

Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde

Public health and mental health: methodological tools to evaluate the Brazilian Network of Referral Centers for Psycho-Social Care (CAPS) in the Brazilian Unified Health System

Rosana Teresa Onocko-Campos ¹
Juarez Pereira Furtado ¹

Abstract

This article presents a preliminary discussion of potential methodological tools for qualitative research on the Network of Referral Centers for Psycho-Social Care (CAPS) in the Brazilian Unified Health System (SUS). The relevance of mental health within the field of public health is examined. The study focuses on the high prevalence of mental disorders and the disproportionate lack of studies on the interface between mental health and public health. The establishment of an interdisciplinary field between public health and mental health is proposed to meet common needs by achieving similar perspectives in knowledge and practice. A particular group of tools is proposed, emphasizing the importance of reclaiming and guaranteeing the roles of various social actors to shape the assessment process, the need for collecting and standardizing academic studies on the topic, and the importance of promoting a new research field focusing on public health policies to support policymakers, managers, and health teams in reshaping their practices.

Mental Health; Mental Health Services; Services Evaluation

Saúde mental: um problema para a saúde coletiva?

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que os transtornos mentais de cerca de 450 milhões de pessoas ainda estão longe de receberem a mesma relevância dada à saúde física, sobretudo nos países em desenvolvimento. Estima-se que os transtornos mentais e de comportamento respondam por 12% da carga mundial de doenças, enquanto as verbas orçamentárias para a saúde mental na maioria dos países representam menos de 1% dos seus gastos totais em saúde; além do que, 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% sequer possuem programas nessa área. Ainda, os custos indiretos gerados pela desassistência – provenientes do aumento da duração dos transtornos e incapacitações – acabam por superar os custos diretos ¹.

No Brasil – com gastos de 2,4% do orçamento do SUS em saúde mental e prevalência de 3% de transtornos mentais severos e persistentes e 6% de dependentes químicos – tem havido sensível inversão do financiamento nos últimos anos, privilegiando-se os equipamentos substitutivos em detrimento dos hospitais psiquiátricos, como ilustra o fato de que em 1997 a rede composta por 176 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) recebia 6% dos recursos destinados pelo SUS à saúde mental, enquanto a rede hospitalar, com 71 mil leitos, re-

¹ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

Correspondência
R. T. Onocko-Campos
Departamento de Medicina Preventiva e Social,
Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas,
Rua Américo de Campos 93,
Campinas, SP
13083-040, Brasil.
rosanaoc@mpc.com.br

cebia os outros 94%. Em 2004, os 516 CAPS existentes receberam 20% dos recursos citados contra 80% destinados aos 55 mil leitos psiquiátricos no Brasil ².

Podemos apontar a aprovação da *Lei n. 10.216 da Reforma Psiquiátrica*, a publicação da *Portaria n. 336/02* e da *Portaria n. 189/02* – que atualizam a *Portaria n. 224/92* e incorporam os avanços ocorridos na condução dos equipamentos substitutivos ³ – a realização da *III Conferência Nacional de Saúde Mental* ⁴, que, entre outras coisas, consolidou o novo modelo assistencial dos CAPS e, finalmente, a experiência acumulada nos mais de dez anos de existência desses serviços como fatores decisivos na história recente para um substancial incremento dos CAPS no Brasil e para a relativização do papel (ainda) hegemônico dos hospitais psiquiátricos na atenção em saúde mental.

Nesse contexto, os CAPS assumem especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no país, configurando-se como dispositivo tornado estratégico para a reversão do modelo hospitalar. O Ministério da Saúde (MS) preconiza para estes serviços o papel de articulador de uma lógica de rede calçada em várias instâncias ⁵, como as de cuidados básicos (Programa Saúde da Família – PSF), ambulatórios, leitos de hospitais gerais e iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial – Serviços Residenciais Terapêuticos e trabalho protegido ⁶. No entanto, a função aglutinadora e de organizador da rede local de saúde mental requerida dos CAPS é ainda um horizonte a ser alcançado no plano nacional.

