços de saúde mental; e a dificuldade de fixação profissional nesta região da cidade.

¹³ Em seu título VI, capítulo IV, seção IV, subseção II, artigo 353, §7º, trata dos polos regionais nos quais o psicólogo exercerá suas atividades. “Os polos, definidos em ato do Prefeito, incluirão em seu campo de atuação os bairros de Jacarepaguá, Pavuna, Campo Grande e Santa Cruz, assim como as áreas adjacentes”. (RIO DE JANEIRO, 2010).

“a priorização da zona oeste, da implantação dos CAPS ser na zona norte e na zona oeste, **verdadeiros vazios sanitários em relação ao atendimento em saúde mental**” (Andrea da Luz, grifo nosso).

Isso nos mostra a complexidade dos cálculos feitos e mais uma vez trazemos elementos que confirmam a tese de que o Censo não só ofereceu subsídios para gerar as ações em saúde mental no município, mas principalmente possibilitou a instituição do campo de possibilidades da ação municipal, pelo convencimento da importância de construção de outro paradigma e uma nova forma de cuidado em saúde mental.

A opção pela parceria com uma Organização Não Governamental (ONG) para a criação dos CAPS na zona oeste vem para tentar equacionar o problema que a rede pública sempre teve com a fixação de profissionais. De acordo com Rietra (1999), esta é uma área da cidade “que apresenta alto índice de abandonos em todas as especialidades, devido à distância e a dificuldade de transportes”.

Por causa dos inúmeros entraves colocados pela máquina pública com relação à reposição de pessoal, em que a efetiva apresentação de um servidor público tem um prazo de até 90 dias, com a inexistência de alguns profissionais no quadro da SMS como musicoterapeutas, oficinairos e supervisor clínico-institucional, o convênio com uma ONG foi uma alternativa de gestão que oferecia a flexibilidade que os CAPS exigiam quanto ao seu corpo clínico e sanava alguns dos problemas que a GSM vinha encontrando.

“Porque a administração direta tinha lá seus entraves em um estatuto sério, **tínhamos dificuldades para chamar profissionais, para contratar, para poder desenvolver uma série de ações e que precisaríamos desenhar um convênio.** Propusemos ao professor Gazolla, que topou, achou interessante. Era uma experiência nova, a primeira do município, então construímos a primeira parceria com ONG's da Secretaria Municipal de Saúde do Rio. E procuramos a dedo, porque não tinha um certame de seleção, não tinha o que selecionar na verdade. Procuramos um grupo que trabalhava no campo da Reforma Psiquiátrica e os convidamos [o Instituto Franco Basaglia, IFBJ]” (Hugo Fagundes, grifo nosso).

“Não podíamos deixar as pessoas desassistidas se, de repente, os profissionais que fossem da rede municipal de saúde, pedissem demissão, pedissem transferência e conseguissem por meios políticos, como acontecia de uma forma bastante frequente, simplesmente essas pessoas saírem do serviço e as pessoas ficarem lá desassistidas” (Madalena Libério).

O setor público do município do Rio de Janeiro não parecia ser capaz de fixar profissionais na zona oeste e a rede municipal tem um território de abrangência tal

que consegue fixar o profissional apenas no município. É comum o êxodo de profissionais, sobretudo dos técnicos de nível superior, para o eixo Centro-Sul e Barra-Jacarepaguá. A escolha por contratar profissionais por meio de uma ONG, com o objetivo de serem lotados exclusivamente em serviços de saúde na zona oeste, equacionaria este problema, uma vez que o profissional não tem a possibilidade de ser transferido.

Foi então inaugurado, em parceria com o IFB, o CAPS Pedro Pellegrino em janeiro de 1997, em Campo Grande e em março do mesmo ano, o CAPS Simão Bacamarte, em Santa Cruz.

A opção pela parceria com o IFB para a contratação de pessoal para a zona oeste não se faz pelos critérios do Censo, mas pela questão do vazio sanitário que caracteriza essa região da cidade. Havia dificuldades do município do Rio de Janeiro em lotar profissionais nessa área. Essa insuficiência municipal fazia com que a alternativa não fosse o concurso público e, além disso, existiam cargos necessários para a construção de serviços CAPS que não estavam no quadro de profissionais da prefeitura.

O vazio sanitário não é somente pela constatação da inexistência dos serviços. Ele se dá, principalmente, pelo reconhecimento das dificuldades em manter os serviços. Não existem serviços de saúde porque a zona oeste é uma área na qual é difícil sustentar o funcionamento adequado dos serviços, pela dificuldade de lotar profissionais, além do acesso viário difícil. Temos, nesta constatação, um campo explicativo implícito. O reconhecimento dessa ineficiência é um elemento que caracteriza o vazio.

A busca pelo convênio foi produzida por um tipo de cálculo a partir de uma compreensão sobre o vazio, uma explicação sobre o vazio, minimamente indicada. Não foi um cálculo normativo, no sentido de Matus. Há um tipo de cálculo que pode ser identificado aqui e que não nasce de um deve ser a priori.

A opção pelo convênio traduziu um tipo de explicação que não seguiu um método como o de Matus, mas seguiu por um caminho que não foi definido a priori, por uma norma a priori. A opção pelo convênio foi definida pelo reconhecimento de uma dificuldade importante do município em lotar pessoas, que eram produtoras do vazio, e que precisava ser contornada. Houve um esforço de compreensão antes de montar a proposta do convênio.

Ademais, a escolha por uma ONG tinha um pré-requisito: estar alinhada aos ideais da Reforma Psiquiátrica; requisito esse que confere competência específica para que o IFB fosse a instituição escolhida, e não qualquer outra ONG.

O Instituto Franco Basaglia

é uma instituição civil sem fins lucrativos que atua na área da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Reconhecido como de utilidade pública municipal pela Lei nº 2351, de 25 de agosto de 1995, o IFB foi fundado em 1989 no Rio de Janeiro, e tem como sócios profissionais, estudantes, pacientes psiquiátricos, familiares e demais interessados na área da saúde pública (Instituto Franco Basaglia - IFB).

Tem como objetivo incentivar a formulação de políticas públicas, por meio de ações estratégicas, que visem o resgate dos direitos de cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental, dando continuidade aos preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O IFB tem como linha principal de trabalho um programa que virou a marca principal do IFB, o SOS Direitos dos Pacientes Psiquiátricos, iniciado a partir de 1993, além de uma linha editorial com publicações relacionadas à área da saúde mental e cursos abertos ao público em geral.

Duas de suas diretrizes institucionais apontam para um trabalho importante do IFB consonante às ideias da Gerência de Saúde Mental (GSM) e do projeto de construção de uma rede de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro: 1) desenvolver projetos que visam à construção e consolidação de novos dispositivos de cuidado e, 2) desenvolver projetos que buscam dar melhor destino à clientela institucionalizada, através de dispositivos que substituam os lugares de reclusão.

Dentre as diretrizes do projeto da GSM de implantação dos CAPS no município do Rio de Janeiro, duas consideramos de fundamental importância:

consolidar uma rede de cuidados em saúde mental de base territorial e comunitária efetiva na substituição do modelo de atendimento centrado na atenção hospitalar e **criar uma rede de atenção psicossocial nas áreas com um menor patamar de investimento em equipamentos públicos de saúde e de saúde mental** para o atendimento da população (TERTO et al, 2008, p. 7, grifo nosso).

Diretrizes estas que vão ao encontro do que Madalena Libério nos diz:

“nesse entendimento com o Instituto Franco Basaglia, definimos que a prioridade seria que a gente começasse a **montar os serviços nas áreas mais distantes e que tivessem menores recursos de assistência em saúde mental**” (Madalena Libério, grifo nosso).

