

COLÔNIA JULIANO MOREIRA: O RESGATE DE UM COMPROMISSO COM A DIGNIDADE HUMANA*

CELINA MARIA TURCHI MARTELLI**

CÉSAR VICTOR DUARTE***

LUIS CARLOS WANDERLEY LIMA****

MARISA DE FREITAS MELRO SARDINHA*****

1. *Apresentação*; 2. *Aspectos históricos da assistência psiquiátrica no Brasil*; 3. *Proposta político-assistencial*; 4. *Uma nova estrutura organizacional*; 5. *Conclusões*.

1. *Apresentação*

São reconhecidamente escassos os conhecimentos produzidos na área de administração pública de saúde, motivo pelo qual acreditamos ser relevante a divulgação de uma experiência nesse setor. Ousamos, inclusive, creditar-lhe uma importância, talvez pretenciosa, como exemplo típico de uma realidade comum ao restante das instituições do mesmo gênero no país.

Trata-se, a nosso ver, de uma experiência original e fascinante, à qual dedicamos o nosso melhor e mais sincero entusiasmo, mesmo com o risco de nos afastarmos da isenção e do não-envolvimento, característicos dos trabalhos analíticos, mas, fundamentalmente isento e distante, quem há de ser ou querer?

O objetivo primeiro deste estudo é, portanto, divulgar o trabalho que se desenvolve numa unidade hospitalar da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam)/Ministério da Saúde (MS), a Colônia Juliano Moreira (CJM), instituição psiquiátrica com característica marcadamente asilar.

A tentativa de análise organizacional a ser desenvolvida está baseada na concepção de modelagem organizacional contida em Jay Galbraith.¹ A partir dela, procuraremos avaliar a estrutura administrativa passada e a atual da CJM — que se interpenetram, pois a Colônia vive ainda um momento de transição — e assim propor uma alternativa de modelagem que seja adequada à nova realidade da instituição.

* Trabalho elaborado sob a orientação do Prof. Biano Scelza Cavalcanti, da Escola Brasileira de Administração Pública (EBAP), e apresentado no I Curso de Especialização em Administração Pública para o Setor Saúde (disciplina: análise organizacional: modelos, estratégias e contingências), em fevereiro de 1984.

** Médica sanitarista. Organização dos Serviços de Saúde do Estado de Goiás (Osego)/Secretaria de Saúde de Goiás.

*** Médico. Colônia Juliano Moreira/Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam)/Ministério da Saúde (MS).

**** Médico sanitarista. Centro Psiquiátrico Pedro II/Dinsam/MS. (Endereço do autor: Rua São Francisco Xavier, 405/604 — 20.550 — Tijuca — Rio de Janeiro, RJ.)

***** Enfermeira.

¹ Galbraith, Jay. *Organization: design*. Massachusetts, Addison Wesley, 1977.

2. Aspectos históricos da assistência psiquiátrica no Brasil

Situada no município do Rio de Janeiro, em sua Área de Planejamento n.º 4 (AP-4), que compreende as XVI e XXIV Regiões Administrativas (respectivamente Barra da Tijuca e Jacarepaguá), a Colônia Juliano Moreira ocupa uma área de 7 milhões de metros quadrados, e tem como sua população de referência (clientela) um total aproximado de meio milhão de pessoas.

Essa “cidade” travestida de instituição de saúde tinha como objetivo, quando da sua criação, a assistência psiquiátrica terciária (nível hospitalar e custodial) e, como a própria denominação — Colônia — permite antever, numa pobre analogia com o sistema penitenciário, para ela eram encaminhados os pacientes considerados sem solução: aqueles pacientes crônicos por obra e graça da gravidade de suas doenças, ou então tornados crônicos pelos caprichos terapêuticos da teoria psiquiátrica da época. Fosse qual fosse o motivo, o certo é que, esgotadas as outras formas de tratamento, os indivíduos ditos irrecuperáveis deveriam “pagar suas contas” à sociedade, que, como se sabe, extremamente zelosa de seus preceitos, agiu sempre com o máximo rigor contra aqueles que por motivação ideológica, ou mesmo inadvertidamente, enquanto hóspedes transitórios da loucura, pudessem levar a questionar suas práticas e, com isso, pôr em risco a lógica de suas estruturas sociais.

A forma de pagamento escolhida, como era de se esperar, tinha a chancela da imparcialidade, da neutralidade e da certeza científica; assim amparada, podia a sociedade, através da instituição médica, pôr em prática seus mecanismos de controle social sobre esses indivíduos. Cumprido o ritual, estava-se livre para seqüestrar o paciente do seu trabalho, da sua família, enfim, do seu meio social de origem. O prazo desse seqüestro se confundia um pouco com o resgate, não exigido, porém implícito, que era a própria existência, pois a esmagadora maioria dos pacientes de lá só saía no último momento, com a morte.

Tal medida, dificilmente distinguível de uma punição, torna-se legítima pelo obstinado desafio às rígidas normas e regras de comportamento social, ao qual se dedicavam, cotidianamente, essas criaturas, desde que nelas se instalara o “desvio da normalidade”.

Antes que pudessem ameaçar as instituições ou servir de maus exemplos para outrem, esses exemplares raros, singulares, da espécie humana que, por desinteresse para com a ciência médica ou por degeneração de ordem moral — já que a loucura era considerada uma questão individual, falha de caráter, defeito da personalidade, negando-se, inclusive, a interveniência de variáveis outras como, por exemplo, as sociais — se recusavam a colaborar, não respondendo favoravelmente aos intensos esforços terapêuticos despendidos, deveriam ser retirados do convívio em sociedade. E nesse confinamento, longe dos olhos e da curiosidade humanas, deveriam sofrer, entre outros, o “tratamento moral” a que faziam jus pelo inusitado comportamento.

Uma outra interpretação (não excludente) para esses fatos envolveria a hipótese de que a impotência diante da loucura era sensação excessivamente incômoda, e com ela mentes (autoridades e psiquiatras) tão iluminadas e de tão incontrastável saber e poder, legitimamente assentados nas ciências e nas leis, não poderiam conviver. Portanto, essa solução, além de atenuadora de possíveis tensões sociais, contemplava também os receios, inseguranças e o total desconhecimento da comunidade científica sobre a doença mental. Melhor mesmo, então, era esconder as provas por demais evidentes da falência de um saber psiquiá-

trico pretensamente onisciente, mas que teimava em se revelar ineficaz, insuficiente e, acrescentaríamos, anacrônico, quem sabe até insano.

Dito dessa forma, a utilização de termos como punição, seqüestro e incompetência psiquiátrica pode parecer exagerada, talvez até desviante; mas como entender e aceitar a eleição de tamanho isolamento e segregação, de tão sofisticado mecanismo de desestruturação da individualidade e de violação da intimidade do ser humano, como um ato terapêutico? De que maneira encarar a perda completa da cidadania a que se vê submetido compulsoriamente o doente mental internado num hospício com essas características, como fruto, se não do conhecimento psiquiátrico, pelo menos da compaixão humana? Não há boa-fé ou respeito à ciência que possa justificar que — tendo sido diagnosticada (certa ou erradamente) “a perda total dos laços com a realidade”, “a falta de lógica na estruturação do pensamento”, “a ausência total dos mínimos sinais de auto-determinação” — possam ser propostos, como tratamento, exatamente a reclusão, o alheamento dessa mesma realidade, o rompimento com o que ainda poderia restar de ligação com a saúde mental.

