

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**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**

Patty Fidelis de Almeida

Rio de Janeiro
Maio/2002

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**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**

Dissertação apresentada para a
obtenção do título de mestre em
Ciências da Saúde Pública pela
Escola Nacional de Saúde Pública
da Fundação Oswaldo Cruz -
ENSP/FIOCRUZ, da Sub-área de
Políticas Públicas e Saúde

Patty Fidelis de Almeida

Orientadora: Sarah Escorel

Rio de Janeiro
Maio/2002

*Aos usuários, técnicos e familiares do CAPS Rubens
Corrêa, pela coragem e importância singular de
cada um na condução da Reforma Psiquiátrica.*

AGRADECIMENTOS

A Sarah Escorel pela interlocução valiosa, por estimular minhas indagações, por acompanhar e orientar este trabalho no qual me identifico.

Aos professores do mestrado pela descoberta do mundo da Saúde Pública, especialmente Lígia Giovanella, Nilson do Rosário Costa, Gilberto Hochman e José Mendes Ribeiro.

Ao Paulo Amarante cuja paixão pela Reforma me contaminou ainda na graduação.

À Ana Teresa Venancio e Cláudia Travassos pelas importantes contribuições e participação em minha banca de qualificação do projeto.

Aos profissionais do CAPS Rubens Corrêa, em especial a Simone Delgado, pela acolhida e participação que viabilizaram a realização deste trabalho.

Aos queridos amigos do mestrado sem os quais esse processo e o Rio não teriam a mesma graça.

À galera do NUPES pelo apoio e amizade: Mônica Delgado, Marcello Coutinho, Valéria Gomes, Cláudio, Maria Emília e Lincoln.

Aos componentes da minha banca de defesa Ana Teresa Venancio, Zulmira Hartz, Paulo Amarante, Maria Helena Magalhães Mendonça e Paula Cerqueira.

Aos meus pais.

RESUMO

A presente dissertação discute aspectos pertinentes ao campo da avaliação de políticas, programas e serviços de saúde, expõe especificidades relativas à atenção psicossocial e apresenta alguns indicadores para os serviços substitutivos em Saúde Mental produzidos a partir da utilização de metodologias de avaliação participativas.

Além de contribuir para a discussão de critérios para a avaliação da assistência em Saúde Mental prestada por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS/Irajá), objetivou-se introduzir no serviço a reflexão sobre a importância de um processo contínuo de avaliação, com vistas a colaborar na criação de uma cultura avaliativa. Partindo das limitações impostas por avaliações ortodoxas, propôs-se estratégias para a construção coletiva e qualitativa de indicadores, forjados na interlocução com a equipe técnica do serviço.

Os critérios de avaliação que agregaram maior consenso entre os profissionais do CAPS/Irajá foram os relacionados à satisfação de técnicos, usuários e familiares com o serviço, além da (re) inserção familiar. O critério “satisfação” é apontado como o mais importante indicador de qualidade deste tipo de serviço. Parâmetros relacionados ao bem-estar do usuário, referentes à autonomia e reinserção social foram ratificados como importantes pela equipe. Os indicadores de (re) inserção no mercado de trabalho e relativos à assuntos financeiros, entre o conjunto dos critérios apresentados, foram considerados de menor importância por sua determinação ultrapassar as possibilidades de intervenção do serviço de saúde.

Palavras-Chaves: Avaliação de serviços de saúde; Reforma Psiquiátrica; serviços substitutivos em Saúde Mental; produção de indicadores.

ABSTRACT

The present paper discusses aspects associated to health policies, programs and services evaluation, brings to light specificities related to psychosocial care and presents a few indicators for substitutive services in Mental Health formulated through participative evaluation methods.

As well as adding to the discussion of evaluation criteria for the assessment of Mental Health care offered by a Centro de Atenção Psicossocial (Psychosocial Care Center - CAPS/Irajá), the paper aims to introduce in the service a reflection over the importance of a continuing evaluation process, focused on cooperating for the creation of an evaluative culture. Starting from limitations imposed by usual evaluations, strategies for collective and qualitative gathering of indicators were proposed, forged in the exchange with technical service teams.

The evaluation criteria that showed higher consensus among CAPS/Irajá workers related to technical employee, user and parent satisfaction with the service, as well as (re)-insertion in the families. The criteria "satisfaction" was considered the most important quality indicator of this kind of service. Parameters related to user well being, autonomy and social reinsertion were also considered important by the team. Indicators for work reinsertion, and those related to financial issues, were the ones, among all presented indicators, considered of less importance since they go beyond possible interventions of the health service.

Keywords: Health service evaluation; Psychiatric Reform; substitutive services in Mental Health; production of indicators.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
INTRODUÇÃO	3
CAPÍTULO I	6
1.1 - DE PINEL ÀS PSIQUIATRIAS REFORMADAS: NOVAS PERSPECTIVAS?	6
1.2 - SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	12
1.3 - OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	19
1.4 - O RIO DE JANEIRO E A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	21
1.5 - O CAPS RUBENS CORRÊA	26
CAPÍTULO II	30
2.1 – DAS (IN) DEFINIÇÕES DE AVALIAÇÃO: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES	30
2.2 – AVALIAÇÃO EM SAÚDE: ALGUMAS EXPERIÊNCIAS	37
2.3 - AVALIAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....	41
2.4 – A PRODUÇÃO DE INDICADORES COMO ETAPA DA AVALIAÇÃO	51
2.5 – DILEMAS DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE: DOS IMPASSES ÀS SOLUÇÕES POSSÍVEIS	55
CAPÍTULO III	60
3.1 – ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	60
3.2 – A EXPERIÊNCIA DO CAMPO E SEUS INSTRUMENTOS	62
3.2.1 – A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	60
3.2.2 – ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	65
3.2.3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO	66
3.2.4- O GRUPO FOCAL.....	90
3.2.5- OS RESULTADOS DO GRUPO FOCAL	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

O chamado campo da atenção psicossocial no Brasil vem, desde a década de 90, delineando-se como um espaço cuja marca principal é a diversidade de linhas teóricas, propostas terapêuticas e objetivos, tendo em vista a reforma da assistência psiquiátrica e a mudança do paradigma asilar/hospitalocêntrico de tratamento. De acordo com definição de Venancio, Leal e Delgado (1997) “atenção psicossocial” pode ser compreendida a partir de duas noções. A noção de “atenção” busca dar outro sentido e uma nova dimensão a conceitos como “clínica” e “cuidado”. A remissão do sintoma psicopatológico perde o papel de protagonista da assistência e passa a fazer parte de um contexto em que o sujeito do cuidado é o ator principal e o sintoma mais uma de suas partes. A atenção que se pretende é produzida na interlocução entre quem cuida e quem se beneficia do cuidado e não mais em pressupostos gerais e essencialistas sobre o que é subjetividade. A noção de “psicossocial” pressupõe que a atenção prestada deve romper a dicotomia entre as dimensões psíquica e social de forma a possibilitar a constituição de um sujeito uno. A dimensão psíquica compromete-se, de forma inequívoca, com as dimensões de subjetividade e criatividade (estética, artística). O novo significado que se pretende dar à dimensão do social busca retirá-lo da inespecificidade da identificação com a noção de “sociedade” e também possibilitar a construção de outras formas de entendimento e compreensão das definições de família ou trabalho, além de incorporar dimensões importantes como o lazer.

Este estudo é resultado de indagações surgidas durante a graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e do estágio em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), localizado no município de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais, no ano de 1997, e que ganharam “forma” no Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/Fiocruz. Ganhar “forma” aqui significa tornar-se um produto para além da curiosidade e da especulação, sempre saudáveis, constituindo-se em trabalho científico na interlocução com outros autores e atores que escrevem e fazem parte da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no país. Compreender a especificidade do sofrimento psíquico e de suas formas de cuidado no contexto mais amplo da luta por saúde como direito de cidadania e de construção de uma rede

de atenção universal, integral e mais equânime, foi uma das muitas descobertas feitas por aqui...

A inserção pela primeira vez em um CAPS me causou a sensação de certa estranheza, já que desde os primeiros momentos no serviço percebi tratar-se de um lugar diferenciado de cuidado ao louco. Experiências como esta, ainda que não hegemônicas no que se refere ao modelo de cuidado existente, permitem constatar que a atenção em Saúde Mental vem sofrendo mudanças significativas no país. Contudo, ainda são escassos os estudos que priorizam a avaliação dos serviços substitutivos, principalmente em relação à qualidade, como também, no que se refere ao acompanhamento dos resultados que orientem mudanças estratégicas. Depois de aproximadamente uma década de implantação dos CAPS e NAPS, o momento atual parece traduzir-se pela importância de reflexões, com vistas a apontar quais transformações podem ser assinaladas.

Apontar os resultados da assistência é um problema ainda em discussão no campo da Saúde Mental: quais instrumentos utilizar ou como desenvolver um processo de avaliação que englobe a singularidade da atenção à loucura e que responda às exigências de um serviço público? Tais inquietações foram o ponto de partida para o desenvolvimento desta dissertação. Embora a avaliação dos serviços substitutivos seja de grande importância, a construção de indicadores para este campo carece de estudos mais aprofundados, além de constituírem ferramenta necessária a qualquer processo avaliativo.

Buscando refletir mais acuradamente sobre as “novas práticas”¹ em Saúde Mental, este estudo propôs discutir a produção de indicadores para a avaliação de serviços no campo da atenção psicossocial. É válido destacar que quando utilizo o termo “avaliação” estou referindo a um “processo avaliativo” que contrapõe-se a medidas isoladas e que implica na construção, no interior do serviço, de uma “cultura avaliativa” em que esteja sempre presente a atividade de repensar as próprias práticas. É com relação a esse tema – a produção de indicadores para a avaliação de serviços substitutivos em Saúde Mental – que o presente estudo pretende contribuir.

¹ A expressão “novas práticas”, “novos serviços” e serviços “substitutivos”, entre outras utilizadas neste texto, referem-se às modalidades assistenciais em Saúde Mental tais como: Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS), Hospitais-Dia, etc., implementadas a partir do desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. O objetivo, em linhas gerais, é superar e substituir o modelo asilar de assistência ao louco, interrelacionando vários campos: teórico-assistencial, técnico-assistencial, jurídico-político e sócio-cultural (Amarante, 1995).

INTRODUÇÃO

*Ao final de nossas longas explorações chegaremos
finalmente ao lugar de onde partimos e o
conheceremos então pela primeira vez*

(T. S. Eliot)

Experiências emergentes, com todas as dificuldades e desafios que o novo traz, especificamente na área com a qual estamos lidando, levam, muitas vezes, a um certo receio de expor-se a processos de avaliação. Para Pitta (1992), autora que ao longo dos anos 90 vem desenvolvendo trabalhos pioneiros na área de avaliação em Saúde Mental no Brasil, no caso dos serviços substitutivos, essa dificuldade pode ser particularmente significativa quando os parâmetros utilizados têm um caráter mais universalizante ou pela própria precariedade dos indicadores disponíveis, centrados em modelos clássicos de assistência psiquiátrica, além de receios institucionais ou dos técnicos em expor práticas ainda em processo de consolidação e construção.

Neste sentido, a palavra avaliação parece adquirir uma conotação negativa principalmente para a equipe técnica, cujo objetivo seria enquadrar os usuários que se utilizam do tratamento, suas melhoras e a atenção oferecida, dentro de tabelas e dados estatísticos, elegendo padrões para mensurar subjetividades. Definitivamente, não é disso que se trata. Por um lado, essas experiências já são reconhecidamente inovadoras, por outro, a avaliação em Saúde Mental também exige a construção de novos indicadores, uma vez que os parâmetros tradicionalmente utilizados pela assistência psiquiátrica não refletem a realidade dessas práticas. O surgimento dos novos serviços recolocou o debate sobre a necessidade de outros instrumentos de avaliação, visto que os indicadores clássicos têm-se mostrado insuficientes e inadequados. Número de altas, remissão de sintomas e diagnósticos não são capazes de traduzir uma realidade que, justamente, tenta superar tais indicadores como reflexo da qualidade da assistência.

O fato de lidar com uma prática que vem sofrendo transformações importantes, impõe-nos o desafio de produzir indicadores aceitáveis e passíveis de aferição, por meio dos quais seja possível traduzir concepções gerais em ferramentas de avaliação. Embora seja reconhecido que o trabalho desenvolvido na área de Saúde Mental torna mais complexos os

processos de avaliação, o momento atual parece ser crucial. Passada mais de uma década do início da implementação das propostas de reformulação da assistência, os novos serviços nos apresentam o desafio de produzir indicadores pertinentes que possibilitem acompanhar os resultados, auxiliar possíveis mudanças estratégicas e principalmente que sejam um instrumento útil aos processos de gestão. Nesse sentido, a presente dissertação buscou aprofundar e desenvolver o tema da construção de indicadores para a avaliação da assistência em Saúde Mental prestada por um CAPS da cidade do Rio de Janeiro. A partir do conhecimento produzido pelos profissionais no campo da pesquisa, ainda que este conhecimento não estivesse sistematizado, pretendeu-se contribuir para a construção de indicadores para a avaliação de serviços substitutivos. Importa ressaltar que o objetivo deste trabalho não foi isoladamente impor critérios avaliativos para esses serviços, mas observar qual seria o lugar ocupado pela avaliação no discurso e prática dos técnicos, como tais profissionais a concebem e promovem no cuidado de seus usuários.

O Capítulo I apresenta um histórico sobre a constituição da psiquiatria e seus saberes, sendo o enfoque direcionado aos momentos das chamadas “Reformas Psiquiátricas”. A partir de uma contextualização das principais experiências internacionais, é apresentado o caso brasileiro elegendo-se como pano de fundo a Reforma Sanitária e o contexto de redemocratização do país na década de 80. A implementação dos novos dispositivos de atenção em Saúde Mental nos anos 90 é enfocada a partir da realidade do município do Rio de Janeiro, mais precisamente do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa, localizado no bairro de Irajá (CAPS/Irajá). O CAPS/Irajá serviu como campo para o estudo e também como arena privilegiada, visto que os resultados apresentados foram produzidos na interlocução com seus técnicos.

Buscando fornecer elementos para o debate sobre os impasses e possibilidades que caracterizam o campo da avaliação de políticas, programas e serviços de saúde, o Capítulo II apresenta revisão da literatura pertinente ao tema a partir da qual são tratadas questões relativas às definições de avaliação, é traçado um histórico do desenvolvimento de estudos e experiências em avaliação em outros países e no Brasil, bem como suas formas de utilização nos processos de gestão em saúde, além de expor particularidades relativas à avaliação no campo da atenção psicossocial. São apresentados estudos realizados especificamente nessa área, assim como considerações pertinentes aos desafios a serem enfrentados por propostas de

avaliação de serviços substitutivos em Saúde Mental e de serviços de saúde de uma forma geral.

No Capítulo III é apresentada a metodologia utilizada e os resultados obtidos neste estudo. A metodologia de avaliação proposta contou com as etapas de: pesquisa bibliográfica; pesquisa documental (documentos da Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro – GSM/SMS/RJ) pertinentes à implantação da rede de serviços em Saúde Mental no município; observação participante das reuniões de supervisão da equipe e outras atividades do serviço; aplicação de questionários e realização de um grupo focal com os técnicos do CAPS/Irajá para apreensão de crenças e opiniões sobre processos de avaliação em saúde e possíveis indicadores para a avaliação da assistência prestada em serviços como um CAPS.

Nas Considerações Finais encontram-se os principais achados e contribuições ao tema da avaliação de serviços substitutivos no campo da atenção psicossocial alcançados por este estudo. São tecidas considerações sobre os desafios a serem enfrentados no setor saúde em relação à função avaliação, bem como as possibilidades e limitações da utilização de metodologias de avaliação participativas.

CAPÍTULO I

1.1 - DE PINEL ÀS PSIQUIATRIAS REFORMADAS: NOVAS PERSPECTIVAS?

Para melhor situar o problema de pesquisa serão apresentadas algumas considerações sobre a constituição do saber psiquiátrico e a partir de que momento de sua trajetória foi possível redimensionar o olhar dirigido à loucura. Não se pretende empreender uma análise exaustiva de todos os momentos históricos, mesmo porque outros autores já o fizeram com maior propriedade (Amarante, 1995, 1996; Desviat, 1999; Serpa Jr., 1992).

Etimologicamente a palavra “hospital” vem de hotel, hospedagem, hospedaria. Essa era exatamente a função dos hospitais gerais e santas casas de misericórdia, criados a partir do período clássico em toda a Europa. Nessa época, o mundo ocidental assistiu à separação fundamental entre Razão e Desrazão. Assim, as “espécies” representantes do universo da desrazão deveriam ser excluídas do convívio social. Com esse objetivo foram criadas as “casas de internamento”, um espaço de reclusão de toda ordem de desviantes: homossexuais, prostitutas, loucos, leprosos, ladrões, hereges, enfim, todos aqueles que representavam ameaça de subversão à ordem. Nesse primeiro momento, portanto, a loucura não se diferenciava dessas categorias e seu enclausuramento tinha caráter político, social, religioso, econômico e moral. A medicalização, a patologização e a produção de conhecimento sobre a loucura faziam parte do discurso médico da época. (Foucault, 1978).

A partir do século XVIII, a prática do internamento começou a sofrer modificações. Os motivos foram desde a fantasia criada em torno desses locais como capazes de gerar epidemias que poderiam espalhar-se pelas cidades, até a percepção da ineficiência do internamento na resolução de problemas como o desemprego e a miséria. Concomitantemente, no interior do hospital geral, a loucura começou a ser percebida como uma categoria distinta das demais doenças. Os asilos, a partir da introdução de práticas médicas e farmacêuticas, transformaram-se gradativamente. Ao mesmo tempo, assistimos à passagem da experiência trágica da loucura, em que, reconhecida enquanto diferença, inscrevia-se em um lugar social sendo seu discurso portador de uma verdade, para uma visão crítica que a encarcerou em um lugar de morte, exclusão e falta de sentido (Foucault, 1978).

Nesse contexto, em fins do século XVIII, surgiu a figura de Phillippe Pinel, apontada como o fundador da Psiquiatria. A medicina mental, inaugurada por Pinel, tinha um caráter

meramente classificatório, cujo objetivo era observar e agrupar os sintomas de acordo com suas manifestações e seu curso natural. Desde então, a loucura adquiriu o estatuto de doença mental. Uma doença não como as outras, visto que não era possível localizar suas causas, pelo menos em sua grande maioria, no corpo. Enquanto o mundo assistia ao nascimento da anatomopatologia, Pinel reafirmava as causas morais da alienação mental, representada pelas paixões “negativas” (desgosto, ódio, terror, ciúme, inveja, etc.) e pelas paixões “positivas” (alegria, amor, orgulho, etc.). Dessa forma, a primeira terapêutica instituída foi o tratamento moral para reeducar a mente que tornou-se alienada em função de um desequilíbrio entre as paixões. O meio social, as influências externas seriam as principais precipitadoras das desordens mentais, o que impunha a exigência de isolar o enfermo do meio que lhe causava a doença. O asilo surgiu como lugar do tratamento moral e, ao mesmo tempo, como o próprio tratamento moral.

Na verdade, ao libertar os loucos das correntes que os prendiam ao hospital geral, Pinel fundou uma ciência que os aprisionou como objetos de um saber/discurso/prática (Castel, 1978). Segundo Amarante (1995: 27),

...a obra de Pinel (...) cujos pilares estão representados pela constituição da primeira nosografia, pela organização do espaço asilar e pela imposição de uma relação terapêutica (o tratamento moral) - representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica (e não mais social e filantrópico), e para a apropriação da loucura pelo discurso e prática médicos).

No período que vai do século XIX até final da 2^a Guerra Mundial, observou-se um predomínio da psiquiatria de base organicista², o que não significou que estivesse ausente a tensão entre o físico e o moral, este último gradativamente reconhecido como instância psicológica. A obra de Freud, no início do século XX, representou uma contribuição diferenciada à compreensão da doença mental. Ao dialetizar as relações entre corpo e mente mediante as categorias de linguagem e pulsão, foi a grande responsável pelo restabelecimento de sentido à loucura. O inconsciente configurou-se como objeto teórico do campo

² Surgiu no final do século XIX a teoria da degenerescência de Morel, que introduziu os conceitos de predisposição e endogeneidade, desenvolvidos posteriormente por Magnan. Grande destaque também foi dado a Kraepelin ao instituir uma nosologia sistemática das doenças mentais, distinguir entre alienações endógenas e exógenas, adotar um sistema de classificação que vai da sintomatologia ao curso da doença e abrir caminho aos estudos sobre hereditariedade. Sobre esse assunto ver Amarante, 1996 e Serpa Jr., 1992.

psicanalítico e a interpretação, reconhecida como deciframento, o instrumento por meio do qual se dá o trabalho psicanalítico. Para Birman (1989) a partir de Freud, a loucura deslocou-se do registro de erro da razão, que sustentava a racionalidade psiquiátrica na melhor tradição de Descartes, para novamente inscrever-se em um universo de sentido.

Enquanto as explicações de ordem fiscalista privilegiavam a questão neurológica e a fragmentação do indivíduo, as vertentes de ordem psicológica, representadas pela psicologia experimental e pela psicanálise, enfocavam uma interioridade individual não física, apreendida a partir da concepção de “inconsciente”. No entanto, no referente à assistência ao doente mental, assistimos à consolidação do modelo asilar (Venancio, 1993).

A partir do término da 2ª Guerra Mundial percebeu-se uma preocupação em redimensionar as práticas de assistência à loucura, cujo objetivo era questionar o papel e a natureza tanto da instituição asilar como do saber psiquiátrico. No período pós-45, marcado pela necessidade de reconstrução de países europeus, pela eclosão de movimentos civis e maior tolerância frente às minorias e diferenças, aliou-se a percepção da ineficiência do hospital psiquiátrico. Para Desviat (1999:23):

Junto com essa vontade coletiva de criar uma sociedade mais livre e igualitária, mais solidária, a descoberta dos medicamentos psicotrópicos e a adoção da psicanálise e saúde pública nas instituições da psiquiatria foram elementos propulsores dos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica (...).

Dentre as experiências de reforma, Birman e Costa (1994) destacam dois momentos. A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, representaram a primeira tentativa de reforma do modelo hospitalocêntrico. O termo “Comunidade Terapêutica” foi consagrado por Maxwell Jones, em 1959, na Inglaterra, ao implementar um conjunto de experiências em um hospital psiquiátrico e realizar uma série de reformas institucionais, praticamente restritas ao interior do hospital e que visavam instaurar medidas administrativas mais democráticas, participativas e coletivas, assim como modificar a dinâmica da instituição asilar.

Para Jones (*apud* Amarante, 1995) o ideal da Comunidade Terapêutica buscava estabelecer o tratamento a partir da idéia de que os grupos de pacientes formariam um único organismo psicológico. E mais que isso, a partir da idéia de comunidade, objetivava-se desarticular a estrutura segregadora e cronificadora do asilo, utilizando como uma de suas estratégias a divisão igualitária das tarefas necessárias ao funcionamento do hospital, entre

pacientes e funcionários. Com o trabalho de Jones surgiu a possibilidade de tratar alguns doentes mentais fora do hospital psiquiátrico, posição esta que criou precedente para ampliar a discussão sobre qual o tipo de relação se estabelece entre sociedade e loucura.

De acordo com Desviat (1999) os princípios da Comunidade Terapêutica podem ser resumidos pelos seguintes aspectos: liberdade de expressão; análise de tudo o que acontece na instituição, seja por meio das reuniões diárias entre pacientes ou por psicoterapias grupais; tentativa de desmontar relações hierárquicas; atividades coletivas e participação de todos nas decisões administrativas. As transformações suscitadas por essa experiência, segundo Rotelli (1994) embora tenham instituído mudanças no interior do hospital, não conseguiram tocar no ponto central, ou seja, a exclusão imposta pelo próprio hospital psiquiátrico.

A Psicoterapia Institucional, por sua vez, estruturou-se a partir do trabalho de François Tosquelles no Hospital Saint-Alban, na França, também a partir da 2ª Guerra Mundial. Um de seus princípios básicos foi o resgate do potencial terapêutico do hospital, seguindo a tradição de Pinel e Esquirol. Para Tosquelles tal instituição, a partir de um processo de reforma, seria o local apropriado para a cura da doença mental, possibilitando a inserção dos doentes mentais na sociedade. A novidade instaurada pela Psicoterapia Institucional estava no fato de considerar que as instituições possuem características doentias e por isso também deveriam ser tratadas. Corroborou essa perspectiva uma forte inserção nos hospitais do movimento psicanalítico, principalmente de orientação lacaniana, com o objetivo não só de tratar o “coletivo” mas também a instituição doente.

Novamente as críticas referentes à Psicoterapia Institucional recaíram sobre a excessiva ênfase no espaço do hospital, o que restringiu o movimento a uma reforma meramente asilar, que não colocou em xeque a função social da psiquiatria, do asilo e dos técnicos.

Conforme periodização citada, o segundo movimento reformador foi representado pela Psiquiatria de Setor e pela Psiquiatria Preventiva ou Comunitária. A Psiquiatria de Setor foi um movimento que antecedeu as experiências de Psicoterapia Institucional e reivindicava transformações que ultrapassassem o interior do hospital. Parte daí o ideal de “...levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional, etc” (Fleming *apud* Amarante, 1995: 36). O objetivo era tratar o paciente em seu meio social e juntamente com esse meio, o que faria do hospital um lugar de passagem, uma etapa transitória do tratamento. A política de

setor francesa, que não se restringiu ao atendimento psiquiátrico, foi uma tentativa de rompimento com a centralização hospitalar, procurando alcançar uma assistência descentralizada, garantida pela criação de serviços comunitários.

Essas propostas sofreram críticas tanto por parte de grupos de intelectuais que denunciavam um aumento do campo de abrangência do poder psiquiátrico, como de setores conservadores que temiam a invasão das ruas pelos loucos. Segundo Rotelli (1994) a experiência francesa da Psiquiatria de Setor não viabilizou nenhum tipo de mudança cultural em relação a psiquiatria, como também não foi capaz de ir além do hospital psiquiátrico.

A Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, desenvolvida nos EUA, a partir de 1976, se propôs a ser a terceira revolução psiquiátrica, depois de Pinel e Freud. A novidade representada por esse modelo referiu-se a dois aspectos: o fato de pensar ser possível a profilaxia das doenças mentais, propondo o tratamento antes de seu aparecimento e, fundamentalmente, a criação de um novo objeto para a psiquiatria, o ideal da “Saúde Mental”.

Grande ênfase foi dada às ações primárias e secundárias em saúde que deveriam anteceder o surgimento e o desenvolvimento das doenças, tornando o hospício desnecessário. O objetivo de prevenção e promoção de Saúde Mental tinha seu ponto de intervenção sobre os momentos de “crise”, que diferem do quadro de “surto psicótico” caracterizado por delírios e alucinações. Por não ser possível definir um agente patogênico para a doença mental as ações em saúde deveriam incidir em momentos potencialmente problemáticos como a adolescência, envelhecimento, perda de emprego, etc. Uma das conseqüências deste tipo de enfoque foi a dilatação do campo de intervenção psiquiátrica ao meio social, detectando-se possíveis “suspeitos” e evitando a produção de condutas patológicas.

As principais críticas ao preventivismo incidiram sobre o objetivo de medicalizar a ordem social por meio da normatização psiquiátrica. Ficaria a cargo dos saberes psiquiátrico-psicológicos a definição de um sujeito ideal, produzido a partir de mecanismos complexos capazes de controlar, marginalizar e normatizar segmentos sociais pelas mais variadas vias.

Um terceiro momento das propostas de Reforma foi marcado pela Antipsiquiatria e a Desinstitucionalização na tradição basagliana.

A Antipsiquiatria surgiu ao final da década de 1960, na Inglaterra, junto a outros movimentos de contracultura e seus objetivos convergiram no propósito de apontar a inapropriação do saber e práticas psiquiátricas no confronto com a loucura, mais

especificamente em relação à esquizofrenia. Os principais nomes da Antipsiquiatria foram Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson, um grupo de psiquiatras com experiência clínica e psicanalítica. Alguns deles foram responsáveis pelo desenvolvimento de experiências marginais em relação aos modelos assistenciais de saúde em vigor na época³. Assim, foi estruturada a primeira crítica de fato ao saber médico-psiquiátrico,

(...) no sentido de desautorizá-lo a considerar a esquizofrenia uma doença, um objeto dentro dos parâmetros científicos (...) na medida em que é no tratamento dessa patologia que o fracasso é maior, da mesma forma que é com a esquizofrenia que é mais flagrante a função tutelar da instituição psiquiátrica (Amarante, 1995 : 45).

Esse movimento passou a desnaturalizar conceitos que antes pareciam inquestionáveis como o binômio loucura/doença mental. O que antes parecia óbvio começou a ser objeto de dúvidas e reflexões, não só por parte da psiquiatria mas também pela incorporação de críticas provenientes das ciências humanas.

No mesmo sentido, paralelamente, desenvolveram-se as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia, que para alguns autores (Amarante, 1996; Barros, 1994; Rotelli, 1990), realmente colocaram em xeque os saberes médico-psiquiátricos, assim como suas instituições e dispositivos terapêuticos. O trabalho iniciado por Basaglia em Gorizia, e desenvolvido em Trieste, ambas cidades italianas, durante as décadas de 60 e 70, colocou em evidência a impossibilidade, historicamente construída, das instituições psiquiátricas lidarem com a diferença e os diferentes. A partir daí, foram fundamentados os três pilares da tradição basagliana de crítica: a interrelação entre psiquiatria e justiça, a origem social da maioria das pessoas internadas e a não-neutralidade da ciência.

Várias direções deram o tom à experiência italiana, que trouxe em seu cerne a necessidade de uma análise histórica e crítica das relações entre sociedade, sofrimento e diferença. Foi, sobretudo, um movimento político que colocou em um lugar privilegiado a *polis*, as relações sociais e econômicas. Além disso, reservou aos movimentos sociais um lugar central, onde os atores concretos, frente ao cenário institucional, perpetuam/consomem ou questionam/reinventam (Amarante,1995). A proposta de desinstitucionalização não se confunde com medidas de desospitalização, uma vez que vai muito além da mera extinção do

³ Sobre esse assunto ver Laing, 1982.

aparato hospitalar/manicomial. Essa experiência entendia a instituição em sua dinâmica e complexa estruturação, bem como as relações que estabelece com os fenômenos sociais e históricos.

Com Basaglia, iniciou-se uma trajetória absolutamente original na construção de propostas de desinstitucionalização. Experiências originadas desse projeto passaram a incorporar contribuições de outras áreas de saber. A ampliação da discussão para além do campo psiquiátrico também foi, sem dúvida, outro grande passo dado por Basaglia em seu processo prático-teórico de desconstrução do hospital psiquiátrico e de toda cultura manicomial. A experiência da psiquiatria democrática italiana foi, nesse sentido, a que mais se aproximou de uma possibilidade de ruptura com o modelo médico. Ao trazer à tona a questão política, a experiência triestina enfrentou seus limites e contradições dentro de uma nova ética (Leal, 1994).

1.2 - SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O tratamento asilar foi sendo modificado, questionado e até mesmo substituído desde o pós-guerra em vários países. Apesar disso, no Brasil, observou-se uma grande expansão da rede de hospitais psiquiátricos a partir da década de 60, considerada um importante ponto de inflexão na definição de uma agenda para a saúde. O golpe de 64, com a instauração do regime militar, representou um corte na política populista dos anos 30 com a incorporação gradual de novos segmentos sociais à assistência à saúde. Até 1964, a assistência médica previdenciária era prestada predominantemente por serviços próprios dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) os Institutos de Previdência urbana foram unificados, em um processo de centralização sob controle estatal que uniformizou benefícios e excluiu os trabalhadores da gestão. Novas diretrizes da política de assistência médica que objetivaram racionalizar e viabilizar a expansão do acesso deram prioridade à compra de serviços privados em detrimento da rede pública (Oliveira & Teixeira, 1986). O posicionamento adotado pelo Estado frente ao mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, buscou responder às pressões dos consumidores, dos técnicos e dos empresários, favorecer a organização de uma prática médica privada, orientada pela lucratividade e, ao mesmo tempo, amenizar a intensa

crise social e política pela qual passava o país nos anos 60. Observou-se grande expansão do número de hospitais psiquiátricos privados financiados por recursos públicos.

Na década de 70, a cobertura previdenciária foi ampliada com a regulamentação do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL) e, posteriormente, mediante contribuição individual, os benefícios foram estendidos às empregadas domésticas e trabalhadores autônomos. Neste mesmo período, presenciamos no país taxas anuais de crescimento econômico bastante acentuadas (cerca de 11%), incremento do processo de industrialização, bem como os maiores índices de crescimento do emprego formal já verificados na história do país.

Os anos 70 vêm acompanhados por crises e o esgotamento do chamado “milagre econômico”, reforçado por indicadores sociais extremamente perversos. Na mesma década, observamos o fortalecimento de um modelo de assistência à saúde fundado em ações curativas médico-hospitalares dirigidas aos indivíduos, ao privilegiamento da contratação do setor privado pela Previdência e ao descumprimento das ações de saúde pública, consolidando um padrão de intervenção estatal de caráter privatista e excludente.

O processo de abertura do regime militar foi marcado pela emergência de novos atores coletivos. As possibilidades de reverter as enormes desigualdades sociais deram o tom ao debate que perpassou a sociedade e traduziu-se pela apresentação de propostas de redefinição de políticas sociais que buscavam redistribuição de renda e universalização de benefícios sociais. É neste contexto que, em meados dos anos 70, inicia-se o processo de reformulação do setor saúde representado pela Reforma Sanitária Brasileira⁴, liderado intelectual e politicamente pelo “Movimento Sanitário”, constituído por um grupo de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde. As críticas recaíram principalmente sobre o caráter privatista da atenção à saúde, financiada pelo setor público (Scorel, 1999). Para Scorel (1999), o Movimento Sanitário articulou-se a partir de um princípio bem delimitado: a transformação da política de saúde mercantilizada sob o comando da Previdência Social. Neste sentido, representou um movimento contra-hegemônico que

(...) objetivava a transformação do sistema vigente, caracterizado pela dicotomia das ações estatais, pela predominância da compra dos serviços privados, pela modalidade hospitalar de atendimento e pela corrupção

⁴ Sobre esse assunto ver Scorel, 1999; Malloy, 1986; Gerschman, 1995.

normatizada pela forma de pagamento conhecida como Unidade de Serviço (US) (Escorel, 1999: 51).