Sobre o estabelecimento desse convênio, Domingos Sávio nos diz:

“A coordenação de saúde mental que convidou, se o IFB podia assessorar a prefeitura na organização de uma rede de CAPS na zona oeste. O convite foi explícito. Era a organização da rede de CAPS na zona oeste. E os argumentos da prefeitura, da coordenação de saúde mental eram muito sólidos. Primeiro que a prefeitura do Rio de Janeiro achava que a única possibilidade de se superar o modelo hospitalar era fazer concorrência com ele. A reforma não é para dismantelar, é para substituir, só que é preciso criar de serviços que façam uma concorrência ao hospital psiquiátrico. Esse é o primeiro aspecto. **O segundo motivo do convite é a impossibilidade de lotar pessoal do quadro na zona oeste**” (Domingos Sávio, grifo nosso).

Como parte dos seus objetivos com este convênio, o IFB prestaria assessoria técnica, supervisão, apresentação de relatórios e complementação do quadro pessoal.

Alguns pontos importantes desse convênio merecem ser destacados:

“primeiro, foi colocado nos convênios, algumas questões que nortearam durante os dez anos, esse convênio durou dez anos, até meados de 2008, a participação do IFB. Primeiro o recrutamento de pessoal, ficaria exclusivamente a cargo do IFB, naturalmente com a participação da secretaria na questão do mérito e essa coisa toda. Mas o IFB faria o recrutamento do pessoal. Importante isso. Segundo, supervisão dos CAPS. O IFB não abria mão de que todo CAPS tivesse supervisores. Foi um marco na história dos CAPS. [...] Mas aqui a institucionalização dos CAPS incluiu a supervisão mesmo, como fazendo parte da estrutura do CAPS. E o terceiro aspecto, que o IFB se comprometia a produzir relatórios regulares, com base nos instrumentos que iam ser acertados entre o IFB e a coordenação de saúde mental a partir da apresentação de relatórios semestrais de produção e um relatório analítico anual” (Domingos Sávio).

Ainda sobre esse convênio, Madalena Libério diz:

“Então por conta disso, a gente faz essa parceria, faz esse convênio e monta esses serviços com essas equipes, **sempre com a preocupação muito grande de estabelecer que esses eram serviços de gestão municipal**, com as coordenações, as chefias, eram de profissionais ligados à rede municipal, se não era o coordenador mas pelo menos o administrador. **Essa era uma maneira de compromissar a máquina burocrática do município com esses serviços**” (Madalena Libério, grifos nossos).

Fala que está de acordo com a cláusula segunda da minuta do convênio (Anexo E), na qual afirma que ao município compete o gerenciamento e ao IFB compete a supervisão técnica. O quadro de profissionais teria composição mista, parte com quadros do município e parte contratada pelo IFB.

Tal situação nos mostra a clareza que o IFB tinha do que está fazendo na política, a clareza de que a gestão dos serviços deve ser municipal e a clareza de

que entra para o município para gerir recursos humanos, resolver a questão da zona oeste e permitir a construção dos CAPS na cidade do Rio de Janeiro.

“Em momento algum a gente entrou na gestão dos CAPS. Entrou como parceiro, discutindo estratégias, fazendo reuniões regulares e nos espaços públicos, nas reuniões de supervisores e coordenadores, nas reuniões na secretaria. **Mas a gestão sempre foi da prefeitura.** Os coordenadores sempre foram escolhidos pela prefeitura, pela coordenação de saúde mental. **A gente sempre teve claro isso, a gestão é prerrogativa do município, não era da gente**” (Domingos Sávio, grifos nossos).

Domingos Sávio, numa de suas falas, nos confirma essa clareza em relação à participação do IFB no convênio:

“E o que mostra que a gente, de fato, fez a opção correta, é que em 1998, 80% da força de trabalho, dos recursos humanos nos CAPS eram contratados pelo IFB. Quando saímos em 2008, tinham somente 25% contratados pelo IFB, o restante eram todos funcionários da prefeitura. Ou seja, nós fizemos aquilo que tinha de ser feito” (Domingos Sávio).

“a gestão tem que ser pública. Até por conta da função do CAPS, que tem a delegação de organização da rede e que é uma função intransferivelmente pública. Você não pode passar a um ente privado a organização da rede” (Domingos Sávio).

Porém, para que de fato o CAPS possa exercer essa função que lhe foi colocada pela Portaria 336/200¹⁴, uma função como muito bem coloca Domingos Sávio - ‘intransferivelmente pública’, é fundamental que uma rede esteja constituída no território. Nesse sentido, como nos coloca Andrea da Luz:

“não adianta o CAPS sozinho na rede, isso não é rede” (Andrea da Luz).

Como dispositivos de cuidado novos, que chegavam ao território para superar modelos e referências de organização de serviços já conhecidas, era necessário um esforço diário de negociações, mediação de conflitos e interesses, a fim de que pudesse ser garantida a flexibilidade institucional que o CAPS exige, enquanto um serviço que opera o tempo todo com o provisório, com a desordem e com a produção de laços sociais. Dessa forma, o papel que cada dispositivo de saúde tem

¹⁴ Publicada em 2002, a Portaria 336 traz como uma das características do CAPS: “estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em diferentes regimes de atendimento; funcionar sob a lógica do território; responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo de assistência” (BRASIL, 2002).

na articulação e no tecimento das redes que cada usuário traz como sua se faz princípio de trabalho.

“A gente sempre montava as equipes e essas pequenas equipes começavam a trabalhar no território para divulgar, para explicar o que era aquele serviço. Porque senão, como iríamos receber as pessoas se a área não conhecesse aquilo, se as comunidades não conhecessem aquilo? O conselho distrital de saúde, os ambulatórios, as associações de moradores, as lideranças comunitárias. Era todo um trabalho de ir conversar, de ir se apresentar, descrever toda a proposta, tudo o que a gente já tinha de experiência em outros lugares, e porque a gente estava propondo aquilo naquele local. Era um trabalho que às vezes durava alguns meses” (Madalena Libério).

“E, então, o que eu pensei. A gente não sabe o que acontece em Campo Grande, em Santa Cruz. Delegavam ao CAPS funções de gestão e tinham coisas que a gestão maior precisava mediar e articular com as gestões locais” (Andrea da Luz).

Diante disso, era fundamental fazer esses serviços, que estavam começando a se articular enquanto uma rede de cuidados no território, conversar.

“Então a ideia era, fazer reuniões mensais chamando todo mundo da rede. A princípio, saúde mental, mas com o convite ampliado para os outros equipamentos. Desenvolvimento social, educação, tinha até guarda municipal. Tinha tudo. A pauta era: resolver problemas relacionados aos portadores de sofrimento mental” (Andrea da Luz).

Foram, então, organizados os primeiros Fóruns de Saúde Mental. Seu objetivo era fazer a rede se ‘mover melhor’, e

“não só nós discutirmos as nossas práticas, mas estarmos abertos a ouvir as dificuldades que a educação, o desenvolvimento social, a guarda municipal tinha com os nossos pacientes. **E isso publicamente, de forma a encontrar soluções públicas, compartilhadas, articuladas e com compromissos que eram decididos ali, naquela reunião**” (Andrea da Luz, grifo nosso).

Com essa prerrogativa de fazer a rede se ‘mover melhor’, os fóruns possibilitaram a organização dos serviços de saúde mental no território a partir das discussões que neles se davam.

“Foi no fórum que começamos a implantar os grupos de recepção. Se o CAPS fazia grupo de recepção, se na emergência estavam começando a fazer grupo de recepção, a porta de entrada em saúde mental tem que ser o grupo de recepção, em qualquer ponta do sistema” (Andrea da Luz).