Esse emaranhado de preconceitos, contradições, ambigüidades e, sobretudo, de ignorância quanto à gênese e o tratamento da doença mental foram e, em certa medida, ainda hoje o são, os fundamentos sócio-político-culturais e científicos do surgimento das colônias de alienados do tipo da que estamos nos referindo, enfeixando na sua simples descrição um autêntico diagnóstico de uma época do conhecimento psiquiátrico.

3. *Proposta político-assistencial*

Vivem, atualmente, no interior da CJM, cerca de 6 mil pessoas, entre pacientes (2.600) e moradores (3 mil, distribuídos por 700 residências e entre os quais se encontram atuais e ex-funcionários, seus familiares, além de pessoas que absolutamente nada têm ou tiveram a ver com a instituição). Os moradores da CJM não pagam impostos, aluguéis, contas de água e luz ou quaisquer outros tipos de taxas. Esse fato e esse perfil de população interna, como era de se prever, faz com que coexistam na CJM interesses os mais diversos, inclusive o de como se apropriar e se utilizar desses benefícios e do próprio espaço físico da CJM. Pode-se imaginar a complexidade administrativa que representa dirigir essa instituição, como se torna difícil atender a interesses tão diferentes, às vezes até antagônicos, quando se sabe que para manter e se responsabilizar pelos pacientes a CJM dispunha de uma dotação orçamentária anual proveniente do Ministério da Saúde que sequer arranhava o montante de suas reais necessidades. Vale lembrar que os problemas e dificuldades que a Colônia enfrenta em termos de manutenção de sua infra-estrutura são comparáveis aos que tem pela frente a prefeitura de uma cidade de pequeno porte.

Em meio a esse quadro administrativo complexo e a uma proposta assistencial reconhecidamente ultrapassada, uma conjunção de fatores, em meados de 1980 (um deles, uma reportagem de televisão sobre a miserável e desumana condição de vida dos pacientes da CJM, chocou e mobilizou as consciências da classe média nacional, pois o programa foi retransmitido via Embratel), redundou na tentativa da cúpula do Ministério da Saúde de responder às pressões a que se

viu submetida diante dos fatos que lá ocorriam e, sobretudo, da sua fantástica divulgação global. A partir daí, a CJM começa a viver um outro período da sua longa história de “cidadela da loucura”, “guardiã eterna e inexpugnável” das evidências mais constrangedoras e aberrantes do grau de “degenerescência” a que pode chegar a espécie humana.

Outro fator a ser considerado, e ao qual não se poderia deixar de conferir extrema importância, era a crise político-econômica e social, que começava a vazar incontrolavelmente para a sociedade civil, após anos e anos de repressão e censura à imprensa. Paralelamente à abertura, consolidava-se o processo de abrandamento dos mecanismos de controle da livre circulação e divulgação das notícias e informações. Esse fato, aliado aos intensos efeitos dessa crise, refletiram-se diretamente sobre o setor saúde, fazendo com que fosse necessário às instâncias ministeriais (Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social) dar uma resposta mesmo que parcial à opinião pública, intervindo na instituição no intuito de minorar a angustiante, dramática e desumana realidade de vida e morte da Colônia Juliano Moreira.

Diante disso, foram então alocados recursos para que se pudesse elaborar um diagnóstico sumário da situação e, a partir daí, apresentar um elenco de medidas alternativas, que pudessem iniciar um processo de recuperação da instituição. Estavam dadas, pois, as condições para que se colocasse uma cunha no centro desse processo hegemônico de um conservadorismo imutável, de lógicas e procedimentos extremamente arraigados e que, durante anos, fez da discricção, do distanciamento e das sombras a sua principal arma de sobrevivência. Dessa mobilização, surge uma nova política assistencial para a Colônia, certamente muito mais ousada e muito mais ambiciosa do que gostariam alguns daqueles que permitiram fosse deflagrado esse processo. Era inevitável. Quando se cria condições para o questionamento científico e mesmo ideológico de filosofias assistenciais ou outras, quando se cria espaços de atuação política, abrem-se, paralelamente, perspectivas que tornam difícil prever a amplitude do processo desencadeado e, sobretudo, a eficiência de eventuais mecanismos de controle.

A referida política assistencial da CJM foi elaborada a partir de um levantamento psico-físico-social de todos os pacientes então internados. Esse estudo teve a duração de seis meses (encerrou-se em fins de 1981) e seus principais objetivos, além da caracterização das necessidades, eram:

- a) Setorizar os pacientes, para melhor investimento dos recursos, obtendo o maior impacto no grupo de pacientes mais necessitados.
- b) Treinamento de hábitos sociais mínimos.
- c) Obtenção de dados para a elaboração de programas e projetos futuros.”

Os dados obtidos nessa pesquisa mostraram os seguintes resultados:

- 82% da população internada tinham mais de 40 anos, e 50% mais de 50 anos de idade;
- a média de permanência do paciente internado na CJM era de 21 anos;
- para cada paciente casado havia cinco solteiros, fato que dificultava extremamente o processo de ressocialização;
- 60% dos pacientes não recebiam visitas de parentes ou amigos;

- 54% não recebiam qualquer tipo de tratamento há mais de cinco anos;
- 22% dos pacientes tinham indicação para viver albergados (não possuíam, pois, patologia que justificasse sua internação psiquiátrica);
- 20% dos pacientes tinham indicação para ser internados em hospital geriátrico.

Diante de tamanho grau de abandono familiar, médico-assistencial e social, se é compulsoriamente levado a indagar: Que tipo de instrumento terapêutico é esse? Que conjunto de práticas e técnicas, advindas da ciência médica e do saber psiquiátrico, justifica esse estado de coisas? A quem responsabilizar por esse cotidiano de negligências, insensibilidades e autoritarismos que mantêm apenas as funções vitais da maioria daquelas centenas de pessoas, conduzindo-as lenta e inexoravelmente para o nada? Que espécie de conhecimento, e em nome do que e de quem é exercido, justifica uma forma tão sofisticada de esterilização das emoções e dos sentimentos, enfim, da própria dignidade da vida humana?

Responder a essas questões apenas com indignação não bastava; era preciso mais do que isso. Diante da oportunidade que se avizinhava, não cabia nem emocionalismos nem perplexidades; afinal, não se estava escrevendo apenas um artigo e sim tentando-se reescrever a história de um dos pilares da prática psiquiátrica, as colônias de alienados.

Com extrema competência, técnicos e funcionários da CJM tentaram responder a esse desafio. De maneira firme e corajosa procuraram demonstrar seu profundo respeito pela condição humana dos pacientes, ou pelo que dela restou. Esse compromisso pode ser percebido, claramente, no seu projeto político-assistencial, cujo resumo das principais propostas apresentamos a seguir e das quais destacamos, mais adiante, duas:

- a) mudança do modelo assistencial, para atender de forma mais efetiva os diferentes tipos de necessidades dos internados (setorização e atendimento de grupo);
- b) implantação de um modelo específico para atendimento dos pacientes que, apesar de terem condições para a alta médica, não a tenham para a alta social, em face do abandono e do longo período de hospitalização, através da criação do Centro de Reabilitação e Integração Social (CRIS);
- c) atendimento da comunidade em serviços de nível primário e secundário em psiquiatria, através da criação do Hospital Jurandyr Manfredini;
- d) regionalização do atendimento, visando a integração da saúde mental ao setor saúde como um todo;
- e) participação da comunidade na gestão da CJM e na elaboração de projetos na área de saúde, através de um “conselho diretor”;
- f) desenvolvimento de projetos de pesquisa na área de saúde mental, buscando modelos alternativos para o atendimento psiquiátrico.