Os principais temas colocados na agenda pelo Movimento Sanitário relacionaram-se a reivindicação por acesso universal à assistência em saúde a despeito do vínculo empregatício em uma perspectiva de saúde como direito de cidadania, descentralização político-administrativa, hierarquização do sistema, indução a maior participação social e crítica à medicina de base privatista e curativa instituída durante o regime.

Nos mesmos anos 70, percebe-se no país alguns movimentos de crítica ao modelo hospitalocêntrico. A violência nos manicômios e a exclusão dos loucos já eram pauta de discussões que reivindicavam os direitos do doente mental. Os principais questionamentos também se relacionavam à natureza do modelo privatista e a sua incapacidade de produzir um atendimento que contemplasse as necessidades de seus usuários. Entretanto, ainda não havia um modelo de cuidado muito claro e nem uma proposta estruturada de intervenção clínica.

Na década de 80, o contexto de grave crise econômica e o processo de democratização do país colocaram na agenda os impasses presentes no setor saúde, sendo produzidas importantes modificações neste cenário. A desigualdade no acesso, a falta de hierarquização da rede, o baixo impacto das ações em saúde, as relações de custo/efetividade desfavoráveis, a falta de integralidade na atenção e a centralização do processo decisório foram alguns dos problemas enfrentados. Pôde-se observar também que a conjuntura de crise econômica do período tornou as políticas governamentais mais suscetíveis a medidas racionalizadoras, embora o processo de democratização tenha possibilitado a entrada em cena de novos atores sociais que passaram a pressionar o Estado por políticas sociais mais eqüitativas.

Em termos históricos, foi só a partir da década de 80 que o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil ganhou importância, tanto política como social. Esse momento que abriu a possibilidade de mudanças efetivas no setor saúde, permitiu a participação de outros atores, que não os médicos, no processo de reformulação da assistência em psiquiatria. Segundo Desviat (1999) experiências reformadoras têm lugar em contextos específicos de desenvolvimento. Para o autor,

Em primeiro lugar, há um clima social que permite e, em alguns casos, exige a conscientização e a denúncia da situação manicomial, com a abertura de um processo de consenso técnico, político e social que possibilita a elaboração de

objetivos alternativos. Em segundo lugar, existe um momento de legitimação administrativa, um certo compromisso(...), e um grupo de técnicos qualificados e decididos a levar adiante o processo de reforma (...) (Desviat, 1999: 25).

A construção de um novo espaço social para a loucura exigia que a noção de cidadania e a base do saber psiquiátrico fossem questionados. Era preciso inventar outros locais, instrumentos técnicos e terapêuticos, como também novos modos sociais de estabelecer relações com esses sujeitos (Birman, 1992). Nesse sentido, a influência da psiquiatria democrática italiana, a partir de meados dos anos 80, ganhou força no Brasil. A partir dessa década, novos protagonistas, como usuários e familiares, aumentaram o coro de reivindicações por outras possibilidades de atenção, espaços e avanços técnicos. Corroboraram esses movimentos, a implementação de experiências de Hospitais-Dia; a inserção do movimento psicanalítico em vários setores; a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, no ano de 1987, considerada um marco histórico da psiquiatria brasileira; no mesmo ano ocorreu o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que consolidou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”; a criação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz Cerqueira, em São Paulo, no mesmo ano; a intervenção, em 1989, na Casa de Saúde Anchieta, em Santos; o Projeto de Lei do deputado federal Paulo Delgado, que previa a extinção progressiva dos manicômios bem como sua substituição por outros dispositivos de tratamento⁵; e a Declaração de Caracas, documento produzido na Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina que convoca os países a avaliarem criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação da assistência.

O processo de abertura política e a Constituição de 1988 consolidaram a saúde como “direito de todo cidadão e dever do Estado”. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou a materialização das propostas da Reforma Sanitária rumo a um sistema universal com predomínio da assistência prestada pelo setor público. Neste contexto, o processo de universalização, iniciado ao final da década de 70 e consolidado na “Constituição Cidadã”, foi se desenhando. A absorção de novos segmentos sociais ao sistema de saúde representou maior acesso para clientela antes excluídas desse direito. A criação do SUS foi um marco em termos de ampliação de direitos sociais no país que desenvolveu-se na contramão do caminho trilhado

por outras reformas do sistema de saúde na América Latina no mesmo período. Segundo Lobato (2000) a magnitude da universalização via SUS, em conjunto com a extensão dos benefícios sociais aos trabalhadores rurais, universalização do ensino e implementação das políticas trabalhistas, representou uma das políticas mais amplas e redistributivas já efetivadas no país.

É interessante observar que enquanto o movimento pela Reforma Sanitária propunha uma reformulação radical da assistência, com a criação de um Sistema Único de Saúde, descentralizado, hierarquizado e regionalizado, com a inovação fundamental que foi a garantia da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, poderíamos dizer que a Reforma Psiquiátrica avançou ainda mais. Tal afirmação sustenta-se no pressuposto de que 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. O que se pretende não é só que a população de uma determinada região tenha acesso a serviços de saúde, mas que possa beneficiar-se de um novo modelo de assistência. Desse modo, a Reforma Psiquiátrica trouxe à tona uma discussão muito mais ampla que diz respeito aos mecanismos socialmente produzidos, como a medicina, de controle da subjetividade, do adoecer e de outras experiências humanas, saberes, perpassados, grosso modo, por interesses político-econômicos.

Nos anos 90, no contexto de inovações preconizados pela Constituição de 88 para o setor saúde, assistimos à criação e consolidação de propostas de âmbito nacional, sob os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, voltadas para a implantação de serviços públicos como CAPS, NAPS, Lares Abrigados, etc., embora desde a década de 80, algumas experiências já estivessem sendo desenvolvidas (Venancio, 1990). Segundo Gomes (1999) a implantação desses serviços tendeu a “(...) reverter uma lógica histórica de prestação de cuidados nesta área, qual seja: o fortalecimento dos serviços estatais em detrimento do setor privado” (1999: 114). Com o fortalecimento dos serviços de base territorial inicia-se um processo de substituição gradual do "leito" como único recurso terapêutico.

A década de 90 parece ter ficado o papel de efetivamente implementar novos dispositivos, ainda que os hospitais tradicionais absorvam a maior parte das verbas destinadas

⁵ O substitutivo ao projeto de lei original, a Lei 10.216, foi sancionada em 06 de abril de 2001, após tramitar

à assistência psiquiátrica. Alves (2001) ressalta que no Brasil não se questionam mais os princípios e premissas que devem nortear a reformulação da atenção psiquiátrica. Entretanto, uma vez que tenha sido estabelecido consenso em torno desse ponto, a questão que se coloca é como viabilizar a Reforma. Para o autor “ (...) o financiamento de determinada política pública é, na verdade, a explicitação de sua força ou fragilidade política” (2001:26). Nesse sentido, a análise de dados relativos ao quantitativo de AIHs pagas e gastos com internações hospitalares no período de 1995 a 2000 informam algumas tendências da implementação da Reforma e do financiamento da assistência em psiquiatria.

De forma geral, o total de Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) pagas entre 1995 e 2000 sofreu queda de aproximadamente 6,4% no país, tendência acompanhada pelas internações realizadas em obstetrícia, clínica médica, cuidados prolongados (crônicos), psiquiatria e reabilitação. O número de AIHs pagas em psiquiatria apresentou redução de 12,8% no período, enquanto as AIHs em psiquiatria hospital-dia apresentaram um aumento de cerca de 200% entre 1995 e 2000. As AIHs pagas em clínica médica e obstetrícia apresentaram taxas aproximadas de redução – 13,6% e 12,2% respectivamente. Ainda assim, das aproximadamente 12 milhões e 426 mil AIHs pagas em 2000, as AIHs psiquiátricas representaram 6,6% e hospitais-dia apenas 0,16% do total (tabela 1).

Tabela 1 – AIHs pagas por especialidade – Brasil – 1995/2000

Especialidade	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Clínica médica	4.736.535	4.365.937	4.283.358	4.216.452	4.175.624	4.090.686
Obstetrícia	3.271.479	3.134.401	3.077.800	2.958.872	2.998.767	2.871.045
Clínica cirúrgica	2.485.977	2.369.812	2.324.095	2.398.657	2.596.390	2.761.151
Pediatria	1.630.866	1.558.702	1.587.344	1.655.263	1.716.296	1.762.573
Psiquiatria	939.656	888.324	864.241	836.496	827.064	819.069
Cuidados prolongados (Crônicos)	189.262	188.081	185.911	143.176	81.241	78.589
Tisiologia	10.157	12.142	12.562	19.616	20.818	18.879
Psiquiatria - hospital dia	6.575	8.687	10.268	14.731	17.273	19.893
Reabilitação	4.557	4.796	5.885	5.369	4.903	4.252
Total	13.275.064	12.530.882	12.351.464	12.248.632	12.438.376	12.426.137

Fonte: DATASUS/SIH-SUS

Quanto aos valores totais gastos com internações hospitalares entre 1995 e 2000, observa-se um aumento de 53% dos gastos no período, embora o número de AIHs tenha diminuído (tabela 2). Até 1997 os gastos com internações psiquiátricas estavam em quarto lugar neste item de despesas no país, superando os valores dispendidos com especialidades

durante 12 anos.

básicas como pediatria. A partir de 1998, os gastos com internações psiquiátricas passaram a ocupar o quinto lugar entre as despesas com internações. A despeito da diminuição de AIHs pagas, os gastos aumentaram cerca de 20,5% entre 1995 e 2000. Para o ano de 2000, os gastos em psiquiatria representaram 9,2% dos gastos totais com internações (tabela 3), embora em termos do número de AIHs pagas o percentual seja menor (6,6%). Em 2000 os valores gastos com hospitais-dia representaram aproximadamente 0,2% dos gastos totais anuais com internações. Os valores gastos em hospitais-dia aumentaram cerca de 248,5%, acompanhando a tendência nacional de aumento do número de AIHs para esta modalidade.

Foram gastos no ano de 2000 cerca de 460 milhões de reais entre internações em hospitais psiquiátricos e hospitais-dia. Os valores dispendidos em internações psiquiátricas tradicionais corresponderam a aproximadamente 97,6% do montante de recursos gastos, enquanto as internações em hospitais-dia representaram apenas 2,4% deste total.

Tabela 2 – Valor total* gasto, em reais, com internações hospitalares por especialidade – Brasil – 1995/2000

Especialidade	1995	1996	1997
Clínica cirúrgica	1.040.158.329,46	1.075.274.051,85	1.087.167.574,43
Clínica médica	893.366.599,70	857.591.713,51	861.626.571,91
Obstetrícia	453.923.098,67	449.033.939,23	443.357.736,46
Psiquiatria	372.580.157,30	371.695.080,46	365.641.734,76
Pediatria	337.223.827,92	330.389.694,20	347.235.006,06
Cuidados prolongados (Crônicos)	85.821.240,17	86.239.107,41	85.725.887,34
Tisiologia	3.296.205,35	4.183.587,82	5.275.983,46
Psiquiatria - hospital dia	3.110.666,97	4.326.022,12	5.413.055,70
Reabilitação	2.957.512,45	3.533.127,44	4.408.473,14
Total	3.192.437.637,99	3.182.266.324,04	3.205.852.023,26

Fonte: DATASUS/SIH-SUS

* valores aprovados

(continuação) Tabela 2 – Valor total* gasto, em reais, com internações hospitalares por especialidade – Brasil – 1995/2000

Especialidade	1998	1999	2000
Clínica cirúrgica	1.301.339.493,94	1.716.001.336,33	1.789.830.178,27
Clínica médica	991.648.714,28	1.167.310.831,09	1.231.089.046,22
Obstetrícia	581.842.851,67	725.369.663,50	687.780.874,14
Pediatria	423.070.723,46	533.583.370,81	579.993.798,87
Psiquiatria	407.182.058,65	445.496.036,26	449.083.452,53
Cuidados prolongados (Crônicos)	80.537.868,06	117.416.353,96	119.633.365,45
Tisiologia	10.196.259,18	13.088.293,73	14.616.003,87
Psiquiatria – hospital dia	8.791.255,76	10.479.694,40	10.839.945,97
Reabilitação	4.664.431,28	4.665.521,56	3.981.570,76
Total	3.809.273.656,28	4.733.411.101,64	4.886.848.236,08

Fonte: DATASUS/SIH-SUS

* valores aprovados

Tabela 3 – Percentual de gastos, em reais, com internações hospitalares por especialidade – Brasil – 1995/2000

Especialidade	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Clínica cirúrgica	32,6	33,8	33,9	34,2	36,2	36,6
Clínica médica	27,9	26,9	26,9	26,0	24,7	25,2
Obstetrícia	14,2	14,1	13,8	15,3	15,3	14,1
Psiquiatria	11,7	11,7	11,4	10,7	9,4	9,2
Pediatria	10,6	10,4	10,8	11,1	11,3	11,9
Cuidados prolongados (Crônicos)	2,7	2,7	2,7	2,1	2,5	2,4
Tisiologia	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3
Reabilitação	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Psiquiatria – hospital dia	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: DATASUS/SIH-SUS

Esses dados informam que ainda são incipientes no país os esforços para o redirecionamento da assistência prestada em Saúde Mental conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica. A construção de uma rede de atenção psicossocial de base territorial exige maior participação do nível municipal de forma a responsabilizar-se pela condução dessas ações, ao mesmo tempo, em que no nível federal as políticas de Saúde Mental devem ser fortalecidas.

1.3 - OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Surgidos ao final dos anos 80, os CAPS foram incorporados na política pública de Saúde Mental para o país por meio das portarias 189/91⁶ e 224/92⁷ do Ministério da Saúde. Os CAPS/NAPS deveriam ampliar seu campo de ação aos mais diversos âmbitos – técnico, social, político e teórico – partindo do princípio de que todos estes elementos estivessem “(...) contemplados no exercício assistencial, configurando uma nova ética das práticas sociais e institucionais para a loucura e a doença mental” (Amarante & Carvalho, 1996). O objetivo foi que os modelos criados com a Reforma sejam “substitutivos” ao hospital psiquiátrico e não complementares a este, embora a portaria 224/92 defina os NAPS/CAPS como unidades de saúde locais e regionalizadas com população adscrita, definida pelo nível local, que devem oferecer cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Tal definição pressupõe a coexistência desses serviços e de hospitais psiquiátricos tradicionais.

⁶ Determinou a diversificação de procedimentos das Tabelas SIH/SUS e SIA/SUS e definiu o financiamento desses procedimentos (1991).

⁷ Estabeleceu padrões mínimos para o funcionamento dos serviços de Saúde Mental no Brasil (1992).

Tanto os CAPS quanto os NAPS são orientados a desenvolver tecnologias que respeitem o usuário em seus direitos de cidadania e que diferenciem-se do modelo manicomial excludente. A reestruturação da assistência psiquiátrica pública, como já descrito anteriormente, tem nestes serviços a possibilidade de atenção aos casos mais graves, quais sejam, psicóticos e neuróticos graves, clientela clássica dos hospitais psiquiátricos.

Os CAPS têm como um de seus pilares básicos a responsabilização pela clientela atendida de forma que possa ser “culturalmente sensível”, ou seja, capaz de reestabelecer laços sociais enfraquecidos por longos anos de hospitalização, ao mesmo tempo em que funciona como um lugar de referência para seus usuários. Neste sentido, os serviços substitutivos teriam uma dupla função no que se refere à constituição de redes sociais. Quando se pensa em um CAPS como um local de passagem, capaz de aumentar o poder contratual de seus usuários de forma que estes sejam capazes de gerar normas para suas vidas (Tykanori, 1996) e possam utilizar cada vez menos os serviços, torna-se imprescindível a construção de uma rede de vínculos composta por outras instâncias da vida social. Ao mesmo tempo, por fazer parte de um sistema de saúde, cujos pressupostos são integralidade, universalidade de acesso, entre outros, os CAPS têm como desafio articular-se a essa rede de cuidados a fim de garantir a referência para aqueles usuários que não necessitam de atenção diária ou estão impossibilitados de obtê-la pela insuficiente oferta de serviços substitutivos. A construção de uma rede no “interior do SUS” e no “exterior do manicômio” é um dos desafios que se apresenta aos novos dispositivos de atenção em Saúde Mental cujas funções deveriam estar para além da assistência *stricto sensu*. Os princípios da Reforma Psiquiátrica pressuporiam a criação de novas modalidades de atenção à loucura como um dispositivo de transformação social, capaz de desconstruir um *modus operandi* culturalmente produzido de lidar com a diferença.

Os CAPS/NAPS, considerados indistintamente pelo Ministério da Saúde, surgiram como modelos assistenciais que, pelo menos em tese, procurariam romper como o manicômio em seu significado mais amplo. O conhecimento prévio do funcionamento de um CAPS fez pensar que este seria o espaço mais adequado ao desenvolvimento de uma pesquisa que pressupunha a participação dos técnicos e um compromisso real de transformação da assistência em Saúde Mental. Partiu-se do princípio de que entre os atores do processo terapêutico os técnicos teriam maiores possibilidades de fornecer dados relevantes sobre a

realidade a ser estudada e um maior conhecimento da teia de relações imbricadas no cotidiano da atenção. Por estes motivos escolheu-se o Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa (CAPS/Irajá) para a realização do estudo.

Na concepção da Gerência de Saúde Mental, órgão da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro responsável pela implementação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica neste município, os CAPS deveriam oferecer estrutura física capaz de dar suporte às atividades cotidianas de seus usuários e funcionários, em um espaço de acolhimento. O atendimento diário e integrado da equipe objetivaria fomentar a convivência e incentivar o desenvolvimento de relações interpessoais de forma que o lugar de tratamento fosse referência para usuários e familiares nas mais diversas circunstâncias (GSM/SMS/RJ, 1995).

1.4 - O RIO DE JANEIRO E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

A cidade do Rio de Janeiro é marcada por forte tradição hospitalocêntrica. Localiza-se no município alguns dos principais centros de formação profissional na área, o que, segundo Libério (1999), vem influenciando a evolução da história da assistência e a formulação de políticas de Saúde Mental. Também é característica da cidade a multiplicidade de instâncias decisórias, o que gerou entraves ao movimento pela Reforma Psiquiátrica. Até 1993 os três principais hospitais psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro pertenciam ao Ministério da Saúde e os ambulatorios estavam sob gestão do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Além disso, havia cerca de 2 958 leitos privados contratados pelo SUS. Esses fatores dificultaram a implantação de medidas de racionalização de recursos financeiros e investimentos em assistência extra-hospitalar, seja na reestruturação da rede ambulatorial ou na construção de novos serviços (Libério, 1999; Fagundes & Libério, 1997).

Em 1989, foi implantada a Coordenação de Programas de Saúde Mental, da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, cuja função inicial seria acompanhar as ações de supervisão da rede hospitalar. A partir da reformulação da estrutura organizacional da SMS e partindo do pressuposto que as transformações da assistência prestada no campo da Saúde Mental transcendem a necessidade de apenas fechar os manicômios, o que constituiria fenômeno de desospitalização e não desinstitucionalização, em 1993, a Coordenação foi transformada na Gerência de Programas de Saúde Mental (GSM/SMS/RJ) que integra a Coordenação de

Programas de Atendimento Específico da Superintendência de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Entretanto, apenas em 1995, quando o município assumiu a condição de Gestão Incipiente do Sistema Único de Saúde⁸, o Programa intensificou suas atividades. Neste ano, foi constatado que os gastos com o aparato hospitalar em psiquiatria representavam o quarto maior item de despesas com internações hospitalares no município, funcionando como um inibidor de possíveis investimentos em assistência extra-hospitalar.

No município do Rio de Janeiro o número total de AIHs pagas entre 1995 e 2000 apresentou queda de aproximadamente 1,25%, decréscimo menor que o verificado para o país. As únicas especialidades que apresentaram diminuição de AIHs foram cuidados prolongados (crônicos) e reabilitação. Em psiquiatria, acompanhando a tendência do município, o número de AIHs pagas aumentou cerca de 1,25%, enquanto as AIHs em psiquiatria hospital-dia apresentaram um aumento bastante significativo, principalmente de 1998 a 2000 quando cresceu cerca de 25,4%. Ainda assim, do total de AIHs pagas em 2000, 13,7% foram AIHs psiquiátricas e apenas 0,5% de hospitais-dia (tabela 4).

Tabela 4 – AIH pagas por especialidade – Rio de Janeiro – 1995/2000

Especialidade	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Clínica cirúrgica	78.779	87.712	93.244	93.838	106.846	109.463
Obstetrícia	74.640	81.622	82.652	65.979	82.347	81.289
Clínica médica	70.571	72.985	82.652	83.451	79.109	76.351
Cuidados prolongados (Crônicos)	66.234	57.785	47.908	27.934	13.100	14.039
Psiquiatria	49.495	47.910	45.102	39.669	45.159	50.118
Pediatria	28.190	33.181	36.329	33.324	31.182	28.890
Tisiologia	770	1.948	2.059	2.878	3.531	2.359
Reabilitação	506	544	1.087	697	754	330
Psiquiatria – hospital dia	23	407	390	1.405	1.816	1.762
Total	369.208	384.094	391.423	349.175	363.844	364.601

Fonte: DATASUS/SIH-SUS

Em relação aos valores totais gastos com internações hospitalares entre 1995 e 2000, no município do Rio e Janeiro, observa-se um aumento de 53%, mesma taxa observada em âmbito nacional, embora o número de AIHs tenha aumentado apenas cerca de 1,25%. Até

⁸ 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 AIHs e procedimentos ambulatoriais, controlar e

1997 os gastos com internações psiquiátricas representavam o quarto item de despesas com internações no Rio de Janeiro, superando os valores dispendidos com especialidades como obstetrícia. Contrariando a tendência nacional, a partir de 1998, os gastos com internações psiquiátricas passaram a ocupar o terceiro lugar entre as despesas com internações no município. Embora as AIHs pagas em psiquiatria tenham aumentado cerca de 1,25% entre 1995 e 2000, no mesmo período, os gastos com internações nesta especialidade cresceram aproximadamente 18% (tabela 5). Para o ano de 2000, os gastos com internações psiquiátricas representaram 11,5% dos gastos totais com internações (tabela 6), embora em termos do número de AIHs pagas o percentual seja maior (13,7%), conforme já mencionado. Em 2000 os valores gastos com internação em hospitais-dia representaram 0,4% dos gastos com internações no ano, percentual reduzido porém o dobro da média nacional. Os valores gastos em hospitais-dia tiveram um aumento bastante significativo a partir de 1996, sobretudo nos anos de 1998 e 1999, mas em 2000 apresentaram nova diminuição.

Foram gastos no ano de 2000 cerca de 22 milhões e 900 mil reais entre internações em hospitais psiquiátricos e hospitais-dia. Os valores dispendidos em internações psiquiátricas tradicionais corresponderam a aproximadamente 97% do total de recursos gastos na especialidade, enquanto as internações em hospitais-dia representaram apenas 3% deste total.

Tabela 5 – Valor total* gasto, em reais, com internações hospitalares por especialidade – Rio de Janeiro – 1995/2000

Especialidade	1995	1996	1997
Clínica cirúrgica	38.585.182,22	47.829.013,04	54.528.931,73
Cuidados prolongados (Crônicos)	27.304.174,09	23.806.713,34	19.591.463,68
Clínica médica	22.371.155,43	23.997.065,76	26.581.424,53
Psiquiatria	18.818.622,32	18.667.359,19	17.361.660,40
Obstetrícia	9.981.572,01	11.445.293,49	11.787.363,97
Pediatria	7.996.953,02	9.483.501,42	9.746.425,02
Reabilitação	388.221,41	401.505,03	780.818,10
Tisiologia	291.319,70	632.764,23	995.627,90
Psiquiatria - hospital dia	9.461,46	288.856,30	450.665,68
Total	125.746.661,66	136.552.071,80	141.824.381,01

Fonte: DATASUS/SIH-SUS

avaliar serviços ambulatoriais e hospitalares, desenvolver ações de vigilância e saúde do trabalhador e gerenciar a rede ambulatorial pública se demonstrado disposição (Andrade, 2001).

(continuação) Tabela 5 – Valor total* gasto, em reais, com internações hospitalares por especialidade – Rio de Janeiro – 1995/2000

Especialidade	1998	1999	2000
Clínica cirúrgica	62.673.353,70	76.460.017,74	82.437.290,36
Clínica médica	31.544.886,64	35.852.679,38	34.116.933,75
Psiquiatria	18.284.183,40	21.560.270,89	22.195.114,04
Obstetrícia	13.123.887,94	20.055.605,21	19.849.606,59
Cuidados prolongados (Crônicos)	12.705.959,17	16.637.753,45	17.751.695,26
Pediatria	11.367.714,82	13.513.992,93	13.146.241,28
Tisiologia	1.888.189,38	2.483.934,88	1.969.947,52
Psiquiatria - hospital dia	1.080.594,67	1.123.711,39	676.116,19
Reabilitação	578.936,37	710.291,79	313.031,37
Total	153.247.706,09	188.398.257,66	192.455.976,36

Fonte: DATASUS/SIH-SUS

* valores aprovados

Tabela 6 – Percentual de gastos, em reais, com internações hospitalares por especialidade – Rio de Janeiro – 1995/2000

Especialidade	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Clínica cirúrgica	30,7	35,0	38,5	40,9	40,6	42,8
Cuidados prolongados (Crônicos)	21,7	17,4	13,8	8,3	8,8	9,2
Clínica médica	17,8	17,6	18,7	20,6	19,0	17,7
Psiquiatria	15,0	13,7	12,2	11,9	11,4	11,5
Obstetrícia	7,9	8,4	8,3	8,6	10,6	10,3
Pediatria	6,3	6,9	9,9	7,4	7,2	6,8
Reabilitação	0,3	0,3	0,6	0,4	0,4	0,2
Tisiologia	0,2	0,5	0,7	1,2	1,3	1,0
Psiquiatria – hospital dia	0,0*	0,2	0,3	0,7	0,6	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: DATASUS/SIH-SUS

*os valores aprovados para esta especialidade no ano de 1995 significaram um percentual de aproximadamente 0,007 do total de gastos com internações no ano.

Em outubro de 1995, por intermédio da GSM/SMS/RJ foi realizado o I Censo de Internos dos Hospitais Psiquiátricos da Cidade do Rio de Janeiro. Os principais objetivos foram desenhar um perfil clínico e sócio-econômico da clientela usuária desses serviços, além de obter dados sobre as áreas mais carentes da cidade no referente aos recursos de atenção em Saúde Mental. Tais informações foram importantes na determinação dos locais onde, posteriormente, foram instalados os CAPS.

Como estratégia de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental, teve início em 1996 a implantação dos CAPS⁹ no Rio de Janeiro. Segundo documento oficial da

⁹ Os CAPS até o final de 2001 não fazem parte do organograma da Secretaria Municipal de Saúde, o que implica em uma subordinação aos Centros Municipais de Saúde (CMS) ou Postos de Atendimento Médico (PAM).

GSM/SMS/RJ intitulado “Projeto de Implantação de Centros de Atenção Psicossocial” estes serviços foram criados tendo como eixo os seguintes pressupostos:

(...) 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 do sujeito poder ter acesso aos intercâmbios sociais (GSM/SMS/RJ, 1995a: 1).

O documento previa ainda que a finalidade deste dispositivo seria:

Assistir, em regime de Hospital-Dia, pessoas em sofrimento psíquico grave, oferecendo-lhes um grau de autonomia que lhes permita deslocar-se do seu local de residência para as unidades diariamente, visando a sua reabilitação, aqui vista como a possibilidade da produção de valor social reconhecido (GSM/SMS/RJ, 1995a: 2).

Os documentos oficiais da GSM/SMS/RJ analisados preconizam que os CAPS seriam estruturas extra-hospitalares que teriam como objetivo substituir o modelo manicomial de cuidado, por meio da oferta de uma assistência intensiva e diária. Seriam serviços de base territorial, que funcionariam em espaços semelhantes a uma casa, de 8:00 às 17:00 horas, onde os usuários fariam três refeições diariamente. Pretende-se que os projetos terapêuticos sejam individualizados e incluam também assistência familiar e estabelecimento de vínculos com a comunidade

Para alcançar os objetivos propostos seria necessário um outro *modus operandi* de funcionamento da rede de assistência em Saúde Mental, em que a tutela sairia de cena abrindo espaço à lógica do cuidado. Essa nova perspectiva implicaria na produção de espaços de acolhimento e atenção ao sofrimento psíquico, nos quais fossem assumidas responsabilidades e compromissos em dar suporte àqueles que não se enquadram nos padrões de normalidade. Na concepção da GSM/SMS/RJ, esse nova proposta de atenção materializar-se-ia nos CAPS, que deveriam ser implantados em toda a cidade do Rio de Janeiro atendendo aos princípios da regionalização e conectando-se às demais instâncias da vida social relacionadas ao lazer, cultura, trabalho, entre outras. Além disso, comporia um dos princípios destes serviços o pressuposto de repensar e construir práticas a partir da demanda de seus usuários.

A estratégia de implantação dos CAPS no Rio de Janeiro representaria a etapa inicial de um “Programa de Reabilitação Psicossocial”, que previa também a oferta de alternativas de moradia, trabalho, lazer assistido, com a participação da comunidade e familiares. A clientela prioritária para o serviço é constituída por: psicóticos com longo histórico de internações, indivíduos com outros tipos de sofrimento psíquico que implicasse em abrandamento dos vínculos afetivos e sociais, indivíduos em primeiro surto psiquiátrico ou provenientes de instituições psiquiátricas com vários anos de internação e neuróticos graves. A média de usuários prevista para atendimento em cada unidade seria de 150¹⁰, sendo desejável e estimulada a participação de não-usuários na manutenção das oficinas e demais atividades do serviço.

Segundo Libério (1999) faz parte da estratégia da GSM/SMS/RJ, o desenvolvimento de mecanismos de monitoramento da qualidade da assistência prestada pelos CAPS: o Programa de Acompanhamento da Qualidade dos Centro de Atenção Psicossocial, por meio de sistemas de informações que captariam dados como: perfil da clientela atendida, índices de internação, índices de abandono do tratamento e de adesão da família ao tratamento, número de usuários dos serviços que retornam à escola, ao trabalho ou às atividades da vida comunitária. Segundo a autora, o desenvolvimento de mecanismos de acompanhamento da qualidade destes serviços por meio de sistemas de monitoramento mensal ou avaliações mais aprofundadas, faz parte do processo de transformação da assistência em Saúde Mental no município do Rio de Janeiro.

1.5 - O CAPS RUBENS CORRÊA

O Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa – CAPS Irajá – (CAPS/Irajá) inaugurado em julho de 1996, foi o primeiro CAPS implantado no município do Rio de Janeiro, por meio de um convênio entre Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, por intermédio da Funlar. O CAPS ocupou o espaço físico da antiga Legião Brasileira de Assistência (LBA) de Irajá. O local tem uma varanda com bancos e uma mesa de ping-pong; uma sala para os técnicos e coordenação, uma sala na qual funciona um bazar para venda de roupas usuadas; um *atelier* de *silk-screen*; uma sala para dispensação

¹⁰ Cabe ressaltar que o número de usuários previstos para atendimento nos CAPS variou nos documentos

de medicamentos; uma sala para grupos e oficinas, um consultório no qual também acontecem reuniões de grupos, uma sala para reuniões de equipe, grupos e oficinas; uma sala que funciona como almoxarifado e na qual acontecem reuniões; uma cozinha, uma copa, dois banheiros para usuários e um banheiro para técnicos

O projeto inicial, elaborado por uma equipe multiprofissional, cinco meses antes da abertura do serviço, previa funcionamento diário e voltado à assistência de uma clientela em sofrimento psíquico grave, como psicóticos e neuróticos graves¹¹.

O CAPS/Irajá é o único serviço desta modalidade para a Área Programática¹² (AP) 3.3, que compreende a maior população por AP do município¹³, cerca de 950.000 habitantes. Um diagnóstico inicial da área mostrou uma total carência de serviços e profissionais em Saúde Mental, o que até hoje tem reflexos importantes na ausência de conformação de uma rede. Na época de implantação do serviço, um mapeamento da região apontou que apenas em dois dos principais ambulatorios da área havia atendimento psiquiátrico tradicional. Os psicólogos existentes direcionavam seu trabalho ao atendimento de crianças e neuróticos, não prestava assistência à clientela psicótica. O fato de ser o único serviço desse tipo em uma área tão abrangente resultou em um rápido esgotamento da capacidade de atendimento de novas clientelas. Em função desse fato, mecanismos de triagem foram introduzidos.

Em pouco tempo, tais mecanismos mostraram-se ineficazes. No início de 1999, cogitou-se a possibilidade de fechar até mesmo a triagem. Nesse momento, surgiram as primeiras críticas estruturadas quanto aos objetivos e funções de um CAPS. As questões levantadas por alguns técnicos demonstravam a preocupação quanto à possibilidade que o serviço reproduzisse a lógica cronificadora de outros modelos terapêuticos. Neste mesmo ano, iniciaram-se as primeiras medidas de reestruturação do trabalho desenvolvido: revisão do contrato de todos os usuários no que se refere ao tempo de permanência no serviço e número

consultados. Em alguns menciona-se atendimento a 200 usuários.

¹¹ Hoje o serviço atende uma clientela bastante ampla, inclusive casos de deficiência mental, mas não atendem dependentes químicos.

¹² O município do Rio de Janeiro foi dividido, a partir de 1976, em função do Plano Urbanístico Básico, em cinco grandes Áreas de Programação (APs), que subdividem-se em dez áreas, compostas pelos 153 bairros da cidade. Atualmente, cada área tem uma sub-prefeitura, sendo que esta divisão territorial é utilizada para as ações de outros setores da administração municipal (Gomes, 1999).

¹³ A AP 3.3 engloba os seguintes bairros: Del Castilho, Irajá, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Maria da Graça, Tomás Coelho, Abolição, Água Santa, Cachambi, Encantado, Engenho Novo, Lins de Vasconcelos, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Terra Nova, Todos os Santos, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcante, Engenheiro Leal, Honório Gurgel, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Quintino Bocaiúva, Rocha Miranda, Turiaçu e Vaz Lobo.

de atendimentos recebidos, incentivo à participação em atividades sociais fora do CAPS possibilitando atender várias pessoas que aguardavam na lista de espera, e estreitamento de vínculos com outros serviços de Saúde Mental da região (Carvalho, 2000). Em pesquisa realizada por Libério (1999) constatou-se que a constituição de uma rede de suporte social e a articulação com os demais serviços da rede de saúde da região já despontavam como principais preocupações dos técnicos do serviço.