“Com os fóruns eu deslocava o chefe da emergência do Nise da Silveira a ter que ir lá ao fórum debater casos que estavam saindo da emergência e que precisavam entrar” (Andrea da Luz).

“Eu fazia muito isso, pedia para as equipes trazerem quantas pessoas que eles queriam encaminhar, e ao invés de encaminhar um a um, levava a planilha para o fórum, discutia qual era o caso mais grave e o que ia entrar na semana que vem. Quer coisa mais rápida, mais eficiente e mais eficaz que isso? Não tem. Não existia. Então a gente começou a criar mecanismos extra-formais, da questão de referência e contra-referência” (Andrea da Luz).

Colocada em movimento essa rede, o que vai ser feito, como vai ser feito e como vão ser equacionados os problemas – de forma pública, o que se estabelece não é um método de planejamento, mas uma condição do planejar. O encontro das soluções tem que ser feito em um processo democrático de discussão. É o que o fórum traz.

“Os fóruns faziam com que a gente lotasse melhor, porque a gente observava de perto quem trabalhava melhor tal caso, quem não trabalhava. Inclusive **era um instrumento para se planejar melhor a lotação**, quem estava adequado aqui, quem era mais adequado ali” (Andrea da Luz, grifo nosso).

“Possibilitar que nas áreas onde tivesse uma discussão local, que oferecesse subsídios **para se pensar o planejamento dessas áreas** em termos de recursos humanos, em termos de ações integradas de saúde” (Madalena Libério, grifo nosso).

Os Fóruns tornaram-se um importante dispositivo de gestão ao permitir que os recursos humanos fossem geridos de forma que, para além da necessidade do serviço, o profissional fosse lotado numa unidade à qual tivesse afinidade com o trabalho ali desenvolvido.

Note-se que, quando os entrevistados falam do planejamento parece que não se referem aos processos de cálculo de natureza estratégica que estão colocados em movimento, ou ao tipo de discussão que leva concretamente à organização das ações em cada caso. Esses dois apontamentos não são aparentemente situados como se fosse planejamento. Planejamento é a alocação de recursos humanos, por exemplo.

Entretanto o que podemos inferir do que os entrevistados nos colocam é que existe uma forma de pensamento estratégico muito bem situada, um planejamento sem método, inteligente e consistente, feito em ato.

O processo de solução de problemas não se dá pelo processamento da explicação dos mesmos, independente do local aonde isso vai se feito, conforme diz Carlos Matus. O que temos aqui é que as soluções para as questões da rede têm que ser feitas por um fórum, é fundamental que a discussão seja pública. Isso é imperativo, é o imperativo da arena sobre o método. Tem um processo que vai se

fazendo publicamente, dentro da constituição de uma capacidade que não é dada a priori.

O Fórum de Saúde Mental é, então, uma reunião de planejamento das ações e das práticas de cuidado, não oferecendo um método para tal, conforme nos diz Testa e seu pensar estratégico. Desta forma, o conhecimento técnico do cuidado não é suficiente para dar conta dos problemas de saúde mental trazido pelos diversos atores que compõem essa rede. É preciso dos vários conhecimentos, é preciso construir uma ecologia dos saberes, onde todo mundo participa da construção da conduta a ser tomada.

Além disso, os fóruns possibilitaram que as portas de entrada da rede de saúde mental pudessem ser desenhadas de maneira que o usuário fosse acolhido integralmente em seu sofrimento, que as funções dos equipamentos de saúde na rede pudessem ser discutidas, e soluções públicas para impasses vividos no cotidiano dos serviços puderam ser tomadas neste espaço.

Há, de um lado, o reconhecimento dos vários saberes necessários para a composição dessa rede, dentre os quais alguns nada científicos. E não é esse conhecimento técnico que vai dizer do cuidado, mas é o cuidado que emerge de um conjunto de conhecimentos misturados, onde o conhecimento técnico não desqualifica os outros. Não há um saber privilegiado para tal. Do outro lado, a organização da rede que se quer se faz desde a singularidade do caso, ela não se faz no geral. É um processo contínuo de organização que toma a dimensão do singular como eixo central das ações, e não o generalizável.

É o que nos diz um dos entrevistados:

“Eu acho que **a saúde mental traz como metodologia inovadora na gestão**, é que sem o acompanhamento é impossível você lidar com os casos de saúde mental. E isso a área da saúde nem sempre está acostumada, a acompanhar o caso, **a ver aquele sujeito de forma individualizada**” (Andrea da Luz, grifos nossos).

“Quando a gente discute o caso, a gente discute a entrada e a saída do sujeito dentro do sistema inteiro” (Andrea da Luz).

Isso configura uma tecnologia de trabalho, uma tecnologia do planejamento das ações de cuidado completamente distintas e próprias. O que se produz nesta forma de organização, no plano da singularidade de cada caso, é uma rede de articulações que vai tornando cada vez mais hábil o equacionamento das questões.

A ênfase neste processo não é a busca de um método concreto para a realização das discussões, mas é a instituição deste fórum de discussão. A organização da rede se faz, portanto, com uma articulação dos diversos atores, e o Fórum de Saúde Mental é o instrumento para isso.

“O fórum aproximou a secretaria municipal de saúde e todos os seus equipamentos dos problemas da rede de saúde mental. De fato, esse foi o maior ganho” (Andrea da Luz).

“Os fóruns serviram para redirecionar esse entendimento de que o CAPS era ordenador. A gente passou a não trabalhar mais com esse tipo de entendimento e a trabalhar com a ideia do CAPS como articulador de uma rede, que pudesse transferir seu conhecimento e sua tecnologia para a rede. Ou seja, agir de forma mais solidária com a rede. **Os CAPS tinham que querer que tivessem bons ambulatórios perto dele, tão bons quanto ele**, para ser uma rede acolhedora, e não uma rede fragmentada” (Andrea da Luz, grifo nosso).

Como um desdobramento dos fóruns, a reorganização dos ambulatórios foi fundamental para que a rede de saúde mental, que dava seus primeiros passos no município, pudesse ser de fato mais coesa e acolhedora. Desde o seu início, a Reforma Psiquiátrica ao investir na discussão dos novos dispositivos de cuidado substitutivos ao hospital psiquiátrico, deixou de tratar de um dos importantes equipamentos da rede de saúde mental – o ambulatório. Este foi sempre tratado como o serviço herdado no processo de municipalização do governo federal.

Conforme nos aponta um dos entrevistados,

“**Nós resolvemos mudar o ambulatório a partir de uma discussão pública**. E foi assim que a gente conseguiu mudar, a estratégia que a gente usou foi uma estratégia bem sucedida, sempre entre aspas, porque o ambulatório eu acho que ele continua sendo um nó dentro da rede” (Andrea da Luz, grifo nosso).

“Eu me lembro de uma reunião que eu fiz com os coordenadores de CAPS. Eles queriam me matar. Quando eu comecei a falar, que a gente estava começando a investir nos ambulatórios. Para quê? Eles diziam. ‘O ambulatório não serve para nada, equipamento superado’” (Andrea da Luz).

Os ambulatórios foram implantados nos anos 80, com o objetivo de serem substitutivos ao modelo asilar. Essa solução mostrou-se ineficiente, uma vez que sendo o único dispositivo de cuidado extra-hospitalar neste momento, o ambulatório não foi capaz de reduzir as internações, teve sua clientela de atendimento aumentada em proporções geométricas e “acabou por ser, ele próprio, um indutor da internação e também da fármaco-dependência” (GONÇALVES; BORGES, s/d).