Dentre essas propostas, duas, pela sua criatividade, visão transformadora e, sobretudo, importância para a compreensão do objeto de discussão deste trabalho, merecem ser destacadas, parcialmente, mas com a autenticidade e a admirável clareza contida no texto original. São elas:

1. Criação do Centro de Reabilitação e Integração Social (Cris).²

“Durante a pesquisa ficou evidenciada a existência de uma população, em torno de 22% dos pacientes, que não possuía qualquer tipo de patologia psiquiátrica, mas mesmo assim achava-se hospitalizada há longo tempo. Trocavam a condição de paciente psiquiátrico pela sobrevivência. Estes pacientes realizavam tarefas não supervisionadas em troca de pequenas recompensas ou mesmo de vantagens ilícitas. Formavam uma população de privilegiados em relação aos pacientes psiquiátricos propriamente ditos, pois disputavam melhores condições de vida dentro da instituição, com nítida vantagem. Dispunham de um sistema tal de privilégios que até lhes era permitido prender outros pacientes.

Esta situação foi gerada muito mais por culpa da sociedade e dos técnicos da instituição do que pela própria ação dessas pessoas. Reconhecíamos esta situação como uma herança. Tínhamos uma dívida social que não poderia ser paga com a simples alta médica, pois, em decorrência do isolamento social de anos, estes pseudopacientes haviam perdido a noção de seus direitos. Seriam facilmente explorados e acabariam voltando para o hospital psiquiátrico.

Criamos, então, o Cris, com espaço físico reservado para estas pessoas e com a finalidade de servir de ponte para a ressocialização. O Cris busca, inicialmente, descaracterizar a condição de paciente psiquiátrico através da alta médica. Ele passa a ser cliente do Cris. A sistemática de seleção da clientela fica por conta da equipe dos núcleos e pavilhões.

O cliente do Cris é atendido, então, por equipe própria e é referido a um dos programas ora existentes: oficinas protegidas ou bolsas de empregos na comunidade externa. Dentre as oficinas protegidas, temos em funcionamento: a) fábrica de vime; b) sapataria; c) gráfica; d) colchoaria; e) costura; f) projeto agrícola. Em relação à bolsa de empregos, dependemos de um programa de abordagem da comunidade, com sua sensibilização para o problema do doente mental.”

2. Participação comunitária.³

“Entendemos que a população sempre foi segregada em relação às questões de saúde. Pretendemos que a comunidade participe efetivamente da gestão do hospital através da criação de um ‘conselho diretor’, composto pelo diretor da unidade, um representante do corpo técnico, a equipe de planejamento, um representante dos pacientes, um representante dos moradores e um representante da comunidade da AP-4. Este conselho estudará as questões relacionadas com a administração do hospital e seu relacionamento com a comunidade, sua função, sua melhor utilização etc. Após a reunião, as propostas serão estudadas pela direção da CJM juntamente com o CTA (Conselho Técnico-Administrativo, órgão responsável pelo acompanhamento da co-gestão) e encaminhadas às autoridades superiores do MS e MPAS.”

Cumprida essa etapa de elaboração do projeto político-assistencial, impugna-se colocá-lo em prática e, para isso, conseguir os recursos necessários para

² Proposta político-assistencial da Colônia Juliano Moreira — 1982. Documento interno.

³ *Ibid.*

transformar a CJM de estação terminal, fim de linha da carreira psicopatológica, numa instituição capaz de assistir, com dignidade, aos pacientes nela internados e, principalmente, impedir que dali por diante essa situação absurda continuasse a se repetir. Com isso se objetivava não só barrar esse processo de reprodução contínua da população dessas colônias, como também negar definitivamente, a essa proposta carcerário-custodial, o caráter de instrumento terapêutico de escolha.

Abrir a Colônia para a comunidade interna e externa através da ênfase na participação comunitária e, com isso, iniciar um processo de desmistificação da loucura; conseguir maior eficiência e eficácia dos indicadores de desempenho assistencial; limitar, através do projeto de ressocialização (Cris, os efeitos produzidos pelas distorções já citadas, procurando reduzir o número de “sociopatas”; introduzir um mínimo de esperança e dignidade no “resto de pena” que lhes faltasse ainda cumprir (a alguns, certamente, ao final desse processo poderiam estar dadas as condições de se libertarem do estigma da doença mental), eram os trunfos de que dispunha a CJM para negociar os recursos financeiros de que necessitava. Para que isso pudesse tornar-se realidade, porém, era preciso introduzir uma série de mudanças na CJM, desde uma nova relação profissional de saúde/paciente internado, até uma radical transformação da velha estrutura organizacional iatrogênica.

4. *Uma nova estrutura organizacional*

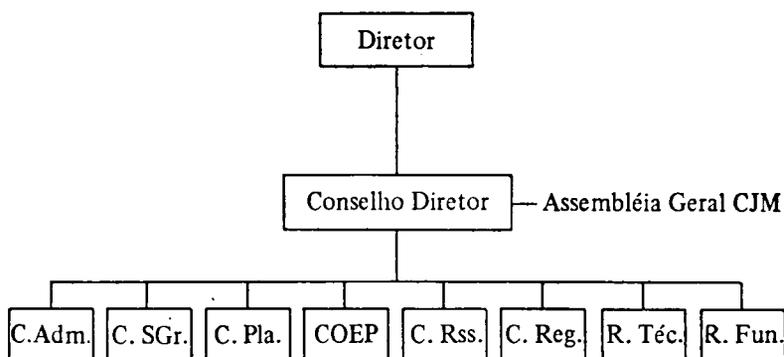
Realizar as transformações propostas por seus técnicos e funcionários e, com isso, reverter um processo secularmente injusto e insensato, conseqüência direta da cristalização de um pretensioso e onipotente saber psiquiátrico, capaz de reproduzir, no seu campo de atuação, com os pacientes, a mesma violação dos direitos humanos dos indivíduos (que já nos acostumamos a ver contra cidadãos comuns, que no exercício de suas garantias constitucionais ousem se manifestar contrariamente ao estabelecido), a eterna violência do forte contra o fraco, enquanto eles existirem, exigiria da CJM mais do que um discurso avançado e um projeto progressista de democratização das decisões e dos mecanismos de ascensão ao poder no interior dessa instituição psiquiátrica. Era preciso, além disso, identificar e compreender os limites existentes para, no momento adequado, em se lançando contra eles, conseguir, com a experiência acumulada e com o peso do amplo consenso interno, neutralizar, mesmo que temporariamente, essa forma de dominação.