Em outubro de 2001, a equipe técnica do CAPS/Irajá era constituída por: 1 coordenadora, 3 psicólogas, 2 assistentes sociais, 4 psiquiatras, 1 clínico geral que atuava como psiquiatra, 2 pedagogas, 1 nutricionista, 1 musicoterapeuta, 1 líder comunitária e 2 auxiliares de enfermagem. O serviço possuía também 2 estagiários de psicologia, dois estagiários de serviço social e duas residentes de enfermagem. A equipe de apoio era composta por 2 cozinheiros, 4 copeiros, 3 faxineiras e 4 guardas. Em relação ao tipo de vínculo empregatício, havia funcionários que compunham o quadro permanente da SMS e outros contratados via convênio com uma ONG – o Instituto Franco Basaglia. A equipe técnica participa de uma supervisão semanal coordenada por supervisora clínico-institucional para discussão de casos mais complexos, problemas cotidianos do serviço como porta de entrada, estratégias para a integração à rede de serviços da AP 3.3, redefinição de contratos terapêuticos, papel das oficinas terapêuticas, entre outros temas. O encontro semanal é utilizado também para divulgar informes.

O serviço funciona 8 horas por dia, de segunda à sexta-feira. Dados de janeiro de 2002 informam que estavam inscritos no serviço de atenção intensiva 203 usuários e, no serviço de ambulatório, também prestado nas instalações físicas do CAPS, estavam inscritos 56 usuários. Cerca de 49% dos usuários do CAPS são do sexo masculino e 51% do sexo feminino. A frequência ao serviço varia em função do contrato terapêutico estabelecido com cada usuário. A partir de uma orientação (Grupo de Orientação para Tratamento) ou de atendimentos ambulatoriais realizados por técnicos, a clientela que chega ao serviço é encaminhada para a atenção diária, que engloba as atividades do CAPS propriamente dito (oficinas, grupos terapêuticos, grupos de medicação, atendimentos psiquiátricos e psicológicos, entre outros) ou para atendimento ambulatorial realizado por profissionais do próprio CAPS ou de outros serviços da AP 3.3. As atividades do ambulatório compreendem atendimento psiquiátrico e, em alguns casos, de psicoterapia. Diariamente frequentam o CAPS cerca de 35 a 45 usuários.

As oficinas e grupos terapêuticos atualmente desenvolvidos incluem: oficina de vídeo, grupo Despertar (passeios em praças, jogos de futebol, discussões sobre as atividades diárias do serviço), grupo de orientação à saúde, jardinagem, oficina de jornal, oficina de beleza, grupo de medicação, oficina de música, oficina pedagógica, grupo de família, grupo terapêutico, brechó, oficina literária, oficina de sucata, *silk screen*, expressão corporal, grupo de sexualidade, oficina de culinária, musicoterapia, oficina de corte e costura. Algumas atividades esportivas também são realizadas como caminhadas e ping-pong. Uma vez por semana acontece uma assembléia reunindo técnicos e usuários, eventualmente familiares. Em outubro de 2001 os técnicos discutiam a pertinência de manter a assembléia em função da pequena participação e da falta de definição sobre as atribuições deste espaço.

As famílias são atendidas em um grupo coordenado por uma assistente social, que acontece uma vez por semana, ou então em atendimentos nucleares quando necessário. A Associação de Familiares, Usuários e Amigos do CAPS Rubens Corrêa também é um espaço de inserção dos familiares no serviço.

CAPÍTULO II

2.1 – DAS (IN) DEFINIÇÕES DE AVALIAÇÃO: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES

Em sua raiz latina, avaliar significar medir a partir da determinação de padrões quantificáveis. Em grego, seu radical *axiós* incita aproximação à noção de produção de juízos de valores, ligada a medidas qualitativas. A complementariedade que a etimologia da palavra permite, sugere a abertura deste campo de estudo à contribuição de várias ciências.

Quando empreende-se a tarefa de tentar conceituar “avaliação”, percebe-se que as definições são numerosas e, de certa forma, construídas a partir do referencial do próprio avaliador. Sob o rótulo de “avaliação” concentram-se diversas práticas, cujo escopo abrange desde julgamentos mais subjetivos até métodos e técnicas de maior objetividade, além de uma certa indefinição quanto ao papel do avaliador. Conforme destacam Silva e Formigli (1994) um dos maiores problemas para aqueles que procuram tratar este tema de forma sistemática refere-se à diversidade terminológica das abordagens e dos atributos ou componentes. A partir da revisão da literatura, as autoras informam a freqüente inexistência de definição dos termos empregados e consideram que, no caso específico da área de saúde, esse quadro decorre da complexidade do objeto avaliação em saúde, que pode gerar tantas concepções quantas forem as compreensões e práticas envolvidas.

Guba e Lincoln (1989) identificam quatro gerações na história da avaliação. Cabe ressaltar que a passagem de uma a outra não representou o desaparecimento da etapa anterior, sendo a categorização por gerações um recurso didático. A primeira geração caracterizou-se por técnicas de medida como testes de inteligência e avaliação de desempenho escolar. O avaliador era um técnico que deveria saber construir e/ou utilizar instrumentos de medida como testes de inteligência, resultados escolares e produtividade de trabalhadores. Entre os anos 20 e 30 desenvolveu-se a segunda geração, marcada pela preocupação em identificar e descrever como os programas educacionais atingiam seus resultados e, para tanto, concentrada na análise de currículo. Para a terceira geração a avaliação permitiria não só descrever e mensurar, mas também julgar o mérito de uma intervenção a partir de referenciais externos. Essas três etapas, segundo os autores, foram marcadas por graves problemas e limitações como a incapacidade de envolver os diversos atores, supremacia do paradigma positivista e

ênfase da lógica gerencial nos processos avaliativos. Atualmente, segundo Guba e Lincoln (1989) em função das críticas apresentadas, estaríamos vivendo a quarta geração da avaliação, caracterizada por um processo de negociação entre avaliado e avaliador, com propostas de caráter inclusivo e participativo.

De acordo com Demo (1988) avaliar é um processo intencional que faz parte da necessidade constante de reflexão sobre a atividade humana, pressupondo planejamento e estabelecimento de objetivos. A escolha de determinado desenho de avaliação deve estar sempre subordinado às finalidades e objetivos, previamente estabelecidos, para o alcance dos resultados pretendidos em qualquer prática, seja ela educativa, social ou política. Nesse sentido, um processo avaliativo poderá receber contribuições das várias ciências sociais e se aplica às mais diversas intervenções. O autor enfatiza que avaliação não envolve somente técnica, mas sobretudo é uma questão política, visto que pode transformar-se em exercício autoritário do poder de julgar ou, ao contrário, possibilitar mudanças qualitativas tanto no avaliador como no avaliando. A este processo denominou “concepção dialética da avaliação”. Gadotti (1987) em prefácio ao livro de Demo (1998) aborda este aspecto: “(...) mais do que pelo conteúdo, a avaliação deveria ser guiada pelas possibilidades que os membros envolvidos no objeto de avaliação tiveram de manifestar o seu ponto de vista, as possibilidades que eles tiveram para se formarem solidariamente e se organizarem” (Gadotti, 1997: 11).

Em *A Dictionary of Epidemiology* (2001) o termo *evaluation* é definido como tentativa de determinar sistemática e objetivamente, possível relevância, efetividade e impacto de atividades a luz de seus objetivos. Destaca que podem ser realizados vários tipos de avaliação, entre eles, avaliação de estrutura, processo e resultados.

Contandriopoulos *et al.* (1997) consideram que o processo de avaliação é caracterizado por estabelecer um julgamento de valor sobre uma determinada intervenção ou qualquer um de seus elementos, com o objetivo de auxiliar a tomada de decisões. Esse processo poderá ser empreendido por meio da aplicação de critérios e normas, o que caracterizaria uma avaliação normativa, ou então construído a partir de procedimentos científicos, como na pesquisa avaliativa.

Para a OMS, avaliação é um instrumento importante para o planejamento estratégico:

A avaliação requer a formulação de juízos baseados numa análise cuidadosa e num estudo crítico de situações específicas, com o fim de tirar conclusões bem

fundadas e de fazer propostas úteis de ação futura. Este juízo não deve ser entendido no sentido jurídico de 'sentença final'. Deve ser baseado em informação válida, pertinente e sensível que seja fácil de obter e que seja facilitada a todos os que possam precisar dela (OMS, apud Aguilar e Ander-Egg, 1994:129).

Dessa forma, a avaliação só se justifica quando permite uma retroalimentação dos processos em curso, a fim de corrigir, sanar ou evitar eventuais “erros”, estabelecendo estratégias para melhorar a qualidade da assistência prestada.

Para Figueiredo e Tanaka (1996) avaliação é um processo dinâmico, com um enfoque definido previamente, que permite medir e comparar fatos, situações serviços, etc., de forma a tornar possível emissão de juízos de valor, capazes de subsidiar o processo decisório. Em saúde, a avaliação deve estar articulada à gestão e à necessidade de reordenação do modelo assistencial.

Os objetivos e metodologias utilizadas em um processo de avaliação poderão ser distintos em função do que se pretende avaliar. Silva e Formigli (1994) destacam que na área da saúde, bem como em outros campos de intervenção social, processos avaliativos podem apresentar como foco de análise desde a dimensão do cuidado individual até políticas, sistemas, programas ou serviços. A análise de políticas, programas, serviços ou projetos exige diferenciações na escolha das variáveis, dos atores e do *locus* sobre o qual incidirá a avaliação. Apesar disso, ainda é recente na literatura o esforço para destacar as especificidades da avaliação em cada uma dessas esferas, particularmente no campo da saúde.

Feitas tais considerações, optou-se por discutir, em um nível mais geral, a temática da avaliação, sem esgotar as especificidades da avaliação de políticas, programas, serviços ou projetos. Ainda que as questões levantadas no capítulo sejam pertinentes ao debate sobre avaliação nestes diferentes níveis, cabe destacar algumas características que os distinguem. A avaliação de políticas públicas pressupõe “(...) o exame da engenharia institucional e dos traços constitutivos dos programas” (Arretche, 1999: 30) e podem ser formuladas e implementadas das mais diversas formas. A autora coloca que apenas a avaliação de programas de fato implementados podem dizer se existe uma relação causal entre uma modalidade específica de política pública e o alcance de seus objetivos.

De acordo com Novaes (2000) programas, no sentido utilizado na literatura americana, são “(...) processos complexos de organização de práticas voltadas para objetivos

especificados” e que envolvem “(...) propostas voltadas para a realização de um macro objetivo como a implantação de formas de atenção para populações específicas” (Novaes, 2000: 552). O espaço de concretização dos programas são instituições, serviços ou profissionais da área em questão, sendo que seus objetivos materializam-se por meio de procedimentos concretos. A avaliação de programas caracteriza-se por seu caráter aplicado.

Os projetos são instrumentos de programação nos quais os objetivos seriam alcançar as metas de um programa por meio de uma série de operações limitadas no tempo, das quais o produto colabore com a expansão e o aperfeiçoamento da ação (Silva e Costa, 2000). Seriam unidades mínimas de destinação de recursos, que pretendem atuar sob uma parcela da realidade ou situação-problema (Cotta, 1998).

Os serviços representam o *locus* onde efetivamente se concretizam as ações propostas nos programas e projetos. É o campo de práticas técnicas, sociais e políticas, no qual se dá o embate entre os diversos atores e grupos de pressão. Mesmo sendo um campo eminentemente prático, não se pode afirmar que a avaliação dos mesmos é exclusivamente técnica (Deslandes, 1997).

Toda perspectiva de avaliação está comprometida com formas de conceber e interpretar a realidade. Tentativas de tornar crenças e valores do pesquisador menos tendenciosos passam pela compreensão de que o modelo adotado é somente uma das possibilidades de interpretar a realidade, mas não a contempla em sua plenitude. O objetivo de um processo avaliativo é “(...) realimentar ações buscando aferir resultados e impactos na alteração da qualidade de vida da população beneficiária, ou ainda, mais precisamente repensar as opções políticas e programáticas” (Carvalho, 1999: 88).

A imparcialidade e independência dos dados obtidos na avaliação ganham ainda mais destaque na avaliação interna, ou seja, quando se quer julgar uma realidade da qual o pesquisador faz parte. Em qualquer caso, alguns fatores poderiam garantir a qualidade e utilidade da avaliação como, por exemplo, uma boa qualificação dos profissionais envolvidos e as estratégias estabelecidas entre avaliador e contexto avaliado sobre a forma por meio da qual os resultados obtidos nesta interação poderiam ser utilizados.

Na tentativa de minimizar esses efeitos, as associações de avaliadores estabeleceram alguns padrões de qualidade para o processo de avaliação. Nos EUA, por exemplo, foi aprovado pelo *American National Standards Institute*, no ano de 1994, os “Padrões de

Avaliação de Programas”. Em vários casos ilustrativos apresentados, são identificados quatro atributos básicos que poderiam maximizar a qualidade da avaliação: “utilidade” para os atores envolvidos; “praticabilidade”, quer dizer, que apresente uma relação de eficiência positiva, seja viável, realista e respeite o meio onde está sendo desenvolvida; “propriedade”, ou seja, empreendida de forma legal e ética, tanto em relação aos que participam quanto aos que serão atingidos pela avaliação e “precisão”, em que os resultados sejam justificáveis e acessíveis ao crivo dos envolvidos (Hartz, 1999).

Para Donabedian (1990), autor de reconhecido destaque na área de avaliação da qualidade da assistência médica, seriam três os enfoques possíveis para um processo de avaliação. Na avaliação de “estrutura” analisam-se os recursos utilizados (físicos, humanos, materiais, etc.) e organizacionais da atenção. Vuori (1991) considera que o pressuposto principal da abordagem estrutural é a hipótese de que boas pré-condições, ou boa disponibilidade de recursos como força de trabalho, instalações, equipamentos, entre outros, tendem a gerar resultados mais favoráveis.

A avaliação de “processo” enfoca as atividades desenvolvidas pela equipe em benefício do usuário em termos da utilização de recursos, qualitativos e quantitativos. Inclui também o que os pacientes fazem por si próprios (Donabedian, 1990). De acordo com Vuori (1991: 22) “(...) a abordagem de processo evoluiu cada vez mais no sentido de tornar-se um exercício de resolução de problemas cujo estágio mais crucial é a identificação de problemas de qualidade”. Os problemas podem ser identificados por meio dos mais variados métodos e exigem o desenvolvimento de critérios e padrões necessários ao seu enfrentamento.

A avaliação de “resultados” corresponderia à análise das conseqüências da atenção oferecida pelo serviço ou por um profissional específico na saúde de indivíduos e populações. Segundo Novaes (2000) o principal foco de pesquisas de avaliação tem sido a identificação dos impactos de determinadas ações ou dos possíveis nexos entre intervenções e mudanças observadas na realidade. Neste tipo de pesquisa, geralmente predomina o uso de metodologias quantitativas, embora nos últimos anos tenham sido mensurados alguns tipos de impacto por meio de metodologias de avaliação qualitativas.

Para Vuori (1991) se os objetivos da atenção em saúde forem curar ou evitar a progressão de doenças, restaurar o estado de saúde ou aliviar a dor e o sofrimento, pode-se considerar o êxito da assistência quando são alcançados esses resultados. O “resultado” supõe

uma mudança no estado de saúde, para melhor ou pior, que possa ser atribuída à atenção recebida. Pode incluir outros elementos como conhecimento sobre a enfermidade, mudanças de conduta que promovam saúde, produção de indicadores do nível de saúde de determinada população e satisfação do paciente. Aliás, a satisfação de usuários tem sido objeto de boa parte das pesquisas de avaliação em saúde e em Saúde Mental (Donabedian, 1992; Pitta, 1996; Silva Filho, 1996). Conforme Hartz (1999: 342) a avaliação de resultados exige ainda:

(...) construção de um modelo teórico, explicitando como se espera que o programa exerça sua influência, uma pluralidade metodológica, contemplando a contextualização organizacional e a existência de dispositivos institucionais que regulamentem o processo de avaliação, garantindo qualidade e utilidade do produto final.

As críticas sobre a avaliação de resultados recaem sobre as dificuldades em atribuir determinada mudança no estado de saúde da população a uma intervenção específica, pois os resultados sofrem influência de inúmeras variáveis. Para Vuori (1991) os impasses apresentam-se também na definição de padrões ou de resultados esperados, por meio dos quais possam ser mensurados os resultados observados. Defensores desse enfoque argumentam que a melhoria nas condições de saúde do paciente seria a prova final de que a atenção foi positiva (Donabedian, 1990).

O próprio Donabedian (1992) ao conceber a tríade estrutura-processo-resultado como uma das formas possíveis de classificar as diversas abordagens para a avaliação em saúde, reconhece que a melhor estratégia para tratar o tema envolveria a escolha de indicadores representativos das três abordagens. Este referencial pressupõe o ideal de uma relação funcional entre os elementos da tríade, o que nem sempre é possível verificar na realidade concreta dos serviços de saúde em função das dificuldades para o estabelecimento de relações lineares de causa e efeito.

Freeborn e Greenlick (1973 *apud* Silva e Formigli, 1994) apontam que processos avaliativos devem aferir não apenas efetividade técnica e eficiência, mas também um componente denominado “efetividade psicossocial”, apreendida por meio da satisfação de usuários e técnicos em relação à acessibilidade, qualidade do cuidado, relação interpessoal e organização do sistema.

Não existe qualquer tipo de avaliação que possa ser definida como instrumental, técnica ou neutra *vis-à-vis* as opções valorativas de quem empreende esse processo. Entretanto, conforme ressalta Arretche (1999:30): “(...) o uso adequado dos instrumentos de análise e avaliação são fundamentais para que não se confundam opções pessoais com resultados de pesquisa”. A inclusão de grupos diretamente envolvidos na intervenção ou seus beneficiários também é uma estratégia para atenuar tais efeitos. Além disso, apesar da superação do “mito da neutralidade” das ciências, um certo “estranhamento” diante do campo que se apresenta, parece ser fundamental, até mesmo para que o pesquisador possa surpreender-se diante da realidade.

Novaes (2000) chama a atenção para o fato da gênese desse tipo de pesquisa ter se dado, na maioria das vezes, em outros países e em contextos diversos, exigindo esforços de reinterpretação e resignificação, sem os quais as propostas adotadas pareceriam “idéias fora de lugar”. Informa que a adoção de metodologias de avaliação em saúde nos países em desenvolvimento seguiram caminhos distintos. Enquanto nos países centrais haveria maior intercâmbio científico por meio de congressos ou literatura, nos países com pouca densidade científica ganha ênfase a influência de organismos internacionais como OMS, OPS, UNICEF e Banco Mundial, que recomendam a utilização de tecnologias de avaliação estruturadas em “pacotes” ou propostas fechadas quase sempre simplificadas. As justificativas utilizadas para seu uso seriam a capacidade desse tipo de metodologia para identificar prioridades em saúde, fácil aprendizado e adaptação em realidades com recursos humanos menos qualificados e em menor quantidade, recursos financeiros escassos e poucas informações disponíveis.

Um aspecto que deve ser considerado refere-se ao ambiente político ou ao lugar ocupado pelo programa ou serviço em análise dentro do campo das políticas públicas em determinado contexto. Lobo (1999) destaca que as forças políticas que apoiam ou sabotam um determinado programa, a lógica econômico-financeira que norteia a alocação dos recursos públicos, as crenças sobre a maior ou menor necessidade de democratização do Estado, bem como as concepções de eficiência, efetividade e eficácia das ações governamentais na área social, fazem parte da reflexão mais ampla que ajuda a definir de fato o que se está avaliando.

Em saúde, processos de avaliação relacionam-se implícita ou explicitamente a determinada política de saúde e à definição utilizada de planejamento. Segundo Figueiredo e Tanaka (1996) as potencialidades de uma avaliação limitam-se quando é desconsiderada a

determinação política que, na verdade, a precede. Para Hartz (1999) é essencial considerar também as orientações ideológicas que atravessam os programas sob análise, ressaltando o fato de que, mesmo para abordagens teórico-metodológicas da mesma natureza, os valores podem ser contrastantes.

2.2 – AVALIAÇÃO EM SAÚDE: ALGUMAS EXPERIÊNCIAS

A avaliação de programas públicos surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial, com o objetivo de tornar mais eficiente a distribuição de recursos pelo Estado. Segundo Contandriopoulos *et al.* (1997) as primeiras abordagens em um curto espaço de tempo mostraram-se insuficientes quando aplicadas a programas sociais e educacionais.

Nos EUA, desde os anos 50, desenvolveram-se pesquisas de avaliação que utilizavam inquéritos e análises estatísticas sob uma perspectiva pluridisciplinar, tendo como base conhecimentos das várias ciências sociais. A implementação de políticas sociais governamentais de nível federal nos períodos Kennedy e Johnson reforçaram a importância de pesquisas avaliativas (Perez, 1999).

A avaliação de programas desenvolveu-se principalmente nos EUA, sobretudo a partir da década de 60, como exigência e concomitante ao surgimento dos grandes programas de intervenção social do período, buscando aferir a garantia de bem-estar social, eficiência e impacto das ações sobre os grupos vulneráveis. No mesmo país, a hegemonia do seguro saúde impulsionou o desenvolvimento de enfoques que priorizaram a avaliação de eficiência. A história da avaliação de programas é marcada pela tentativa de articular produção de conhecimento e sua utilização.

Na mesma década, têm início os estudos de avaliação de serviços de saúde que acompanharam o crescimento e a consolidação destes como espaço de assistência pública e objeto de pesquisa. Esse campo, de limites imprecisos, foi denominado nos EUA de “investigação sobre atenção médica”. Segundo Schraiber e Nemes (1996) a emergência dos serviços de saúde e das modalidades de avaliação foram impulsionadas pela expansão e publicização do financiamento dos serviços, seguidos pelo grande desenvolvimento tecnológico da prática médica e pelo considerável crescimento dos custos das novas técnicas.

Todos esses fatores geraram a necessidade de informações mais precisas sobre eficácia, eficiência e idoneidade das novas modalidades de atenção à saúde.

Já na década de 70, a necessidade de avaliar ações sanitárias se impôs como um meio de controlar os custos do sistema de saúde. Desde então, em um número significativo de países (EUA, Canadá, França, etc.) a avaliação sanitária detém grande prestígio e investimentos. A partir de revisão da literatura especializada na área, Silva e Formigli (1994) afirmam que a maior parte dos estudos disponíveis priorizam a avaliação do cuidado individual, de serviços ou programas em detrimento de pesquisas sobre sistemas e políticas.

Na década de 90, a avaliação de programas, influenciada pelas mudanças ocorridas na atuação do poder público e nas teorias da ação social, buscaram informar a possibilidade de geração de empoderamento para os diversos atores envolvidos no processo, sejam estes profissionais ou população beneficiada.

Em países como a França, a avaliação de programas/políticas públicas está institucionalizada, funcionando, ao mesmo tempo, como um dispositivo analítico e de gestão, moldado como uma política. O início do processo de institucionalização da avaliação no caso francês pode ser atribuída à publicação do *Rapport Deleau* (1986), embora a fundação do *Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques* (1983) mereça igual atenção, tendo sido inspirado pelo *Office of Technology Assessment*, órgão ligado ao congresso norte-americano, também considerado um importante marco da institucionalização da prática da avaliação neste país. O modelo francês é caracterizado por sua abordagem setorial, que apresenta resultados promissores *vis-à-vis* modalidades mais tradicionais e centralizadas (Hartz, 1999a).

Na América Latina, observa-se a partir dos anos 60 o crescimento da importância do planejamento, e da avaliação como uma de suas etapas, como instrumento dinamizador de mudanças, determinado por conjunturas políticas. Entretanto, no caso da saúde a avaliação desenvolveu-se aparentemente de forma autônoma e isolada, com ênfase na metodologia utilizada em detrimento de sua possível utilidade nos processos de gestão e como componente do planejamento (Figueiredo e Tanaka, 1999).

Em relação aos países latino-americanos, na Argentina, em 1994 foi criado com financiamento do Banco Mundial, o Sistema de Informação, Avaliação e Monitoramento de Programas Sociais (SIEMPRO). Os objetivos do sistema são acompanhar gastos na área social,

produzir diagnósticos sobre a alocação de recursos públicos, fornecer à Secretaria de Desenvolvimento Social recursos e instrumentos necessários à operação de um sistema de informação social, monitoramento, avaliação e capacitação em gestão social. A meta é que os sistemas de informação social estejam integrados aos processos de avaliação, democratizando as informações geradas. Apesar de ter atingido um grau de institucionalidade no país, a implementação da função avaliação ainda está muito limitada aos programas focalizados dirigidos às populações pobres e grupos vulneráveis (Silva e Costa, 2000).

No Chile, a institucionalização da função avaliadora se deu com a criação do Comitê Intersetorial de Modernização da Gestão Pública, instituído com o objetivo de fornecer subsídios à modernização das instituições públicas no que se refere a: aumentar a eficácia dos serviços públicos, orientar o processo de gestão de acordo com o princípio da transparência, dignificar e promover melhoras qualitativas dos recursos humanos do setor público, entre outros. Para alcançar estes objetivos, estratégias distintas são utilizadas na avaliação da gestão pública: avaliação *ex ante* (de processo: monitoramento ou acompanhamento) e avaliação *ex post* (de resultados ou de impacto). Embora no caso chileno esteja explícita uma orientação normativa à incorporação de instrumentos de responsabilização e desempenho para a administração pública, os resultados da avaliação acabam por tornar-se difusos na medida em que não está claramente definida a instância operacional da gestão pública que será alvo de avaliação (Silva e Costa, 2000).

No cenário internacional é bastante considerável o volume de estudos que privilegiam a avaliação de serviços e programas públicos. Uma exploração inicial sobre o campo da avaliação no Brasil demonstra que grande parte das análises existentes priorizam a racionalização de gastos por meio de abordagens de custo-benefício, estão intimamente relacionadas a enfoques pessoais de técnicas ou programas, ou ainda voltadas a avaliação de ações programáticas direcionadas para grupos específicos (Pitta, 1992; Figueiredo e Tanaka, 1996).

Em relação aos estudos institucionais Figueiredo e Tanaka (1996) ressaltam que a maioria dos estudos no setor saúde privilegiaram o controle da compra de serviços conveniados e contratados pelo sistema previdenciário. Para estes autores, pesquisas na área de avaliação têm sido desenvolvidas de forma desigual entre as diversas políticas públicas. No país a avaliação em saúde é uma necessidade que vem sendo desenvolvida principalmente nas

últimas duas décadas, ora justificada pelo princípio da melhoria da qualidade dos serviços, ora pela necessidade de controle financeiro e estatístico (Pitta, 1997). Segundo Furtado (2001) o desenvolvimento de processos avaliativos participativos são alternativas à supremacia dos aspectos financeiros na avaliação.

Segundo Silva e Costa (2000), o país apresenta grande diversidade e amplitude no que se refere aos conceitos e abordagens no campo da avaliação, embora considerem as experiências desenvolvidas insuficientes e insatisfatórias, principalmente pela dispersão, descontinuidade e falta de documentação e de sistematização dos resultados obtidos. Duas características predominantes no planejamento governamental do Brasil seriam responsáveis por esse quadro: “a) a ênfase ao processo de formulação de planos e elaboração de programas e projetos; b) alta negligência das etapas de acompanhamento e avaliação dos processos, resultados e impactos” (Silva e Costa, 2000: 7). Dessa forma, pode-se afirmar que os resultados de processos de avaliação são sub-utilizados na definição de macro-políticas para a área da saúde, ainda que seja possível observar algum impacto em níveis mais específicos ou locais.

Atualmente, organismos internacionais como o Banco Mundial, provedor de assistência técnica e financeira de reconhecida importância nos países em desenvolvimento, incorporaram a “capacidade em avaliação” como uma das prioridades para a gestão do setor público, com o objetivo de garantir a sustentabilidade dos programas (Piccioto, 1997 *apud* Hartz, 1999).

Outra consideração importante relaciona-se à necessidade correntemente apontada de uma pluralidade de abordagens metodológicas, em que análises qualitativas agregam tanto valor quanto pesquisas de cunho estatístico.

O cenário atual coloca em evidência também o interesse social pelo processo de avaliação, em particular dos segmentos definidos como “grupos de interesse” de alguns programas governamentais. De acordo com Silva e Costa (2000: 9), uma das exigências feitas aos programas sociais seria “ (...) a definição de mecanismos de acompanhamento e avaliação que facilitem a comunicação do governo com os beneficiários e atendam aos requisitos de responsabilização perante a sociedade”. No contexto atual do SUS, é premente a incorporação da função de avaliação como dispositivo de reordenação das políticas, dos programas e serviços e sua incorporação como instrumental do processo de gestão.

2.3 - AVALIAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

A avaliação de serviços em Saúde Mental ainda é um campo de estudos bastante recente no Brasil. Os estudos desenvolvidos (Pitta *et al.* 1995, 1997; Silva Filho *et al.*, 1996, 1998; Bandeira *et al.* 1999, 2000; Libério, 1999) procuram criar “novos instrumentos e indicadores de avaliação” capazes de superar os tradicionalmente utilizados pela clínica psiquiátrica como número de consultas, internações ou procedimentos laboratoriais, remissão de sintomas, número de altas, diagnóstico, entre outros, considerados insuficientes para avaliar os serviços criados a partir do processo de Reforma Psiquiátrica.

Para Pitta *et al.* (1995) a avaliação no campo da atenção psicossocial introduz algumas especificidades ao campo da avaliação de serviços de saúde em geral na medida em que, indicadores tradicionais como extensão de cobertura, número de consultas ou procedimentos laboratoriais isoladamente não informam a boa ou má qualidade dos serviços. Segundo a autora “Todos os aspectos objetivos e materiais, mais que em outras áreas, estão atravessados pela intersubjetividade das relações entre usuários, trabalhadores e instituições de saúde, aumentando as dificuldades já presumíveis nos processos de avaliar qualidade em serviços de saúde” (Pitta, 1995: 448).

Apesar da história também recente dos serviços substitutivos no país, a necessidade de desenvolver processos avaliativos tornou-se um imperativo tanto para a superação de modelos tradicionais, incapazes de estabelecer fluxos entre a implementação de determinadas políticas ou programas e seus resultados, quanto para o controle e participação da sociedade civil organizada. É opinião consensual dos estudos realizados na área que os parâmetros avaliativos de que dispomos no campo da atenção psicossocial são insuficientes, principalmente em relação a indicadores produzidos no interior dos serviços que reflitam o seu cotidiano.

O tema da avaliação dos serviços constituídos após a Reforma Psiquiátrica está presente no Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), ocorrida em

1987, como um dos sub-temas no interior do Tema II: “Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental”¹⁴. A avaliação é um item do modelo gerencial:

*Garantia de transparência da organização, administração e utilização de recursos humanos, materiais e financeiros, assim como pesquisas e produção científica dos estabelecimentos públicos de prestação de serviços de saúde, de forma a permitir a conseqüente **avaliação e fiscalização** por parte dos usuários (grifos nossos)(Brasil, 1998:20).*

Nesse momento inicial, em que a necessidade de reformulação do modelo assistencial era premente embora não estivesse claro quais deveriam ser os “serviços” efetivamente implementados para a constituição de uma rede de cuidados em Saúde Mental, a função avaliação estava associada ao controle social. As referências à necessidade de avaliação aparecem com os itens relacionados a necessidade de formação de Conselhos de Saúde em níveis locais e de comissões de usuários para acompanhamento e fiscalização das atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde em geral. Nesta primeira aproximação não está presente a utilização da avaliação como integrante e instrumento do processo de planejamento e de apoio à gestão.

A II CNSM, ocorrida em 1992, teve como grandes temas: 1) Rede de atenção em saúde mental; 2) Transformação e cumprimento de leis; e 3) Direito à atenção e direito à cidadania. O tema avaliação está presente na parte do Relatório Final da Conferência que contem as deliberações sobre o modelo de atenção no capítulo denominado: “Vigilância” que prevê “(...) criação de mecanismos antimanicomiais de avaliação do serviço, consideradas as realidades locais” (Brasil, 1994: 34) construídos a partir da atuação das comissões locais de saúde; e no capítulo “Dos trabalhadores de Saúde, da Organização do Trabalho e da Pesquisa”. Neste, no sub-item “Pesquisa” junto com a necessidade apontada de promover estudos na área de Saúde Mental que priorizem aspectos epidemiológicos e sócio-antropológicos da clientela atendida e da assistência prestada, encontra-se a seguinte recomendação: “Desenvolver pesquisas voltadas à avaliação e à divulgação dos resultados da rede de atenção em saúde mental e dos

¹⁴ A I CNSM foi estruturada a partir de mais três temas principais além do já citado: I- Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental e III- Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

avanços tecnológicos gerados” (Brasil, 1994: 40). Em um dos textos de apoio da 2ª CNSM¹⁴ entre os desafios gerenciais dos novos modelos está a elaboração de indicadores coerentes aplicáveis à avaliação do modelo proposto, apontado como desafio a ser equacionado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

No Relatório Final da II CNSM é possível observar a preocupação com a geração de outras formas de avaliação dada as especificidades dos novos serviços e a insuficiência dos parâmetros tradicionais e a proposta de utilizar o dispositivo da avaliação como forma de dar visibilidade a essas práticas. Ainda assim, o relatório não informa perspectivas de avaliação como elemento intrínseco à gestão e auxiliar nos processos de tomada de decisão. Observa-se uma concepção dessa função vinculada ao controle social e ao universo da pesquisa e menos relacionada à sua institucionalidade como requisito fundamental da implantação das políticas de Saúde Mental.

Em 1996 aconteceu no Panamá a 1ª Reunião de Avaliação da Iniciativa para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, que contou com a participação de representantes de diversos países da América Latina. As propostas desse evento e as “Recomendações do 1º Grupo de Trabalho dos Diretores de Saúde Mental dos Ministérios da Saúde da América Latina” foram encaminhadas à Organização Panamericana de Saúde (OPS). Entre elas constava a necessidade de definir instrumentos e indicadores capazes de avaliar o impacto do processo de reestruturação da assistência, inclusive no que se refere à participação de usuários, familiares e da comunidade em geral. Sugere-se que os resultados de avaliações da gestão dos programas e serviços devem ser geradores de participação popular e veículos de cidadania.

O Relatório da OMS de 2001 foi dedicado à discussão em Saúde Mental (*The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*). Neste ano, a saúde mental foi o tema do Dia Mundial da Saúde com o *slogan* “Cuidar sim. Excluir, não”. A publicação traça um panorama mundial dos ônus - humanos, sociais e econômicos - atribuídos aos transtornos mentais, das alternativas de prevenção e das possibilidades e impasses do tratamento das doenças mentais. Após análise da provisão e planejamento dos serviços destinados a esta clientela, sugere um conjunto mínimo de dez ações¹⁵ a serem desenvolvidas

¹⁴ ABRASCO. Oficina. Relatório Final. Reforma Psiquiátrica – a questão das novas tecnologias de cuidado. (Brasil, Porto Alegre, maio de 1992).