A reordenação dos ambulatórios começa, então, a partir da reorganização da porta de entrada, conforme nos diz Andrea da Luz:

“O que eu chamo de reordenação dos ambulatórios é o seguinte: todos com porta de entrada por grupo de recepção. Aí você vai dizer, grupo de recepção? Não. Às vezes a recepção era uma pessoa para fazer a recepção. É por isso que eu digo que às vezes a gente faz todo um aparato, constrói uma teoria linda, mas às vezes, na prática, só tem uma pessoa. O importante é que essa pessoa saiba fazer desta forma. Ou seja, não agendar diretamente aquele paciente que diz: ‘eu tenho um problema, sou nervoso’” (Andrea da Luz).

Os grupos de recepção tornaram-se dispositivos fundamentais para o acolhimento desse sujeito que chega com seu modo particular de sofrimento.

“Foram implementados como um espaço coletivo de escuta e acolhimento que se constitui como atendimento clínico anterior a qualquer encaminhamento, visando proporcionar uma construção de demanda para tratamento, já que esta chega muitas vezes de maneira generalizada ou inespecífica” (GONÇALVES; BORGES, s/d).

Um dos entrevistados nos aponta uma questão importante com relação aos grupos de recepção e seu processo de trabalho:

“Qual a nossa caixa de ferramentas? Tem lá aquele prédio, cheio de consultórios. Mas a gente não precisa funcionar com agenda, com uma coisa burocrática. A gente pode fazer grupos, a gente pode usar grupo de recepção, a gente pode usar grupo de acolhimento, a gente pode usar grupo terapêutico, a gente pode usar visita domiciliar. Enfim. Podemos usar. Não precisa se prender ao modelo” (Andrea da Luz).

“Você só vai fazer grupo de recepção dimensionando a sua capacidade de absorver. Acabar com fila de espera. Importante ter porta de entrada acolhedora” (Andrea da Luz).

Nesse sentido, a gerência de saúde mental vinha buscando, através da reorganização dos ambulatórios, tornar este mais um dispositivo potente e capaz de acolher os sujeitos em sofrimento, possibilitando que a rede deixasse de ser uma mera concepção de serviços organizados e dispostos num território para ser entendida enquanto “uma forma de conceber e agir o cuidado que, por sua estrutura mesma, articula a ação do cuidado com o que se situa *para fora e para além* dos limites da ação daquele que agencia uma determinada ação.” (ELIA, 2004, p. 02, grifo do autor).

Em todo esse processo analisado, cabe mais uma vez destacar que existem formas de cálculo bastante situadas, que acontecem em ato no próprio cotidiano,

coerentes com as instituições e com os propósitos de transformação advindos do processo de Reforma Psiquiátrica, e que tem vários elementos virtuosos pela ação, sem a sistemática, sem um método que preceda e presida, necessariamente, a ação. E que, por esses motivos, não são localizados no campo tradicional do planejamento em saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do processo historiado nesta dissertação e da análise dos resultados apresentados, merece destaque alguns acontecimentos que consideramos marcos do processo de planejamento em saúde mental no município do Rio de Janeiro. São eles: a constituição do Censo, a articulação entre diversos atores do campo da Reforma Psiquiátrica a nível mundial, e a escolha por uma alternativa de gestão a partir do convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Instituto Franco Basaglia.

O que nos interessa nesse destaque não são tanto os acontecimentos em si, mas o reconhecimento das características dos cálculos que precederam e presidiram as ações ao longo da trajetória da política de saúde mental do município do Rio de Janeiro, ou seja, em termos de Matus, os planejamentos.

Resgatando a discussão já feita, o município do Rio de Janeiro não tinha nenhuma perspectiva de ação no âmbito da assistência psiquiátrica e em saúde mental até a década de 90. Havia um arranjo institucional no qual o Ministério da Saúde com seus hospitais, e o INAMPS com os ambulatórios e as clínicas privadas conveniadas, gerenciavam, cada um na sua alçada de responsabilidade, a atenção psiquiátrica na cidade.

O cenário de atuação política do município nas questões de saúde mental era de um grande esvaziamento. Não havia propostas neste âmbito, e as instituições responsáveis pelo que existia de cuidados em psiquiatria na cidade do Rio de Janeiro – INAMPS e MS num primeiro momento, e depois o Estado – não estabeleciam um diálogo que permitisse o conhecimento da real capacidade instalada dos serviços de saúde dispostos no território municipal. Além disso, não existia uma instância que fosse capaz de aglutinar as informações relativas a essa área.

A criação de uma Gerência de Saúde Mental, a partir da reformulação na estrutura organizacional da SMS, em 1993, foi uma tentativa de criar um lugar institucional que pudesse propor ações em saúde mental. Porém, a existência dessa Gerência não garantia ao município do Rio de Janeiro um poder de intervenção e atuação direta nas questões da assistência psiquiátrica no município.

Com o processo de descentralização, há uma crescente responsabilização por parte dos municípios e o Rio de Janeiro passa a ter, como primeiro eixo de ação na atenção psiquiátrica, a autorização, contratação e cadastramento de prestadores de serviços no setor privado.

Visando abrir ao município do Rio de Janeiro a possibilidade de apropriar-se e intervir sobre os serviços de saúde do seu território, a elaboração e realização do I Censo da População de Internos nos Hospitais Psiquiátricos da Cidade do Rio de Janeiro permitiu a entrada do problema da atenção psiquiátrica e da saúde mental na agenda municipal.

A ideia do Censo enquanto um instrumento indutor de política pública, que cria um território de ação política para o município extremamente potente, na direção da mudança do modelo de cuidado, e a percepção de que realizá-lo poderia construir uma nova institucionalidade para a cidade do Rio de Janeiro é um tipo de cálculo, de natureza estratégica, que precedeu e presidiu uma ação.

Esse cálculo se constitui antes da realização propriamente dita do Censo, uma vez que foi necessário pensar em algumas questões fundamentais – os limites institucionais que estavam colocados para a GSM, quais eram os atores presentes na cena política, a necessidade de construção de argumentos que sustentassem a mudança do modelo de cuidado e a intenção de constituir uma perspectiva de ação para a cidade.

A elaboração do Censo foi uma estratégia pensada pela GSM para permitir ao município novas ações no âmbito da assistência psiquiátrica e em saúde mental, coerentes com as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ao mesmo tempo, o Censo cria argumentos, possibilitando a entrada na Secretaria da ideia de que o município era o responsável pela mudança do modelo de cuidado existente, permitindo a primeira ação que se faz atravessando as instituições – ao entrar em todos os hospitais públicos e privados conveniados ao SUS – e criando uma nova institucionalidade.

A partir dos seus resultados, foi possível construir a estratégia argumentativa com a secretaria de saúde de que a organização dos serviços de assistência psiquiátrica e em saúde mental e o cuidado oferecido por eles eram ineficazes e que se fazia necessário a criação de uma rede de serviços territoriais comunitários. O conhecimento da realidade que os resultados do Censo ofereceram possibilitou uma estratégia de ocupação de território, no qual não cria nenhum poder de comando

hierárquico administrativo, mas cria um mapa que permite ações que curiosamente não foram nos hospitais, nesse momento. Mas foi considerar os dados das internações e dos pacientes internados como elemento que ajudasse na construção de uma rede de CAPS na cidade do Rio de Janeiro.

Com informações relativas ao perfil sócio-econômico e clínico da população internada extraídas do Censo, foi possível à GSM afirmar que a maior parte da clientela que se encontrava nos hospitais psiquiátricos contava com apoio familiar consistente que as permitiam estar no território. Com isso, a estratégia argumentativa quanto à construção de uma rede de serviços de cuidado extra-hospitalares, que pudesse assistir essa população em regime intensivo de atenção diária, começava a ser desenhada.