Refrear a ânsia de mudança, procurando jogar de acordo com as regras do jogo, amadurecendo a cada dia, no contínuo das discussões e divergências, as propostas coletivas, deve ter sido, com certeza, um processo difícil de acontecer e de conduzir. Uma das dificuldades enfrentadas, logo de início, foi a existência de um organograma funcional centralizador, classicamente hierarquizado e, portanto, preservador da estrutura de poder e do autoritarismo reinante. Era necessário criar um modo de se organizar a CJM, de acordo com as novas tendências democratizantes e, por conseqüência, descentralizador. Vale lembrar que esse é um processo lento, burocratizado, e, portanto, era preciso encontrar uma estrutura informal que permitisse o funcionamento da CJM enquanto, legalmente, era encaminhada a proposta formal (até hoje não aprovada).

Elaborada a estrutura organizacional que pudesse dar conta do desenvolvimento do projeto, ele foi implementado. A característica principal desse novo organograma não foi, certamente, o rigor metodológico; tratava-se de um instrumento muito mais político do que administrativo. Aliás, essa foi uma das características mais marcantes de todo esse processo de transformação da CJM: a pouca preocupação, a inapetência e mesmo a falta de conhecimento técnico para reprodução dos preceitos das teorias administrativas. Como o que estava em jogo, nesse processo, era a luta política, a questão administrativa tornava-se acessória, não prescindível mas também não premente, perfeitamente adiável para uma melhor oportunidade. E, justiça seja feita, a CJM avançou no rumo dos seus objetivos, brilhantemente, por sinal, apesar de reprovada nos fundamentos básicos de administração e, com certeza, excomungada pelos papas da metodologia.

O atual organograma da CJM (ver figura 1) não está regulamentado nem é oficial (e provavelmente nunca o será), mas significa a distribuição equilibrada

Figura 1
Estrutura organizacional da CJM



Legenda

- C. Adm. – Coordenação Administrativa
- C. SGr. – Coordenação de Serviços Gerais
- C. Pla. – Coordenação de Planejamento
- COEP – Coordenação de Ensino e Pesquisa
- C. Rss. – Coordenação de Ressocialização
- C. Reg. – Coordenação de Regionalização
- R. Téc. – Representação dos Técnicos (nível superior)
- R. Fun. – Representação dos Funcionários (nível médio)
- Labo. – Laboratório
- Farm. – Farmácia
- M. Com. – Mobilização Comunitária
- HJM – Hospital Jurandyr Manfredini

e consensual do poder dentro da instituição, estando seu valor e sua existência garantidos enquanto a CJM continuar dando respostas efetivas às angustiantes questões que envolvem a problemática da doença mental e enquanto a correlação de forças e as alianças formais ou informais, duradouras ou temporárias, que o mantêm, assim como a todo esse processo, estiverem favoráveis e preservadas. Caso contrário, será o fim do sonho de mudança, a volta à desesperança e ao fatalismo doentio e letal anteriores; enfim, o retorno à barbárie.

Numa rápida reflexão sobre esse organograma (figura 1), que na verdade representa a “Carta Magna” da Colônia Juliano Moreira, podem ser evidenciadas as seguintes instâncias de decisão:

1. A direção da CJM que, em última análise, é representada pelo seu diretor-geral. Sua escolha deveria ser feita, em eleições livres e diretas, pelos técnicos, funcionários e pacientes (estes na proporção de um representante com direito a voto para cada 50 pacientes). O processo eletivo, no entanto, ainda não atingiu o nível da direção. Embora os ocupantes de todos os cargos diretivos desse nível para baixo sejam eleitos diretamente, o mecanismo de escolha do diretor continua sendo a “nomeação celestial” (nomeação feita pelo Ministério da Saúde). Ele tem poder de veto no Conselho Diretor.

2. O Conselho Diretor da CJM, do qual fazem parte o diretor-geral, os coordenadores de projetos, um representante dos técnicos e um dos funcionários, todos eleitos diretamente pelo colégio eleitoral anteriormente citado, exceção feita ao diretor e aos representantes dos técnicos e funcionários, estes últimos eleitos pelas suas respectivas unidades funcionais. Na prática, no entanto, esse conselho tem apenas um papel consultivo, sendo errônea a sua designação como diretor.

3. As coordenações de setor e projetos e sua composição.

4. A Assembléia Geral da CJM, que permeia toda essa estrutura, se reúne mensalmente e não tem, embora procure ter, caráter deliberativo, pois deve reportar-se ao Conselho Diretor, podendo, ainda, ter suas decisões vetadas pelo diretor-geral. Apesar disso, exerce grande influência na vida da CJM.

Uma abordagem da Colônia Juliano Moreira como um todo seria demasiadamente complexa, e com certeza menos esclarecedora do processo que se está estudando do que uma tentativa de análise de uma de suas unidades. Por este motivo é que passaremos a analisar o Hospital Jurandyr Manfredini (HJM), sua unidade mais recente, e aquela que significou concretamente a reabertura da colônia para o exterior, constituindo-se, hoje, na porta de entrada da CJM. Trata-se de um hospital de pequeno porte, composto por um serviço de urgência psiquiátrica, um serviço ambulatorial e duas unidades de internação.

Acreditamos que a estrutura organizacional deste hospital, bem como os seus mecanismos de informação e decisão, servem perfeitamente ao objeto desta análise, pois reproduzem exatamente a estrutura da Colônia, com a vantagem, in-

clusivo, do fato de a direção desta unidade ser eleita pelo conjunto de técnicos e funcionários.

Tomaremos, daqui por diante, o HJM como referência, e nos próximos itens deste trabalho estaremos utilizando o modelo teórico do pentágono de Galbraith, onde podem ser visualizadas cinco grandes áreas de decisão e intervenção institucional, nas quais se procurará abordar não só a problemática da organização como também alternativas de atuação visando a solução das deficiências diagnosticadas, tudo isso a partir de decisões de mudança que se convencionou denominar de procedimentos de escolha estratégica.

4.1 Natureza da tarefa

O Hospital Jurandyr Manfredini (HJM) vem sendo apontado como uma alternativa à assistência psiquiátrica tradicional no estado do Rio de Janeiro, porque a característica básica do atendimento no restante da rede assistencial do estado é basicamente dirigida para a internação integral, geralmente de qualidade duvidosa, sem proposta de seguimento ambulatorial do cliente, favorecendo a cronificação das crises psicossociais que motivaram a internação.

Uma consequência imediata desta política de internações (política de leitos ocupados), que interessa sobremaneira à “indústria da medicina privada”, é o reduzido número de atendimentos ambulatoriais na área da psiquiatria, que servem quase exclusivamente para a distribuição de medicamentos, dificilmente cumprindo o papel de reintegrar o indivíduo à sociedade.

Some-se, a este quadro, o crescente número de benefícios requeridos por distúrbios psiquiátricos (primeira causa de renovação de benefícios por incapacidade), gerados basicamente por carência de mecanismos de seguridade social (por exemplo: seguro-desemprego), nesta época de intensa crise sócio-político-econômica. O benefício por “neurose”, uma patologia de mensuração e parâmetros mal definidos, é o exemplo clássico do tipo de escape existente dentro do sistema previdenciário brasileiro, para minimizar as precárias condições sócio-econômicas da população brasileira.

Como um claro repúdio a este enfoque tradicional da assistência psiquiátrica é que devemos entender a proposta político-assistencial do HJM. O HJM deverá funcionar como uma barreira à “psiquiatrização” dos conflitos sociais, substituindo o enfoque essencialmente individualizante do atendimento psiquiátrico tradicional pelo enfoque sócio-familiar e comunitário, envolvendo o cliente e seus grupos sociais no manejo e resolução das situações de crise. Em síntese, o objetivo do HJM é reverter o modelo assistencial tradicional, atendendo à demanda da Área de Planejamento n.º 4 (AP-4) do município do Rio de Janeiro, segundo os critérios de hierarquização e regionalização da assistência.