Algumas observações preliminares permitem-nos supor que certas críticas aos CAPS, produzidas no seio da Reforma Psiquiátrica, se não guarnecidas de um corpo de categorias para o seu enfrentamento e superação, poderão expor os serviços ao risco de sua deslegitimação social sem que os impasses sejam suficientemente identificados e enfrentados. Referim-nos a certas falas (presentes, por exemplo, no último Congresso Brasileiro de CAPS, realizado em São Paulo em 2004), nas quais figuras relevantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, gestores e trabalhadores apontam para o risco de uma “manicomialização” dos novos equipamentos.

O próprio MS ⁷ (p. 2) reconhece a necessidade de qualificar a discussão em torno das novas ações em saúde mental: “em relação ao debate científico e à produção de conhecimento, o tema da saúde mental como parte da saúde pública está ausente na graduação e pós-graduação (...). Toda a pesquisa na área concentra-se em dois grupos: ensaios *farmacológicos*

e ensaios diagnósticos (...). São raros os núcleos ou grupos de pesquisa que *vinculem saúde mental, contexto social e saúde pública*” (grifos nossos).

Tal vinculação permitiria o desenvolvimento de investigações na interface entre saúde coletiva e saúde mental, que permanece ainda um território quase inexplorado, potencialmente uma área emergente de máxima relevância social. O estabelecimento de interlocução sistemática entre esses dois campos poderia trazer significativo avanço para ambos, conforme apontam experiências exitosas nesse sentido ⁸.

A efervescência da última década, representada pelos debates e efetivas transformações no âmbito da saúde mental no Brasil, vem ocorrendo com restrito acompanhamento, elaboração e contribuição instrumental por parte do pensamento da saúde coletiva. Ainda que pertençam a um movimento de raízes comuns, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica seguiram caminhos paralelos na última década, esboçando uma certa distância disciplinar entre os dois campos ⁹.

A saúde coletiva em suas vertentes relacionadas à avaliação de serviços e desenvolvimento de pessoal vem ampliando seu espaço na academia sem correlativo aumento de sua utilização nos serviços de saúde mental que, por sua vez, requerem uma necessária adaptação desse instrumental e não a simples extração de categorias já consagradas em outros âmbitos.

A necessidade de novos e mais estudos nessa área é ressaltada por importantes atores da reforma, conforme relato da *III Conferência Nacional de Saúde Mental* ³ (p. 75), que aponta a necessidade de “*estimular a articulação entre entidades de financiamento à pesquisa (CAPES, CNPq etc.), entidades formadoras e o Ministério da Saúde para o fomento à pesquisa e priorização de temas da assistência em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*”.

Considerando os CAPS dispositivos estratégicos da reforma dos cuidados em saúde mental no Brasil – configurando-se simbólica e numericamente como a grande aposta do Movimento de Reforma Psiquiátrica Nacional –, e considerando a aproximação entre a saúde coletiva e a saúde mental uma necessidade para a constituição de um campo interdisciplinar de saberes e práticas, julgamos investigações especificamente dirigidas aos CAPS como potencialmente geradoras de subsídios para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e, ao mesmo tempo, propulsora de um novo território de pesquisa no âmbito das políticas públicas e da avaliação de serviços de saúde.

Propomos assim, a realização de pesquisas avaliativas que possibilitem a aproximação de temas intrínsecos à gestão – como gestão e subjetividade^{10,11} – com processos avaliativos participativos e construtivistas¹². A convergência desses campos deverá levar em conta problemas surgidos da transposição para a prática dos princípios da reforma psiquiátrica, bem como as vicissitudes identificadas pelos trabalhadores e usuários no cotidiano dos CAPS.

Os Centros de Atenção Psicossocial

O primeiro CAPS do país surge em março de 1987, com a inauguração do CAPS Luis da Rocha Cerqueira, na Cidade de São Paulo, e representa a efetiva implementação de um novo modelo de atenção em saúde mental para expressiva fração dos doentes mentais (psicóticos e neuróticos graves) atendidos na rede pública, sendo seu ideário constituído de propostas dirigidas à superação das limitações evidenciadas pelo binômio ambulatório-hospital psiquiátrico no tratamento e reabilitação de sua clientela¹³.