Uma das primeiras ações nesta direção foi a utilização dos dados relativos ao endereço dos pacientes internados por área programática e a porcentagem da população da cidade do Rio de Janeiro residente por AP para a escolha da área onde seria instalado o primeiro CAPS do município. O cruzamento dessas informações não seria necessário, uma vez que somente a informação a respeito da distribuição da população da cidade por AP, junto ao mapeamento de serviços de saúde mental no território, por si só forneceria elementos para a construção dos CAPS.

Porém, como vimos, mesmo já existindo um pequeno espaço de conversa na SMS para a questão da saúde mental, este não era suficiente para sustentar uma mudança de paradigma e da lógica de cuidado em psiquiatria. A estratégia do uso dos endereços dos pacientes internados somada à distribuição populacional por AP foi fundamental no sentido de produzir argumentos que convencessem o município para a defesa de uma nova agenda para as questões da saúde mental na cidade do Rio de Janeiro e consequente implantação de serviços tipo CAPS.

Durante o processo de elaboração do Censo, um outro cálculo, de natureza igualmente estratégica, pode ser destacado – a articulação entre os diversos atores do campo da Reforma Psiquiátrica a nível mundial, para a consolidação da estratégia argumentativa com a SMS.

Foi fundamental e estratégico para a GSM criar uma rede de apoio informal, externa à secretaria e que se agregasse à estratégia argumentativa traçada, para sustentar a construção de uma base política de apoio à abertura de serviços tipo CAPS no município, uma vez que a rede interna à secretaria oferecia pouca

possibilidade de diálogo. Aliado a essa estratégia, destacamos a elaboração de um número temático da revista Saúde em Foco – uma publicação interna à secretaria de saúde –, na qual foram publicados um conjunto de artigos relacionados às experiências inovadoras do campo da Reforma Psiquiátrica no município do Rio de Janeiro.

A revista, junto a esse conjunto de atores que incluía um representante da OMS, foi de fundamental importância para dar a esse discurso – de mudança de paradigma e do modelo de cuidado existente na cidade – um caráter oficial.

Nesse sentido, diante do entendimento do Censo enquanto um cálculo estratégico, podemos afirmar que ele precedeu e presidiu a ação de transformação da assistência em psiquiatria e em saúde mental no município do Rio de Janeiro. A escolha por uma alternativa de gestão a partir do convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Instituto Franco Basaglia foi outro destaque feito enquanto um acontecimento importante no processo de planejamento em saúde mental no município do Rio de Janeiro, onde um cálculo que precede e preside a ação pode ser identificado.

Essa parceria, que não acontece descolada de todo o processo do Censo, vem como alternativa para solucionar um problema de gestão de recursos humanos por parte da SMS. Além do cenário político difícil, a máquina pública colocava inúmeros impasses com relação à reposição de pessoal no município e à inclusão de alguns profissionais inexistentes no quadro permanente da SMS, fundamentais para a constituição do corpo técnico dos CAPS.

Junto a isso, acrescia-se o marcante vazio sanitário frente a uma grande concentração populacional e a dificuldade, por parte do município, em lotar e fixar profissionais de saúde na zona oeste, uma região distante do eixo centro-zona sul e com o acesso difícil.

Diante disso, a opção por uma alternativa de gestão através de um convênio entre a SMS e uma ONG ofereceria a flexibilidade necessária ao CAPS quanto à administração de pessoal. A administração pública municipal não parecia ser capaz de fixar profissionais na zona oeste, fazendo-o apenas no município. Isso implicava em constantes pedidos de remanejamento para outras regiões da cidade, principalmente dos profissionais de nível superior. A escolha por uma ONG equacionaria esse problema, uma vez que o profissional seria contratado

exclusivamente para trabalhar na zona oeste e, desta forma, não haveria a possibilidade de remanejamentos ou transferências para outras regiões da cidade.

A opção feita pela GSM por um convênio, e não por um contrato, era clara: ter a liberdade de escolher uma ONG que estivesse afinada aos preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A escolha pelo Instituto Franco Basaglia foi imediata - uma ONG que há muito atua no campo da saúde mental pública e da Reforma Psiquiátrica e que tem como mote de trabalho a luta por uma sociedade sem manicômios. A posição do IFB em relação a esse convênio também é bastante clara, conforme a minuta do convênio; em sua cláusula segunda afirma que ao IFB compete a supervisão técnica e ao município o gerenciamento.

Mais uma vez podemos reconhecer aqui que houve um cálculo bastante sofisticado, uma vez que antes de o convênio entre a SMS e o IFB ser firmado existiu um cálculo estratégico, que precedeu e presidiu a ação de transformação da assistência em psiquiatria e em saúde mental no município do Rio de Janeiro.

Tais cálculos são absolutamente fundamentais já que não estão num território tradicionalmente considerado como do campo do planejamento, por serem fortemente estratégicos, uma vez que levam em consideração o cenário político no qual as ações se dariam, os atores que estão colocados, além dos embrolhos das instituições. Também são altamente situados, no sentido da precisão da ação. Esses cálculos não derivam, por exemplo, diretamente das propostas de transformação da assistência colocadas pela Coordenação Nacional de Saúde Mental. Eles não discordam das propostas da coordenação, mas não nascem do deve ser. O processo de construção do Censo leva em conta o deve ser da política nacional, mas analisa e toma como base para as ações as especificidades do município do Rio de Janeiro.

Pudemos observar e é interessante destacar que nesses três casos, os modos de pensar, ou os cálculos que foram feitos, bastante estratégicos, não tinham, a priori, nenhum modo de se calcular. É interessante fazer essa distinção porque poderíamos imaginar que em muitas das formas de planejamento comuns, este é um cálculo no qual existe um método que precede e preside o cálculo. Porém, não é possível reconhecer, nos cálculos destacados neste trabalho, um método que precede e orienta o cálculo. O que temos é um cálculo, extremamente sofisticado, que precede e preside a ação.

Note-se: o que foi feito em todo esse processo não pode ser caracterizado como improvisação. Existe um pensamento, uma articulação, há um pensar estratégico que orienta toda a ação. Mas tampouco tem um método que orienta o cálculo. Não se aplicou um método para a análise da realidade, os atores simplesmente analisaram, com os recursos que lhe eram disponíveis.

O tipo de raciocínio feito na elaboração do Censo e na opção pelo convênio com o Instituto Franco Basaglia tem características que lembram o pensamento de Mario Testa, uma vez que nos cálculos identificados acima houve uma análise prévia da condição política que estava colocada para a GSM, qual era a perspectiva da SMS quanto a questão da saúde mental, qual era a direção da Coordenação Nacional, do que se tinha de instituições e atores, e sobretudo do que não tinha, e por isso a criação desses cálculos. Testa sugeria que os métodos se desenvolvessem a partir da análise de condições concretas, ou seja, que eles fossem pensados em seu momento histórico.

O Fórum de Saúde Mental talvez seja algo mais concreto em relação a essas semelhanças porque ele gerou um método de discussão e construção de rede. Este é outro acontecimento que gostaríamos de destacar do processo historiado.

O Fórum de Saúde Mental foi organizado como estratégia para fazer com que os novos serviços de saúde mental, que começavam a se articular enquanto uma rede de serviços de saúde, dialogassem. Seu propósito principal era fazer reuniões mensais convidando todos os dispositivos que compunham a rede de serviços de saúde mental, ampliando para todos aqueles que, de alguma forma, fossem atravessados pela clientela prioritária do campo da saúde mental – assistência social, educação, guarda municipal. Havia uma direção de trabalho clara: resolver problemas relacionados aos portadores de sofrimento mental.