¹⁵ As dez ações são: 1) proporcionar tratamento na atenção primária; 2) garantir acesso aos medicamentos psicotrópicos; 3) garantia de atenção na comunidade; 4) educação em saúde mental para a população; 5) envolvimento das comunidades, famílias e usuários; 6) estabelecimento de políticas, programas e legislação

pelos países em função de suas demandas e recursos. Entre elas encontra-se a necessidade de monitoramento das ações de saúde mental com a inclusão do número de indivíduos com transtornos psíquicos, indicadores de qualidade da atenção e medidas mais gerais de saúde mental nas populações nos sistemas de informação e notificação de saúde. O objetivo seria acompanhar as tendências e mudanças nas condições de saúde mental, considerando inclusive a influência de eventos externos, e avaliar a efetividade dos programas de prevenção e tratamento, fortalecendo os argumentos em prol de maiores investimentos nesta área. O item termina apontando a necessidade de construir novos indicadores para a avaliação em Saúde Mental nas comunidades.

No texto é possível perceber forte ênfase na criação de sistemas nacionais de informações com dados epidemiológicos clássicos, como categorias específicas de diagnóstico por idade e sexo, admissões e readmissões hospitalares, duração das internações, entre outras. Apesar da inegável visibilidade que a menção do tema em uma publicação desta importância poderá acarretar, o relatório não aborda metodologias de avaliação, estratégias para a incorporação dos resultados da avaliação à gestão dos serviços, apropriação dos resultados pelos beneficiários da atenção nem indicadores mais sensíveis às realidades locais nas quais os serviços substitutivos vêm sendo implementados.

Vasconcelos (1995) reconhece a necessidade premente de avaliação sistemática dos modelos clínicos e institucionais dos projetos inovadores constituídos a partir da Reforma Psiquiátrica, ressaltando a importância de análises que subsidiem a expansão do setor. Considera a falta de dados que sustentem a produção de parâmetros institucionais, administrativos, epidemiológicos e clínicos como um problema a ser enfrentado, embora destaque que, este tipo de questão é reflexo de uma tendência nacional de ausência de tradição na área de avaliação de políticas e programas.

Para Amarante e Carvalho (1996) a construção de novos parâmetros deveria ter como fonte o interior dos serviços permitindo, dessa forma, a interação pesquisador-instituição na construção de “(...) indicativos que possuam como fonte principal as relações exercitadas na instituição, principalmente no que elas possam construir enquanto ética de inclusão e produção de vida, tais como o conceito de autonomia” (Amarante & Carvalho, 1996: 81). Esses

nacionais; 7) formação de recursos humanos; 8) criação de vínculos com outros setores; 9) monitoramento em saúde mental; 10) maior apoio à pesquisa (WHO, 2001).

princípios implicam a superação da dicotomia quantitativo-qualitativo e elegem as relações do cotidiano como algo a ser apreendido como processo em construção.

Em trabalho realizado em serviços substitutivos da cidade do Rio de Janeiro, Rietra (1999) destacou a ausência de indicadores qualitativos e quantitativos que possibilitem mensurar o alcance das metas estipuladas pelos serviços. Embora ressalte que o trabalho desenvolvido seja difícil de medir, reafirma a necessidade de elaborar “indicadores específicos” que possibilitem “acompanhar os resultados”, e que apontem possíveis mudanças de estratégia para atingir as metas.

A partir de revisão da literatura internacional, Vasconcelos (1995) observa que a avaliação de serviços em Saúde Mental pode ser desenhada em função do objeto de estudo e estratégias de pesquisa: estudo da história de serviços psiquiátricos com base em estudos históricos e ênfase em dados qualitativos; estudos de políticas e programas de Saúde Mental utilizando-se de abordagens tradicionalmente utilizadas na área de saúde em geral; estudos de adequação demanda/resposta que objetivam adaptar os serviços às necessidades da clientela real ou virtual; estudos de avaliação custo-benefício; e avaliação da qualidade dos serviços. O autor conclui que a área de avaliação em Saúde Mental é complexa e interdisciplinar, aberta a uma multiplicidade de estratégias de pesquisa.

Na perspectiva de Saraceno *et al.* (1993) o advento da Reforma Psiquiátrica possibilitou que os conceitos de avaliação e de qualidade fossem repensados em um contexto de valorização e respeito à cidadania do doente mental. Neste sentido, ganhou destaque o desenvolvimento de metodologias capazes de captar processos em curso e de estabelecer relações entre aquilo que o serviço oferece e o que está definido como esperado de determinada intervenção, ou seja, os resultados que pretende-se alcançar. Para os autores, o campo da avaliação em Saúde Mental detém especificidades que o distingue da saúde em geral, e por isso, demanda a construção de metodologias condizentes ao processo de desinstitucionalização.

Tendo como referencial a experiência da “Instituição Negada”¹⁵, o modelo a ser construído para avaliação de serviços de Saúde Mental não deve considerar somente a supressão ou redução dos sintomas. Deve-se analisar também a “inserção familiar”, no “trabalho” e na “vida cotidiana”, captadas por meio do que os autores denominaram como

¹⁵ Sobre este assunto ver Basaglia, 1981.

variáveis *soft*, em função de sua difícil mensurabilidade por envolver motivação de técnicos, expectativas, satisfação da equipe com o serviço. Os autores apontam a necessidade de observar a ocorrência de “eventos sentinela”, fatos considerados inadmissíveis no cotidiano dos serviços substitutivos de Saúde Mental, como “ausência de projeto terapêutico” para o usuário. Ainda assim, Saraceno *et al.* não negam a importância de variáveis *hard* como número de técnicos, número de salas, carga horária, entre outras. Sugerem como etapas fundamentais da avaliação a identificação de problemas, definição dos critérios e padrões de qualidade, construção de indicadores a partir das informações coletadas na realidade sob avaliação, confronto entre dados obtidos e critérios previamente definidos, bem como a discussão dos resultados (Saraceno *et al.*, 1993).

Com o objetivo de desenvolver instrumentos de avaliação, o Laboratório de Investigação em Saúde Mental do Departamento de Medicina Preventiva da USP¹⁶ realizou uma pesquisa que caracterizou a população atendida em um ambulatório de Saúde Mental no município de São Paulo, dando ênfase aos aspectos epidemiológicos clássicos (idade, sexo, diagnóstico, etc) e verificando a presença ou ausência de autonomia dos usuários. Esta pesquisa é parte de um estudo multicêntrico de Avaliação de Qualidade de Programas e Serviços de Saúde Mental desenvolvido e estimulado em diversos países¹⁷ pela OMS.

Em São Paulo foi aplicado como instrumento de avaliação a Ficha de Caracterização da Clientela (FCC) com o objetivo de testar este instrumento, verificando sua aplicabilidade, para estendê-lo posteriormente à avaliação de outros serviços. O conceito de autonomia adotado considerou os critérios pragmáticos de autonomia para higiene, alimentação, medicação, ir e vir, trabalho e relações sociais (família, amigos, grupos sociais).

O estudo multicêntrico envolveu pesquisadores de outras instituições além da USP¹⁸, e também testou as propriedades psicométricas da versão brasileira das escalas de avaliação da satisfação de usuários, satisfação e sobrecarga das famílias e satisfação e sobrecarga da equipe de profissionais, conhecidas como SATIS-BR e IMPACTO-BR, elaboradas pela OMS¹⁹. Este órgão tem sido importante incentivador de pesquisas que avaliem a qualidade dos novos

¹⁶ Sobre a pesquisa ver Pitta *et al.* 1997.

¹⁷ No Brasil, esse estudo envolveu o município de Niterói no estado do Rio de Janeiro e os municípios de Santos, Campinas e São Paulo, em São Paulo.

¹⁸ Os estudos em Niterói foram conduzidos por pesquisadores de Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Houve participação também de pesquisadores da OMS Montreal Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health.

serviços de Saúde Mental a partir da construção de instrumentos e indicadores que captem as perspectivas dos diversos atores envolvidos: usuários, técnicos e familiares. Os instrumentos buscam, a partir dessa triangulação, obter dados referentes à: satisfação com a assistência recebida; qualidade de vida de todos os envolvidos na atenção; níveis de autonomia e inserção social dos usuários; condições de trabalho e de vida dos profissionais. Estes estudos ressaltam a importância de considerar a contribuição de grupos e organizações locais, assim como a cultura dos diversos países nos quais as pesquisas são realizadas.

A produção de autonomia como uma das vias possíveis para pensar a avaliação da assistência prestada por serviços em Saúde Mental, foi também considerada em estudo realizado em um CAPS no estado de Minas Gerais, no qual pôde-se perceber que os técnicos definiam autonomia como a capacidade de estabelecer "laços sociais" não verificados antes do início do tratamento. Para os profissionais do CAPS autonomia traduz-se pela idéia de que o sujeito possa falar alguma coisa e ser entendido naquilo que está dizendo. Assim, quando o sujeito psicótico expressa-se, ainda que nem tudo seja compreendido, "algo da ordem de uma subjetividade se dá". Ao mesmo tempo, o tratamento proporcionaria também a aquisição de habilidades pragmáticas necessárias à gestão do cotidiano, como capacidade de gerir dinheiro, ir e vir, cuidados com a higiene, aumentando com isso a "qualidade de vida" (Santos, Almeida, Venancio & Delgado, 2000).

No campo da Saúde Mental percebe-se que a concepção de autonomia vem distanciando-se da representação de um sujeito independente e reserva aos serviços responsáveis pela superação do paradigma asilar de tratamento, um "lugar de passagem". O objetivo seria promover o aumento do poder contratual de seus usuários, de forma a que estes utilizassem cada vez menos os dispositivos assistenciais. Contudo, e uma avaliação mais cuidadosa da assistência poderia evidenciar, é no espaço da *polis*, lugar por excelência da reabilitação psicossocial, que as barreiras permanecem quase inalteradas. A construção de um "outro lugar social para a loucura" parece esbarrar na histórica impossibilidade da sociedade conviver com a diferença, o que exigiria dos serviços substitutivos estratégias de trabalho cujo espaço de atuação fosse os locais nos quais se desenvolvem as relações sociais em seus mais diversos âmbitos (família, trabalho, lazer, cultura, etc.). O desafio parece ser, mais do que criar uma nova concepção de "clínica", colocar a própria "clínica em análise" (Santos, Almeida,

¹⁹ Para maiores detalhes sobre estes instrumentos ver: Bandeira et al., 1999 e 2000; Pitta et al., 1995.

Venancio & Delgado, 2000). Dessa forma, a avaliação aparece como um instrumento potencializador de discussões e possíveis redimensionamentos de práticas instituídas.

Silva Filho *et al.* (1998) em pesquisa que buscou avaliar a qualidade da porta de entrada do sistema de Saúde Mental do município de Niterói, Rio de Janeiro, adotaram como hipótese a premissa de que um processo avaliativo só poderia ser desenvolvido tendo como ponto de partida a experiência clínica das equipes que constituem o serviço. A escolha justificou-se pela crença de que a avaliação só seria viável mediante o engajamento dos profissionais, motivado pela possibilidade de repensar e analisar o próprio trabalho. Assim como a qualidade da atenção faz referência ao nível de adesão da equipe ao trabalho, o interesse em participar de processos avaliativos também seria um excelente traçador de qualidade. Para alcançar esses objetivos, o desenho metodológico da pesquisa envolveu a caracterização do serviço, a definição dos temas a serem abordados na avaliação pela equipe clínica e a discussão e devolução dos dados obtidos.

Libério (1999), em estudo realizado em cinco CAPS do município do Rio de Janeiro sobre satisfação de técnicos, usuários e familiares por meio da utilização das Escalas de Avaliação de Satisfação com Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR), apontou que a preocupação em repensar as práticas cotidianas é um tema recorrente entre as equipes técnicas desses serviços. No caso específico do CAPS Rubens Corrêa, foi enfatizada a conformação de uma rede de suporte social com a instalação de moradias e maior articulação com os recursos socioculturais da comunidade.

A autora destaca que a tarefa de avaliar os serviços substitutivos envolve múltiplos determinantes:

Como avaliar serviços, como os CAPS, que distinguem-se na forma, e têm em comum a busca incessante de escuta do sujeito que vai apontar a cada dia, o que o serviço precisa para aumentar seu poder de contratualidade, resgatar seu direito de ser no mundo com respeito, dignidade e em pleno exercício de sua cidadania? Como compará-los diante destas peculiaridades, inerentes ao modelo? (Libério, 1999: 169).

Considerar essas questões significa escolher instrumentos sensíveis a estes aspectos. Dessa forma, Libério (1999) sugere que a experiência dos atores que vivem o dia-a-dia do serviço pode fornecer resultados com maior aproximação da realidade.

A Gerência de Programas de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, com o objetivo de acompanhar a qualidade da assistência prestada pelos CAPS, conforme já mencionado, vem desenvolvendo o Programa de Acompanhamento da Qualidade dos Centros de Atenção Psicossocial, que monitora os seguintes indicadores: perfil da clientela atendida, índices de internação, abandono do tratamento, adesão de famílias ao tratamento, número de usuários do serviço que retornam à escola, ao trabalho ou às atividades da vida comunitária. Avaliações periódicas da assistência prestada são consideradas pela GSM/SMS/RJ como um dever ético dos gestores públicos, mas, principalmente, como um instrumento de reflexão para os atores diretamente envolvidos na assistência (Libério, 1999).

Gomes (1999) em sua tese de doutoramento traçou o perfil da população atendida por um CAPS da cidade do Rio de Janeiro abrangendo aspectos de identificação (sexo, faixa etária, estado civil, procedência), sócio-econômicos (nível de escolaridade, situação laborativa, condições de moradia) e clínicos (classificação diagnóstica, número de internações, projeto terapêutico, tipo de medicamento utilizado, número de internações após o início do tratamento, duração do tratamento no CAPS). Esta autora considera que ao propiciar maior circulação de informações e idéias entre a equipe, as avaliações periódicas permitem ao serviço repensar sua prática cotidiana de forma que possa oferecer novas estratégias e ações mais condizentes às necessidades de seus usuários (Gomes, 1999).

A necessidade de apontar os resultados da assistência no campo da Saúde Mental é um tema controverso. Como desenvolver um processo de avaliação e quais instrumentos utilizar que considerem a singularidade da atenção prestada à loucura e que respondam às exigências de resolutividade de um serviço público? A adoção apenas de critérios de ordem pragmática não parece suficiente para abarcar a complexidade da experiência de uma clientela específica como os portadores de sofrimento psíquico. De acordo com Pitta (1997a) os impasses tornam-se prementes nas áreas em que julgamentos devem ser construídos singularmente, como no caso da loucura, e por tratar-se de uma atividade humana caracterizada por trocas intersubjetivas entre alguém que precisa de ajuda e aquele que se coloca no lugar de promover essa ajuda. Para a autora,

Ambos paciente e cuidador, com suas histórias e idiossincrasias, não se situam na sociedade como extraterrestres. Estão imersos no seu contexto pessoal,

familiar, de trabalho; com culturas, valores e símbolos próprios que se determinam entre si (Pitta, 1997a:159).

Além disso, em um país marcado por forte instabilidade política no que diz respeito à ocupação de cargos públicos ditos de “confiança”, e que muitas vezes, são cargos chaves na coordenação de programas e serviços, a apresentação de resultados consolidados acerca das possíveis mudanças na reformulação da assistência em Saúde Mental tornam-se bastante relevantes. Tal afirmação parte do pressuposto de que a falta de sistematização dos resultados apresentados, permite que estas propostas estejam expostas constantemente às idéias e vontades de alguns grupos ou sirva de “moeda de troca” a cada eleição, o que subordina a continuidade da Reforma a essas correlações de força.

O tema da avaliação de serviços em Saúde Mental ganhou maior destaque no país principalmente a partir de meados da década de 90, após um momento inicial de implantação dos primeiros serviços substitutivos. O ponto de partida que norteou esses estudos foi uma certa percepção quanto à ineficiência dos indicadores tradicionais da assistência psiquiátrica hospitalocêntrica para avaliar os novos serviços.

No Brasil, alguns dos estudos desenvolvidos e apresentados neste capítulo, apoiados por organismos internacionais como a OMS, e a presença do tema nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, motivaram a realização de trabalhos que culminaram na validação de instrumentos de avaliação adaptados à realidade brasileira. O “interior dos serviços” é apontado enquanto espaço privilegiado para a produção de novas formas de avaliar e a incorporação de variáveis como inserção familiar, no trabalho, na vida cotidiana e a motivação de técnicos buscam responder ao desafio de criar indicadores sensíveis aos princípios da Reforma Psiquiátrica e úteis ao processo decisório no *locus* onde ocorre a assistência.

Pode-se observar que não há consenso quanto à melhor forma para avaliar os serviços substitutivos nem quanto aos indicadores que devem ser utilizados. A tendência nacional de falta de institucionalidade em relação a avaliação de políticas e programas reflete-se de forma acentuada na área de Saúde Mental em função das dificuldades já apontadas. Ainda assim, este parece ser um campo aberto à inovação no que se refere ao desenvolvimento de metodologias de avaliação que para além de instrumentos meramente burocráticos, possam orientar a prática diária. Neste sentido, o desenvolvimento de metodologias de avaliação mais participativas, que envolvam um conhecimento amplo das atividades que caracterizam o cotidiano dos

serviços substitutivos talvez seja uma estratégia para distinguir as novas modalidades terapêuticas dos velhos dispositivos manicomiais, além de constituir um instrumento analítico privilegiado, sem o qual corre-se o risco de reproduzir hegemonias e novos enclausuramentos.

2.4 – A PRODUÇÃO DE INDICADORES COMO ETAPA DA AVALIAÇÃO

Donabedian (1990) ressalta que sem indicadores nenhum processo avaliativo seria possível. Não raro, maior ênfase é dada às possíveis dificuldades em construir parâmetros avaliativos, principalmente quando se quer dar prioridade à qualidade da atenção, do que ao esforço real de elaboração dos mesmos.

No presente estudo, o termo “indicador” foi utilizado, muitas vezes, indistintamente em relação a critério, parâmetro ou indicativo. Stenzel (1996: 170) aponta que critério “ (...) é utilizado ora como um conceito que está acima (ou antecede) o conceito de indicador, ora como uma opção alternativa ao uso deste termo, ora como um desdobramento do conceito de indicador em um nível mais operacional”. Parâmetro pode ser entendido como um termo de comparação, por meio do qual é possível emitir um juízo de valor. Indicativo, no mesmo sentido, refere-se a algum indício ou sinal que possibilita a compreensão de algo não apreensível diretamente. O indicador pode ser definido como uma unidade de quantificação da realidade que viabilize o planejamento de ações de interferência na mesma. Cohen e Franco (1994: 152) o descrevem como “(...) a unidade que permite medir o alcance de um objetivo específico”. Importa ressaltar que, por mais numerosos que sejam os indicadores utilizados, estes não refletem totalmente as dimensões de um conceito.

Os resultados da pesquisa apresentados no capítulo III representam o esforço de indicar ou apontar critérios, indicadores ou parâmetros qualitativos, de âmbito mais geral, que permitam avaliar a assistência prestada por um serviço substitutivo em Saúde Mental. O uso mais recorrente do termo “indicador” justificou-se por sua maior utilização em estudos que tratam do tema avaliação. Os indicadores apresentados buscaram abarcar ações e objetivos considerados importantes ao desenvolvimento de práticas condizentes com o processo da Reforma Psiquiátrica. Ainda assim, é possível reconhecer que os mesmos são gerais e ainda não validados, embora representem uma tentativa de aproximação à construção de indicadores sensíveis a uma prática que se pretende diferenciada

Avaliações de determinados tipos de programas e serviços envolvem geralmente situações complexas que não podem ser apreendidas sem mediações. Dessa forma, “(...) o indicador é, simplesmente, uma forma de nos aproximarmos do conhecimento de algo que não podemos captar diretamente” ou então pode-se compreendê-lo como “(...) medidas específicas (explícitas) e objetivamente verificáveis das mudanças ou resultados de uma atividade” (Aguilar & Ander-Egg, 1994: 123-124). Na esfera do social são necessárias medidas indiretas do fenômeno em função da impossibilidade de observação direta dos mesmos. Como bem define Ferrari:

Os indicadores designam ou selecionam certas propriedades características que têm a ver com o conceito ou com o objeto de estudo ou pesquisa, porque nenhuma ciência consegue lidar de um modo completo na sua total concretização com seu objeto de estudo. Cada um dos conceitos amplos devem ser decifrados em termos de critérios e indicadores. Por isso, ao se estabelecer os indicadores, apenas se está considerando uma parte, ao mesmo tempo que se tenta esboçar as relações entre essas partes (Ferrari, apud Stenzel, 1996: 167).

O que o autor quer destacar é a relação de probabilidade que se estabelece entre conceito e indicador, de forma que este possa ajudar a medir mudanças difíceis de captar de forma direta.

Pode-se afirmar que para realizar qualquer tipo de avaliação é preciso que estejam disponíveis indicadores capazes de quantificar e/ou qualificar fatos, processos e situações de forma o mais próxima possível do real. Portanto, a construção ou seleção de critérios é uma etapa que faz parte da estratégia de definição metodológica de um processo de avaliação, assim como a escolha da amostragem, a coleta de dados, etc. Cotta (1998) destaca a importância da definição de indicadores adequados, que devem “(...) refletir os objetivos da intervenção, ser mensuráveis, e incorporar a visão dos atores sociais relevantes, principalmente os beneficiários do programa ou projeto” (Cotta, 1998: 111). A autora informa que os mesmos devem ser sensíveis e pertinentes às questões que a avaliação busca esclarecer, como por exemplo atendimento às necessidades de seus usuários ou beneficiários, correspondência entre objetivos propostos e resultados alcançados, recursos alocados e benefícios, entre outras.

Neste sentido, pode-se afirmar que para que uma avaliação aconteça são necessários indicadores capazes de operacionalizar fatos, processos, e situações. Em função dos objetivos

do avaliador, do conceito e da forma por meio dos quais pretende-se produzi-los, serão construídos indicadores distintos. Outro ponto que tem importância fundamental na escolha ou elaboração dos mesmos é a quantidade e qualidade das informações disponíveis sobre o que se pretende avaliar. Um dos fatores que determina o grau de “avaliabilidade” ou a possibilidade de ser avaliado de determinado programa ou serviço é a facilidade em identificar seus objetivos, por meio dos quais pode-se produzir indicadores pertinentes no caso em que estes não são definidos *a priori*.

De acordo com Galtung (*apud* Aguilar e Ander-Egg, 1994: 124), os indicadores selecionados para a avaliação devem satisfazer, minimamente, três exigências:

- *permitir comparações sincrônicas no espaço;*
- *permitir comparações diacrônicas, no tempo, e a elaboração de prognósticos;*
- *representar valores sobre os quais exista um grau de consenso (ou possibilidade de consegui-lo) entre as partes envolvidas ou interessadas na avaliação.*

Aguilar e Ander-Egg (1994) apontam quatro requisitos que os indicadores devem abarcar para que possam avaliar o alcance das metas previstas: “independência”, ou seja, utilizar cada indicador para uma meta específica; “verificabilidade”, que envolve tanto a possibilidade de acompanhar as mudanças que ocorrem quanto a necessidade de estabelecer o mesmo significado para defensores e oponentes do projeto; “validade”, que possa medir todos e cada um dos efeitos do programa ou projeto; e “acessibilidade”, cuja obtenção seja o mais simples possível e menos custosa. Para os autores, o ideal seria produzir indicadores que utilizem os dados já existentes ou disponíveis. Além disso, para a avaliação de processos sociais que guardam em si maior complexidade pode-se optar pelo uso de “indicadores consensuais”, que parece ser o caso de algumas intervenções em Saúde Mental.

Stenzel (1996) a partir de revisão da literatura sobre avaliação no campo da saúde coletiva, aponta que a característica fundamental de um indicador é a quantificação, partindo do pressuposto que indicar em números permite reduzir a interferência da subjetividade no julgamento. É possível observar uma predominância na definição de indicador como uma mediação quantitativa que permite apreender um conceito geral não mensurável diretamente.

Nesse sentido, avaliar serviços de Saúde Mental imprime à construção de indicadores algumas dificuldades adicionais. A própria OMS e a OPS (1985) reconhecem que, embora preferencialmente os critérios para uma avaliação deveriam ser quantitativos, na prática nem sempre é possível, visto que existem “critérios sociais” não permeáveis à quantificação, possibilitando ao avaliador a utilização de determinações qualitativas. Nestes casos, estão incluídos, segundo este organismos, alguns programas do setor saúde.

Weilenman (*apud* Stenzel, 1996) ao considerar intervenções que objetivam mudanças sociais também sugere que nem sempre é possível atender aos padrões de significância numérica, visto que os parâmetros para avaliação são produzidos a partir da interação entre diferentes perspectivas e permeáveis a mudanças ao longo do tempo. Minayo (1992) informa que quando são considerados níveis mais profundos das relações sociais, nem todas as suas dimensões podem ser mensuráveis por meio de números e variáveis. Dessa forma, o indicador pode ser compreendido como uma aproximação ou reflexo indireto do fenômeno, nem sempre passível de quantificação.

Pitta *et al.* (1995) destacam que a eleição de critérios e *standards* que referenciem a boa ou má qualidade da assistência prestada no campo da Saúde Mental tem sido geralmente definidos a partir de três formas: por meio de estudos de “eficácia” (mais raros); a partir de critérios “éticos” (considerando-se direitos humanos, equidade, dignidade, acessibilidade, etc.); e a partir de “*standards* técnicos” consensuais. Segundo a autora, considerando-se que a definição de critérios deve fazer referência à tríade estrutura-processo-resultados (Donabedian, 1992), de imediato percebe-se a rigidez dessa composição no enfrentamento das questões relativas ao sofrimento psíquico. Uma boa infra-estrutura física aliada à diversidade de procedimentos nem sempre garantem assistência de qualidade, embora somados aos outros elementos possam constituir adequada fonte de dados para produção de novos indicadores.

Quando o processo de construção de indicadores tem como foco uma prática singular, generalizações são sempre perigosas, embora, às vezes, necessárias. Segundo Silva Filho (1996: 394): “(...) a avaliação de qualidade só faz sentido se levarmos em conta as particularidades da situação estudada e, de preferência, ouvindo-se a equipe envolvida, a fim de que ela participe dos critérios e discuta a avaliação”.

Para Saraceno *et al.* (1993), os critérios para uma avaliação deveriam ser produzidos a partir de três dimensões:

- 1- Social: que incorpora medidas em relação à acessibilidade ao serviço do ponto de vista organizacional e do custo para o usuário, que poderá ser de caráter econômico, afetivo ou cultural. Dessa forma, uma das possibilidades de avaliação incorporaria o grau de satisfação com o serviço e aceitabilidade do mesmo por parte dos usuários.
- 2- Econômica: que envolveria basicamente relações de custo benefício.
- 3- Técnica: aplicação adequada do conhecimento e dos dispositivos que se apresentam.

Os autores, conforme mencionado anteriormente, chamam a atenção para a importância dos “indicadores *soft*” em Saúde Mental que implicam a consideração de variáveis como estilo de trabalho, níveis de motivação, expectativas da equipe, entre outras, que são elementos decisivos para a qualidade dos resultados da atenção no campo do cuidado psicossocial.

2.5 – DILEMAS DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE: DOS IMPASSES ÀS SOLUÇÕES POSSÍVEIS

Na tentativa de delimitar conceitualmente as diversas nuances que o pensar a avaliação impõe, pode-se apontar também elementos que fazem parte de um contexto mais geral, e que podem funcionar ora como facilitadores ora como dificultadores no desenvolvimento de processos de avaliação.

Uma dificuldade arrolada refere-se à institucionalidade da função avaliação. Ao contrário de locais como a França, a avaliação de políticas e programas públicos no Brasil e em outros países da América Latina, ainda não faz parte da administração pública, o que pressupõe, segundo Hartz, (1999a: 229) “(...) integrá-la em um modelo orientado para ação, ligando atividades analíticas às de gestão, constituindo assim uma formulação da política de avaliação para avaliação de políticas”. Para Cotta (1998) tal dificuldade é gerada em parte pela complexidade de algumas metodologias de avaliação e também por desinteresse dos *policy makers* e receio dos gestores dos programas públicos. Dessa forma, deixa-se de utilizar um importante instrumento gerencial, capaz de fornecer elementos tanto para o processo decisório como para as intervenções em realidades sociais. Além disso, em ambientes democráticos, a

demanda por transparência na gestão de recursos públicos é um imperativo da sociedade civil organizada.

Novaes (2000) destaca que no Brasil não estão presentes condições fundamentais para o estabelecimento da função avaliação, tais como profissionais e práticas institucionais. Entretanto, a expansão da atenção e o desenvolvimento de tecnologias e novos modelos assistenciais em saúde dão visibilidade à utilização de instrumentos que favoreçam maior racionalização das decisões no setor. Ainda assim, segundo Novaes (2000: 557) “(...) as condições econômicas e sociais, as práticas políticas, a organização profissional, as culturas organizacionais são muito diferentes, o que levou a uma incorporação distinta dos diversos tipos de avaliação”. Na perspectiva da autora, o momento atual caracteriza-se por um certo recuo na visibilidade da função avaliação sem que a mesma no setor saúde tenha alcançado uma efetiva institucionalização.

A ausência de um modelo teórico definido para os programas e serviços públicos de saúde, e especialmente para os serviços de Saúde Mental, traz outras importantes dificuldades para o campo da avaliação. O modelo teórico preconiza e define de que forma deveria funcionar um programa ou serviço, de modo a explicitar o problema, a população e o contexto alvos da intervenção, os efeitos a curto, médio e longo prazo que pretende-se atingir, bem como os recursos e atributos do programa necessários ao alcance dos objetivos propostos. Neste caso o termo “teoria” não é utilizado no sentido epistemológico, mas como um conjunto de concepções que deram origem e delineiam as intervenções de um serviço, embora sustentado por teorias em sentido mais amplo, como por exemplo os princípios da Reforma Psiquiátrica. Sua importância é tão significativa que para Hennessy (*apud* Hartz, 1999), somente as políticas e programas que tivessem um modelo teórico bem definido, assim como as medidas e indicadores pertinentes, deveriam ser alvo de avaliações.

Segundo Vasconcelos (1995) assistimos na década de 90 a uma série de inovações e dificuldades em relação à implementação de serviços de Saúde Mental. Entre as dificuldades, destaca a falta de modelos teóricos pertinentes à realidade brasileira. Nesta área, para que um modelo teórico possa ser produzido, algumas questões merecem reflexão: sob que aspectos deve-se intervir, ou melhor dito, sob que parâmetros éticos pode-se construir um novo modelo de intervenção médico-social? Parece que os dispositivos de Saúde Mental, que evoluem do interesse em contextualizar socialmente vidas humanas por trás das crises vislumbradas de

forma reducionista pela psiquiatria, transformaram-se em um amálgama de disciplinas que unem-se por um discurso que, ora está ligado à psicanálise, ora a um retorno à própria psiquiatria, mas que, de certo modo, ainda não conseguiram vislumbrar uma coerência transdisciplinar unificadora. O objetivo não é construir um pensamento único dominante no campo, mas apontar a necessidade de uma certa coerência teórica entre os diversos saberes que o constituem, até para que seja possível estabelecer práticas de intervenção social e de cuidados que possam ser avaliadas de forma mais clara e sistemática.

O modelo teórico pode ser construído a partir de diversas fontes como: resultados de pesquisas prévias; experiências, idéias e perspectivas de diversos grupos de interesse (avaliadores e gestores); e, por meio de conhecimento produzido pelas ciências sociais (Hartz, 1999; Chen, 1990 *apud* Furtado, 2001). Sugere-se que o modelo teórico a ser construído deva conter elementos das diversas fontes de geração de dados e conhecimentos disponíveis no momento de implementação de determinado programa ou serviço, a fim de incorporar tanto a participação dos grupos de interesse quanto a possibilidade de releitura da realidade a partir de contribuições externas.

Cabe destacar ainda algumas críticas aos processos tradicionais, mesmo porque o campo do sofrimento psíquico e das suas formas de cuidado traz em si especificidades de ordem subjetiva e social que não devem ser ignoradas. Alguns dos questionamentos sobre as tradicionais formas de avaliar recaem sobre o caráter externo desses processos, busca de objetividade como sinônimo de significância quantitativa, preocupação exclusiva com a eficiência, incapacidade de incorporar dados contextuais e baixa relevância dos resultados para os atores envolvidos na intervenção.

Em resumo, pode-se observar que na prática as avaliações empreendidas não subsidiam o processo decisório. De acordo com Cotta essa situação é decorrente do caráter inconclusivo, inoportuno e irrelevante de seus resultados: "Inconclusivos em função das próprias limitações deste tipo de estudo, inoportunos devido à morosidade de processo avaliativo e irrelevantes, porque não respondem às demandas informacionais de todos os agentes sociais afetos à intervenção" (Cotta, 1998: 120-121). Talvez em função de um ou mais dos fatores acima mencionados, a avaliação seja associada, em muitas ocasiões, a auditorias ou controles externos com o objetivo de controle da produtividade. Entretanto a autora ressalta que os defensores de abordagens de avaliação baseadas em enfoques qualitativos fenomenológicos,

interacionistas, entre outros, tendem ao extremo oposto das abordagens tradicionais, priorizando a descrição e a valorização da dimensão política em prejuízo do caráter explicativo e do rigor metodológico.

Outra questão pertinente quando discute-se metodologias de avaliação qualitativas refere-se à definição de “qualidade”. Demo destaca que sob a perspectiva do qualitativo “(...) não vale o maior, mas o *melhor*; não o extenso, mas o *intenso*, não o violento, mas o *envolvente*; não a pressão, mas a *impregnação*” (1988: 24). Neste sentido, o autor é radical na proposição de que para avaliar processos participativos, participar é condição *sine qua non*. E participar não se resume à observação participante, o que ainda é postura de observador. Segundo Demo (1988: 30) “A avaliação qualitativa de processos participativos coincide logicamente com a auto-avaliação, o que contraria a atitude de mero observador”.