A partir do pressuposto de que a natureza da tarefa condiciona e modela a estrutura organizacional, podemos observar que, analogamente à proposta de atendimento baseado na democratização das relações humanas e institucionais, a instituição se estrutura com grande horizontalidade na distribuição do poder, com decisões e deliberações coletivas e elevado nível de participação.

O Hospital Jurandyr Manfredini (HJM) tem, assim, um trabalho com as seguintes características:

- atendimento regionalizado à Área de Planejamento n.º 4 (AP-4) do município do Rio de Janeiro (Barra da Tijuca e Jacarepaguá) e como centro de referência em saúde mental para a AP-4 e a AP-5 (Bangu e Campo Grande);
- atendimento de casos agudos, com ênfase no tratamento ambulatorial;
- internações de curta permanência, com uma abordagem multidisciplinar, e seguimento do tratamento em regime ambulatorial;
- direção colegiada com a participação de todos os setores de gerência do HJM;
- participação da comunidade na formulação, condução e avaliação do modelo assistencial proposto.

Como podemos observar, a tarefa do HJM é de difícil previsibilidade e grande complexidade, dificuldades estas ocasionadas pela abrangência da proposta e pela falta de uma tecnologia específica nesse setor.

Galbraith define incerteza da tarefa como a relação entre o volume de informações necessárias e o disponível para a execução da tarefa. Apoiados neste conceito é que podemos definir a tarefa do HJM como de alto grau de incerteza, incerteza esta gerada pela falta ou má caracterização da demanda potencial de serviços (insumo), onde os dados disponíveis de outras instituições similares ou mesmo do HJM, quando existentes, são de qualidade e fidedignidade discutíveis, carecendo de uma análise que permita o planejamento eficaz da tarefa.

Este aspecto de carência de informações prévias, excessivas mudanças das normas e procedimentos técnico-administrativos e, particularmente, falta de planejamento na execução das ações é a situação real observada na instituição em estudo.

Para cumprir esta proposta (tarefa) de não “psiquiatrizar” os conflitos sociais, o HJM estruturou seu trabalho numa seqüência lógica de subtarefas, interligadas e interdependentes, tendo como portas de entrada do sistema a Unidade de Urgência e a Unidade Ambulatorial.

A Unidade de Urgência funciona com o objetivo de deter as internações desnecessárias, atendendo às urgências e emergências psiquiátricas da AP-4 e da CJM após as 16 horas. Para tanto, cada caso é avaliado individualmente e, juntos, clientes, seus familiares e a equipe técnica responsável pelo atendimento, buscam o encaminhamento julgado mais adequado. Caso seja necessário, o paciente poderá ficar internado por um período de até 72 horas, para observação, quando então receberá o seu encaminhamento: se o paciente for morador da AP-4, o tratamento prescrito será realizado numa das unidades do HJM (enfermarias ou ambulatórios) ou em outra unidade de saúde da AP-4; caso contrário, será encaminhado à unidade de saúde responsável pela cobertura assistencial do seu local de residência. No HJM, o paciente poderá ser encaminhado ao Ambu-

latório de Saúde Mental ou, caso haja necessidade de internação, à Unidade de Internação (enfermaria feminina e masculina).

As internações são obrigatoriamente provenientes da Unidade de Urgência — Setor de Pronto Atendimento (PA) ou Setor de Observação/Pré-internação (Pré). Nas enfermarias está previsto um tempo médio de permanência de até 30 dias, com posterior seguimento do tratamento em regime ambulatorial.

O Ambulatório de Saúde Mental atende, assim, a pacientes novos e aos egressos das enfermarias e urgência do HJM, através de consultas individuais e grupais.

4.2 Estrutura e forma de organização

A direção do HJM é exercida por um Conselho Diretor, eleito em eleições diretas por todos os servidores e estagiários lotados no hospital, para mandato de um ano, sendo composto pelos chefes das seções e pelo diretor do hospital, sob presidência e coordenação deste último, que responde administrativamente pela unidade junto à Coordenação de Regionalização e Direção-Geral da CJM.

A Seção Administrativa (Adm.) coordena os setores de: Administração, Secretaria, Almoxarifado, Farmácia, Lavanderia, Refeitório, Portaria e Limpeza, tendo grande dependência da administração central da CJM.

A Seção de Arquivo Médico e Estatística (Same) é responsável pela abertura, guarda e manuseio de toda documentação médica, bem como pela coleta de informações referentes à produção de serviços e consolidação destas num boletim trimestral de informações hospitalares.

A Unidade de Urgência (Urg.), composta pelos setores de Pronto Atendimento (PA) e Observação/Pré-internação (Pré), funciona em regime de plantão de 24 horas, em dois turnos de 12 horas, atendendo à população da AP-4.

A Unidade de Internação (Int.), composta pela enfermaria feminina (EF) e pela masculina (EM), funciona com capacidade para internar 60 pacientes adultos, sendo 30 do sexo masculino.

A Unidade Ambulatorial (Amb.) é composta pelos ambulatórios de psiquiatria, neurologia e família, atendendo a pacientes adultos residentes na AP-4.

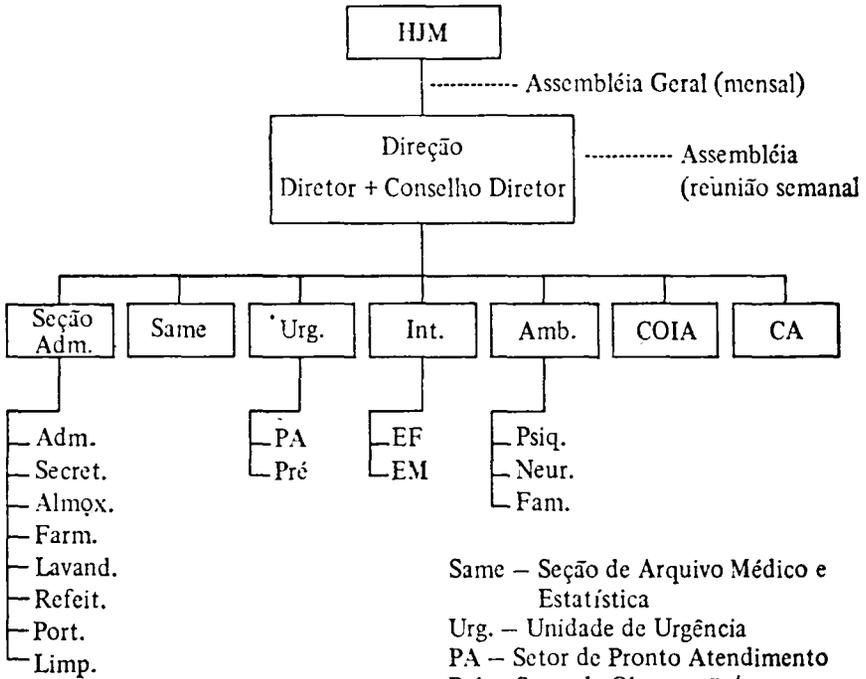
A Clínica de Orientação à Infância e Adolescência (COIA) é responsável pela atenção de saúde mental, a nível primário e secundário, da população infanto-juvenil da AP-4.