Inserido no contexto político da redemocratização do país e nas lutas pela revisão dos marcos conceituais, das formas de atenção e de financiamento das ações de saúde mental que se fortaleceram a partir do final da década de 1980 na América Latina¹⁴ e no Brasil^{15,16,17}, o CAPS Luis da Rocha Cerqueira (ou CAPS Itapeva), juntamente com os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), inaugurados a partir de 1989, em Santos, irão se constituir em referência obrigatória para a implantação de serviços substitutivos ao manicômio em nosso país.

Porém, serão os NAPS santistas que, através do funcionamento territorializado, 24 horas/dia, com leitos destinados a pacientes em crise e operando em rede com outros serviços, que efetivarão o mais significativo avanço na superação do modelo centrado nos hospitais psiquiátricos, ambulatórios e urgências psiquiátricas, efetivando verdadeira ruptura paradigmática em relação ao modelo anterior.

Essas duas iniciativas serão precursoras de congêneres não só no Estado de São Paulo, mas em todo o Brasil, uma vez que subsidiarão o MS na formulação da *Portaria n. 224/92*¹⁸, primeiro documento oficial a estabelecer critérios para o credenciamento e financiamento dos CAPS pelo SUS. A partir da publicação dessa portaria, o número de CAPS e /ou NAPS aumentou significativamente, atingindo cento e sessenta serviços em 1995¹⁹ e superando quinhentas unidades em todo o país em 2004².

Os CAPS configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados nos quais os pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço, de maneira mais ou menos intensiva² e articuladas em torno de um projeto terapêutico individualizado^{20,21,22}, voltado para o *tratamento e reabilitação psicossocial*, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares²³ e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários²⁴.

Para que os CAPS venham a ser realmente *novos serviços*, rompendo com a estrutura teórica e prática do modelo hospitalar hegemônico, faz-se necessário que o atendimento ali ofertado esteja comprometido com necessárias rupturas de ordem ética, política e epistemológica em relação ao *status quo* representado pela atenção tradicionalmente prestada pela rede pública e conveniada de saúde mental, sobretudo nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos^{13,25}.

Para Amarante & Torres²⁵, é necessário um rompimento fundamental com ao menos quatro referenciais: o método epistêmico da psiquiatria; o conceito de doença mental enquanto erro, desrazão e periculosidade; o princípio *pineliano* de isolamento terapêutico e finalmente os princípios do tratamento moral que embasam as terapêuticas normalizadoras – aos quais acrescentaríamos a inserção de uma clínica ampliada²⁶, centrada no sujeito²⁷ e inseparável tanto das formas de organização dos processos de trabalho, quanto das maneiras de habitar a *polis*, isto é, a política.

Essas características constitutivas dos CAPS, representadas por compromissos de ordem prática inerente a qualquer unidade de saúde e, ao mesmo tempo, por elementos provenientes de novos referenciais de ordem epistemológica, ética, clínica e política, derivados de sua vinculação com a superação das políticas públicas tradicionais de saúde mental no Brasil, tornam-no, a partir dessa convergência, um serviço de saúde particularmente complexo.

Por um lado, os CAPS constituem-se de uma estrutura alinhada aos princípios que norteiam os demais serviços de saúde pertencentes ao SUS: compõem-se de uma instituição própria, inserida na gestão pública, buscando garantir acesso, integralidade e resolutividade na atenção prestada, acolhendo diariamente (em alguns casos, diuturnamente) uma clientela constituída de pessoas com transtorno mental grave (e respectivos familiares) por uma equipe multiprofissional.

Por outro lado, a subversão da lógica da hierarquização efetivada pelos CAPS ao estruturarem-se como “equipamentos-síntese”²⁴, agregando os diferentes níveis de atenção em uma só unidade²⁸, fazem emergir relevantes questões e debates no âmbito da própria organização do SUS. Qual é a inserção esperada dos CAPS na rede de serviços? O que o MS² quer dizer quando aponta para o fato de que os CAPS deveriam ser “ordenadores” da rede? Seria esta uma volta à forma piramidal própria da hierarquização classicamente definida pelo SUS ou estar-se-ia trabalhando com uma concepção de rede horizontal na qual, então, o papel do CAPS poderia ser entendido como o de agenciador, articulador?