As assertivas do autor informam a impossibilidade de propostas de avaliação qualitativas que sejam externas, vindas de fora para dentro. Isso não significa que processos avaliativos não possam ser realizados por pesquisadores externos ao grupo ou à intervenção sob análise, mas que uma vez propostos, o avaliador deve impregnar-se pela realidade; mais que promover diagnósticos, deverá possibilitar o autodiagnóstico da comunidade. Demo (1988) ressalta que a qualidade não pode ser captada por meio da observação, mas pela vivência e convivência. Dessa forma, avaliação qualitativa não poderá ser feita à distância, por meio de dados indiretos ou contatos esporádicos. Metodologias de avaliação participativas, somadas à pluralidade metodológica, seriam possibilidades para superação desses impasses. Tais estratégias parecem ser bastante pertinentes aos serviços substitutivos em Saúde Mental que já incorporam em sua lógica de funcionamento o desenvolvimento de estratégias e espaços produzidos coletivamente.

Embora seja possível apreender o que é avaliação por diversos ângulos e objetivos implícitos ou explícitos parecem ser traços comuns entre as várias conceituações o fato de que avaliar é sempre emitir um juízo de valor e que seu papel fundamental é ser instrumento de auxílio no processo decisório. Por essa mesma razão, avaliar adquire sentido se e quando pactuado entre os atores envolvidos na ação sob julgamento. Um processo de avaliação perde sua razão quando não se presta ao objetivo de melhorar a qualidade do serviço oferecido, aliado à maior efetividade e eficiência possíveis. Ainda assim, conforme destacam Silva e Formigli (1994) embora a avaliação seja componente indispensável do planejamento, no

Brasil, esta prática é muito lembrada, porém pouco praticada e dificilmente seus resultados revertem em subsídios ao processo de tomada de decisão.

O que se pretendeu discutir no presente capítulo é que o campo da Saúde Mental enfrenta os mesmos desafios da avaliação em saúde de forma geral, e ainda outras especificidades que complexificam esses processos em contexto de desinstitucionalização como: a impossibilidade de separar a intervenção do meio, as dificuldades em se definir saúde mental ou bem estar psíquico, a incorporação de diferentes atores e setores e a falta de homogeneidade dos dados, uma vez que cada serviço desenvolve estratégias únicas em função dos problemas, contexto e recursos disponíveis. Os serviços substitutivos apresentam-se como uma realidade muito recente e não hegemônica em termos de destinação de recursos relativos à assistência psiquiátrica no país. A produção de indicadores adequados ainda é bastante incipiente e a assistência ao louco envolve determinantes sociais e individuais complexos. Apesar disso, o desenvolvimento, no país, de políticas que pressupõe participação popular, relacionadas por exemplo a grupos sociais vulneráveis, fez crescer a necessidade de avaliações que possam dar visibilidade a práticas ainda pouco conhecidas *vis-à-vis* políticas mais tradicionais. As formas coletivas de organização e gestão dos serviços substitutivos também poderiam ser elementos facilitadores da implementação de processos avaliativos mais participativos em seu cotidiano que contribuam para a sustentabilidade e manutenção desses projetos.

CAPÍTULO III

*Andarilho, o caminho é feito de seus passos, nada mais;
Andarilho, não há um caminho, você faz o caminho ao caminhar.
Ao caminhar você faz o caminho
E ao olhar para trás, você verá um caminho sem retorno.
Andarilho, não há nenhum caminho,
Apenas trilhas na onda do mar.*

Antônio Machado

3.1 – ABORDAGEM METODOLÓGICA

Conforme ressaltado anteriormente, adotou-se para os propósitos deste estudo a abordagem relacionada a metodologias de avaliação participativas. Tal modalidade de pesquisa surgiu no rastro da chamada pesquisa-ação e, por esse motivo, faz uso de princípios, procedimentos e estratégias correntemente utilizadas pela mesma. A escolha metodológica justifica-se pelo objetivo de incorporar técnicos, usuários, familiares ou gestores como atores das ações públicas, de forma a auxiliar as tomadas de decisão.

Não se acredita pertinente desenvolver estratégias que visualizem exclusivamente um só desenho ou uma só técnica de coleta de informações. Inclui-se neste caso a necessidade de mesclar-se elementos de ordem qualitativa e de ordem quantitativa nas estratégias propostas (Lobo, 1999: 82).

Dessa forma, privilegiou-se a utilização de metodologias de avaliação participativas, que incorporasse técnicas e instrumentos variados. Segundo Furtado esse tipo de abordagem apoia-se

(...) no paradigma holístico, indutivo e construtivista, sacrificando a objetividade e precisão em favor da utilidade social da pesquisa, sendo as questões da avaliação originárias dos usuários da mesma e visam ao incremento das potencialidades e à superação das limitações do programa ou serviço a partir de diferentes pontos de vista (2001: 31).

A participação dos implicados na assistência seria um dos elementos capazes de retirar o avaliador da posição solitária de único agente valorativo. Minayo (1992) corrobora a proposição de que a grande vantagem da utilização de metodologias qualitativas para a

avaliação é a possibilidade de compreensão aprofundada do fenômeno, capaz de refleti-lo em suas múltiplas dimensões, em detrimento das generalizações.

Metodologias de avaliação participativas, somadas à pluralidade metodológica parecem ser bastante pertinentes aos serviços substitutivos em Saúde Mental que incorporam em sua lógica de funcionamento o desenvolvimento de estratégias e espaços produzidos na interlocução entre os diversos atores.

Analisando-se o contexto de um serviço público, teoricamente, o conjunto dos cidadãos estaria potencialmente interessado em processos de avaliação. No entanto, considerando-se as limitações impostas pelo escopo de abrangência de uma dissertação de mestrado e a diversidade de visões de mundo, crenças e interesses que caracterizam os grupos mais diretamente afetados pelo serviço, quais sejam, usuários, familiares e técnicos, optou-se pelos últimos como grupo de interesse diretamente envolvido na condução do estudo.

A opção pela abordagem da avaliação participativa teve como objetivo incorporar os técnicos como um dos atores das ações públicas de forma a auxiliar os processos decisórios no interior do serviço de saúde. A escolha foi justificada também pela crença de que em função de sua posição privilegiada no serviço, os técnicos teriam maiores possibilidades de utilizar os resultados da pesquisa. Pretendeu-se, dessa forma, que o processo de produção de indicadores, objetivo norteador da presente dissertação, ganhasse em confiabilidade e legitimidade entre um dos atores sociais envolvidos.

Nessa perspectiva, ganham destaque os estudos de caso que, de acordo com Hartz, são recomendados com ênfase quando “(...) o objeto de investigação é de grande complexidade, a tal ponto que o fenômeno de interesse não se distingue facilmente das condições contextuais, necessitando informações de ambos” (Hartz, 1999: 344). São indicados também quando o alvo da avaliação é uma intervenção inovadora, sobre a qual ainda não se tenham muitas informações.

Os dados apresentados a seguir foram coletados a partir de trabalho de campo realizado no CAPS/Irajá, utilizando-se os seguintes instrumentos: observação participante, pesquisa documental e bibliográfica, aplicação de questionário e grupo focal.

3.2 – A EXPERIÊNCIA DO CAMPO E SEUS INSTRUMENTOS

A pesquisa de campo foi dividida em fases: 1) entrada no serviço de saúde e observação de atividades, sobretudo das reuniões de supervisão da equipe; 2) aplicação do questionário e 3) realização do grupo focal.

O estudo de caso foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa (CAPS/Irajá), localizado no município do Rio de Janeiro. O trabalho de campo foi iniciado a partir de contato com a coordenadora do CAPS/Irajá em março de 2001, quando foi sugerida a apresentação da proposta de trabalho para toda a equipe na reunião semanal de supervisão que acontece às quartas-feiras. Nesse momento foi fornecida uma cópia do projeto para que todos pudessem ter acesso aos objetivos e pressupostos que conduziram o estudo.

A partir dos primeiros contatos com o espaço da supervisão de equipe, este foi definido como o *locus* privilegiado para a coleta de dados por meio da observação participante. Tal escolha justificou-se pelo fato de que ali se reuniam semanalmente todos os técnicos do serviço para discutir assuntos que suscitavam maior necessidade de debate e para buscar coletivamente soluções.

Inicialmente, foram observados a assembléia de técnicos e usuários e o grupo de familiares. Um profissional da equipe sugeriu nossa participação na supervisão dada aos estagiários e residentes. A inserção nestes espaços buscava para além da coleta de dados que auxiliariam a produção do estudo, uma maior inclusão e o estabelecimento de vínculos entre pesquisador e o serviço de saúde que pudessem amenizar possível interferência causada pela presença de um observador externo. O CAPS é um serviço que recebe com muita frequência a visita de profissionais e pesquisadores interessados em conhecer seu funcionamento, assim como desenvolver trabalhos científicos. Portanto, seu cotidiano é atravessado permanentemente por observadores externos o que minimiza os efeitos de interferências destes na rotina do serviço.

3.2.1 – A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A observação da rotina do serviço (reuniões de equipe, assembléias, discussão de casos clínicos, entre outros) serviu para definir os espaços capazes de fornecer dados empíricos sobre o tema investigado. A observação participante foi realizada no período compreendido entre abril e outubro de 2001.

O quadro abaixo contém uma síntese dos principais assuntos discutidos durante as reuniões de supervisão de equipe. Os temas mais frequentes foram agrupados em categorias com o objetivo de possibilitar a análise e permitir comparações. A categorização dos assuntos foi um recurso utilizado com o objetivo de observar quais eram os temas que apareciam com maior frequência no espaço da supervisão embora muitos dos temas citados de forma isolada se entrelaçassem no debate.

Quadro 1 – Principais assuntos e temas discutidos nas supervisões de equipe do CAPS Rubens Corrêa – período compreendido entre 04/04/01 e 03/10/01

TEMAS	04/4	18/4	25/4	02/5	09/5	16/5	23/5	06/6	13/6	04/7	18/7	12/9	19/9	26/9	03/10
Casos clínicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupos/oficinas	X			X	X	X		X		X			X	X	X
Medicação	X			X											
Alternativas extra-serviço				X	X	X	X						X		
Informes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Projetos/contratos terapêuticos					X				X			X			
Porta de entrada				X					X	X	X				X
Questões gerenciais	X									X			X		
Perfil da clientela									X		X				X

As discussões de casos clínicos foram realizadas em todas as reuniões de equipe observadas. Os técnicos expõem os casos que demandam maior necessidade de discussão em função de decisões clínicas consideradas mais difíceis como por exemplo, necessidade ou não de internação, aumento da dosagem de medicação, redução ou aumento do tempo de permanência no serviço, relação entre usuário e familiar, etc. Debate-se também sobre a entrada de novos usuários no serviço e casos que necessitam da intervenção de outras instâncias como justiça, previdência e conselho tutelar. Foi possível observar que o dispositivo

de discussão de casos clínicos aparece em todas as supervisões, sendo um instrumento bastante importante para a avaliação do serviço como será discutido adiante.

As discussões sobre grupos e oficinas envolve questionamentos e reorientações dos dispositivos terapêuticos utilizados no serviço e que compõem o modelo assistencial do CAPS. Frequentemente, questionam-se os objetivos que norteiam o funcionamento de determinados dispositivos podendo acarretar mudanças em seu *modus operandis* ou a sua desativação.

O tema da medicação isoladamente foi pouco debatido mas esteve bastante presente nas discussões de casos clínicos. O item referido no quadro 1 diz respeito a discussões que privilegiaram o tema do grupo de medicação e o questionamento da medicação como primordial em alguns tratamentos.

A categoria discussão sobre alternativas extra-serviço refere-se a assuntos que envolvem a importância, as dificuldades e a busca de soluções que possibilitem aos usuários interagir com outros espaços da vida social e que respondam a necessidades como sobrevivência material e garantia de direitos sociais.

Os informes, presentes em todas as supervisões observadas, incluíram informações sobre: congressos, conferências e encontros na área de saúde e de Saúde Mental; resoluções tomadas no nível central; passeios e festas que ocorrem dentro e fora do serviço; informações burocráticas relativas à rede de serviços, vínculo trabalhista dos profissionais do CAPS/Irajá, entre outros que não necessitam de maiores discussões mas que devem ser do conhecimento de todos. A presença constante de informes demonstra a posição da equipe em compartilhar as informações referentes ao cotidiano do serviço e confirma o objetivo de produzir espaços de gestão colegiada.

O tema dos projetos e contratos terapêuticos aparece nas discussões de equipe como preocupação em definir qual o papel do dispositivo “técnico de referência”, ou seja, o profissional do serviço que tem responsabilidade direta por determinados usuários cabendo-lhe a tarefa de estreitar os vínculos destes com o serviço, bem como informar à equipe o andamento do tratamento, fazer busca ativa quando o usuário deixa de vir ao serviço, acompanhar possíveis processos de internação psiquiátrica, fazer contato com familiares, enfim as atribuições referentes à atenção psicossocial. Apesar disso, toda a equipe deve ser responsável por todos aqueles que se tratam no CAPS/Irajá. Esse item engloba também as

discussões sobre a necessidade de diminuir ou aumentar o tempo de permanência no serviço e as atividades das quais os usuários devem participar.

As discussões sobre porta de entrada incluem assuntos como a incapacidade do serviço atender a toda demanda da AP 3.3 e a introdução de estratégias de triagem ou acolhimento. Incorpora também a discussão sobre mecanismos denominados pela equipe como “porta de saída”, denotando a preocupação com a cronicidade produzida nos novos serviços e a busca de alternativas que efetivem os laços dos usuários com outras instâncias da rede social.

Questões gerenciais envolvem discussões relativas a problemas entre SMS/RJ e IFB²⁰ que, no ano de 2001, acarretaram interrupção de pagamento dos técnicos contratados via convênio; interrupção de repasse dos recursos financeiros e da alimentação fornecida ao serviço para técnicos e usuários. Este item incluiu também a discussão sobre a falta de autonomia gerencial dos CAPS.

O item denominado “perfil da clientela” agrupa os debates que questionam, definem e traçam o perfil da clientela considerada prioritária para serviços de atenção diária como o CAPS, uma vez que no momento da pesquisa (2001) a demanda pelo serviço era maior do que sua capacidade para respondê-la.

3.2.2 – ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Com o objetivo de identificar concepções dos técnicos do CAPS/Irajá sobre o processo de avaliação em Saúde Mental foi elaborado um questionário²¹ composto por 19 questões, em sua grande maioria fechadas, sendo que algumas permitiam respostas abertas. Os objetivos eram conhecer: qual deveria ser a utilização dos resultados de uma avaliação de serviços, instrumentos mais adequados para a avaliação de serviços de Saúde Mental, opinião sobre processos de avaliação já desenvolvidos e sobre determinados parâmetros para a avaliação no campo da atenção psicossocial.

O formato do questionário foi definido no decorrer da pesquisa por meio de reuniões de orientação, a partir de estudos realizados no campo da avaliação em Saúde Mental, as primeiras observações de campo e leitura de documentos da GSM/SMS/RJ nos quais foram identificados os principais objetivos e metas a serem alcançados com a implantação de uma

²⁰ ONG responsável pela contratação de alguns profissionais.

rede de CAPS no município. Conforme destaca Furtado “O conjunto de princípios que norteia um programa deverá tornar-se a referência fundamental para as decisões subsequentes da avaliação, configurando-se em importante fator para a definição dos caminhos a serem trilhados pela avaliação” (2001: 130).

É possível identificar nos documentos produzidos pela GSM/SMS/RJ objetivos e metas que deveriam ser alcançados pelos serviços, embora não houvesse um modelo teórico explicitado e documentado por meio do qual um plano de avaliação pudesse ser desenhado e definidos indicadores mais adequados. Como já discutido anteriormente, no Brasil, embora haja tradição de implantação de políticas e programas, há ainda baixa institucionalidade da avaliação.

Foi realizado teste piloto do instrumento solicitando a dois técnicos do serviço e a um especialista da área de avaliação de políticas e programas de saúde que lessem e respondessem o questionário buscando identificar possíveis dificuldades de compreensão das perguntas, após o que, o instrumento foi novamente reformulado.

Foram distribuídos 15 questionários para todos os membros da equipe técnica de nível superior do CAPS Rubens Corrêa²². Deste total, 12 instrumentos foram devolvidos. Cabe ressaltar que a devolução dos questionários foi um processo bastante demorado e que exigiu da pesquisadora várias solicitações durante as reuniões de equipe.

3.2.3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO

A primeira pergunta do questionário indagava sobre qual era, na opinião do respondente, o principal uso dos resultados de uma avaliação de serviços. Foi solicitado que apenas uma das alternativas fosse assinalada. A metade dos técnicos do CAPS/Irajá respondeu que fornecer informações necessárias ao processo de tomada de decisão pela equipe e pelo gestor do serviço é a principal utilidade dos resultados de uma avaliação. O controle do alcance de metas estabelecidas e a prestação de informações ao nível central para

²¹ Anexo 1.

²² Em julho de 2001 foi contratado mais um psicólogo para a equipe. Contudo, este profissional não foi incorporado à amostra selecionada para responder o questionário porque algumas questões abordadas no instrumento referiam-se a dados e informações discutidos pela equipe em momento anterior a sua entrada no serviço.

monitoramento dos resultados obtidos não foi assinalado por nenhum técnico. A mensuração de eficiência foi mencionada por apenas um respondente.

A maior parte da equipe parece valorizar processos de avaliação que introduzam informações relevantes ao funcionamento interno do serviço e que sejam realizados pela própria equipe. As respostas assinalam perspectivas de avaliação cujo foco central recai sobre o objetivo de tornar seus resultados úteis àqueles que estão envolvidos diretamente na prestação da assistência e que dessa forma poderiam utilizá-los na melhoria da atenção prestada. Pode-se inferir também das respostas obtidas que é conferida menor prioridade a questões consideradas como fora do escopo ou externas à equipe como as relações de custo-benefício ou mesmo o monitoramento dos resultados pelo nível central, o que pode ser um indicativo de que a função avaliação ainda não está incorporada à gestão pública como uma das etapas de implementação de programas ou serviços de saúde.

Quadro 2 – Principal uso dos resultados de uma avaliação de serviços segundo equipe técnica de nível superior, CAPS Rubens Corrêa, Rio de Janeiro, 2001

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
Fornecer informações necessárias ao processo de tomada de decisão pela equipe e pelo gestor do serviço	6	50,0
Medir a eficiência do serviço, ou seja, quantos recursos são gastos em relação a quantas atividades são produzidas	1	8,3
Controlar os resultados obtidos pelo serviço, por meio do alcance de metas estabelecidas	-	-
Fornecer informações ao nível central para monitoramento dos resultados do serviço	-	-
Prestar contas à sociedade do que o serviço está produzindo	2	16,7
Outros: “propiciar uma avaliação crítica do desempenho integral do serviço (dimensões crítica, política e administrativa) com a finalidade de melhoria da qualidade da assistência” “todas as alternativas”	3	25,0
TOTAL	12	100

Na opinião da maioria dos técnicos do CAPS/Irajá o instrumento mais adequado para avaliar os serviços de Saúde Mental seria a supervisão e discussões em grupo com roteiro de avaliação qualitativa. Alguns instrumentos tradicionalmente utilizados no campo da atenção psicossocial como os questionários de satisfação de usuários, técnicos e familiares não foram mencionados por nenhum dos respondentes. Os índices de avaliação da qualidade dos CAPS desenvolvidos pela GSM/SMS/RJ também não foram citados como os instrumento mais adequados de avaliação.

Quadro 3 – Instrumento mais adequado para a avaliação de serviços de Saúde Mental como um CAPS segundo equipe técnica de nível superior, CAPS Rubens Corrêa, Rio de Janeiro, 2001

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
Aplicação de questionários sobre satisfação de usuários com o serviço (SATIS-BR)	-	-
Aplicação de questionários sobre satisfação de familiares com o serviço (SATIS-BR)	-	-
Aplicação de questionários sobre satisfação de técnicos com o serviço (SATIS-BR)	-	-
Preenchimento de boletos com o número de procedimentos realizados por usuário/mês (SIGAB)	2	16,7
Os índices de avaliação de qualidade dos Centros de Atenção Psicossocial da GSM/RJ	-	-
Supervisão e discussões em grupo com roteiro de avaliação qualitativa	6	50,0
Outros: não conhece o SATIS e nem os índices da GSM; todos	2	16,7
Não respondeu	2	16,7
TOTAL	12	100

A grande maioria dos profissionais que respondeu ao questionário (91,7%) não conhece outros instrumentos de avaliação, além dos acima citados.

Quadro 4 – Conhecimento sobre outros estudos e instrumentos de avaliação utilizados no campo da Saúde Mental segundo equipe técnica de nível superior, CAPS Rubens Corrêa, Rio de Janeiro, 2001

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
Sim	1	8,3
Não	11	91,7
TOTAL	12	100,0

Segundo 83,3% dos técnicos do CAPS há discussões de equipe sobre o tema da avaliação no serviço. Conforme pôde ser observado, embora não seja utilizado nenhum instrumento formal, as supervisões semanais de equipe funcionam como um espaço de reflexão sobre o cotidiano do serviço, mesmo que não seja empregado o termo avaliação. Ainda que se reconheça esse espaço como muito importante para a análise permanente do serviço, algumas questões parecem não contempladas. Uma delas refere-se ao fato das supervisões serem um espaço eminentemente dos técnicos, o que exclui o ponto de vista dos usuários e familiares e sua avaliação da atenção prestada. Outro aspecto refere-se à ausência de produção de dados sistematizados e indicadores que possam ser registrados e utilizados na comparação com outros serviços, seja pela gestão do próprio CAPS seja pelo nível central da SMS. A falta destes dados impossibilita gerar subsídios que apoiem a expansão dos novos serviços.

Quadro 5 – Existência de discussões de equipe sobre o tema da avaliação no CAPS Rubens Corrêa segundo equipe técnica de nível superior, CAPS Rubens Corrêa, Rio de Janeiro, 2001

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
Sim	10	83,3
Não	1	8,3
Não respondeu	1	8,3
TOTAL	12	100,0

No mês de maio de 2001 foi apresentado à equipe pela supervisora institucional o Projeto de Trabalho: “Missão 2001: a Odisséia de um Serviço Substitutivo”. O projeto foi uma tentativa de delinear um planejamento, com estabelecimento de metas e estratégias para alcançá-las, que pudessem nortear as ações e dispositivos utilizados na construção do modelo assistencial do CAPS/Irajá, como as oficinas e os projetos terapêuticos. Com esta finalidade, foram listados também os usuários que fazem tratamento no serviço de modo a verificar se todos tinham um técnico de referência. As atribuições de cada profissional foram assinaladas registrando as atividades pelas quais cada técnico é responsável, quais dias da semana trabalha, a carga horária e os usuários referenciados para as oficinas e grupos coordenados por cada membro da equipe. A introdução deste mecanismo de planejamento teve como objetivo desenvolver no serviço uma lógica de funcionamento que incorporasse a noção de responsabilização por parte dos agentes do cuidado e a necessidade de processos de avaliação mais sistematizados. A perspectiva do “desafio” e da valorização não só dos resultados obtidos, mas também dos processos, marcaram a construção do projeto.

O “Missão 2001” embora redigido e sistematizado pela supervisora institucional foi produto de uma jornada de discussões em equipe na tentativa de definir, para cada técnico, qual era a principal missão do CAPS Rubens Corrêa para o ano de 2001. As respostas foram analisadas coletivamente para posteriormente definir quais interrelações poderiam ser estabelecidas entre as respostas dadas, os objetivos da Reforma Psiquiátrica e as possibilidades sociais e assistenciais da AP 3.3. As respostas foram novamente reformuladas até que se obtivesse consenso e maior clareza possíveis sobre o projeto do CAPS/Irajá para 2001.

Esse processo teve como um de seus produtos a definição de forma mais clara e sistematizada de qual era para os técnicos o sentido das atividades desenvolvidas. Dessa forma, o objetivo prioritário pactuado entre a equipe afirmava a posição do CAPS/Irajá como “... um serviço público de referência em saúde mental para a AP 3.3, através da construção de

uma prática clínica em intercessão com as ações de saúde e movimentos sócio-políticos que investem na participação e automização dos sujeitos” (CAPS Rubens Corrêa (Irajá) – Projeto de Trabalho, 2001: 3). O entendimento da loucura como possibilidade de subjetivação humana, e não como doença a ser reabilitada ou curada, seria o eixo norteador da missão e da assistência produzida.

A partir dessas definições foram estabelecidos objetivos prioritários, análise de viabilidade (disponibilidade de recursos físicos, humanos e financeiros), ações e técnicos responsáveis pela execução das mesmas e resultados a serem alcançados. Os objetivos traçados pelo projeto “Missão 2001” foram os seguintes: desenvolvimento de ações que permitissem autonomia/inserção político-administrativa dos CAPS; estabelecimento de vínculos com instâncias sociais, culturais, esportivas, de lazer e com organizações de formação e trabalho; participação na construção de uma rede assistencial de saúde para a área; fortalecimento de vínculos com a comunidade; implementação de projetos de formação para estagiários e profissionais; incentivar entre os técnicos a produção de conhecimento oral e escrito; construção de um banco de dados para subsidiar sistema de informação da rede de assistência em saúde; elaboração de estratégias de recepção, tratamento e encaminhamento da clientela atendida pelo CAPS; e, criação e desenvolvimento de processos de trabalho norteados pelo princípio da tomada de responsabilidade (CAPS Rubens Corrêa (Irajá) – Projeto de Trabalho, 2001).

Importa ressaltar, conforme pactuado pela equipe, que mais que objetivos, esses seriam os eixos dos trabalhos realizados no serviço de saúde. A análise dos mesmos foi importante também para a construção do questionário aplicado neste estudo.

Para a grande maioria dos técnicos (83,3%) as metas estipuladas pelo Projeto de Trabalho: “Missão 2001: a Odisséia de um Serviço Substitutivo” poderão ser alcançadas. Esse tipo de resposta corrobora alguns estudos que demonstram que avaliações realizadas por membros da equipe tendem a valorizar mais os resultados esperados do que aqueles efetivamente possíveis na realidade. Embora todos os temas dos objetivos propostos tenham sido discutidos ao longo das supervisões observadas, alguns como a formação de um banco de dados, implementação de projetos de formação, produção de conhecimento oral e escrito ainda não tinham se transformado em ações concretas. De qualquer modo, a definição formal de

metas e dos responsáveis por sua execução são estratégias necessárias para o alcance de resultados definidos pela equipe.

Quadro 6 – Crença de que as metas estipuladas no Projeto de Trabalho: “Missão 2001: a Odisséia de um Serviço Substitutivo” poderão ser alcançadas, segundo equipe técnica de nível superior, CAPS Rubens Corrêa, Rio de Janeiro, 2001

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
Sim	10	83,3
Não	-	-
Não sabe	2	16,7
TOTAL	12	100,0

A observação das reuniões de supervisão permitiu verificar que algumas ações acordadas estão sendo desenvolvidas tais como: articulações com instâncias culturais da área, busca de vagas para usuários em cursos profissionalizantes, realização de reuniões com profissionais de outros serviços de saúde da AP 3.3 para a discussão de estratégias que permitam o atendimento dos pacientes diante da grande demanda e da ausência de serviços e recursos humanos em Saúde Mental da área; contabilização de todos os usuários atendidos em atenção diária (CAPS 1 e CAPS 2) e em ambulatório, com seus respectivos técnicos de referência e psiquiatra responsável pela medicação; e, discussão e implantação de um Grupo de Orientação ao Tratamento (GOT) com o objetivo de acolher, encaminhar ou oferecer tratamento à demanda espontânea.

Ao final da discussão do projeto foi estipulado um prazo de três meses para a reavaliação dos objetivos com apresentação dos resultados. No período de realização do trabalho de campo (março a outubro de 2001) uma avaliação formal do “Missão 2001” ainda não havia acontecido, embora os temas sempre estivessem presentes nas discussões de supervisão.

A GSM/SMS/RJ promove anualmente uma reunião com todos os profissionais dos CAPS do município para avaliar e discutir a assistência prestada. Segundo relatos obtidos nas supervisões de equipe, a metodologia utilizada nas últimas reuniões foi a apresentação de dois casos clínicos por cada serviço: um exitoso e o outro de manejo clínico considerado bastante difícil pela equipe. Para a maior parte dos técnicos do CAPS Rubens Corrêa as reuniões anuais da GSM/SMS/RJ são satisfatórias (41,7%) ou pouco satisfatórias (33,3%). Portanto não há um consenso por parte da equipe quanto à eficácia deste tipo de avaliação coletiva.

Quadro 7 – Grau de satisfação com as reuniões anuais da GSM/SMS/RJ para a avaliação dos CAPS segundo equipe técnica de nível superior, CAPS Rubens Corrêa, Rio de Janeiro, 2001

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
Altamente satisfatórias	1	8,3
Satisfatórias	5	41,7
Pouco satisfatórias	4	33,3
Insatisfatórias	-	-
Não sabe	2	16,7
TOTAL	12	100,0

Do total de 12 respondentes, 9 consideram que as discussões promovidas nessas reuniões contribuem de alguma forma para melhorar a assistência prestada pelo serviço, ainda que parte dos membros da equipe considere-as pouco satisfatórias.

Quadro 8 – Grau de contribuição das reuniões promovidas pela GSM/SMS/RJ para melhoria da assistência prestada pelo serviço segundo equipe técnica de nível superior, CAPS Rubens Corrêa, Rio de Janeiro, 2001

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
Contribuem muito	3	25,0
Contribuem	6	50,0
Contribuem pouco	2	16,7
Não contribuem	-	-
Não sabe	1	8,3
TOTAL	12	100,0

Diariamente são preenchidos no serviço formulários que alimentam o SIGAB (Sistema de Informação de Gerenciamento da Atenção Básica). O CAPS Rubens Corrêa informa ao Centro de Saúde Clementino Fraga, localizado na AP 3.3, o número de usuários que freqüentam o serviço todos os dias segundo duas modalidades: CAPS 1 e CAPS 2. A modalidade CAPS 1 corresponde à permanência do usuário no serviço durante metade do dia ou àqueles que recebem atenção ambulatorial, seja consulta psiquiátrica, seja participação em alguma oficina específica, seja atendimento psicológico. A modalidade CAPS 2 aplica-se aos usuários que freqüentam o serviço durante todo o dia. De acordo com a produtividade apresentada, ou seja, número de atendimentos em CAPS 1 e 2 realizados mensalmente, os técnicos podem receber acréscimos salariais.

Os formulários preenchidos diariamente com o número de procedimentos realizados no CAPS que alimentam o SIGAB não servem para avaliar a assistência prestada na opinião de

58,3% dos técnicos. As respostas são condizentes com os demais posicionamentos da equipe que prefere metodologias de avaliação qualitativas e opinam que o trabalho desenvolvido em serviços substitutivos não pode ser analisado apenas por avaliações predominantemente quantitativas e nem traduzido por parâmetros clássicos como número de procedimentos, consultas, etc.

Quadro 9 – Percepção da utilidade dos formulários preenchidos para o SIGAB para avaliar a assistência prestada pelo CAPS segundo equipe técnica de nível superior, CAPS Rubens Corrêa, Rio de Janeiro, 2001

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
Sim	3	25,0
Não	7	58,3
Não sabe	2	16,7
TOTAL	12	100,0

A GSM/SMS/RJ vem buscando monitorar alguns indicadores relativos à qualidade dos CAPS por meio dos: “Índices de Avaliação de Qualidade dos Centros de Atenção Psicossocial”. Embora esse instrumento de avaliação dependa dos dados repassados à GSM/SMS/RJ pelos CAPS que compõem a rede, a maior parte dos técnicos do CAPS Rubens Corrêa responderam não conhecer os Índices utilizados pela GSM/SMS/RJ. Durante o trabalho de campo tampouco foi observado algum tipo de organização para repassar à Gerência esses dados nem a discussão dos mesmos. Embora a utilização de mecanismos mais formais de avaliação dos serviços substitutivos indique uma preocupação do nível central com o tema, estes ainda não foram introduzidos de forma sistemática no cotidiano dos serviços.

Quadro 10 – Número de técnicos que conhecem os “Índices de Avaliação de Qualidade dos Centros de Atenção Psicossocial” utilizados pela GSM/SMS/RJ segundo equipe técnica de nível superior, CAPS Rubens Corrêa, Rio de Janeiro, 2001

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
Sim	5	41,7
Não	7	58,3
Não sabe	-	-
TOTAL	12	100,0

Entre os técnicos que mencionaram conhecer os “Índices de Avaliação de Qualidade dos Centros de Atenção Psicossocial”, a maior parte, 4 em um total de 5 respondentes, consideram-nos adequados porém insuficientes.

Quadro 11 – Opinião sobre os “Índices” utilizados pela GSM/SMS/RJ segundo equipe técnica de nível superior, CAPS Rubens Corrêa, Rio de Janeiro, 2001

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
Adequados e suficientes	1	20
Adequados porém insuficientes	4	80
Inadequados e insuficientes	-	-
Não sabe	-	-
TOTAL	5	100,0

Do total de 12 respondentes, 10 afirmaram já ter sido realizada algum tipo de avaliação interna do CAPS, desenvolvida pelos próprios técnicos. Nesse sentido, as reuniões semanais de supervisão constituem um instrumento importante de análise da assistência prestada e de construção de soluções coletivas, embora nenhum instrumento formal de avaliação seja utilizado, com exceção do projeto de trabalho “Missão 2001”.

Quadro 12 – Realização de algum tipo de avaliação interna do CAPS desenvolvida pelos próprios técnicos segundo equipe de nível superior, CAPS Rubens Corrêa, Rio de Janeiro, 2001

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
Sim	10	83,3
Não	-	-
Não sabe	2	16,7
TOTAL	12	100,0

Na opinião dos técnicos, em um total de 20 opções assinaladas, o CAPS/Irajá poderia ser avaliado por meio de comparação entre as metas estabelecidas e as realizadas pelo serviço (35%) e por meio de discussões em equipe sobre as atividades desenvolvidas (30%). Quanto aos instrumentos mais adequados observa-se, especificamente nestas respostas, tendência à valorização de mecanismos mais sistematizados de avaliação, como o estabelecimento de metas a serem cumpridas. Talvez esse resultado seja reflexo do projeto “Missão 2001” que incorporou essa forma de trabalho, embora não tenha havido uma avaliação mais formal sobre

o alcance dos resultados esperados. As discussões em equipe permanecem com alto índice de aceitação, condizente com as demais respostas (Quadro 3).