O Centro de Aperfeiçoamento (CA) é responsável pelo programa de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, para os servidores e estagiários lotados no hospital.

Como podemos observar na figura 2, a estrutura organizacional do HJM é caracterizada por uma horizontalização da distribuição do poder, com uma direção colegiada eleita em eleições diretas, porém subordinada a uma assembléia de todo o pessoal lotado no hospital, reunida semanalmente, e esta, ainda, à Assembléia Geral do HJM, aberta aos pacientes e à comunidade interna e externa da CJM, configurando assim uma estrutura extremamente orgânica, estrutura esta, como já tivemos a oportunidade de assinalar, determinada pela

natureza da tarefa e seu alto grau de incerteza, que não permite ao HJM — um hospital psiquiátrico que pretende ser uma alternativa à assistência psiquiátrica tradicional, com uma proposta assistencial calcada na democratização das relações humanas e institucionais — adotar uma estrutura mecanicista, com elevado nível de hierarquização e centralização da distribuição do poder.

Figura 2
Estrutura organizacional do HJM



Legenda

Seção Adm. — Seção Administrativa
 Adm. — Setor de Administração
 Secret. — Setor de Secretaria
 Almox. — Setor de Almoxarifado
 Farm. — Setor de Farmácia
 Lavand. — Setor de Lavanderia
 Refeit. — Setor de Refeitório
 Port. — Setor de Portaria
 Limp. — Setor de Limpeza

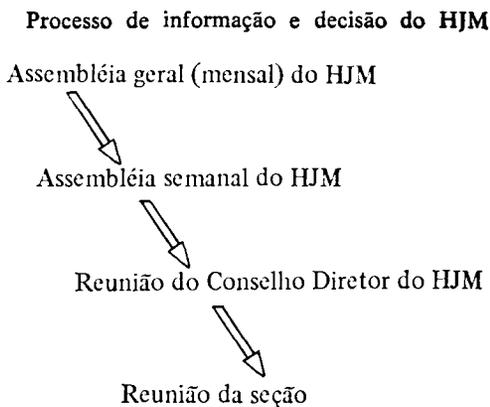
Same — Seção de Arquivo Médico e Estatística
 Urg. — Unidade de Urgência
 PA — Setor de Pronto Atendimento
 Pré — Setor de Observação/ Pré-internação
 Int. — Unidade de Internação
 EF — Enfermaria Feminina
 EM — Enfermaria Masculina
 Amb. — Unidade Ambulatorial
 Psiq. — Psiquiatria
 Neur. — Neurologia
 Fam. — Família
 COIA — Clínica de Orientação à Infância e Adolescência
 CA — Centro de Aperfeiçoamento

4.3 Processo de informação e decisão

O processo decisório do HJM é caracterizado por decisões e deliberações coletivas em todos os níveis e para todos os assuntos, através de reuniões ple-

nárias com a participação dos servidores e estagiários do hospital, e por vezes de pacientes e membros da comunidade interna e externa da CJM.

Figura 3



As seções discutem e deliberam sobre as questões pertinentes a sua área de atuação, informando ao Conselho Diretor por intermédio de seu chefe. O Conselho Diretor, reunindo-se semanalmente, recebe o encaminhamento das seções, discute, avalia e delibera, encaminhando suas decisões à assembléia semanal da unidade. Esta reavalia as decisões e deliberações das seções e do Conselho Diretor, podendo modificar uma decisão já anteriormente tomada. Por último, como instância máxima de decisão e deliberação, a Assembléia Geral (mensal) do HJM recebe sugestões de pontos a serem discutidos, provenientes das instâncias inferiores, discute-os amplamente, podendo, inclusive, rever decisões já anteriormente tomadas, e encaminha suas deliberações tanto às seções do HJM, como ao Conselho Diretor da CJM, através da Coordenação de Regionalização.

Como podemos observar, as decisões das seções, especialmente as gerais, podem ser revistas e modificadas pelas reuniões plenárias do hospital. Desta maneira, o processo decisório se desenvolve com extrema lentidão, agravado ainda pela grande frequência de reuniões deliberativas, sempre com novos pontos "prioritários" a serem discutidos e deliberados coletivamente, tendo, como consequência, um acúmulo de questões não-resolvidas ou constantes mudanças das decisões anteriormente tomadas.

A inexistência de um processo decisório racionalizante, com uma clara hierarquia das instâncias de decisão, com atribuições e competências bem definidas, nos faz pensar, na medida em que a própria Assembléia Geral do hospital é quem define o processo decisório interno, que este foi idealizado para nada decidir, retirando-se a autonomia e a autoridade delegada aos chefes de seção eleitos, ficando toda e qualquer etapa desse processo centralizado no coletivo dos funcionários interessados na condução política do trabalho institucional. Dessa maneira, qualquer decisão só é possível mediante negociações, alianças e a capacidade de mobilização política dos grupos interessados.

4.4 Relações interpessoais

O quadro de pessoal do HJM foi, praticamente todo, salvo poucas exceções, contratado mediante seleção realizada pelo então futuro diretor do hospital e sua equipe dirigente. Através de sucessivas entrevistas, procurava-se analisar a experiência profissional anterior de cada candidato, suas aspirações e motivações, avaliando-se, assim, sua adequação à proposta político-assistencial do HJM.

Seleção encerrada, todos os candidatos aprovados passaram, então, por um período de treinamento, no qual, em conjunto, discutiam exaustivamente as normas e procedimentos técnico-administrativos a serem implantados no hospital. Desta maneira, procurava-se desenvolver uma vivência comum e coesão grupal, que possibilitassem a adequada formação das equipes multiprofissionais, encarregadas da implementação da proposta de desenvolvimento de um modelo alternativo de assistência psiquiátrica. Com o início das atividades assistenciais do hospital, este treinamento continuou a ser feito em serviço, sob supervisão direta da direção, por intermédio do então Conselho de Aperfeiçoamento e Supervisão (CAS), substituído pelo atual Conselho Diretor.

Esta metodologia mostrou-se eficaz, e desde então vem sendo aprimorada como garantia de continuidade da proposta de trabalho do coletivo de profissionais do HJM, que conquistou, junto à direção-geral da CJM, o compromisso de que toda e qualquer contratação de pessoal para a CJM, HJM incluído, fosse feita mediante prova de seleção, com os critérios definidos por comissão eleita para tal fim pela Assembléia Geral da CJM.

A partir da definição do processo de contratação de pessoal, passou-se à redefinição do mecanismo de escolha e preenchimento dos cargos de chefia, agora não mais por indicação do diretor do hospital ou do diretor-geral da CJM, mas sim através de eleições diretas, podendo qualquer funcionário de nível superior candidatar-se a diretor do hospital ou à chefia das unidades assistenciais, e qualquer funcionário de nível médio candidatar-se à chefia das atividades gerais. Assim, por ocasião das eleições (e mesmo depois) para direção e gerência do hospital, os funcionários se organizaram em dois grandes grupos (chapas), grupos estes sem uma clara distinção em suas propostas político-assistenciais para o hospital e, sim, mais interessados no poder de condução (autoria) do processo como um todo. Assim sendo, a grande polarização pré-eleitoral resultou em alianças políticas que acabaram por ser a tônica das relações interpessoais, responsáveis pela difícil convivência, e a radical manutenção de um grupo na situação e outro na oposição à direção atual (a chapa majoritária nas urnas).