O método do fórum não pode ser considerado rígido, pois o encontro das soluções para os problemas relacionados aos portadores de sofrimento mental é feito a partir de um processo democrático de discussão, a maneira como as discussões serão conduzidas não está definida, vai ser tirada dali, no ato da discussão. Há um imperativo da arena sobre o método.

Porém ele tem uma metodologia de trabalho, existe um modo de fazer o planejamento do cuidado. A arena de discussão e os atores que o compõem são definidos a priori. Ele não vai mais além. Tem um *modus operandi* do Fórum, é o

desenho de um esboço metodológico, mas que não pretende dizer cada etapa, enrijecer, normatizar.

O que os acontecimentos que destacamos aqui trazem à tona é a possibilidade de abrir mão dos métodos num processo de planejamento, no qual nem todo cálculo precisa de um método sistemático que lhe anteceda. Se de um lado temos mais do pensamento estratégico, é um pensamento estratégico que não necessariamente produz métodos. Se de outro lado temos formas de cálculo que precedem e presidem a ação, é um tipo de cálculo que não necessariamente tem um método que o orienta a priori.

Esses cálculos não foram feitos lançando mão de qualquer método conhecido. Não tinha um método a priori que os atores tomaram e que orientaram as análises. A análise foi simplesmente feita pelos atores e desta análise produziu-se as ações. O que vemos aqui é que a realização do cálculo que precede e preside a ação não parece exigir necessariamente a existência de um método, uma sistemática definida a priori, mas ela leva em conta a realidade, os atores envolvidos.

Podemos dizer que houve um pensamento, um tipo de cálculo, um raciocínio, que precedeu e orientou a ação com formas de cálculos bastante sofisticadas, que precedem e presidem a ação, e que, portanto, são importantes de serem reconhecidas. Esse tipo de cálculo, que aqui foi destacado, não parece ser o que chamamos tradicionalmente de planejamento.

A análise feita aqui tem uma vivacidade e uma concretude tamanhas que talvez somente trazendo os relatos dos atores e destacando os tipos de cálculo feitos, possamos desenvolver um conhecimento sobre essa experiência planejadora que quase dispensa os métodos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis. *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. 137p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 20 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120p.

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. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(2): 456-468, fev. 2008.

_____. *Políticas de Saúde Mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes à Reforma Psiquiátrica*. 2007. 261 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

BRASIL. Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841. “Fundando hum Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo”. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-82-18-julho-1841-561222-publicacaooriginal-84711-pe.html>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

_____. Decreto nº 24559, de 03 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, à fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2001*. 2 ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 110 p.

_____. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf. Acesso em: 20 nov. 2011.

_____. *Projeto de Lei nº 3657*, de 12 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/internet/plenario/result/redfin/PL%203657-89%20Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20prote%C3%A7%C3%A3o%20e%20os%20direitos%20das%20pessoas%20portadoras%20de%20transtornos%20mentais%20>>

[e%20redireciona%20o%20modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental..htm](#)>. Acesso em: 20 nov. 2011.

CERQUEIRA, Paula e cols. O Censo da população internada em hospitais psiquiátricos no município do Rio de Janeiro. *Jor. Bras. Psiq.*, Rio de Janeiro, 1995.

COLISTETE, Ricardo Perim. O desenvolvimento cepalino: problemas teóricos e influências no Brasil. *Estudos Avançados*, São Paulo, 15(41): 21-34, 2001.

COMISSÃO Econômica para a América Latina e para o Caribe (CEPAL). Apresenta informações, documentos, livros e publicações da CEPAL no Brasil. Disponível em: <<http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/brasil/noticias/paginas/2/5562/p5562.xml&xsl=/brasil/tpl/p18f.xsl&base=/brasil/tpl/top-bottom.xsl>>. Acesso em: 03 jul. 2011.

DELGADO, Pedro Gabriel. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco na Brasil*. Rio de Janeiro: Te-Corá, 1992.

_____. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. In: SAÚDE MENTAL: A ÉTICA DO CUIDAR. *Saúde em Foco*. Rio de Janeiro, n. 16, ano VI, nov. 1997. Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. p. 41-43.

EDITORIAL. In: SAÚDE MENTAL: A ÉTICA DO CUIDAR. *Saúde em Foco*. Rio de Janeiro, n. 16, ano VI, nov. 1997. Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. p. 02.

ELIA, L.F. *A rede de atenção na saúde mental – articulações entre CAPS e ambulatórios*. Texto apresentado no Encontro do Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil. Brasília, 17 e 18 de dezembro de 2004.b

FAGUNDES, Hugo Marques; LIBÉRIO, Madalena Amado. A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro: estratégias de construção e desconstrução. In: SAÚDE MENTAL: A ÉTICA DO CUIDAR. *Saúde em Foco*. Rio de Janeiro, n. 16, ano VI, nov. 1997. Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. p. 30-35.

FISCHER, Tânia (org.). *Poder local, governo e cidadania*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993. 308p.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura*. 9 ed. São Paulo: Perspectiva, 2010. 551p.

GIOVANELLA, Lúgia. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 6(2): 129-153, abr/jun 1990.

GOMES, Maria Paula Cerqueira. *A política de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro*. 1999. 319p. Tese (Doutorado em psiquiatria e saúde mental). Instituto de Psiquiatria – IPUB/UFRJ. Rio de Janeiro.

GONÇALVES, Fernanda Soares; BORGES, Raquel Motta. *Prioridades ambulatoriais: pactos com a rede e pactos com o sujeito*. s/d. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/prisma/images/stories/Docs/gt4/Prioridades_ambulatoriais.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2012.

GSM/SMS/RJ. 1995a. *Projeto de Implantação de Centros de Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Documento Interno/SMS.

INSTITUTO Franco Basaglia (IFB). Apresenta informações, documentos, livros e publicações do Instituto Franco Basaglia. Disponível em: <<http://www.ifb.org.br/>>. Acesso em: 03 jan. 2012.

LUZ, M.T. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.p. 85-95.

MATTOS, Ruben Araujo de. O processo de construção conceitual do método CENDES/OPAS. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 46: 1-40, 1993.

_____; ROBAINA, Jaqueline Rodrigues; SIQUEIRA, Natalia Netto. Planejamento, avaliação e pactuação: algumas reflexões sobre o processo de pactuação a partir do Pacto de Indicadores da Atenção Básica. In: *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. PINHEIRO, Roseni; JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva; MATTOS, Ruben Araujo de. (org.). Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. 180p.

_____. (Re)visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(5): 2327-2336, 2010.

MATUS, Carlos. Carlos Matus e o planejamento estratégico-situacional. In: URIBE RIVERA, Francisco Javier (org.); TESTA, Mario; MATUS, Carlos. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.p. 105-149.

MATUS, Carlos. *Política, planejamento & governo*. Brasília: IPEA, 1993.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Formulación de Políticas de Salud*. Centro Panamericano de Planificación de la Salud: Santiago, 1975.

_____. *Problemas Conceptuales y Metodologicos de la Programación de la Salud*. Washington: OPS/CENDES, 1965 (Publicaciones científicas 111).

REIS, Valéria Lagrange Moutinho dos. *A Reforma Psiquiátrica no Município do Rio de Janeiro: Perspectivas e Impasses*. 1996. 92p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

RIETRA, Rita de Cássia Paiva. *Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro*. 1999. 125p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. *Lei Orgânica do Município*. 2 ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Procuradoria Geral do Município, 2010. 224p.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, 9(1): p. 25-59, jan.-abr. 2002.

TERTO, Adilson et al. Relatório técnico dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II) – Secretaria Municipal de Saúde – SMS/Rio-Gerência de Saúde Mental. Rio de Janeiro, 2008.

TESTA, Mario. Mario Testa e o pensamento estratégico em saúde. In: URIBE RIVERA, Francisco Javier (org.); TESTA, Mario; MATUS, Carlos. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.p. 57-104.