Quadro 13 – Opinião dos técnicos sobre os instrumentos que poderiam ser utilizados para a avaliação do CAPS segundo equipe técnica de nível superior, CAPS Rubens Corrêa, Rio de Janeiro, 2001

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
Discussão clínica de casos	3	15,0
Consolidação do número de procedimentos realizados pelo serviço	2	10,0
Discussões em equipe sobre as atividades do serviço	6	30,0
Comparação entre as metas estabelecidas e o que foi realizado pelo serviço	7	35,0
Outras: “discussões em equipe sobre o fundamento crítico, ético, político da estrutura do serviço (atividades, posicionamentos técnicos e administrativos)”;	2	10,0
TOTAL	20	100,0

O questionário utilizado apresentava uma série de parâmetros ou critérios, agrupados em cinco dimensões, sugeridos para avaliar a assistência prestada pelo CAPS/Irajá na seguinte ordem:

- Dimensão 1: não internação ou redução do número de internações
- Dimensão 2: (re) estabelecimento de laços sociais
- Dimensão 3: adesão ao tratamento
- Dimensão 4: autonomia
- Dimensão 5: satisfação com o serviço

Foi solicitado aos técnicos que assinalassem, em uma escala de 1 a 10, a importância atribuída a cada um dos itens relacionados.

Os parâmetros apresentados foram definidos a partir da análise de documentos oficiais, textos produzidos pela coordenação da GSM/SMS/RJ e do projeto “Missão 2001”, da observação das reuniões de supervisão e de referências bibliográficas, que permitiram identificar os eixos que deveriam organizar e conduzir a ação dos serviços substitutivos em Saúde Mental, bem como os resultados a serem alcançados. A categorização em dimensões foi um recurso utilizado para ordenar os diversos parâmetros em função de princípios comuns.

A primeira dimensão está constituída por apenas um critério: não internação ou redução do número de internações em hospitais psiquiátricos após início do tratamento no CAPS. Esse parâmetro está presente em todos os documentos da GSM/SMS/RJ analisados e faz parte dos “Índices de Avaliação de Qualidade dos Centros de Atenção Psicossocial”. A

GSM/SMS/RJ considera como padrão aceitável um percentual de até 5% de re-internações e de 0% como padrão ideal em relação à clientela atendida pelos CAPS.

A importância dada a este critério aponta para um reconhecimento consensual do manicômio como um espaço que impossibilita qualquer trabalho cujo objetivo seja restabelecer as relações do indivíduo com seu próprio corpo e com o social, restituir direitos de cidadania e aumentar o poder contratual de sujeitos marcados pelo estigma da loucura.

Em trabalho realizado em um CAPS do município do Rio de Janeiro, Gomes (1999) também aponta que o número de internações após a entrada no serviço é um parâmetro correntemente monitorado em avaliações de serviços substitutivos. Para Lancman (1997) a mudança de enfoque do tratamento em psiquiatria a partir da Reforma, tornou a incidência de internações um critério importante, principalmente no que se refere à avaliação de qualidade. Embora as duas autoras citadas reconheçam a importância desse indicador, ambas destacam que se analisado de forma isolada não é um bom traçador da qualidade do serviço. Gomes (1999) ressalta que há casos que em determinado momento exigem uma maior necessidade de contenção e, no município do Rio de Janeiro, por exemplo, ainda não existem estratégias alternativas à internação tradicional para essas situações como CAPS funcionando 24 horas e finais de semana. Entretanto, ressalta que as internações de usuários que fazem tratamento em serviços substitutivos não significam necessariamente nem o fracasso e nem a interrupção do tratamento. Dessa forma, o número de internações exige análises mais profundas que a mera quantificação. A autora aponta que não são os números absolutos que importam nesse tipo de trabalho, embora tenham o papel de dar visibilidade ao serviço, mas o cuidado intensivo e reflexivo que deve ser oferecido a toda clientela.

Para os técnicos do CAPS Rubens Corrêa este critério obteve média de 8,6 segundo o grau de importância atribuído.

Quadro 14 – Não internação ou redução do número de internações

CRITÉRIO	MÉDIA
A- não internação ou redução do número de internações em hospitais psiquiátricos após início do tratamento no CAPS	8,6

A segunda dimensão refere-se ao (re) estabelecimento de laços sociais e foi composta por dez critérios. Para Saraceno (1996) reabilitar é “(...) um processo de reconstrução, um

exercício pleno de cidadania, e também de uma plena contratualidade nos três grandes cenários: habitar, rede social e trabalho com valor” (1996: 16). A Portaria 224 de 1992 já apontava como uma das funções dos NAPS/CAPS o desenvolvimento de atividades comunitárias que possibilitassem a integração na comunidade e inserção social de seus usuários. A permanência no interior do manicômio seria a antítese de uma atenção que pretende superar a correlação instituída entre assistência ao louco e exclusão social. Os serviços de base territorial trariam como proposta justamente a construção de um outro modelo de cuidado em que a dimensão de pertencimento à ordem social ou a instituição de um outro *modus operandi* pelo menos no que diz respeito ao entendimento da loucura, possam ser produzidos.

Segundo documento da GSM/SMS/RJ a reabilitação psicossocial exige o desenvolvimento de ações articuladas com efeitos concretos na vida cotidiana da clientela assistida pelos novos dispositivos de atenção em Saúde Mental que, para além da assistência à saúde, pudesse viabilizar seu (re) ingresso no mundo do trabalho, da escola, do lazer e da vida comunitária. Esse objetivo envolve o estabelecimento de articulações do serviço junto à comunidade visando reverter o estigma da exclusão construído em torno da doença mental, de modo que os CAPS possam integrar-se no cotidiano do território e tornarem-se produtores de uma nova cultura de convivência e solidariedade com a diferença. Segundo a GSM/SMS/RJ, além de evitar as internações hospitalares e sua reincidência, os serviços substitutivos deveriam, sobretudo, possibilitar o estabelecimento de laços sociais e interpessoais (Fagundes e Libério, 1997).

Em documentos da GSM/SMS/RJ sobre os CAPS, a oferta de cuidado personalizado e intensivo deve ser considerado como um esforço de produção de espaços que sejam acolhedores ao sofrimento psíquico grave, sendo identificado pelo paciente e por sua família como um local de referência para a assistência em qualquer circunstância. Além de reconhecer que o núcleo familiar também precisa de apoio por parte do serviço, ressalta o papel fundamental da família para o bom desenvolvimento dos projetos terapêuticos traçados para cada usuário. É com a família que essas pessoas contam nos momentos em que não estão no CAPS; além disso, parece existir uma correlação positiva entre a obtenção de melhores resultados durante o tratamento e apoio familiar.

A importância da relação usuário-família é de tal ordem nos novos modelos de atenção constituídos a partir da Reforma Psiquiátrica, que a inserção do familiar no interior dos serviços, de forma mais ou menos atuante, faz parte da rotina terapêutica dos mesmos. No CAPS/Irajá há grupos de familiares, nos quais estes relatam e trocam experiências sobre as melhoras e dificuldades no trato com seus parentes ou amigos que utilizam o serviço de saúde. Em alguns casos, são propostos atendimentos individuais a um ou ao conjunto dos membros de uma mesma família. Além da participação em espaços terapêuticos *stricto sensu*, no CAPS/Irajá foi constituída uma Associação de Usuários, Familiares e Amigos do CAPS Rubens Corrêa com os objetivos de: atuar mais efetivamente na esfera política, viabilizando ações como representação nos Conselhos Distrital e Municipal de Saúde, Conferências de Saúde e de Saúde Mental, captação de recursos para atividades do CAPS ou para suprir necessidades particulares de algum usuário como por exemplo, gastos com advogado para a requisição de aposentadoria, entre outras.

A (re) inserção do usuário ao meio familiar, entendido como a convivência com o grupo formado por pessoas que habitam um mesmo local ou com os familiares mais próximos e o (re) estabelecimento de contato verbal e/ou afetivo com os familiares, receberam, respectivamente, em média 9,2 e 8,9 na avaliação do grau de importância atribuído pelos técnicos do CAPS como parâmetros para a avaliação da assistência prestada.

Na dimensão “(re) estabelecimento de laços sociais” foi também apresentado o critério “(re) estabelecimento de contato verbal ou de outra ordem com os técnicos do serviço” que recebeu média 8,7 quanto ao grau de importância como parâmetro para avaliar a atenção oferecida pelo CAPS. Esse critério foi considerado oportuno na medida em que muitas pessoas chegam ao serviço de saúde, principalmente entre aquelas com histórico de vários anos de reclusão asilar, sem apresentar nenhum tipo de manifestação que demonstre o estabelecimento de vínculos de qualquer ordem com os técnicos ou com os outros usuários que coabitam o espaço. Nesse sentido, é possível observar também a gradual e muitas vezes lenta reversão desses quadros *vis-à-vis* a oferta de um outro tipo de cuidado.

A “convivência com vizinhos, comunidade e demais parentes” recebeu média de 8,3 na atribuição do grau de importância. Na pesquisa realizada por Pitta *et al.* (1997) como parte do estudo multicêntrico desenvolvido pela OMS no Brasil, a inserção em grupos sociais foi

considerada como a área mais prejudicada no item relativo à inserção na rede social, que envolvia também a inserção em grupos de amigos e familiares.

A convivência com os demais membros da rede social também foi considerada como um importante traçador para demonstrar o papel do CAPS como estimulador da construção de novas redes de sociabilidade. Para a GSM/SMS/RJ a principal conquista que poderia ser alcançada pela implantação do Programa de Saúde Mental no município seria uma significativa mudança cultural sobre o fenômeno da loucura. Dessa forma, tanto a melhoria do quadro clínico do usuário que se beneficia do tratamento quanto a intervenção efetiva do CAPS na realidade social, como dispositivo de transformação e produção de novos entendimentos sobre o sofrimento psíquico, seriam formas de propiciar o (re) estabelecimento de laços para além dos espaços familiar e do serviço.

Os critérios “participação no mercado formal de trabalho: retorno ou entrada no mercado formal/informal de trabalho” e “participação em oficinas geradoras de renda dentro do CAPS” obtiveram médias 7,6 e 7,5 respectivamente, na avaliação dos técnicos do CAPS. Importa ressaltar que essas pontuações, juntamente com as recebidas pelo critério relacionado à administração da vida financeira, foram as menores notas atribuídas entre o conjunto apresentado de vinte e cinco critérios. Esses dados parecem demonstrar um certo consenso entre a equipe sobre a ineficiência destes parâmetros na avaliação da qualidade da assistência prestada por serviços como CAPS. A importância dada à inserção dos usuários no mercado de trabalho pode ser analisada a partir de dois pontos de vista: um que afirma a categoria trabalho como um indicador fundamental de sociabilidade e portanto um dos pontos-chave a ser trabalhado no interior dos novos dispositivos terapêuticos; e outro que problematiza o caráter normatizador desta categoria no campo da Saúde Mental.

A introdução do trabalho como elemento terapêutico na assistência em psiquiatria não é recente. Desde as experiências das colônias agrícolas no início do século XX, o desenvolvimento de atividades laborativas como recurso terapêutico vem sendo utilizado e a inserção no mundo do trabalho considerado um indicativo de saúde mental. Os dilemas colocados pelas transformações no mercado de trabalho na fase atual do capitalismo parecem exigir novas reflexões sobre as possibilidades e necessidades de inserção do louco no mundo do trabalho.

Os avanços tecnológicos, a automação, o desenvolvimento da micro-eletrônica, entre outros fatores, sobretudo a partir da década de 80, trouxeram conseqüências para os países de economia central, como desemprego e extinção de algumas profissões. Nas economias periféricas, a informalidade, nas últimas décadas, tem atingido um número cada vez mais significativo de trabalhadores. Nesse contexto, produziu-se também um outro entendimento do que seria a inserção no mundo do trabalho para portadores de sofrimento psíquico. A categoria trabalho passou a ser problematizada e entendida não apenas como uma condição necessária de sobrevivência material e inserção social, mas também como geradora de sofrimento.

Desde o final da década de 70, com o movimento pela Reforma Psiquiátrica, foram alvo de críticas as experiências que incorporaram a inserção no mundo do trabalho sob uma perspectiva pedagógica, cujo objetivo era transformar pacientes psiquiatrizados e alienados em sujeitos aptos a participar da vida social. Segundo Venancio, Leal e Delgado essa perspectiva revelava uma visão ingênua, uma vez que se o mundo do trabalho é “(...) um ‘espaço’ capaz de forjar identidades, é igualmente capaz de produzir sofrimento e mesmo desagregação” (1997: 207). Estes autores destacam que essa primeira ilusão parece ter sido perdida e que soluções mais criativas estão sendo produzidas.

Sob essa perspectiva, a inserção no mercado formal de trabalho, dificuldade que ultrapassou o gueto dos desabilitados, parece perder centralidade em relação a processos produtivos que valorizem a participação do usuário em todas as etapas da produção e que possam gerar novas identidades a partir de experiências associadas ao prazer e conquista de saúde mental.

O critério “participação em atividades relacionadas à educação (retorno ou ingresso na escola, participação em oficinas de alfabetização, realização de cursos profissionalizantes)” apresentou média de 8,2 na avaliação dos técnicos do CAPS Rubens Corrêa. Um dos indicadores de avaliação da qualidade dos CAPS preconizados pela GSM/SMS/RJ é o número de pessoas que retornaram à escola, trabalho e/ou à atividade comunitária. Pôde ser observado no CAPS/Irajá uma preocupação em relação à obtenção de vagas em cursos profissionalizantes fora do serviço, ainda que esta estratégia beneficie um pequeno número de usuários. Há oficinas de alfabetização ministradas por uma pedagoga. Não foi observado nenhum tipo de trabalho com as escolas da rede regular de ensino para a inclusão de usuários do CAPS.

Para a equipe os parâmetros “participação em eventos coletivos dentro do CAPS: assembleias, grupos, festas, associações de usuários e familiares”, “participação em eventos coletivos fora do serviço: associações (igreja, associação de moradores, etc.), festas, etc.” e “assumir e cumprir compromissos fora do serviço (cumprir acordos estabelecidos com os familiares, no trabalho, na escola ou na comunidade” receberam respectivamente médias 8,5, 8,6 e 8,5. Não houve diferenciação nas notas atribuídas embora os parâmetros relacionassem atividades dentro e fora do serviço.

O objetivo de apresentar critérios que distinguíssem as dimensões do dentro e do fora partiu do pressuposto de que os novos dispositivos de Saúde Mental funcionariam como um espaço intermediário, um local de passagem, na medida em que possibilitariam aos seus usuários aumento de poder contratual, emprestando-lhe, segundo Tykanori (1996), sua própria contratualidade. Essa visão é consonante com a proposta de implantação da rede de serviços substitutivos no município, que de acordo com documentos da GSM/SMS/RJ, preconiza o oferecimento de uma atenção integral promotora de inclusão social, de forma que a clientela dos CAPS necessite utilizar cada vez menos os dispositivos assistenciais, ressaltando-se o respeito à singularidade e temporalidade individuais.

Embora a participação em eventos coletivos no interior do serviço de saúde possa ser um bom indicativo de melhora do quadro clínico e de (re) estabelecimento de laços sociais, possibilitando novas formas de inclusão, esta seria uma etapa para o objetivo maior de restituir a esses sujeitos um lugar na esfera do social, ao mesmo tempo em que se produz no exterior dos serviços uma nova compreensão para a diferença.

Quadro 15 – (Re) Estabelecimentos de laços sociais

CRITÉRIOS	MÉDIA
(re) inserção familiar do usuário (convivência com as pessoas que habitam o mesmo local de moradia ou com familiares mais próximos)	9,2
(re) estabelecimento de contato verbal e/ou afetivo com os familiares	8,9
(re) estabelecimento de contato verbal ou de outra ordem com os técnicos do serviço	8,7
convivência com vizinhos, comunidade e demais parentes	8,3
participação no mercado de trabalho: retorno ou entrada ao mercado formal/informal de trabalho	7,6
participação em oficinas geradoras de renda dentro do CAPS	7,5
participação em atividades relacionadas à educação (retorno ou ingresso na escola, participação em oficinas de alfabetização, realização de cursos profissionalizantes)	8,2
participação em eventos coletivos dentro do CAPS: assembléias, grupos, festas, associações de usuários e familiares	8,5
participação em eventos coletivos fora do serviço: associações (igreja, associação de moradores, etc.), festas, etc.	8,6
assumir e cumprir compromissos fora do serviço (cumprir acordos estabelecidos com os familiares, no trabalho, na escola ou na comunidade)	8,5

A terceira dimensão arrolada refere-se ao tema adesão ao tratamento e foi composta por três critérios.

Para os técnicos do CAPS a “adesão do usuário ao tratamento (participação dos usuários nas atividades propostas pelos técnicos)” recebeu nota média de 8,6 no grau de importância do indicador na avaliação da assistência oferecida pelo serviço. De acordo com a GSM/SMS/RJ o “índice de abandono” do tratamento é um dos critérios a serem monitorados, sendo 5% o padrão ideal e 10% o padrão aceitável. Este critério torna-se importante na medida em que parte considerável da clientela dos CAPS é constituída por pessoas com histórico de várias internações e que têm o modelo manicomial como único parâmetro de (des) assistência. É possível observar também que os usuários que têm apoio familiar apresentam maiores chances de aderir ao tratamento em serviços substitutivos, o que torna a participação do familiar um elemento de extrema importância.

O item “adesão da família ao tratamento (participação em grupos de familiares, atendimento às solicitações de comparecimento ao serviço feitas pelos técnicos, busca de informações sobre o tratamento de seu familiar, participação na associação de usuários e familiares)” recebeu nota média de 8,7. A GSM/SMS/RJ considera 70% o padrão ideal e 50% o padrão aceitável de adesão da família ao tratamento.

Estudos demonstram que o envolvimento da família tem papel fundamental para o sucesso do tratamento de pessoas com transtorno psíquico. Por essa mesma razão o papel da

família é uma página importante na história do movimento de transformação da atenção psicossocial, conferindo-lhe maior dinamismo. Inúmeras são as associações de familiares e usuários que se organizaram e se engajaram na luta por direitos à assistência digna, à integração social e ao resgate de direitos de cidadania para paciente psiquiátricos. Contudo, esse envolvimento é recente já que há pouco mais de uma década o único modelo de assistência era o manicômio. A participação da família no CAPS/Irajá é representada principalmente pela presença nas reuniões de familiares e por atendimentos pontuais. A Associação de Usuários, Familiares e Amigos do CAPS Rubens Corrêa não vem conseguindo maior envolvimento por parte das famílias nem conseguiu realizar ações efetivas para ampliar o espaço de atuação das mesmas nas discussões referentes à assistência prestada pelo CAPS.

A “redução da frequência de comparecimento ou redução do contrato estabelecido no próprio serviço” teve como nota média 8,2 segundo avaliação dos técnicos como parâmetro para avaliar a atenção prestada. A redução da permanência dos usuários no serviço poderia ser um indicativo de que essas pessoas estariam estabelecendo vínculos com outros espaços, de forma a prescindir ou utilizar cada vez menos os dispositivos assistenciais do CAPS. Ainda assim, importa ressaltar que possíveis reduções do tempo de permanência neste tipo de serviço não devem ser confundidas com desassistência, uma vez que a responsabilização pela clientela atendida deve ser um princípio norteador do novo modelo de atenção que se pretende construir.

Quadro 16 – Adesão ao tratamento

CRITÉRIOS	MÉDIA
adesão do usuário ao tratamento (participação dos usuários nas atividades propostas pelos técnicos)	8,6
adesão da família ao tratamento (participação em grupos de familiares, atendimento às solicitações de comparecimento ao serviço feitas pelos técnicos, busca de informações sobre o tratamento de seu familiar, participação na associação de usuários e familiares)	8,7
redução da frequência de comparecimento ou redução do contrato estabelecido no próprio serviço	8,2

A quarta dimensão foi composta por oito parâmetros referentes à autonomia para exercer tarefas do cotidiano. A discussão sobre autonomia no campo da atenção psicossocial é um tema controverso e vem sendo alvo de debates. A palavra autonomia origina-se do grego e designa a capacidade de um indivíduo de autodeterminar-se, de se auto-realizar, de autos (si

mesmo) e nomos (lei). No dicionário encontramos: *autonomia. sf* 1. qualidade ou estado de autônomo, independente, livre. *Autonomia. 1.* faculdade de se governar por si mesmo.

Autonomia significa auto-construção, autogoverno. A discussão travada em torno deste conceito é recente e pode ser observada também em outras instâncias da sociedade como autonomia na escola, autonomia operária, autonomia institucional. Contudo, no campo da Saúde Mental o conceito parece recobrir-se de sentidos imprecisos. Como lidar com questões como ir e vir, reivindicação de direitos, quando se trata de sujeitos destituídos de todo e qualquer valor ao receber o rótulo de doente mental? Pode-se perguntar ainda qual o papel e o limite dos serviços substitutivos na produção de autonomia para os sujeitos que se beneficiam do tratamento? (Santos e Almeida, 1999).

A proposta que a Reforma Psiquiátrica trouxe ao deslocar o olhar sobre a “doença mental” para a promoção de saúde, para o sujeito que sofre, forjou mudanças nos objetivos a serem alcançados pelos modelos de atenção constituídos sob essa perspectiva. Segundo Cabral *et al.* o projeto terapêutico “(...) compromete-se em construir diversas estratégias possibilitadoras de autonomia das pessoas, mediante uma combinação de técnicas de apoio individual com outras mais sócio-culturais” (2000: 139).

Para Tykanori “(...) reabilitar pode ser então entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia” (1996: 56). Autonomia é compreendida, nesta perspectiva, como a possibilidade de gerar normas para o cotidiano e não se confunde com a noção de um sujeito independente. Ao contrário, maior autonomia tem aqueles que são “dependentes” ou mantêm-se vinculados a um maior número de instituições e, por essa mesma razão, podem trocar ou transitar por essas várias esferas. Segundo Tykanori (1996) o manicômio produz “desvalores”, pois é um espaço no qual as possibilidades de troca atingem grau zero.

De acordo com Leal (1994) a produção de autonomia em uma nova perspectiva requer o abandono da expectativa gerada a partir da comparação com o nosso desempenho. Não se trata de transformar o sujeito psicótico em auto-suficiente, o que implicaria incorrer no equívoco de pensar que existe apenas um padrão de subjetividade, desconsiderando todas as peculiaridades impostas pelo sofrimento psíquico. Entretanto, um serviço da natureza de um CAPS é chamado a responder demandas que recolocam a necessidade da aquisição de habilidades para a gestão do cotidiano como cuidados pessoais, com o local de moradia, ir e

vir, entre outros, que de fato, aumentam as possibilidades de inserção social de seus usuários. Neste sentido, a GSM/SMS/RJ coloca a perspectiva de ampliação de autonomia dos usuários como um dos objetivos do acompanhamento intensivo que deve caracterizar os CAPS (Fagundes e Libério, 1997).

Segundo avaliação dos técnicos os critérios “alimentar-se (preparar seu próprio alimento ou solicitá-lo quando estiver com fome)” e “tomar medicamentos sozinho e com regularidade” receberam nota média de 8,2. “Ir e vir” foi o critério que recebeu a segunda maior nota média entre os parâmetros da dimensão da autonomia – 8,6, o que poderia ser atribuído à importância dessa habilidade até mesmo para que o usuário possa deslocar-se até o serviço, uma vez que não se dispõe de transporte que busque essas pessoas em seu local de residência. Os itens referentes aos “cuidados pessoais (banho, cuidado com roupas e pertences pessoais, higiene bucal)” e “cuidados com o local de moradia (arrumação e limpeza da casa ou do quarto)” receberam médias de 8,3 e 8,1 respectivamente.

“Lidar com dinheiro (noções sobre valor, poder de compra do dinheiro)” e “administração da vida financeira (pagar contas, administrar a pensão ou salário, gerir conta bancária)” apresentaram as menores médias entre os critérios relativos à autonomia – 7,8 e 7,5. Importa ressaltar que no conjunto de todos os critérios apresentados, aqueles referentes de alguma forma ao trato com dinheiro como realização de atividades remuneradas, seja no interior do serviço ou no mercado formal/informal de trabalho e autonomia para lidar com dinheiro ou administrar a vida financeira, receberam as menores notas dos técnicos na seleção de critérios ou parâmetros capazes de avaliar a assistência prestada pelo CAPS. Esse dado pode ser analisado como o reconhecimento de que essas habilidades impõe maiores dificuldades para serem alcançadas, afirmação que é válida para qualquer indivíduo, ou, e por esse mesmo motivo, teriam pouca importância como parâmetros de avaliação do serviço.

Na avaliação dos técnicos o critério referente a “reivindicar direitos (de aposentadoria ou pensões, de utilizar o transporte público gratuitamente, de participar de Conselhos e Conferências de Saúde, etc.)” recebeu nota média de 8,9, a maior entre todos os critérios de autonomia. A pontuação é condizente com funções assumidas pelos novos serviços de resgatar direitos de cidadania do doente mental.

Quadro 17 – Autonomia

CRITÉRIOS	MÉDIA
alimentar-se (preparar seu próprio alimento ou solicitá-lo quando estiver com fome)	8,2
ir e vir	8,6
tomar medicamentos sozinho e com regularidade	8,2
cuidados pessoais (banho, cuidado com roupas e pertences pessoais, higiene bucal)	8,3
cuidados com o local de moradia (arrumação e limpeza da casa ou do quarto)	8,1
lidar com dinheiro (noções sobre valor, poder de compra do dinheiro)	7,8
administração da vida financeira (pagar contas, administrar a pensão ou salário, gerir conta bancária)	7,5
reivindicar direitos (reivindicar direitos de aposentadoria ou pensões, de utilizar o transporte público gratuitamente, de participar de Conselhos e Conferências de Saúde, etc.)	8,9

A quinta dimensão apresentada refere-se à satisfação de usuários, familiares e técnicos com o serviço de saúde. Estes foram os critérios que obtiveram as maiores notas segundo o grau de importância como parâmetros para avaliar a atenção oferecida pelo CAPS – 9,0, 9,1 e 9,3 respectivamente. Importa destacar ainda que o item “satisfação do técnico com o serviço” obteve a maior nota no conjunto dos vinte e cinco critérios apresentados.

A inclusão dos diversos segmentos envolvidos na assistência em processos avaliativos vem ganhando importância, seja como condutores desse processo seja como estratégia para incorporar diferentes interesses ou seja para aumentar a chance de utilização dos resultados. Segundo Rossi *et al.* (1999) esse aspecto vem sendo valorizado de tal forma que a avaliação pode ser classificada também em função do grau de inserção dos diversos atores. A avaliação independente é planejada e conduzida por um especialista. A participativa incluiria um ou mais grupos de interesse em todas as etapas da avaliação juntamente com o avaliador. E a avaliação voltada para a capacitação e desenvolvimento dos envolvidos significaria além da participação, a elaboração de estratégias para que todos pudessem realizar suas próprias avaliações e exercer maior controle na condução dos programas ou serviços (Rossi *et al.*, 1999). Importa ressaltar que, a avaliação de satisfação, seja de técnicos, usuários ou familiares, por si, não caracteriza maior ou menor grau de inclusão dos diversos atores, visto que a avaliação pode ter ocorrido sem nenhum grau de participação desses atores na condução do processo e na utilização de seus resultados.

A despeito do consenso sobre a importância e complexidade da incorporação dos diversos atores em processos avaliativos, na prática, a maioria das avaliações desenvolvidas

são direcionadas para os gestores e financiadores dos projetos em detrimento da população beneficiária ou dos profissionais envolvidos.

De acordo com Silva e Formigli (1994) a satisfação do usuário e, conseqüentemente, o grau de adesão ao tratamento, fazem referência a percepção subjetiva do indivíduo sobre o cuidado que recebe, que pode variar em função das relações estabelecidas entre profissional e usuário, componentes da infra-estrutura física e material (existência de medicamentos, conforto, etc.) e também das representações estabelecidas pelos usuários sobre o processo saúde-doença. As autoras informam que no caso das doenças mentais e de alguns quadros clínicos, as relações interpessoais exercem papel de destaque no tratamento. Em decorrência disto, a satisfação do usuário seria um elemento central da qualidade da assistência prestada.

Em alguns países, os movimentos de usuários tiveram forte influência na determinação de políticas de Saúde Mental (WHO, 2001). Em países como EUA e Inglaterra a perspectiva de avaliar os serviços sob o prisma de seus usuários vem ganhando ênfase nas últimas duas décadas (Anderson *apud* Pitta *et al.*, 1995). A satisfação dos usuários com a assistência recebida também é apontada como importante indicador da qualidade dos serviços de saúde em geral e de Saúde Mental em particular, uma vez que, até bem pouco tempo, o paciente psiquiátrico era considerado completamente incapaz de avaliar qualquer tipo de intervenção.

O indicador de satisfação dos usuários constitui uma das mais recentes contribuições dos estudos de avaliação dos efeitos da atenção em saúde e, de acordo com Pitta (1996), vêm agudizando a crise do sujeito/objeto da epidemiologia clássica. As metodologias de avaliação utilizadas buscam captar as opiniões dos beneficiários da assistência como potencial contribuição para a melhoria dos serviços e não mais distinguir indivíduos doentes e sãos. Segundo a autora, “Trata-se de instrumentalizar populações para exercícios de cidadania ativa, controlando socialmente sistemas e organizações com ajuda de instrumentos especialmente construídos com a finalidade de produzir avaliadores do que vale e não vale a pena nos cuidados existentes (...)” (Pitta, 1996: 314).

A percepção dos beneficiários sobre a atenção recebida pode ser um elemento importante para a melhoria e aperfeiçoamento de programas e serviços. Além disso, a lógica de funcionamento dos CAPS pressupõem que o usuário é o elemento central de suas ações o que significaria, em tese, colocar em primeiro plano suas opiniões e sugestões para a melhoria da assistência.

É relativamente recente o reconhecimento da importância dos familiares no tratamento em Saúde Mental, visto que até pouco tempo a família era considerada como um dos fatores causais do adoecimento psíquico de acordo com algumas leituras psicológico-psiquiátricas. Atualmente, o papel desse grupo vai além da participação no tratamento para chegar até ações organizadas de defesa dos direitos de portadores de sofrimento psíquico, com atuação importante na luta por mudanças na legislação, pela criação de novos serviços e melhoria da atenção prestada (WHO, 2001).

A inclusão do critério satisfação do familiar com o serviço justifica-se na medida em que, como o Relatório 2001 da OMS destaca, embora ainda não haja evidências científicas obtidas por meio de experiências controladas, há consideráveis indícios de que a participação familiar traz grandes benefícios no tratamento de algumas doenças mentais. Segundo Bandeira *et al.* (1999) esta dimensão vem sendo cada vez mais valorizada na mesma proporção em que aumentou o número de serviços de base territorial sob a perspectiva da reabilitação psicossocial. Além disso, tornar o familiar parte do processo de avaliação de uma determinada intervenção pode ser uma estratégia de incentivo a sua participação e responsabilização pela assistência oferecida.

A participação dos técnicos no processo avaliativo, não só como profissionais cujo desempenho deva ser avaliado, mas como protagonista dessas ações apresenta bastante relevância no campo da reabilitação psicossocial. Segundo Bandeira *et al.* (2000) a satisfação e sobrecarga sentidas pelos profissionais da equipe, embora menos estudadas, exercem grande influência na qualidade da atenção prestada. As autoras apontam que os novos serviços estabelecem demandas mais complexas e exigem maior envolvimento dos técnicos com o atendimento a uma gama diversificada de necessidade dos usuários que geralmente apresentam problemas complexos e graves, além de marcada dependência em relação ao profissional de Saúde Mental. A sobrecarga em relação ao trabalho é agravada em função da escassez de recursos, baixa quantidade de profissionais por usuário e pelo excesso de trabalho e responsabilidades.

Como bem ressaltam Bandeira *et al.* (1999) na área de Saúde Mental de base territorial, ao contrário de outros campos como a medicina em que o aparato tecnológico muitas vezes é o principal instrumento do cuidado, os técnicos podem ser considerados como recursos de última geração, o que exige um engajamento ético capaz de enfrentar as limitações afins ao

trabalho. Para Pitta (1996) a satisfação/motivação dos técnicos, no que se refere ao capital humano envolvido na assistência, é a variável com maior potencial de influência nos resultados da atenção. Dessa forma, a satisfação dos mesmos com o serviço seria um elemento bastante relevante a ser considerado quando objetiva-se avaliar a qualidade da atenção oferecida.

Quadro 18 – Satisfação com o serviço

CRITÉRIOS	MÉDIA
satisfação do usuário com o serviço	9,0
satisfação do familiar com o serviço	9,1
satisfação do técnico com o serviço	9,3

Além das dimensões e critérios arrolados, havia no questionário uma pergunta aberta que permitia a inclusão de outros parâmetros que na opinião dos técnicos poderiam ser utilizados para avaliar a assistência. Foram mencionados três itens: existência de programas de estágio e residência no CAPS, produção científica dos técnicos e integração com a rede cultural e de serviços do território.

Quadro 19 – Outros critérios de avaliação da assistência prestada apontados pela equipe técnica de nível superior, CAPS Rubens Corrêa, Rio de Janeiro, 2001

CRITÉRIOS
Programas de estágio e residência em serviço por obrigar a equipe a estar em eterna ‘formação’
Produção científica (artigos publicados, apresentação de trabalhos em congresso)
Efetiva integração com a rede de saúde e cultural do território onde o serviço se insere

Todos os 12 técnicos que responderam os questionários afirmaram que as atividades desenvolvidas no serviço vêm contribuindo para que os usuários que lá se tratam possam alcançar as habilidades relacionadas à dimensão de autonomia acima mencionadas.

Quadro 20 – Contribuição das atividades desenvolvidas no serviço para a aquisição das habilidades relacionadas ao item autonomia segundo equipe técnica de nível superior, CAPS Rubens Corrêa, Rio de Janeiro, 2001

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
Sim	12	100,0
Não	-	-
Não sabe	-	-
TOTAL	12	100,0

Para 50% dos técnicos os vinte e cinco critérios apresentados não eram suficientes para avaliar a atenção oferecida. Ainda assim, no espaço que lhes possibilitava citar outros critérios, apenas dois, do total de doze questionários respondidos, continham outras sugestões.

Quadro 21 – Suficiência dos critérios arrolados para a avaliação da assistência prestada pelo CAPS segundo equipe técnica de nível superior, CAPS Rubens Corrêa, Rio de Janeiro, 2001

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
Sim	5	41,7
Não	6	50,0
Não sabe	1	8,3
TOTAL	12	100,0

De acordo com a avaliação da maioria dos técnicos (66,7%), embora os critérios não tenham sido considerados suficientes, caso fossem aplicados seriam indicativos de que o CAPS estaria atingindo seus objetivos, o que poderia demonstrar a compatibilidade dos critérios apresentados para avaliar a assistência prestada pelo serviço e o que os técnicos consideram como os resultados que devem ser alcançados.