4.5 Sistema de recompensa

O HJM não dispõe de um sistema formal de recompensa, quer sob a forma de um plano de classificação de cargos e salários, com promoções e progressão funcional, quer sob a forma de gratificação por cargo de chefia. Deste modo, e diante dos baixos salários, precárias condições de trabalho, complexidade e alto grau de incerteza da tarefa, a única forma de recompensa existente é a recompensa pelo próprio trabalho.

Não podemos explicar o comportamento de um técnico ou funcionário, ao exercer um cargo de chefia sem receber, para tal, nada além do seu salário, a

não ser pela possibilidade implícita de desenvolver um trabalho próprio, mais afinado, talvez, com a sua estrutura de personalidade ou pela oportunidade de exercer um cargo na administração de uma instituição pública do setor saúde. Acúmulo de experiência profissional, enriquecimento curricular, melhores oportunidades futuras, participação na gerência hospitalar e na formulação da política assistencial da instituição podem ser destacados como elementos que justificariam essa motivação para o desempenho de um trabalho intenso, altamente desgastante do ponto de vista emocional e para o qual apenas valores pessoais e de ordem político-ideológica constituem os mecanismos, subjetivos ou não, de recompensa.

5. Conclusões

Não foi proposta deste trabalho analisar a questão referente aos esforços empreendidos pela Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM), na tentativa de obtenção de recursos financeiros que viabilizem seu projeto. Cumpre ressaltar, no entanto, que muitos de seus objetivos não estão sendo integralmente atingidos, pois os recursos disponíveis são escassos e, se num primeiro momento, permitiram reativar a instituição, hoje praticamente só atendem à manutenção de uma das atividades básicas dos pacientes: a alimentação. Convenhamos que transformar uma estrutura dessa complexidade, tanto do ponto de vista administrativo quanto assistencial, requer que a saúde mental seja definida como uma das prioridades de saúde pública e, conseqüentemente, a ela sejam alocados recursos substanciais que possibilitem de maneira efetiva a correção das graves distorções existentes e o resgate, eternamente adiado, de uma (entre tantas) dívida social, na qual tanto o Estado quanto a sociedade têm a parcela mais significativa da responsabilidade.

Quem possibilitou a implantação inicial deste processo foi o convênio que estabelecia o mecanismo de co-gestão MS/MPAS dos hospitais psiquiátricos da Dinsam/MS. E o agente viabilizador disso foi a CNSM, que, através da flexibilidade administrativa, propositalmente forjada pelo instrumento legal que a criou, permitiu à CJM, na condição de unidade gestora, utilizar os recursos advindos do Inamps de maneira mais ágil e mais rápida, livre dos entraves burocráticos a que está sujeito o processo de recebimento e aplicação dos recursos ordinários do Tesouro.

Essas entidades, denominadas de Campanhas, no dizer de Motta,⁴ constituem “um escapismo à burocracia tradicional”, fato, segundo ele, constante da história administrativa do Brasil. Cita como exemplos “os movimentos de autarquização de órgãos públicos, seguidos pela criação de empresas estatais de serviços” e finaliza lembrando que esse “escapismo, pela sua fragilidade, pode ser extinto por simples medida administrativa destinada ao reforço dos mecanismos tradicionais”, fato que significaria, mantida a atual estruturação do setor saúde e a política de privilegiamento do setor assistencial privado, o fim dessa experiência da CJM, que pela sua importância reforça o setor público de saúde e, sobretudo, aponta novos caminhos para a assistência psiquiátrica no Brasil.

⁴ Motta, Paulo Roberto. A co-gestão no Instituto Nacional do Câncer: uma análise administrativa. *Cadernos EBAP*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública, (21):27, ago. 1983.

Somente após uma análise administrativa, seja da CJM, seja do HJM, enquanto uma organização pública do setor saúde, acreditamos que seria consistente propor alternativas de modelagem organizacional.

Concordamos com Cavalcanti,⁵ quando argumenta que “a fase de diagnóstico organizacional assume importância fundamental no delineamento das necessidades e possibilidades concretas no sistema e, conseqüentemente, na formulação dos objetivos de mudança ou intervenção organizacional”.

O porquê da mudança numa organização pode parecer uma obviedade, mas, a nosso ver, merece ser enfatizado. Num mundo em transformações constantes, a idéia ingênua de organização espontaneamente estruturada tem sido substituída pela evidência de que organizações racionalmente modeladas são mais eficientes na execução de suas tarefas.

A busca de maior coerência organizacional entre tarefa, estrutura, sistema de recompensa, informação e processo decisório se traduzirá, caso a análise seja correta, em aumento da eficiência organizacional.

Mudar, em termos organizacionais, significa escolher a estratégia adequada que, preservando a cultura da instituição, modifique a curto prazo, e de preferência sem custos adicionais, a eficiência, possibilitando o DO (Desenvolvimento Organizacional) adequado. E foi seguindo esta seqüência lógica que procuramos sugerir o que mudar, considerando o modelo teórico do pentágono de Jay Galbraith e a inter-relação entre seus vértices, no equilíbrio do sistema organizacional como um todo.

Consideramos, através da análise organizacional do HJM, que a questão-chave “reside no processo decisório adotado pela instituição”.

Como descrevemos anteriormente, os cargos de direção e as coordenações são ocupados mediante eleições livres e diretas, o que, inegavelmente, constitui uma conquista que deve ser preservada. Esta conquista adquire maior valor se analisarmos o HJM como parte de uma instituição federal (Ministério da Saúde), obviamente inserida no contexto político vigente de regime tecno-burocrático autoritário.

Quando eleições diretas se transformam num clamor popular dentro do Brasil de hoje, é surpreendente que uma instituição de âmbito federal consiga adiantar-se no tempo e conquistar, mesmo que parcialmente, sua autodeterminação e gerenciamento, com propostas técnicas de inegável valor e pioneirismo na área de saúde.

A opção pela democratização das decisões e ampla participação é o que caracteriza o HJM, talvez exemplo único entre as instituições de saúde no Brasil.

A sugestão com relação ao processo decisório não visa alterar esta conquista, mas sim fortalecer a delegação de poder ao grupo técnico legítima e livremente escolhido por eleições diretas.

O sistema decisório instalado no HJM tem gerado uma lentidão nas decisões técnico-administrativas, como descrevemos anteriormente. Este fenômeno pode ser facilmente explicado se for percebido que o que está ocorrendo é que, a cada problema, seguem-se reuniões para informação e negociação entre as facções

⁵ Cavalcanti, Bianor Scelza. DO: considerações sobre seus objetivos, valores e processos. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 13(2):49-84, abr./jun. 1979.

intra e interinstitucionais existentes, como se um estado de “eleição permanente” fosse instalado frente a cada situação nova.

No nosso entender, a escolha por voto livre e direto significa, antes de mais nada, delegar funções decisórias a um grupo cuja proposta política exprime o anseio da comunidade, se não de forma unânime, pelo menos majoritária.

É compreensível que, após 20 anos de extremo autoritarismo político, o temor com relação aos usos e abusos do poder exercido pelas “autoridades” não legitimadas pelo voto e os sistemas decisórios excessivamente verticais acabe gerando rigorosos mecanismos de controle dentro de qualquer organização que tenha como proposta o autogerenciamento participativo.