UHR, D. *Atenção Psicossocial, clínica ampliada e território: a Reforma Psiquiátrica e os novos serviços de saúde mental*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro – IMS/UERJ. Rio de Janeiro.

URIBE RIVERA, Francisco Javier. Planejamento de Saúde na América Latina: revisão crítica. In: URIBE RIVERA, Francisco Javier (org.); TESTA, Mario; MATUS, Carlos. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.p. 11-55.

ANEXO A – Roteiro da Conversa Guiada

- 1) Qual a sua inserção no campo da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro?
- 2) Quais os marcos que você considera importantes na trajetória da política de saúde mental desta cidade?
- 3) Quais as experiências de planejamento importantes que você destacaria?
- 4) Dentre os atores fundamentais no processo de planejamento em saúde mental no município do Rio de Janeiro, quem você me indicaria a entrevistar?
- 5) Você tem algo a mais a dizer, que considera importante e não tenha sido contemplado nesta entrevista?

Anexo B – Roteiro da Entrevista

- 1) Qual a sua formação? Como você chegou até o cargo que ocupava a época da coordenação de saúde mental? Como foi o convite?
- 2) Quanto tempo você ficou no cargo e porque saiu? Como foi essa saída?
- 3) Qual era, em sua opinião, a situação da saúde mental no município na sua chegada ao cargo?
- 4) Havia por parte da secretaria de saúde uma encomenda específica para a área de saúde mental?
- 5) Como era a organização administrativa e técnica da coordenação à época de sua chegada?
- 6) Quem eram os principais interlocutores na sua gestão? Como era o diálogo com a coordenação estadual e o governo federal, especificamente nesta área? E no âmbito da saúde em geral?
- 7) Havia, nesta época, diagnósticos em saúde mental? Existiam dados que subsidiaram o seu trabalho? Quais foram os instrumentos de gestão utilizados? Como se definiam as estratégias e as ações? Houve produção de documentos? Como era feito o acompanhamento das ações?
- 8) Qual seria o poder de decisão do coordenador de saúde mental? Inserir propostas políticas? Escolher caminhos políticos?
- 9) Qual o espaço de liberdade dado aos técnicos para criar propostas?
- 10) Quais foram os pontos bem sucedidos e os obstáculos que você localiza no período em que esteve na gestão?
- 11) Você tem algo a mais a dizer, que considera importante e não tenha sido contemplado nesta entrevista?

Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Conversa Guiada

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “A experiência de planejamento em saúde mental na Cidade do Rio de Janeiro: um planejamento sem métodos?”, desenvolvida por Ana Maria Quintela Maia como parte da dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – IMS/UERJ. O objetivo geral do estudo é analisar como se deu o planejamento no processo de reforma psiquiátrica no município do Rio de Janeiro.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista à pesquisadora responsável pelo projeto. Esta entrevista será orientada por um roteiro e o anonimato dos entrevistados será preservado. Cabe dizer que as entrevistas serão gravadas e transcritas, visando facilitar o processamento do material. Entretanto você pode solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista.

O convite para a sua participação decorre de sua inserção na política de saúde mental do município do Rio de Janeiro. Neste formulário, você poderá optar pelo anonimato, ou permitir a sua identificação no relatório da pesquisa, bem como a menção do seu nome após as citações desta entrevista.

O material obtido (gravação e folhas de transcrição) e a análise dos resultados serão de uso exclusivo da pesquisadora responsável. E você poderá se recusar a participar da pesquisa e abandonar o procedimento em qualquer momento sem penalização ou prejuízo para quem quer que seja. Sua participação é voluntária e não trará nenhum privilégio de caráter financeiro ou de qualquer outra natureza.

Ressaltamos que sua participação como colaborador trará imensa contribuição para a compreensão da política de saúde mental do município do Rio de Janeiro. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo, através dele, tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, em qualquer momento.

Ana Maria Quintela Maia – Mestranda IMS/UERJ

Contatos:

Pesquisadora responsável

Ana Maria Quintela Maia
E-mail: aninhaquintela@yahoo.com.br
Tel.: (0xx) 21 8645-4455

Orientador

Ruben Araujo de Mattos
E-mail: rubenm@uol.com.br
Tel.: (0xx) 21 2334-0472

Endereço:
Instituto de Medicina Social
Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar / blocos D e
E, e 6º andar / bloco E, Maracanã, Rio de Janeiro CEP 20550-900.

Comitê de Ética em Pesquisa do IMS

http://www.ims.uerj.br/i_comite_inicial.php

Tel.: (0xx) 21 2334-0235 ramal 108

Endereço:

Instituto de Medicina Social

Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar / blocos D e
E, e 6º andar / bloco E, Maracanã, Rio de Janeiro CEP 20550-900.

Declaro que entendi o objetivo desta pesquisa e as condições de minha
participação e concordo em participar. Ademais:

- Autorizo a minha identificação no estudo.
- Não autorizo a minha identificação no estudo.

Assinatura do participante

Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Entrevista

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “A experiência de planejamento em saúde mental na Cidade do Rio de Janeiro: um planejamento sem métodos?”, desenvolvida por Ana Maria Quintela Maia como parte da dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – IMS/UERJ, orientada pelo professor Ruben Araujo de Mattos. O objetivo geral do estudo é analisar como se deu o planejamento no processo de reforma psiquiátrica no município do Rio de Janeiro.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista à pesquisadora responsável pelo projeto. Cabe dizer que as entrevistas serão gravadas e transcritas, visando facilitar o processamento do material. Entretanto você pode solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista.

O convite para a sua participação decorre de sua inserção na política de saúde mental do município do Rio de Janeiro. Neste formulário, você poderá optar pelo anonimato, ou permitir a sua identificação no relatório da pesquisa, bem como a menção do seu nome após as citações desta entrevista.

O material obtido (gravação e folhas de transcrição) e a análise dos resultados serão de uso exclusivo da pesquisadora responsável. E você poderá se recusar a participar da pesquisa e abandonar o procedimento em qualquer momento sem penalização ou prejuízo para quem quer que seja. Sua participação é voluntária e não trará nenhum privilégio de caráter financeiro ou de qualquer outra natureza.

Ressaltamos que sua participação como colaborador trará imensa contribuição para a compreensão da política de saúde mental do município do Rio de Janeiro. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo, através dele, tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, em qualquer momento.

Ana Maria Quintela Maia – Mestranda IMS/UERJ

Contatos:

Pesquisadora responsável

Ana Maria Quintela Maia

E-mail: aninhaquintela@yahoo.com.br

Tel.: (0xx) 21 8645-4455

Orientador

Ruben Araujo de Mattos

E-mail: rubenm@uol.com.br

Tel.: (0xx) 21 2334-0472

Endereço:
Instituto de Medicina Social
Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar / blocos D e
E, e 6º andar / bloco E, Maracanã, Rio de Janeiro CEP 20550-900.

Comitê de Ética em Pesquisa do IMS

http://www.ims.uerj.br/i_comite_inicial.php

Tel.: (0xx) 21 2334-0235 ramal 108

Endereço:

Instituto de Medicina Social

Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar / blocos D e
E, e 6º andar / bloco E, Maracanã, Rio de Janeiro CEP 20550-900.

Declaro que entendi o objetivo desta pesquisa e as condições de minha
participação e concordo em participar. Ademais:

- Autorizo a minha identificação no estudo.
- Não autorizo a minha identificação no estudo.