Quadro 22 – Capacidade dos critérios arrolados de indicar o alcance dos objetivos propostos pelo CAPS segundo equipe técnica de nível superior, CAPS Rubens Corrêa, Rio de Janeiro, 2001

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
Sim	8	66,7
Não	2	16,7
Não sabe	2	16,7
TOTAL	12	100,0

3.2.4- O GRUPO FOCAL

À luz dos dados coletados nas etapas anteriores – por meio dos questionários, observações, referências documentais e bibliográficas – foi realizado um grupo focal com a equipe técnica do CAPS para captar suas crenças, valores e representações sobre os resultados encontrados na pesquisa, principalmente aqueles relacionados aos indicadores de avaliação em Saúde Mental. Após tabulação e análise dos dados obtidos com a aplicação dos questionários,

os resultados foram apresentados ao grupo para a discussão. Pretendeu-se empreender um debate sobre as concepções de avaliação captadas individualmente dos técnicos e sistematizadas pela pesquisadora. O objetivo foi apresentar as diversas formas de pensar o tema da avaliação em Saúde Mental, visto que os técnicos são provenientes de diferentes especialidades profissionais, e tendo como propósito estabelecer parâmetros para avaliar a assistência prestada pela equipe como um todo. A meta foi que os indicadores apresentados na pesquisa pudessem gozar de consenso e legitimidade entre os atores envolvidos.

Desde a década de 80 a técnica de grupos focais vem ganhando prestígio e sendo utilizada de forma cada vez mais ampla em diversas áreas de conhecimento, impulsionada pelas pesquisas de mercado (*business, marketing* e mídia). Neste contexto, os objetivos principais são apreender anseios e crenças dos consumidores para definir padrões a serem seguidos pelas empresas (Neto *et al.*, 2001). Embora a utilização de grupos focais tenha se intensificado a partir dos anos 80, a técnica já é bastante antiga. Proposto pelo cientista social Robert Merton na década de 50, durante anos o grupo focal não foi utilizado em pesquisas universitárias, embora desde o início gozasse de grande prestígio entre as pesquisas da área de *marketing* (Carlini-Cotrim, 1996).

Segundo Neto *et al.* o grupo focal pode ser definido como

uma técnica de Pesquisa na qual o Pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico (2001: 9).

Carlini-Cotrim (1996) define o grupo focal como uma forma de “entrevista de grupo”, embora ressalte que a técnica se apóia na interação entre os participantes a partir das questões propostas pelo pesquisador ou moderador do grupo. Os dados, essencialmente qualitativos, são construídos no debate, ou seja, produzem-se na interação entre os indivíduos, sendo esta característica apontada como uma de suas grandes vantagens.

Segundo Neto *et al.* (2001) as diversas percepções, crenças e atitudes sobre ações, produtos ou serviços trabalhados no grupo focal são expressas por meio da “fala em debate”, que não é meramente expositiva ou descritiva, mas reflete as concepções produzidas pela interação do grupo.

Os grupos focais são instrumentos de pesquisa que permitem ao investigador captar aspectos normativos e valorativos presentes em um determinado grupo. Na área das ciências sociais, tal metodologia tem sido utilizada como uma das formas para apreender atitudes, opiniões, motivações e preocupações dos indivíduos. De acordo com Silva e Costa (2000), no campo das políticas públicas, os grupos focais são utilizados principalmente em quatro situações: identificação de problemas, planejamento, implementação e avaliação. Especificamente na fase de avaliação, o objetivo seria entender o que aconteceu com o projeto e possíveis contribuições para ações futuras.

Em Saúde Pública, esta técnica tem sido utilizada internacionalmente para vários fins: criar hipóteses sobre determinado tema partindo da perspectiva dos informantes; avaliação de serviços ou intervenções; fornecer subsídios para o estudo de temas pouco explorados; obter interpretações sobre dados quantitativos ou contribuir para a construção e testagem de instrumentos de pesquisa quantitativos (Carlini-Cotrim, 1996). Para a autora, a crescente importância que o grupo focal vem ganhando nesta área aponta a benéfica tendência das pesquisas em associarem métodos e perspectivas de diversas disciplinas na compreensão de fenômenos complexos. Segundo Minayo (1992) sua importância na área da saúde está relacionada à possibilidade de focar questões sob o ângulo do social, visto que os dados podem ser gerados a partir das representações e interações entre profissionais de diversas áreas e também pela população beneficiária.

A literatura apresenta divergências quanto ao número ideal de componentes de uma sessão de grupo focal, variando de um mínimo de 4 a um máximo de 12 participantes (Krueger, 1996; Carlini-Cotrim, 1996; Soares *et al.*, 2000). O tempo de duração apontado varia entre 1 e 2 horas, segundo as mesmas referências bibliográficas. Neto *et al.* (2001) ressaltam que quanto maior o número de temas a discutir, menor deverá ser o número de participantes, de forma que haja tempo disponível para que todos opinem. As discussões do grupo devem ser guiadas por um “roteiro de debate” relacionado às questões de investigação e objetivos específicos que o estudo visa responder.

O manejo do grupo é realizado por um moderador, cuja função é proporcionar um ambiente capaz de incentivar a participação de modo que todos sintam-se à vontade para expressar suas opiniões e percepções sobre o tema abordado. Portanto, não há perguntas e

respostas certas ou erradas, uma vez que o objetivo principal é perceber normas e valores que governam aquele grupo.

Uma das vantagens dessa metodologia, é a facilidade em combiná-la a outros instrumentos de pesquisa como questionários, entrevistas, observação participante ou *surveys*. Apesar disso, o grupo focal pode ser a única metodologia de uma pesquisa, visto que seus resultados apresentam sustentação própria.

A análise dos resultados pode ser realizada por meio de sumários etnográficos em que as falas geralmente são transcritas na íntegra, pela narrativa das falas dos participantes, que prescinde da transcrição literal do que foi dito ou via análise de conteúdo.

3.2.5- OS RESULTADOS DO GRUPO FOCAL

O grupo focal foi realizado no espaço da supervisão de equipe e contou com a presença dos 15 técnicos que constituíram o grupo de interesse envolvido na pesquisa. Foi distribuído para os participantes um roteiro contendo os temas a serem discutidos (anexo 2). A sessão teve duração de 1 hora e 20 minutos. Foi solicitada permissão para registrar as discussões em gravador.

O primeiro tema tratado relacionou-se aos critérios para avaliação da assistência prestada pelo CAPS. Foi apresentado à equipe as notas médias dadas para cada parâmetro no questionário. Definiu-se uma escala que (re) classificou os critérios em: muito importante (10-9); importante (8,9 – 8,0); e pouco importante (7,9 – 0). Esse recurso foi utilizado para dar visibilidade a alguns indicadores, visto que, de forma geral, as médias obtidas foram muita altas.

O primeiro quadro apresentou, em ordem decrescente, os parâmetros reclassificados como muito importantes.

Quadro 23 – Critérios muito importantes

CRITÉRIOS MUITO IMPORTANTES	Média
1º- satisfação do técnico com o serviço	9,3
2º- (re) inserção familiar do usuário (convivência com as pessoas que habitam o mesmo local de moradia ou com familiares mais próximos)	9,2
3º- satisfação do familiar com o serviço	9,1
4º- satisfação do usuário com o serviço	9,0

Indagou-se sobre quais os motivos que levaram a equipe a considerar estes indicadores como os mais importantes para avaliar a atenção prestada pelo CAPS, destacando-se que o critério mais importante foi a “satisfação dos técnicos com o serviço”.

Uma das explicações obtidas chamou a atenção para o fato de que este foi o único entre o conjunto dos critérios arrolados referente aos profissionais. Todos os demais estavam relacionados aos usuários, o que poderia representar um desequilíbrio capaz de chamar a atenção ou supervalorizar as notas dadas a este parâmetro. Observou-se que dois dos três critérios acrescentados pela equipe também referiam-se aos técnicos, a sua formação, e poderiam ser utilizados para especificar melhor o critério. A necessidade de formação contínua, de supervisão é uma preocupação que foi destacada no questionário, observada ao longo do trabalho de campo e ressaltada como um definidor da satisfação do técnico com o serviço.

Foi ressaltado que em pesquisa realizada no ano de 1999 em todos os CAPS do município do Rio de Janeiro, com a aplicação do SATIS-BR, o CAPS/Irajá foi o serviço que obteve o menor índice de satisfação dos técnicos entre todos aqueles pesquisados (Libério, 1999). Destacou-se, então, que esta é uma questão importante e que exerce efeitos diretos sobre a assistência prestada.

Um técnico observou que embora a satisfação dos profissionais com o serviço apareça em primeiro lugar, o que importa é a leitura qualitativa que se possa fazer deste achado. Neste sentido, a despeito das médias obtidas, foi consenso que a satisfação com o serviço, de todos os segmentos envolvidos na assistência, foram aqueles considerados os mais importantes: *a satisfação é o grande indicador de qualidade* (técnico 2). A (re) inserção familiar do usuário que também apareceu no grupo de critérios mais importantes foi apontado como um dos grandes objetivos dos serviços substitutivos em saúde mental. Assim, a despeito das pequenas diferenças numéricas, as altas médias em geral, apontam para a importância dos indicadores de satisfação.

A generalidade do critério foi mencionada como uma das explicações para as altas médias obtidas. Os outros critérios, como aqueles classificados como importantes, eram mais específicos, mais definidos e operacionalizáveis, informando avaliações mais ponderadas por parte da equipe. Os indicadores mais genéricos davam margem a várias interpretações

segundo a equipe. Uma melhor especificação do que é “satisfação” talvez gerasse outros resultados.

Pode-se concluir que a falta de definição do que é satisfação, abriu precedente para que cada técnico fizesse a avaliação do critério em função do seu ideal de satisfação, o que poderia ser considerada uma das explicações para as altas médias obtidas. No caso dos parâmetros mais objetivos, ainda que a proposição geral pudesse ser considerada muito importante (ex. adesão do usuário ao tratamento), a operacionalização dada poderia não corresponder àquilo que a equipe considera como definidor do critério (ex. participação dos usuários nas atividades propostas pelos técnicos), podendo ter reflexos na avaliação do indicador como um todo.

Ratificando essas proposições, foi destacado por um técnico a dubiedade do termo satisfação, que pode ser definido de várias formas. Afirmou que certamente se o profissional estiver satisfeito poderá prestar uma melhor assistência. Contudo, exemplificou que para determinado profissional, a satisfação pode ser decorrência da possibilidade de não realizar as atividades que deveria ou sair quando quiser do serviço, o que não resultaria na melhoria da assistência prestada

A preocupação e o debate que a discussão sobre satisfação suscitou pode ser reflexo do contexto vivido pelo serviço. A falta de constituição de uma rede de Saúde Mental na AP 3.3, gera sobrecarga de demanda para o CAPS/Irajá, obrigando a equipe a dar uma série de respostas do ponto de vista assistencial, muitas vezes não condizentes com o que os técnicos consideram como objetivos de um serviço de atenção diária. Neste sentido, conforme já relatado, foi instituído um mecanismo de acolhimento e triagem (GOT), que embora atenda ao propósito de acolher e orientar todos aqueles que chegam até o serviço, esbarra na limitação de não contar com outros equipamentos da rede de saúde para onde os mesmos possam ser referenciados.

No momento (fevereiro/2002), o fornecimento de alimentação para usuários e técnicos novamente havia sido interrompido, sendo mais um fator gerador de transtornos no interior do serviço, com reflexos na assistência. Dessa forma, para alguns técnicos, satisfação com o serviço no momento da pesquisa, seria a possibilidade de trabalhar sem ter que lidar com tantas variáveis intervenientes; trabalhar de acordo com o entendimento do que é um serviço de atenção diária. A insatisfação aconteceria quando o trabalho é *atropelado* por questões políticas, de infra-estrutura da rede, etc.. A impossibilidade de exercer a assistência

considerada adequada pelos técnicos, que sofreu mudanças ao longo do tempo no que tange à concepção clínica e seus conceitos norteadores, foi considerado um fator gerador de insatisfação.

Quanto às formas de mensurar a satisfação com o serviço, foi destacado que podem ser utilizados tanto instrumentos como os SATIS-BR, que permitem quantificar os graus de satisfação, quanto outras metodologias como a discussão entre os atores envolvidos para a definição do significado de satisfação para eles em um determinado contexto.

O tópico seguinte da discussão referiu-se aos critérios considerados importantes, segundo reclassificação da pesquisadora.

Quadro 24 – Critérios importantes

CRITÉRIOS IMPORTANTES	MÉDIA
1º- autonomia de reivindicar direitos (reivindicar direitos de aposentadoria ou pensões, de utilizar o transporte público gratuitamente, de participar de Conselhos e Conferências de Saúde, etc.)	8,9
2º- (re) estabelecimento de contato verbal e/ou afetivo com os familiares	8,9
3º- adesão da família ao tratamento (participação em grupos de familiares, atendimento às solicitações de comparecimento ao serviço feitas pelos técnicos, busca de informações sobre o tratamento de seu familiar, participação na associação de usuários e familiares)	8,7
4º- (re) estabelecimento de contato verbal ou de outra ordem com os técnicos do serviço	8,7
5º- autonomia de ir e vir	8,6
6º- participação em eventos coletivos fora do serviço: associações (igreja, associação de moradores, etc.), festas, etc.	8,6
7º- não internação ou redução do número de internações em hospitais psiquiátricos após início do tratamento no CAPS	8,6
8º- adesão do usuário ao tratamento (participação dos usuários nas atividades propostas pelos técnicos)	8,6
9º- participação em eventos coletivos dentro do CAPS: assembléias, grupos, festas, associações de usuários e familiares	8,5
10º- assumir e cumprir compromissos fora do serviço (cumprir acordos estabelecidos com os familiares, no trabalho, na escola ou na comunidade)	8,5
11º- autonomia de cuidados pessoais (banho, cuidado com roupas e pertences pessoais, higiene bucal)	8,3
12º- convivência com vizinhos, comunidade e demais parentes	8,3
13º- autonomia de tomar medicamentos sozinho e com regularidade	8,2
14º- participação em atividades relacionadas à educação (retorno ou ingresso na escola, participação em oficinas de alfabetização, realização de cursos profissionalizantes)	8,2
15º- autonomia de alimentar-se (preparar seu próprio alimento ou solicitá-lo quando estiver com fome)	8,2
16º- redução da frequência de comparecimento ou redução do contrato estabelecido no próprio serviço	8,2
17º- autonomia para cuidados com o local de moradia (arrumação e limpeza da casa ou do quarto)	8,1

Foi perguntado se a pontuação dada corresponderia à importância dos critérios para avaliar a assistência, uma vez que vários obtiveram a mesma média. Foi colocado se a possibilidade de mensurá-los ou torná-los operacionalizáveis poderia definir uma nova classificação dos parâmetros. Embora o tema da possibilidade de operacionalizar critérios tenha sido debatido inicialmente, neste momento do grupo foram mais discutidas as questões que colocaram em pauta a tensão entre abordagens qualitativas e quantitativas no campo da atenção psicossocial e que serão discutidas adiante.

Os critérios, em sua grande maioria, foram discutidos de forma geral, sem nenhuma proposta de reordenamento dos mesmos. Mais uma vez foi destacado que o importante seria fazer uma análise qualitativa do conjunto dos parâmetros e que as prioridades a serem definidas entre eles variariam em função das especificidade do caso clínico para o qual o indicador será utilizado.

Destacou-se que os critérios mais importantes são aqueles mais objetivos e fáceis de serem mensurados, relacionam-se a habilidades mais cognitivas, ligados aos componentes de autonomia.

Foi observado em relação ao conjunto de critérios do item autonomia que em sua totalidade dizem respeito ao paciente, o que pode ser apontado como um indicador de coerência entre os documentos oficiais utilizados como referência para a construção dos parâmetros, os princípios da Reforma Psiquiátrica e aquilo que os técnicos consideram importante como resultados a serem alcançados pelo serviço. Desse modo, foi apontado que um sub-produto desta pesquisa seria a ratificação por parte dos técnicos das características do próprio serviço por meio da avaliação positiva dos critérios apresentados.

A presença de indicadores ligados ao bem estar dos usuários só viriam a confirmar os propósitos da Reforma, coerentes com os objetivos dos órgãos responsáveis pela implementação dos serviços e da equipe de profissionais: *há uma ratificação entre princípios, preceitos, definições documentais e normativas e a concepção que o técnico tem do próprio serviço* (técnico 1).

Algumas observações foram feitas no sentido de indicar a conquista de direitos sociais, como o passe livre para os usuários que fazem tratamento em psiquiatria, confirmando a importância do critério relativo a “reivindicar direitos”. Foi apontado que membros da equipe

participam dos fóruns de discussão deste tipo de assunto, exercendo papel ativo na luta pela conquista de direitos sociais para esta parcela da população (técnico 4).

Foi destacado que há critérios de autonomia muito difíceis de serem mensurados. Em alguns casos ir e vir pode ser mais importante que tomar medicamentos sozinho, em outros casos pode se dar o contrário. Os parâmetros apresentados só têm sentido a partir de uma leitura qualitativa, mesmo porque, não possuem significância quantitativa. Um trabalho caracterizado pela escuta e trato com a singularidade imprime grandes dificuldades a mensurações quantitativas e que possam ser generalizáveis (técnico 3).

Por exemplo a “participação em eventos coletivos dentro do CAPS” para alguns pacientes poderia ser um bom indicativo de que o serviço vem atingindo seus objetivos, enquanto para outros, poderia significar até um indicador de cronificação. Por isso, a quantificação empobrece a leitura destes dados, e em contrapartida, *a análise mais qualitativa vai permitir uma riqueza maior* (técnico 2).

Sobre o critério de “não internação ou redução do número de internações em hospitais psiquiátricos” foi ressaltada a importância de estabelecer períodos de tempo, de forma a que esse critério não fosse analisado somente como um número absoluto.

No caso particular deste indicador, foi levantado um importante ponto de reflexão a considerar quando está sendo traçado o desenho de avaliação e os critérios que serão utilizados. Os números de internações podem variar tanto em função da clientela atendida em cada serviço, como também da disponibilidade desse recurso na rede de saúde. Foi mencionado que na AP 3.3 há uma certa facilidade em conseguir internações em função da disponibilidade de um hospital psiquiátrico na área. Em outros locais, mesmo que a internação seja definida pela equipe como a melhor estratégia em determinado momento, poderá não ocorrer em função da indisponibilidade desse recurso. Neste sentido, um técnico questionou: *será que isso é critério de qualidade? O paciente não ser internado porque você não conseguiu?* (técnico 3). Este técnico chamou a atenção para o fato de que o critério sofre influência do contexto e que a internação em si, não depõe contra a qualidade de serviços como um CAPS. Assim, sugeriu a existência de um critério como: *internação realizada com indicação* (técnico 3).

Foi observado que todos os critérios considerados importantes referem-se *ao louco na rua* (técnico 2), ou seja, dizem respeito a sua inserção na sociedade. Se o paradigma ainda

fosse manicomial, o louco na rua seria indicativo de desassistência. Destacou-se que a *mudança da ideologia, muda os critérios* (técnico 2).

A terceira questão posta referiu-se aos critérios classificados pela pesquisadora como pouco importante em função da média de notas obtidas.

Quadro 25 – Critérios pouco importantes

CRITÉRIOS POUCO IMPORTANTES	MÉDIA
1º- autonomia de lidar com dinheiro (noções sobre valor, poder de compra do dinheiro)	7,8
2º- participação no mercado de trabalho: retorno ou entrada ao mercado formal/informal de trabalho	7,6
3º- participação em oficinas geradoras de renda dentro do CAPS	7,5
4º- autonomia para administração da vida financeira (pagar contas, administrar a pensão ou salário, gerir conta bancária)	7,5

Foi perguntado porque os critérios relacionados ao mercado de trabalho e assuntos financeiros receberam as menores notas na avaliação dos técnicos. Todas as observações foram no sentido de apontar a inadequação desses critérios para avaliar a qualidade dos serviços visto que, são determinados, sobretudo por uma conjuntura que foge ao escopo de atuação e influência da equipe ou do serviço. Apesar disso, há no CAPS a preocupação com estas questões, exemplificada pelo desenvolvimento de oficinas com geração de renda. Foi destacado se a “participação no mercado formal de trabalho” fosse indicativo de qualidade da assistência prestada pelo serviço, de antemão já se saberia que não poderia ser alcançado (técnico 3).

Ao final do questionário respondido pelos técnicos, havia a possibilidade de acrescentar critérios caso os apresentados fossem considerados insuficientes (quadro 19). Para a equipe, dois dos três critérios sugeridos foram considerados importantes porque são elementos definidores de satisfação do técnico com o serviço, conforme já mencionado. O critério relativo à integração do CAPS/Irajá com a rede de saúde e cultural do território onde está inserido foi uma preocupação constante em grande parte das discussões em equipe e que envolveu esforços no sentido de alcançá-lo.

Foi destacado que para a maioria dos técnicos do CAPS/Irajá os vinte e cinco critérios arrolados não eram suficientes para avaliar a atenção oferecida. Um técnico mencionou que não constavam na lista indicadores relacionados à assistência ambulatorial que também é prestada no espaço do serviço (técnico 2), mas tampouco foram acrescentados pela equipe.

Apesar dos critérios não terem sido considerados suficientes para avaliar a assistência prestada pelo CAPS, ninguém apresentou outras sugestões durante a realização do grupo.

Para a maioria dos membros da equipe o instrumento mais adequado para a avaliação de serviços de Saúde Mental como um CAPS são supervisões e discussões em grupo com roteiro de avaliação qualitativa. Foram então debatidos dois aspectos. O primeiro foi se a abordagem qualitativa seria a mais adequada para a formulação de instrumentos em função das especificidades do campo da atenção em Saúde Mental. Para a maioria da equipe, o tipo de metodologia mais adequada não utiliza indicadores. Então o segundo aspecto era relativo a como poderiam ser criados parâmetros que permitissem avaliar o serviço ao longo do tempo, e ao mesmo tempo, que possibilitem também a avaliação da rede de serviços como um todo.

Foi mencionado que os critérios até podem ser operacionalizáveis, o que significa dar algum tipo de definição, embora toda definição restrinja, para que possam ser criados códigos que possibilitem a comunicação (técnico 1). Foi citado o exemplo de que, para selecionar critérios de satisfação, é preciso que haja algum consenso sobre o que está sendo chamado de satisfação para que a partir daí possam ser traçados indicadores ou alguma operacionalização desses conceitos. Outro ponto levantado pelo grupo, refere-se à diferença entre tornar um conceito operacionalizável *versus* mensurá-lo quantitativamente. Como medir o grau de satisfação? Neste caso, novamente foi ressaltado que existem escalas de avaliação com esse objetivo, para novamente questionar se este tipo de medida seria possível em serviços com o tipo de dinâmica de um CAPS, voltados para a singularidade de cada caso.

Outro exemplo foi dado em relação ao critério de internação ou reinternação psiquiátrica. Foi destacado que, em um primeiro momento, este seria um indicador relativamente fácil de ser mensurado e que todos concordariam que representa um indicador de qualidade do serviço, ou seja, que o serviço está conseguindo trabalhar com outras formas menos invasivas, agressivas e excludentes. Porém, no cotidiano da assistência, em várias ocasiões a equipe depara-se com situações em que a alternativa considerada mais adequada no momento seria a internação, até mesmo para que o tratamento oferecido pelo CAPS possa ter prosseguimento. Os exemplos foram dados com o objetivo de enfatizar que mesmo em relação a um critério em que todos estariam de acordo em um primeiro momento, ainda assim, em certos casos, não seria um bom traçador da qualidade da atenção prestada pelo serviço.

Um técnico atentou para o fato de que embora todas as observações feitas chamassem a atenção para a singularidade e a subjetividade deste tipo de trabalho, deve haver um posicionamento da equipe no sentido de pensar estratégias que permitam apresentar os resultados alcançados pela assistência prestada de forma que sejam mais *claros para as pessoas* (técnico 5). Ressaltou que a definição de critérios claros e definidos deve ser uma preocupação do trabalhador em Saúde Mental: *se isso for possível dentro da abordagem qualitativa, ótimo. Caso contrário, fica tudo muito etéreo* (técnico 5).

Embora a maioria da equipe considerasse que a melhor forma de avaliar a assistência prestada pelo serviço seja por meio da abordagem qualitativa, há o reconhecimento de que a abordagem quantitativa tem o seu lugar no processo avaliativo. A proposição é: como criar parâmetros de avaliação, considerando-se a escuta da singularidade e a complexidade desse trabalho, por meio de indicadores quantitativos ou qualitativos?

Foi lembrado que a elaboração do projeto “Missão 2001” foi uma tentativa de estabelecer mecanismos de avaliação a partir do estabelecimento de metas e estratégias para alcançá-las. Na avaliação do projeto a equipe considerou que entre os objetivos definidos, coerentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica e do sistema de saúde, alguns foram satisfatoriamente atingidos, outros parcialmente atingidos e outros precariamente atingidos. Dessa forma, a própria capacidade dos técnicos em definir metas e a capacidade da equipe em alcançá-las, poderia ser em si um critério de avaliação. Foi destacada a importância da avaliação como um mecanismo que deve fazer parte da gestão dos serviços: *pensar a avaliação do serviço não pode estar descolada de uma concepção de modelo de gestão, de planejamento de serviço e de escolha clínica de CAPS em relação ao atendimento* (técnico 1). A avaliação deve, necessariamente incorporar as dimensões do planejamento, da gestão e do modelos assistencial. Também enfatizou-se a necessidade de pensar para que serve e qual o objetivo da avaliação, que irá influenciar diretamente na definição e produção de indicadores.

É opinião consensual entre os técnicos que a supervisão semanal de equipe é um espaço de avaliação do serviço. Entretanto pode-se identificar uma tensão entre esta abordagem e a necessidade de avaliar a rede de serviços ou o próprio serviço ao longo do tempo de forma mais sistematizada. A equipe considerou que talvez não existam formas de sair dessa tensão. Todas essas dimensões estão relacionadas à política de saúde em vigor, à capacidade dos serviços se autodeterminarem. Embora qualquer serviço de saúde tenha o

compromisso ético de tornar público seus resultados, há uma tensão constante em relação à melhor forma de alcançar esse objetivo. Se bem trabalhada e se mantiver como tensão, pode funcionar como um mecanismo engendrador de mudanças no serviço e naquilo que os técnicos denominaram campo das políticas instituídas. Ressaltou-se que muitas das políticas que se tem hoje principalmente no campo da Saúde Mental são resultados de uma série de outras lutas e tensões.

Reconheceu-se a necessidade de que um órgão como o Ministério da Saúde, para definir programas e estabelecer estratégias de financiamento, possa trabalhar com alguns indicadores, que minimamente permitam alguma forma de monitoramento. Ainda assim, a equipe considerou que critérios relativos a números de procedimentos executados, gastos com assistência extra-hospitalar, entre outros, são pouco expressivos do cotidiano dos serviços. Dessa forma, tanto esse tipo de critério é importante pela possibilidade de regular e monitorar, quanto é importante também a capacidade que os serviços têm de criar novos indicadores e de pressionarem, dessa forma, os parâmetros instituídos. É neste sentido que a tensão mencionada é considerada saudável, embora tenha que ser trabalhada, analisada e potencializada como um mecanismo instituinte de novos critérios. Esse movimento entre instituído e instituinte só não seria possível no caso de políticas completamente verticais e autoritárias, que definem critérios que apenas devem ser acatados pelos serviços.

Neste sentido, trabalhos sobre avaliação são árduos pois geralmente tende-se a tentar resolver essa tensão: *ou parte-se dos critérios que são definidos só pelo serviço ou adotamos os critérios que são definidos só pelo Ministério* (técnico 1). Para a equipe, não podemos nos posicionar nesse lugar dicotomizado, de achar que as respostas estão em uma ou em outra posição, uma vez que *só encontramos a resposta nessa luta, nesse entre* (técnico 1). A opção apontada foi a de ocupar esse lugar de tensão.

Foi ressaltado que trabalhos como a presente dissertação, ao discutir critérios com a equipe, serve ao propósito de fazer com que os profissionais analisem o por quê de suas escolhas, o que permitiria repensar a maneira como o serviço se avalia além de fornecer subsídios para redirecionar ações. Destacou-se também que é justamente isso que falta às políticas de avaliação, que ao se descolarem dos serviços, estabelecendo regras próprias, perderiam justamente sua capacidade de apoiar os processos em curso no interior dos serviços.

A maior parte dos técnicos respondeu não conhecer os “Índices de avaliação” utilizados pela GSM/SMS/RJ, o que foi ratificado pelo grupo. O desconhecimento do instrumento utilizado no nível central da SMS se deve ao fato dos critérios nunca terem sido apresentados e nem comunicados. Outra razão é que se os mesmos estão sendo monitorados pela GSM/SMS/RJ o CAPS Rubens Corrêa nunca recebeu o retorno dos resultados. Nesse sentido, esse seria um caso típico em que os resultados de uma avaliação perdem seu propósito, qual seja, retornar ao serviço para que este possa ser melhorado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As motivações deste estudo guiaram-se pelos propósitos de aumentar a compreensão sobre os parâmetros capazes de refletir a atenção prestada pelos serviços substitutivos em Saúde Mental, tornar o processo de pesquisa um dispositivo de participação para um dos atores envolvidos na assistência, além de contribuir para a discussão de novas perspectivas de avaliação a partir da Reforma Psiquiátrica. Os indicadores discutidos buscaram abarcar ações e objetivos considerados importantes ao desenvolvimento de práticas condizentes ao processo de Reforma, embora mais uma vez destaque-se que os critérios são gerais e ainda não validados, representando uma tentativa de aproximação da construção de indicadores sensíveis a uma prática que se pretende diferenciada no campo da atenção psicossocial.

Os indicadores apresentados foram forjados a partir de duas etapas que constituíram o desenho metodológico da pesquisa: a primeira, de construção do questionário por meio de dados contidos em documentos da GSM/SMS/RJ referentes à implantação da rede de serviços substitutivos no município do Rio de Janeiro e no projeto “Missão 2001”, da observação participante e outros estudos na área da avaliação de serviços em Saúde Mental; e a segunda, de caráter participativo, por meio de grupo focal realizado com os técnicos, na qual procurou-se validar e incluir a equipe na condução do estudo. Este tipo de estratégia buscou não apenas seguir a orientação metodológica proposta, que previa participação da equipe, mas também ser um estímulo à apropriação dos resultados produzidos, de forma que o processo pudesse tornar-se um produto tão importante quanto os resultados em si.

Neste sentido, alguns achados merecem ser retomados. É inegável que o serviço estudado incorpora a reflexão constante sobre seu cotidiano. A supervisão semanal faz parte da rotina do serviço e se mostra uma estratégia importante e legitimada de avaliação e crítica do mesmo. A discussão de casos clínicos aparece como um tema constante e condiz com os resultados da pesquisa que sugerem preferência por mecanismos qualitativos de avaliação do serviço. Os dados apontam também para o fato de que a principal utilidade dos resultados de um processo avaliativo deve ser retro-alimentar as práticas em curso, ou seja, mais do que medir produtividade e eficiência, devem subsidiar o processo decisório interno.

Não há maior conhecimento por parte da equipe de instrumentos mais formais de avaliação como, por exemplo, o SATIS-BR. Apesar disso, no ano de realização do trabalho de

campo (2001) foi introduzida uma estratégia mais objetiva para o alcance de metas previamente determinadas, com definição de responsabilidades e prazos. Essa experiência informa uma preocupação da equipe em sistematizar o planejamento e a avaliação do serviço, ressaltando-se que a escolha dos objetivos e a metodologia utilizada foram definidas pelo coletivo, no interior da supervisão semanal.

Pode-se observar um distanciamento entre o CAPS/Irajá e a GSM/SMS/RJ no que se refere à avaliação da rede. Embora documentos do órgão central façam referência ao monitoramento de alguns indicadores, a maior parte dos técnicos do serviço desconhece os critérios avaliados. É possível afirmar que ao processo de implementação dos CAPS no município não foram incorporadas estratégias e nem definidos indicadores para um efetivo monitoramento. Ainda assim, as reuniões anuais promovidas pela Gerência para a avaliação dos serviços por meio de discussão de casos clínicos, na opinião da maior parte da equipe, contribui para a melhoria da atenção prestada.

Constatou-se a inexistência de um modelo teórico para o conjunto dos CAPS. Apesar da inegável importância deste tipo de definição como etapa prévia da implementação de programas e serviços públicos, iniciativas de avaliação não podem estar condicionadas a sua existência, mesmo porque a tradição brasileira não incorpora esta fase como parte da implementação de projetos. Nesse sentido, um processo de avaliação pode incluir também a construção de um modelo teórico da realidade a ser estudada, a partir dos objetivos implícitos e explícitos existentes, de modo que, o produto final seja discutido e legitimado pelos atores sociais envolvidos. Ainda que não houvesse um modelo teórico por meio do qual indicadores pudessem ser definidos, tentou-se apresentar à equipe alguns critérios produzidos a partir dos objetivos mais gerais que guiaram a implementação e o fazer cotidiano do CAPS/Irajá.

Pode-se afirmar que todos os critérios apresentados neste estudo foram produzidos, referendados pela equipe técnica e se alcançados, indicariam que o serviço está atingindo os resultados esperados de acordo com o que foi preconizado nos documentos oficiais e discussões entre a equipe sobre os objetivos de um serviço substitutivo em Saúde Mental. As notas dadas individualmente foram ratificadas pelo grupo, que elegeu “satisfação com o serviço” o grande parâmetro de qualidade da atenção.

Foi interessante observar que, embora a leitura feita dos dados tabulados do questionário tenha sido qualitativa, o critério “satisfação do técnico com o serviço” alcançou a

maior nota do conjunto dos vinte e cinco critérios arrolados. A posição do grupo ratificou as notas individuais obtidas no questionário e confirmou outros estudos que apontam o trabalho do profissional de saúde como o principal instrumento do cuidado em áreas que não utilizam recursos tecnológicos avançados.

É inegável que propostas que objetivam criar um outro modelo de assistência, outro paradigma de cuidado, como no caso dos serviços constituídos a partir da Reforma Psiquiátrica, tomam os técnicos como recursos de última geração. Franco e Merhy (1999) ao analisarem o Programa de Saúde da Família (PSF) apontam o processo de trabalho como um ponto nodal do programa. A via de mudança de um modelo medicocentrado, que produz procedimentos e não cuidado e cura, só seria possível a partir de mudanças nos sujeitos responsáveis pelo novo modelo de assistência. Para os autores é necessário “(...) associar tanto novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde, bem como outra micropolítica para este trabalho, inclusive no terreno de uma nova ética que o conduza” (Franco & Merhy, 1999: 30). As mesmas considerações podem ser tecidas em relação aos profissionais em Saúde Mental, corroborando a importância de incorporar variáveis como a motivação e satisfação dos técnicos com o serviço como elementos da avaliação.