Mas, em contrapartida, um processo decisório com horizontalização absoluta — caso do HJM — parece favorecer a sua ineficiência e lentidão, pois só através de consultas sucessivas às assembleias semanais existe a possibilidade real de decisão. E, às vezes, nem assim. Existe, também, pela impossibilidade real de votar-se todos os problemas, o risco de decidir-se sobre questões menores, ficando as prioridades relegadas a planos secundários, ou sem definições adequadas em tempo hábil.

Como proposta apresentada de modificação do processo decisório, reafirmamos a ênfase na participação comunitária, através das assembleias, como forma de debate amplo, e a inclusão de um representante dessa assembleia geral nas reuniões semanais do Conselho Diretor do HJM. O diretor do hospital, como representante legítimo das aspirações dos técnicos e funcionários, usará o poder delegado pela instituição para decidir, isto é, apreciar conjuntamente com o Conselho Diretor ou com as coordenações, quinzenalmente, os problemas existentes e as decisões a tomar, detendo, no entanto — para poder viabilizar os mecanismos administrativos e evitar que eventuais impasses surgidos na disputa pela hegemonia do processo decisório levem à paralisia institucional —, o poder de veto, e o de tomar decisões quando o Conselho não se tiver definido, esgotados os prazos previstos, sobre qualquer assunto.

Acreditamos que o compromisso desses representantes, livremente escolhidos, com seus eleitores, associado à fiscalização constante do representante da assembleia, e mesmo da própria assembleia, será suficiente para não permitir alterações nas propostas de trabalho discutidas e aprovadas em maioria pela equipe de saúde.

As modificações no processo decisório alteram, em certa proporção, o organograma, o que confirma a interdependência entre as partes do sistema. É possível, a nosso ver, que um determinado grau de verticalização no processo decisório, longe de diminuir a participação ampla, valorize o processo de delegação de poder pelo voto, e diminua o emperramento gerado pelas constantes e repetidas consultas em assembleias.

Pode parecer um contra-senso tentar interferir numa das poucas — quem sabe única — experiências do setor público em saúde, com características essencialmente orgânicas, porque parece bem estabelecido, segundo Cavalcanti,⁶ que “a quase-totalidade das organizações do setor público é constituída por sistemas burocráticos de lógica mecanicista”. Mas, no mesmo artigo, argumenta o autor que, em determinados sistemas, transformações que tragam racionalidade buro-

⁶ Id. *ibid.* p. 83.

crática podem ser necessárias à sobrevivência e estabilidade das organizações, e este parece ser o caso em estudo.

Um segundo vértice do pentágono,⁷ que parece ser problemático no presente estudo, é o do sistema de recompensas. A ausência de um sistema formal de recompensas para cargos de coordenação e direção pode trazer no seu bojo desestímulo, assim como diluição das responsabilidades.

Poder-se-ia argumentar que o próprio trabalho participativo e com normas flexíveis, associado à eleição direta para cargos de chefia, seria estímulo suficiente para o bom desempenho das funções. Este tipo de análise de recompensa informal é de difícil avaliação, e nos parece um argumento um tanto romântico num mercado de trabalho regido pelas leis da oferta e da procura.

Consideramos fundamental, para aumentar a eficiência da organização, o estabelecimento de um plano de cargos e salários (que, entre outras coisas, eleve o piso salarial de todas as categorias profissionais) e a criação de um sistema de gratificação por exercício de cargo de chefia, para aquelas funções preenchidas pelo processo de eleições diretas.

Acreditamos que somente através de uma proposta de análise organizacional que resguarde a lógica interna do setor saúde e se adapte às particularidades de sua cultura institucional poder-se-á perceber a inadequação de alguns processos estabelecidos. Esta “consciência da inadequação” é, portanto, essencial para a proposta de mudanças.

Julgamos que as sugestões apresentadas aumentam a coerência entre as partes do sistema, sendo viáveis e factíveis quanto a sua execução, sem implicar grandes custos adicionais e, principalmente, sem alterar a proposta de democratização das decisões no HJM.

Convém enfatizar que, na prática, qualquer organização pode e deve ter a *performance* (eficiência) melhorada e a própria idéia de organização como *learning system* é fundamental para que as sugestões de mudança não sejam encaradas com restrições.

É importante ressaltar que, em nossa análise organizacional da CJM e do HJM, em particular, a ênfase dada às propostas de reestruturação administrativa não se contrapõe às de reorientação da assistência hospitalar propriamente ditas mas, pelo contrário, traduz-se na condição imprescindível à implementação de uma política assistencial que vá de encontro às necessidades dos internos da CJM, contribuindo, assim, de maneira decisiva, para a reversão do modelo assistencial de característica eminentemente asilar, custodial e segregadora.

Por fim, é preciso ainda dizer que a tentativa de resgatar um compromisso com a dignidade humana, traduzida em melhores condições de vida e trabalho para pacientes e funcionários da CJM, só será efetivamente possível com o aperfeiçoamento e a manutenção de um amplo processo de democratização da instituição analisada e, principalmente, da própria sociedade na qual está inserida. Isto pode parecer muito simples e óbvio; no entanto, essa associação encontra enorme dificuldade para ser compreendida e, sobretudo, construída na prática política cotidiana por alguns importantes setores do pensamento crítico.

⁷ Id. *ibid.* p. 68.

Summary

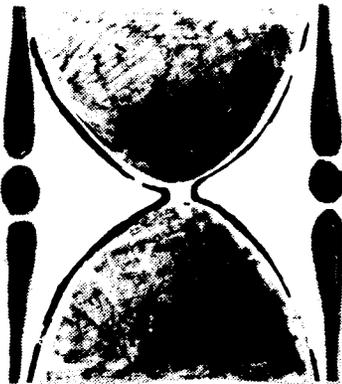
This article primarily aims at divulging the work now being developed in one of the medical care units of the National Division of Mental Health/Ministry of Health (Divisão Nacional de Saúde Mental — Dinsam/MS), more specifically in the Colônia Juliano Moreira (CJM). Based on a tentative organizational analysis founded upon the concept of organizational model proposed by Jay Galbraith, the authors effect an evaluation of CJM's past and present administrative structure, thus trying to find a format adaptable to the institution in its new reality.

Since it would be extremely complex to approach the subject of CJM as a whole, the writers preferred to analyse in depth the functioning of one of its units, the Hospital Jurandyr Manfredini (HJM), selected because it is the newest among CJM subunits and the symbol of the Colônia's reopening toward the exterior; HJM is the gateway into the CJM.

The HJM represents the beginning of a revolution, as concerns traditional psychiatric assistance in Rio de Janeiro, as it advocates replacing the essentially individualistic approach of psychiatric care by a community approach, in which both clients and their social groups are involved in the pursuit of solving situations of crisis.

The authors finally emphasize the importance of improving and maintaining the process of democratization of CJM, target closely related to redeeming a commitment with human dignity, that is, with providing better living and working conditions for CJM patients and employees alike.

Renove sua



Nas livrarias da FGV:
Rio - Praia de Botafogo, 188
Av. Presidente Wilson, 228-A
São Paulo - Av. Nove de Julho, 2029
Brasília - CLS 104, Bloco A, loja 37

assinatura a tempo