Assinatura do participante

Anexo E – Minuta do convênio entre o Instituto Franco Basaglia e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Minuta

CLÁUSULA PRIMEIRA - O CONVÊNIO PARA COOPERAÇÃO TÉCNICA E CIENTÍFICA QUE, ENTRE SI, CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, E O INSTITUTO FRANCO BASAGLIA PARA IMPLANTAÇÃO DE CAPs. - SAÚDE MENTAL - EM SANTA CRUZ E CAMPO GRANDE.

O Município do Rio de Janeiro, doravante denominado simplesmente MUNICÍPIO, através da Secretaria Municipal de Saúde, neste ato representada por seu titular, Dr. RONALDO LUIZ GAZOLLA, de um lado, e do outro o INSTITUTO FRANCO BASAGLIA, entidade sem fins lucrativos, de natureza cultural e científica, fundada em 21 de setembro de 1989, CGC/MF 40.323.198/0001-69, com sede na rua Venceslau Brás, 65 / 3º andar - Botafogo - Rio de Janeiro/RJ, doravante designado simplesmente INSTITUTO, representado pelo Prof. PEDRO GABRIEL DELGADO, na qualidade de Presidente, tendo em vista o que consta do processo 09/016477/98, firmam o presente CONVÊNIO para COOPERAÇÃO TÉCNICA E CIENTÍFICA que se rege, no que tange às formalidades e requisitos administrativos, pelo Decreto nº 3221, de 18 de setembro de 1981, que baixou o Regulamento Geral do Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (RGCAF), pela Lei Federal nº 8666, de 21 de junho de 1993, alterada pela Lei nº 8883, de 08 de junho de 1994, pela Legislação Municipal aplicável a espécie bem comum pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - (DO OBJETO) - O presente instrumento estabelece as normas básicas e condições gerais que regularão as relações de Mútua Cooperação Técnica e Científica entre o MUNICÍPIO, através da Secretaria Municipal de Saúde, e o INSTITUTO, para realização do PROJETO DE CRIAÇÃO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (anexo I) que implica, de imediato, o funcionamento de dois polos, denominados CAPs, um deles localizado em Santa Cruz, junto ao CMS LINCOLN FREITAS FILHO, e o outro em Campo Grande, junto ao PAM e integrado ao ambulatório de PSIQUIATRIA.

CLÁUSULA SEGUNDA - (DAS COMPETÊNCIAS) - Para o funcionamento dos CAPs ficam estabelecidos as seguintes competências:

A - Ao MUNICÍPIO compete o Gerenciamento.

B - Ao INSTITUTO compete a supervisão Técnica.

CLÁUSULA TERCEIRA - (DO COMPROMISSO) - Para a execução plena deste CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA E CIENTÍFICA, as partes comprometem-se, respectivamente:

I - O MUNICÍPIO a:

- 1 - Assumir e executar a manutenção do mobiliário, do instrumental e dos equipamentos em uso dos CAPs;
- 2 - Compor, nas proporções convenientes, as equipes técnico-operacionais mistas necessárias ao funcionamento de cada CAPs;
- 3 - Repassar, de acordo com a Planilha de Custos (anexo

II), ao INSTITUTO, os valores estabelecidos como correspondentes às despesas mensais com pessoal técnico especificamente contratado, integrante das equipes técnico-operacionais mistas;

4 - Designar, dos quadros próprios, os profissionais que farão o Gerenciamento das atividades dos CAPs.

II - O INSTITUTO a:

1 - Contratar, administrar e direcionar os profissionais necessários à composição das equipes técnico-operacionais mistas;

2- Executar a Supervisão Técnica das atividades dos CAPs;

3 - Abrir conta bancária específica, no BANCO DO BRASIL, para recebimento das importâncias a serem repassadas pelo Município;

4 - Apresentar, trimestralmente, à Gerência de Programas de Saúde Mental, relatório documentado de prestação de contas referentes a recebimentos, pagamentos e saldo de valores dos repasses efetuados pelo MUNICÍPIO.

PARAGRAFO UNICO - O Gerente de cada CAPs e o Supervisor Técnico, elaborarão conjuntamente, RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO mensal, das atividades desenvolvidas, que será, formalmente, encaminhado à Gerência de Programas de Saúde Mental da Coordenação de Programas de Atendimento Específico, da Superintendência de Saúde Coletiva, da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA QUARTA - (DA DESPESA DOS RECURSOS FINANCEIROS) - O Custo mensal estimado para custeio das despesas

de pessoal assumidas neste Convênio é de R\$ 60.439,50 (sessenta mil quatrocentos e trinta e nove reais e cinquenta centavos), que é a soma das folhas de pessoal dos CAPs de Santa Cruz e de Campo Grande, de acordo com a Planilha de Custos (anexo II).

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O custo total estimado ao Projeto para 12 (doze) meses é de R\$ 725.274,00 (setecentos e vinte e cinco mil duzentos e setenta e quatro reais) e a despesa correrá à conta do Programa de Trabalho 180313754284556, código de Despesa 31320900, do Orçamento de Secretaria Municipal de Saúde, devidamente autorizada através da Nota de Autorização de Despesa Nº.....de.....

PARÁGRAFO SEGUNDO - Os Valores correspondentes aos valores dos repasses mensais serão oportunamente empenhados.

CLÁUSULA QUINTA - (DA VIGÊNCIA) - O presente Termo de Compromisso de Cooperação Técnica e científica terá vigência de.....a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, mediante comum acordo entre as partes, caso permaneça o interesse da Secretaria Municipal de Saúde na continuidade do Projeto.

CLÁUSULA SEXTA - (DA ALTERAÇÃO) - Para a execução plena do Projeto aqui tratado, as partes poderão efetuar alterações, se e quando necessárias ao aprimoramento deste Convênio por meio de Termos Aditivos.

CLÁUSULA SÉTIMA - (DA RESCISÃO) - O presente instrumento poderá ser rescindido, por decisão unilateral de qualquer das partes, por inadimplemento de qualquer de suas cláusulas, mediante manifestação escrita de vontade à outra, ou ainda, pelo advento de

norma legal ou administrativa que o torne material ou formalmente inexecutável.

CLÁUSULA OITAVA - (DA PUBLICAÇÃO) - O Instituto, às suas expensas, fará publicar, em extrato, no D.O. Rio, o presente instrumento, no prazo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA NONA - (DA AUDITORIA) - O Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, remeterá, no prazo legal, cópias deste instrumento ao Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro e à Gerência Setorial de Contabilidade e Auditoria.

CLÁUSULA DEZ - (DA INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO) - A participação de profissionais contratados pelo Instituto, e portanto estranhos aos quadros do funcionalismo municipal, no desenvolvimento do Projeto como integrantes das equipes técnico-operacionais mistas, não criará, para eles, qualquer vínculo empregatício com o Município que, por isso mesmo, não responderá por indenizações de natureza trabalhista, securitária, previdenciária ou fiscal que possam, eventualmente, vir a ser reclamadas com base nessa participação.

CLÁUSULA ONZE - (DO FORO) - Eventuais conflitos derivados da execução deste instrumento serão dirimidos pela Justiça Estadual, Circunscrição Judiciária do Rio de Janeiro/RJ, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que possa ser.

E, por estarem assim de acordo, mandaram editar o presente CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA E CIENTÍFICA, cujos originais constituirão as fls..... do Livro..... de Registro de Convênios em Folhas Soltas da Secretaria Municipal de Saúde, que.

epois de lido e achado conforme, é assinado e rubricado pelos representantes das partes e pelas testemunhas.

Rio de Janeiro,.....de.....de 1998

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

RONALDO LUIZ GAZOLLA
Secretário Municipal de Saúde

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA

PEDRO GABRIEL DELGADO
Presidente

PROJETO CAPS

Testemunhas:

1).....

2).....

MMN/VGE/IMP/CAPELCC