Sem dúvida, a satisfação dos técnicos têm reflexos importantes na assistência. Por outro lado, conforme o próprio grupo ressaltou “satisfação” é um conceito bastante amplo e nem sempre um técnico satisfeito produz melhor assistência do ponto de vista do usuário. Conforme apontado pela equipe, o critério “satisfação com o serviço” na perspectiva de técnicos, usuários e familiares deveria ser melhor especificado, envolvendo discussões sobre o que é satisfação para cada um desses atores e operacionalização dos conceitos em indicativos passíveis de acompanhamento.

A maior parte dos critérios foram reclassificados a partir das notas individuais como “importantes”. O conjunto destes indicadores refere-se basicamente a resultados pretendidos no âmbito da reabilitação psicossocial e relacionados a reivindicação por direitos de cidadania, inserção familiar, social e autonomia. Todos esses critérios considerados importantes para a construção de um outro espaço para a loucura, segundo a equipe, devem ser relativizados em função da singularidade de cada caso.

Os critérios agrupados como pouco importantes, referentes ao mercado de trabalho e ao trato com o dinheiro, foram ratificados pelo grupo como os mais difíceis de serem alcançados em função de fatores que extrapolam o campo de atuação do serviço.

Ficou marcada clara preferência do grupo por abordagens qualitativas na definição de parâmetros. Embora afirme-se as virtudes das mesmas para a avaliação em saúde, especialmente no caso dos serviços substitutivos criados a partir da Reforma Psiquiátrica, algumas dificuldades e limitações podem ser apontadas.

Ao se propor uma metodologia qualitativa para a produção de indicadores também qualitativos não se pretendeu estabelecer uma relação de contradição *vis-à-vis* abordagens quantitativas. Quantidade e qualidade conformam relações de complementariedade e equivalência de valor, embora reconhecer uma interrelação possível não denote negar densidade própria de cada uma das esferas.

O trabalho a ser empreendido em uma avaliação que envolve participação exigiria do avaliador muito mais que disposição em conhecer a realidade, em partilhar com a equipe algumas etapas deste processo, mas um impregnar-se, um envolver-se, que vai além da observação participante. Este pode ser apontado como um dos problemas a ser enfrentado por avaliadores que não fazem parte do serviço. Nesse sentido, até mesmo a proposta de avaliar quando não vem do interior do grupo corre o risco de não fazer parte das prioridades da equipe, de não impregná-la e ser apenas um trabalho acadêmico sem importância para os atores envolvidos.

Em função dessas considerações, autores como Demo (1988) consideram que seria mais fácil produzir dissertações de mestrado utilizando metodologias quantitativas. O *timing* deste tipo de produção acadêmica seria mais condizente a “cuidados qualitativos”, quando o pesquisador trata a comunidade com respeito, devolve-lhe os dados obtidos e principalmente facilita-lhe o processo de formação política. A relação estabelecida seria de reciprocidade, visto que os resultados alcançados poderiam reverter-se em iniciativas práticas.

A opção de dar à fala, ações e representações dos técnicos um papel privilegiado, não invalidou a contribuição das demais pesquisas realizadas na área. Abordagens de microprocessos contextualizados correm o risco de encerrar-se em si mesmas caso sejam dissociadas dos macroprocessos ou limitadas a uma abordagem particularista. Ciente das possíveis armadilhas, e considerando que a excessiva pressão por generalizar achados de

avaliações ou imprimir aos dados representatividade numérica, afirmou-se mais uma vez a crença na importância de estudos mais localizados e, conseqüentemente mais profundos.

Apesar disso é reconhecida a importância do desenvolvimento de metodologias e instrumentos de avaliação que permitam comparações e monitoramento de indicadores ao longo do tempo, que possam subsidiar políticas de caráter nacional e principalmente dar visibilidade política e social à Reforma. Estudos mais aprofundados e localizados podem representar uma primeira aproximação ao reconhecimento de realidades ainda pouco exploradas.

A série de parâmetros produzidos ao longo deste estudo na interlocução com a equipe técnica do CAPS/Irajá representou uma tentativa de sistematizar indicadores que pudessem ser utilizados para avaliar a assistência prestada pelo serviço, além de promover no interior do mesmo o desenvolvimento de uma “cultura avaliativa”. Buscando alcançar esses objetivos, algumas reflexões mostraram-se necessárias.

Em relação à metodologia utilizada, um dos problemas observados referiu-se à participação da equipe no processo de produção dos indicadores, exemplificado pela dificuldade e demora na devolução dos questionários e a participação de poucos membros da equipe nas discussões do grupo focal. Embora os profissionais do CAPS/Irajá tenham espaços de reflexão coletiva sobre a atenção prestada, a avaliação sistematizada das ações parece não estar efetivamente incorporada por várias razões. A formação do profissional de saúde não abrange a dimensão do como avaliar suas práticas e de como participar de forma ativa da avaliação. A tradição brasileira que vai do ensino fundamental aos cursos de graduação é marcada por processos avaliativos verticalizados e com um fim em si mesmos, ou seja, geralmente não se prestam a reorientar as práticas de ensino/aprendizagem. O mesmo padrão se reproduz em avaliações de políticas, programas e serviços que não se revertem em subsídios capazes de reorientar modelos e práticas assistenciais. Soma-se a esses fatores, a falta de incorporação da função avaliação como etapa da implementação de políticas e programas.

No campo da saúde em geral e da Saúde Mental especificamente, as dificuldades teóricas em definir o que é bem estar, os limites entre a normalidade e a patologia e as formas de inserção social da diferença geram dissensos que se refletem na escolha de metodologias e nos indicadores pertinentes para a avaliação.

A ausência de constituição de uma rede de atenção psicossocial capaz de atender à demanda, no caso específico deste estudo, da AP 3.3, gera uma sobrecarga de trabalho para a equipe técnica que diminui a disponibilidade da equipe para dedicar-se a atividades mais reflexivas como a avaliação, que acaba sendo relegada a um plano secundário na escala de prioridades do serviço.

Por fim, é pertinente ressaltar que no Brasil de forma geral, e nos serviços de saúde em particular, não há tradição de participação. Esse fato, impõe ao avaliador a tarefa de promover e fomentar junto ao grupo o interesse em participar da avaliação, valorizando a importância e legitimidade de suas questões para o serviço ou programa.

Todos estes elementos refletiram-se no estudo, principalmente no objetivo de fomentar o desenvolvimento de uma cultura avaliativa no interior do serviço, embora tenha sido ressaltado pela equipe que trabalhos como este servem ao propósito de fazer com que os profissionais analisem suas práticas.

O fato de considerar apenas a equipe técnica na produção dos indicadores, além das razões que justificaram a escolha deste grupo de interesse para o desenvolvimento da presente dissertação, apresentou a óbvia desvantagem de não considerar o ponto de vista de usuários e familiares. Ainda que os indicadores apresentados buscassem refletir os resultados da atenção prestada, cujo maior beneficiário devem ser os usuários, o critério satisfação do técnico com o serviço apareceu como o parâmetro que obteve a maior nota média entre o conjunto dos critérios apresentados. Esse fato aponta para a necessidade de incorporar os vários grupos de interesse em processos de avaliação, de forma que os indicadores a serem utilizados sejam produto de uma consertação.

Como desdobramentos da pesquisa, podem ser apontados também alguns caminhos capazes de contribuir para a incorporação do processo de avaliação como parte do planejamento e gestão dos serviços substitutivos em Saúde Mental. Um dos pontos seria a responsabilização por parte do nível central da gerência dos CAPS pela discussão e implementação de estratégias de avaliação e monitoramento da atenção oferecida. Os indicadores selecionados poderiam ser discutidos e pactuados pelo conjunto de representantes de técnicos, usuários e familiares e os resultados obtidos incorporados como elementos norteadores da gestão da rede e de reorientação das atividades no interior dos serviços. Ressalta-se também a importância de valorizar espaços de reflexão sobre o cotidiano

constituídos singularmente pelos serviços, apoiando o mecanismo de supervisão institucional, como ocorre no município do Rio de Janeiro, e permitindo que no cronograma de trabalho haja espaço para esta atividade.

Outro elemento refere-se à formação dos profissionais que atuam no campo da atenção psicossocial. Em estratégias como o PSF os treinamentos continuados objetivam capacitar os profissionais para trabalharem na perspectiva de um outro paradigma de cuidado. Em Saúde Mental este tipo de mecanismo também faz-se necessário uma vez que a formação universitária é insuficiente para abarcar as novas dimensões no trato com a diferença trazidas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. Observa-se que a formação e capacitação dos profissionais para o trabalho em atenção psicossocial não é uma diretriz institucionalizada na política de Saúde Mental, ficando a cargo de iniciativas pessoais. Neste sentido, um programa de capacitação poderia incluir discussões sobre avaliação e formas de incorporá-la ao planejamento e gestão dos serviços de saúde como um compromisso ético e de responsabilização perante a sociedade.

A guisa de conclusões, o *locus* dos serviços substitutivos parece ser um terreno fértil e aberto à avaliação. O fato de tornar parte da rotina, de fazer das discussões em equipe um hábito, um espaço instituído para uma prática instituinte, não é pouco. A luta pelo direito à saúde, pela construção do SUS embora tenha avançado ao longo dos anos 90, pelo menos no que refere-se ao acesso, não permitiu a produção de mudanças significativas no paradigma médico de assistência. Ainda não se dispõe de uma atenção territorializada, individualizada, no sentido do singular, e, ao mesmo tempo, coletivizada, que possa promover saúde. Ainda assim, os CAPS, NAPS e demais serviços constituídos a partir da Reforma Psiquiátrica vêm construindo uma outra forma de enfrentamento da doença em busca da saúde. Em um contexto de prática médica tradicional, os serviços substitutivos em Saúde Mental representam uma inovação. A estrutura organizacional que conforma estes serviços possibilita a participação dos diversos atores, sejam das diferentes categorias de técnicos e, ainda em menor escala, usuários e familiares, na gestão dos mesmos, o que permite a superação de modelos inspirados em interrelações burocráticas e protocolares, sendo esta uma das principais vantagens para a incorporação de metodologias de avaliação participativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR, M.J. & ANDER-EGG, E., 1994. *Avaliação de Serviços e Programas Sociais*. Petrópolis: Vozes.
- ALVES, D. S., 2001. Financiamento na Saúde Mental. *Revista da Saúde*, ano II, nº 2: 26-27.
- AMARANTE, P. (coord.), 1995. *Loucos pela vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama/Fiocruz.
- _____, 1996. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- AMARANTE, P. & CARVALHO, A. L., 1996. Avaliação de qualidade dos novos serviços de Saúde Mental: em busca de novos parâmetros. *Saúde em Debate*, 52: 74-82.
- ANDRADE, L. O. M., 2001. *SUS Passo a Passo: Normas, gestão e Financiamento*. São Paulo: Editora Hucitec/Edições UVA.
- ARRETCHE, M. T., 1999. Tendências no estudo sobre avaliação. In: *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate* (E.M. Rico, org.), pp. 29-39, São Paulo: Cortez Editora/NEEP.
- BANDEIRA, M. *et al.*, 1999. Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versão brasileira. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48 (6): 233-244.
- _____, 2000. Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49 (4): 105-115.
- BARROS, D. D., 1994. *Jardins de Abel: a desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: EDUSP/Lemos.
- BASAGLIA, F., 1981. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Ed. Graal.
- BIRMAN, J., 1992. A cidadania tresloucada. In: *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (B. Bezerra & P. Amarante, orgs.), pp. 71-90, Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

- _____, 1989. Freud e a crítica da razão delirante. In: *Freud 50 anos depois* (J. Birman, org.), pp. 133-148, Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- BIRMAN, J. & COSTA, J. F., 1994. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (P. Amarante, org.), pp. 41-72, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992. *2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil*. Brasília: Ministério da saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Assistência e Promoção à Saúde/Coordenação de Saúde Mental.
- BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994. *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Assistência e Promoção à Saúde/Coordenação de Saúde Mental.
- CABRAL, B. *et al.*, 2000. Estação Comunidade. In: *SAÚDELOUCURA 7 – Saúde Mental e Saúde da Família* (Antônio Lancetti, org.), pp. 137-153, São Paulo: Editora Hucitec.
- CAPS RUBENS CORRÊA (IRAJÁ), 2001. *Projeto de Trabalho para 2001*. Rio de Janeiro: CAPS, (mimeo).
- CARLINI-COTRIM, B., 1996. Potencialidades da técnica qualitativa *grupo focal* em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*, 30 (3): 285-293.
- CARVALHO, J. L. C., 2000. Triagem – Irajá: descrição de um trajeto. *Cadernos IPUB*, nº 17.
- CARVALHO, M.C., 1999. Avaliação participativa – uma escolha metodológica. In: *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate* (E.M. Rico, org.), pp. 87-94, São Paulo: Cortez/Instituto de Estudos Especiais.
- CASTEL, R., 1978. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- COHEN, E. & FRANCO, R., 1994. *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Vozes.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.*, 1997. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas* (Z. M. Hartz, org.), pp. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- COTTA, T. C., 1998. Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultado e de impacto. *Revista do Serviço Público*, 49 (2): 105-126.
- DESLANDES, S. F., 1997. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (1): 103-107.
- DEMO, P., 1988. *Avaliação Qualitativa*. São Paulo: Cortez Editora.
- DESVIAT, M., 1999. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- DONABEDIAN, A., 1990. *Garantia y monitoria de la calidad de la atencion medica*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- _____, 1992. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*, 18: 356-360.
- ESCOREL, S., 1999. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- FAGUNDES, H. & LIBÉRIO, M., 1997. A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro: estratégias de construção e desconstrução. *Saúde em Foco*, ano VI, nº 16: 30-35.
- FIGUEIREDO, A. M. & TANAKA, O., 1996. A avaliação no SUS como estratégia de reordenação da saúde. *Cadernos Fundap*, 19: 98-105.
- FIGUEIREDO, M.F. & FIGUEIREDO, A. M., 1986. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. *Análise e Conjuntura*, 1(3): 107-127.
- FOUCAULT, M., 1978. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- FRANCO, T. B. & MERHY, E. E., 1999. *PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial*. (mimeo).
- FURTADO, J. P., 2001. *A avaliação como dispositivo*. Tese de Doutorado, Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, UNICAMP.
- GERSCHMAN, S., 1995. *A Democracia Inconclusa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- GOMES, M. P. C., 1999. *A Política de Saúde Mental na cidade do Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, UFRJ.

- GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S., 1989. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Sage Publications.
- KRUEGER, R. A., 1996. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. London: Sage Publications.
- LAING, R., 1982. *Sobre loucos e sãos*. São Paulo: Brasiliense.
- LANCMAN, S., 1997. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (1): 93-102.
- LAST, J. M. (ed.), 2001. *A Dictionary of Epidemiology*. London: Oxford University Press.
- LEAL, E. M., 1994. *A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde mental de Santos*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- LIBÉRIO, M., 1999. *Estudo de Satisfação com os CAPS da Cidade do Rio de Janeiro: ouvindo seus atores principais*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, UFRJ.
- LOBATO, L. (2000). *Reforma Sanitária e Reorganização do Sistema de Serviços de Saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- LOBO, T., 1999. Avaliação de processos e impactos em programas sociais: algumas questões para reflexão. In: *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate* (E.M. Rico, org.), pp. 75-84, São Paulo: Cortez Editora/NEEP.
- HARTZ, Z., 1999. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (2): 341-353.
- _____, 1999a. Institutionalizing the evaluation of health programa and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (2): 229-259.
- MALLOY, J., 1986. *Política de Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Graal.
- MINAYO, C., 1992. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Rio de Janeiro/São Paulo: Hucitec.

- NETO, O. C. *et al.*, 2001. *Grupo Focais e Pesquisa Social: O Debate Orientado como Técnica de Investigação*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- NOVAES, H., 2000. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 34 (5): 547-559.
- OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S. F., 1986. *(Im) Previdência Social Brasileira*. Rio de Janeiro: ABRASCO/Vozes.
- OPS/OMS, 1985. Evaluación de los Programas de Salud – Programas de Formación de Personal y Programas de Prestación de Servicios. *Módulo auto-didáctico*. Série Desarrollo de Recursos Humanos, nº 59. Washington: OPS/OMS.
- PANAMÁ, 1996. Recomendações do 1º Grupo de Trabalho dos Diretores de Saúde Mental dos Ministérios da Saúde da América Latina e da Reunião de Avaliação da Iniciativa para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 46 (2): 57-58.
- PEREZ, J.R., 1999. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate* (E.M. Rico, org.), pp. 65-73, São Paulo: Cortez Editora/NEEP.
- PITTA, A., 1992. Avaliação para qualidade dos serviços nos sistemas locais de saúde. In: *Saúde Mental e Cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde* (M.E.X. Kalil, org.), pp.157-172, São Paulo/Salvador: Editora Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde.
- _____, 1996. Qualidade de serviços de saúde mental: desafios para a epidemiologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45 (6): 313-321.
- _____, 1997. Caracterização da população atendida em um ambulatório de saúde mental no município de São Paulo durante uma semana típica. In: *O campo da Atenção Psicossocial* (A.T. Venancio; E.M. Leal & P.G. Delgado, orgs.), pp. 375-403, Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia.
- _____, 1997a. Cuidados com o cuidar em Saúde Mental: estratégias de avaliação. *Cadernos IPUB*, 3.
- PITTA, A. *et al.*, 1995. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros – Estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (9): 441-452.

- RIETRA, R. C., 1999. *Inovações na gestão em Saúde Mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ROSSI, P. H. et al, 1999. *Evaluation: a systematic approach*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- ROTELLI, F., 1994. Superando o manicômio – o Circuito Psiquiátrico de Trieste. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (P. Amarante, org.), pp. 149-169, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- _____, 1990. A Instituição Inventada. In: *Desinstitucionalização* (F. Nicácio, org.), pp. 89-99, São Paulo: Editora Hucitec.
- SANTOS, N. S. & ALMEIDA, P. F., 1999. *Verso e Reverso: a questão da autonomia do sujeito psicótico no CAPS/JF*. Monografia de Conclusão de Curso, Departamento de Psicologia/UFJF.
- SANTOS, N. S.; ALMEIDA, P. F.; VENANCIO, A. & DELGADO, P., 2000. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Psicologia Ciência e Profissão*, 20 (4): 46-53.
- SARACENO, B., 1996. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (A. Pitta, org.). São Paulo: Editora Hucitec, 1996.
- SARACENO, B. et al., 1993. *Evaluation of Psychiatric Services: Hard and Soft Indicators in Innovative Approaches in Service Evaluations: Consumer Contribution to Qualitative Evaluation – Soft Indicators*. Geneva: WHO/MND/93.19.
- SCHRAIBER, L. & NEMES, M. I., 1996. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. *Cadernos Fundap*, 19: 106-121.
- SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991. *Portaria nº 189*, de 19 de novembro de 1991.
- SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992. *Portaria nº 224*, de 29 de janeiro de 1992.

- SERPA JÚNIOR, O. D., 1992. *A constituição de um olhar. A experiência clínica na medicina e na psiquiatria*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- SILVA FILHO, J. F. *et al.*, 1996. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no Município de Niterói – RJ – A satisfação dos usuários como critério avaliador. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45 (7): 393-402.
- _____, 1998. Avaliação de qualidade da “porta de entrada” do sistema assistencial em Saúde Mental de Niterói – RJ. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47 (2): 73-80.
- SILVA, L. & FORMIGLI, V., 1994. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (1): 80-91.
- SILVA, P. L. B. & COSTA, N. R., 2000. A Avaliação de Programas Públicos: a experiência brasileira. *Projeto BRA/97/039 Avaliação de Políticas Públicas na América do Sul*. Relatório Final. FECAMP/UNICAMP/NEPP.
- GSM/SMS/RJ, 1995. *Diretrizes do Programa de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Documento Interno/SMS.
- _____, 1995a. *Projeto de Implantação de Centros de Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Documento Interno/SMS.
- SOARES, C. B. *et al.*, 2000. Uso de grupo focal como instrumento de avaliação de Programa Educacional em Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34: 317-322.
- STENZEL, A. C. B., 1996. *A temática da avaliação no campo da Saúde Coletiva: uma bibliografia comentada*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP.
- TYKANORI, R., 1996. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (A. Pitta org.), pp. 55-59, São Paulo: Editora Hucitec.
- VASCONCELOS, E., 1995. Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (4): 189-197.
- VENANCIO, A. T., 1993. A construção social da pessoa e a psiquiatria: do alienismo à ‘nova psiquiatria’. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, 3 (2): 117-135.

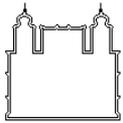
_____, 1990. *Sobre a “nova psiquiatria no Brasil: um estudo de caso do Hospital-dia do Instituto de Psiquiatria*. Dissertação de Mestrado, PPGAS/Museu Nacional/UFRJ.

VENANCIO, A. T.; LEAL, E. M. & DELGADO, P. G.. *O Campo da Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá Editora.

VUORI, H., 1991. A qualidade da saúde. *Divulgação Saúde para Debate*, 3: 17-25.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2001. *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO.

ANEXOS



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Subárea: Políticas Públicas e Saúde

(Anexo 1)

QUESTIONÁRIO

Obrigada por responder este questionário que tem como objetivo compreender as concepções dos técnicos do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa sobre o tema da avaliação de serviços de Saúde Mental. Não há respostas certas ou erradas. Será mantido total anonimato de nomes e outros dados que possam identificar o informante. Todos os comentários e observações serão de grande utilidade para a discussão coletiva e construção conjunta de indicadores para a avaliação da atenção psicossocial.

IDENTIFICAÇÃO

NOME (opcional): _____

CARGO/FUNÇÃO: _____

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO SERVIÇO: _____

FORMAÇÃO: _____

DATA: _____

1- Para você qual é o **principal** uso dos resultados de uma avaliação de serviços? (assinale apenas uma alternativa)

() Fornecer informações necessárias ao processo de tomada de decisão pela equipe e pelo gestor do serviço.

() Medir a eficiência do serviço, ou seja, quantos recursos são gastos em relação a quantas atividades são produzidas.

() Controlar os resultados obtidos pelo serviço, por meio do alcance de metas estabelecidas.

() Fornecer informações ao nível central para monitoramento dos resultados do serviço.

() Prestar contas à sociedade do que o serviço está produzindo.

() Outros _____

2- Em sua opinião, qual seria o instrumento **mais adequado** de avaliação de serviços de saúde mental como um CAPS. (assinale apenas uma alternativa)

Aplicação de questionários sobre satisfação de usuários com o serviço (SATIS-BR).

Aplicação de questionários sobre satisfação de familiares com o serviço (SATIS-BR).

Aplicação de questionários sobre satisfação de técnicos com o serviço (SATIS-BR).

Preenchimento de boletos com o número de procedimentos realizados por usuário/mês (SIGAB).

Os índices de avaliação de qualidade dos Centros de Atenção Psicossocial da GSM/RJ.

Supervisão e discussões em grupo com roteiro de avaliação qualitativa.

Outros _____

3- Você conhece outros estudos e instrumentos de avaliação, além dos citados no item 2, realizados no campo da Saúde mental? (caso a resposta seja negativa, passe para o item 6)

sim não

4- Quais desses estudos você considera adequados para avaliar o serviço?

A- _____

B- _____

C- _____

5- Destaque os pontos positivos e negativos do estudo que você considera **o mais adequado** para avaliar o serviço?

Pontos +

Pontos -

6- Há discussões de equipe sobre o tema da avaliação no CAPS?

sim não não sabe

7- Você considera que as metas estipuladas no Projeto de Trabalho: “Missão 2001: a Odisséia de um Serviço Substitutivo” poderão ser alcançadas?

sim não não sabe

8- Na sua opinião as reuniões anuais da GSM/SMS para avaliação dos CAPS são:

- Altamente satisfatórias
- Satisfatórias
- Pouco satisfatórias
- Insatisfatórias
- Não sabe

9- As discussões promovidas nessas reuniões contribuem de alguma forma para melhorar a assistência prestada pelo serviço?

- Contribuem muito
- Contribuem
- Contribuem pouco
- Não contribuem
- Não sabe

10- Os boletos preenchidos diariamente com o número de procedimentos realizados por usuário no CAPS para alimentar o SIGAB servem para avaliar a assistência prestada?

- sim não não sabe

11- Você conhece os “Índices de Avaliação de Qualidade dos Centros de Atenção Psicossocial” utilizados pela GSM/SMS?

- sim não não sabe

12- Em caso afirmativo, qual sua opinião sobre eles:

- Adequados e suficientes
- Adequados porém insuficientes
- Inadequados e insuficientes
- Não sabe

13- Foi realizada algum tipo de avaliação interna do CAPS, desenvolvida pelos próprios técnicos?

- sim não não sabe

14- Em sua opinião, como este serviço poderia ser avaliado?

- Discussão clínica de casos
- Consolidação do número de procedimentos realizados pelo serviço
- Discussões em equipe sobre as atividades do serviço
- Comparação entre as metas estabelecidas e o que foi realizado pelo serviço
- Outras _____

15- Assinale, na escala de 1 a 10, a importância que você atribui aos itens abaixo relacionados como critérios ou parâmetros para avaliar a assistência prestada pelo CAPS.

A- não internação ou redução do número de internações em hospitais psiquiátricos após início do tratamento no CAPS

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

B- (re) estabelecimentos de laços sociais:

- (re) inserção familiar do usuário (convivência com as pessoas que habitam o mesmo local de moradia ou com familiares mais próximos)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- (re) estabelecimento de contato verbal e/ou afetivo com os familiares

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- (re) estabelecimento de contato verbal ou de outra ordem com os técnicos do serviço

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- convivência com vizinhos, comunidade e demais parentes

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- participação no mercado de trabalho: retorno ou entrada ao mercado formal/informal de trabalho

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- participação em oficinas geradoras de renda dentro do CAPS

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- participação em atividades relacionadas à educação (retorno ou ingresso na escola, participação em oficinas de alfabetização, realização de cursos profissionalizantes)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ASSINALE, NA ESCALA DE 1 A 10, A IMPORTÂNCIA QUE VOCÊ ATRIBUI AOS ITENS ABAIXO RELACIONADOS COMO CRITÉRIOS OU PARÂMETROS PARA AVALIAR A ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO CAPS.

- participação em eventos coletivos dentro do CAPS: assembléias, grupos, festas, associações de usuários e familiares

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- participação em eventos coletivos fora do serviço: associações (igreja, associação de moradores, etc.), festas, etc.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- assumir e cumprir compromissos fora do serviço (cumprir acordos estabelecidos com os familiares, no trabalho, na escola ou na comunidade)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

C- adesão ao tratamento:

- adesão do usuário ao tratamento (participação dos usuários nas atividades propostas pelos técnicos)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- adesão da família ao tratamento (participação em grupos de familiares, atendimento às solicitações de comparecimento ao serviço feitas pelos técnicos, busca de informações sobre o tratamento de seu familiar, participação na associação de usuários e familiares)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- redução da freqüência de comparecimento ou redução do contrato estabelecido no próprio serviço

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

D- autonomia para:

- alimentar-se (preparar seu próprio alimento ou solicitá-lo quando estiver com fome)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ASSINALE, NA ESCALA DE 1 A 10, A IMPORTÂNCIA QUE VOCÊ ATRIBUI AOS ITENS ABAIXO RELACIONADOS COMO CRITÉRIOS OU PARÂMETROS PARA AVALIAR A ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO CAPS.

Autonomia para:

- ir e vir

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- tomar medicamentos sozinho e com regularidade

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- cuidados pessoais (banho, cuidado com roupas e pertences pessoais, higiene bucal)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- cuidados com o local de moradia (arrumação e limpeza da casa ou do quarto)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- lidar com dinheiro (noções sobre valor, poder de compra do dinheiro)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- administração da vida financeira (pagar contas, administrar a pensão ou salário, gerir conta bancária)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- reivindicar direitos (reivindicar direitos de aposentadoria ou pensões, de utilizar o transporte público gratuitamente, de participar de Conselhos e Conferências de Saúde, etc.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

E- satisfação do usuário com o serviço

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

F- satisfação do familiar com o serviço

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

G- satisfação do técnico com o serviço

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Outros _____

17-Em sua opinião, as atividades desenvolvidas no serviço vêm contribuindo para que os usuários que aqui se tratam possam alcançar as habilidades relacionadas ao item autonomia, acima mencionados?

sim não não sabe

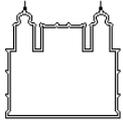
18- Os critérios arrolados no item 15 são suficientes?

sim não não sabe

19- Se aplicados seriam indicativos de que o CAPS está atingindo seus objetivos?

sim não não sabe

Agradeço o preenchimento deste questionário que será de grande utilidade no desenvolvimento de minha dissertação de mestrado e reforço a intenção de apresentar proximamente os resultados consolidados nas reuniões de equipe.



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Subárea: Políticas Públicas e Saúde

(Anexo 2)

ROTEIRO GRUPO FOCAL

Objetivos:

- Proporcionar uma discussão/reflexão sobre a construção de indicadores para avaliação de serviços substitutivos em Saúde Mental;
- Envolver a equipe técnica na construção de indicadores capazes de avaliar os resultados alcançados pela assistência prestada;

Roteiro de debate:

- Critérios ou parâmetros para avaliação da assistência prestada pelo CAPS segundo grau de importância (escala de 1 a 10) de acordo com avaliação dos técnicos do CAPS:
 - * pouco importante : 0 a 7,9
 - * importante: 8 a 8,9
 - * muito importante: 9 a 10

Todos os critérios estão apresentados em ordem decrescente segundo pontuação obtida nos questionários.

CRITÉRIOS MUITO IMPORTANTES	MÉDIA
1º- satisfação do técnico com o serviço	9,3
2º- (re) inserção familiar do usuário (convivência com as pessoas que habitam o mesmo local de moradia ou com familiares mais próximos)	9,2
3º- satisfação do familiar com o serviço	9,1
4º- satisfação do usuário com o serviço	9,0

1- Por que esses critérios foram considerados os mais importantes para avaliar a atenção prestada pelo CAPS? Por que o parâmetro mais importante foi a “satisfação dos técnicos com o serviço”?

CRITÉRIOS IMPORTANTES	MÉDIA
1º- reivindicar direitos (reivindicar direitos de aposentadoria ou pensões, de utilizar o transporte público gratuitamente, de participar de Conselhos e Conferências de Saúde, etc.)	8,9
2º- (re) estabelecimento de contato verbal e/ou afetivo com os familiares	8,9
3º- adesão da família ao tratamento (participação em grupos de familiares, atendimento às solicitações de comparecimento ao serviço feitas pelos técnicos, busca de informações sobre o tratamento de seu familiar, participação na associação de usuários e familiares)	8,7
4º- (re) estabelecimento de contato verbal ou de outra ordem com os técnicos do serviço	8,7
5º- ir e vir	8,6
6º- participação em eventos coletivos fora do serviço: associações (igreja, associação de moradores, etc.), festas, etc.	8,6
7º- não internação ou redução do número de internações em hospitais psiquiátricos após início do tratamento no CAPS	8,6
8º- adesão do usuário ao tratamento (participação dos usuários nas atividades propostas pelos técnicos)	8,6
9º- participação em eventos coletivos dentro do CAPS: assembléias, grupos, festas, associações de usuários e familiares	8,5
10º- assumir e cumprir compromissos fora do serviço (cumprir acordos estabelecidos com os familiares, no trabalho, na escola ou na comunidade)	8,5
11º- cuidados pessoais (banho, cuidado com roupas e pertences pessoais, higiene bucal)	8,3
12º- convivência com vizinhos, comunidade e demais parentes	8,3
13º- tomar medicamentos sozinho e com regularidade	8,2
14º- participação em atividades relacionadas à educação (retorno ou ingresso na escola, participação em oficinas de alfabetização, realização de cursos profissionalizantes)	8,2
15º- alimentar-se (preparar seu próprio alimento ou solicitá-lo quando estiver com fome)	8,2
16º- redução da frequência de comparecimento ou redução do contrato estabelecido no próprio serviço	8,2
17º- cuidados com o local de moradia (arrumação e limpeza da casa ou do quarto)	8,1

2- A pontuação dada corresponde à importância dos critérios para avaliar o serviço? Caso contrário, poderiam ser reagrupados em função da facilidade em mensurá-los ou torná-los operacionalizáveis?

CRITÉRIOS POUCO IMPORTANTES	MÉDIA
1º- lidar com dinheiro (noções sobre valor, poder de compra do dinheiro)	7,8
2º- participação no mercado de trabalho: retorno ou entrada ao mercado formal/informal de trabalho	7,6
3º- participação em oficinas geradoras de renda dentro do CAPS	7,5
4º- administração da vida financeira (pagar contas, administrar a pensão ou	7,5

salário, gerir conta bancária)	
--------------------------------	--

3- Por que esses critérios relacionados ao mercado de trabalho e assuntos financeiros são considerados pouco importantes?

OUTROS
programas de estágio e residência em serviço por obrigar a equipe estar em eterna 'formação'
produção científica (artigos publicados, apresentação de trabalhos em congresso)
efetiva integração com a rede de saúde, cultural do território onde o serviço se insere

4- Por que esses critérios são importantes para a avaliação da assistência prestada pelo CAPS?

- Para 54,5% dos técnicos os vinte e cinco critérios arrolados não são suficientes para avaliar a atenção oferecida.

5- Com o acréscimo dos 3 novos critérios sugeridos, a lista de critérios apresentada torna-se suficiente ou continua sendo insuficiente?

6- Por que ainda não é suficiente? Quais critérios poderiam ser acrescentados?

- Na opinião da maioria (54,5%) dos técnicos do CAPS o instrumento mais adequado para a avaliação de serviços de Saúde Mental como um CAPS seria supervisão e discussões em grupo com roteiro de avaliação qualitativa.

7- A abordagem qualitativa é mais adequada em função das especificidades do campo da atenção em Saúde Mental?

8- Na opinião da maioria dos técnicos o tipo de metodologia de avaliação mais adequada não utiliza indicadores. Como criar parâmetros que permitam avaliar o serviço ao longo do tempo? Como criar parâmetros que permitiam avaliações da rede de serviços como um todo?

- A maior parte dos técnicos do CAPS Rubens Corrêa respondeu não conhecer os “Índices” utilizados pela GSM/RJ.

9- Por que os técnicos do CAPS Rubens Corrêa não conhecem os Índices de Avaliação da Gerência de Saúde Mental?

10- O que deveria ser feito para que esses parâmetros fossem conhecidos pelos membros da equipe?