Soma-se a isso a inevitável e necessária consideração das repercussões subjetivas do atendimento a psicóticos nos trabalhadores desses serviços^{29,30}, advindas da lida com o sofrimento psíquico e a loucura que podem originar mecanismos defensivos de diversas ordens^{31,32,33,34,35}.

Desse modo, os novos aspectos institucionais decorrentes da reforma psiquiátrica em geral, e da emergência dos CAPS em particular, colocam em especial evidência as inter-relações entre subjetividade, gestão dos processos de trabalho e clínica^{10,36}. A aproximação rigorosa entre estes três domínios requer dispositivos específicos para a abordagem dos processos envolvidos^{11,37} e um processo avaliativo que contemple suas nuances¹².

A nova arquitetura clínica e institucional representada pelo CAPS³⁸ coloca-o como espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com o sofrimento psíquico de maneira diferente da tradicional, requerendo também a construção de novos conceitos³⁹ para uma adequada aproximação e análise desses novos serviços.

Tais conceitos originariam-se das interações estabelecidas entre os campos da saúde coletiva – já que a reforma psiquiátrica insere-se nos planos das políticas públicas de saúde⁵ – e da saúde mental, que sustenta ações ética e clinicamente orientadas às especificidades de um grupo social portador de um traço comum, no caso a “loucura”, e a exclusão social^{40,41}.

A interação dessas três áreas – saúde coletiva, saúde mental e clínica – é complexa e marcada por convergências, tensões e antagonismos que imprimem peculiar conformação aos CAPS. Por essa razão, o esforço de compreensão e análise dos processos de gestão, assistência e avaliação desses serviços irá requerer um *instrumental metodológico* específico que contemple a pluralidade e interdisciplinaridade que os constituem^{25,42,43}.

O desenvolvimento desse instrumental a partir da saúde coletiva – mas comprometido com uma postura essencial e necessariamente interdisciplinar – parece-nos o mais apropriado para fazer frente ao desafio de realizar um processo avaliativo sistemático dos CAPS neste dado momento histórico.

Proposta metodológica

Paradigma construtivista e interpretativo

Situadas na confluência de diversas disciplinas, as pesquisas e práticas na saúde coletiva e na saúde mental constituem-se em pano de fundo privilegiado para o debate em torno da oposição entre abordagens qualitativas e quantitativas. A formação de consensos entre defensores do uso de métodos quantitativos e/ou qualitativos parece situar-se num distante e improvável horizonte, havendo discursos que apontam tanto para a compatibilização de diversas ordens entre os dois referenciais^{44,45,46,47}, como autores que advogam a incompatibilidade paradigmática desses referenciais⁴⁸.

A nosso ver, os termos *quantitativos* e *qualitativos* remetem para além das técnicas utilizadas na coleta ou geração de informações⁴⁹, constituindo-se como paradigmas na acepção de Khun⁵⁰, ou seja, um conjunto de suposições interligadas e relativas ao mundo social, proporcionando referencial filosófico para o estudo organizado deste mundo. Ou ainda, segundo Morin⁴⁵ (p. 89), o paradigma como “*aquilo que está no princípio da construção das teorias, o núcleo obscuro que orienta os discursos teóricos neste ou naquele sentido*”.

As questões ontológicas (relativas à constituição e estrutura da natureza da realidade social), as epistemológicas (relativas às condições e limites estruturais que sustentam o processo de conhecimento, a relação entre sujeito e objeto e a origem, limites e natureza do conhecimento humano) e as questões metodológicas (relativas às condutas ou regras a serem seguidas para analisar ou compreender o objeto) seriam interligadas e essencialmente distintas nos paradigmas quantitativos e qualitativos⁴⁸.

O paradigma pós-positivista, baseia-se em uma ontologia realista que pressupõe a existência de uma realidade independente do observador e de seus interesses, regida por leis naturais da qual será extraído o conhecimento. A epistemologia, neste paradigma, é dualista, calcada na objetividade da relação sujeito-objeto. A metodologia é pouco permeável ao contexto e busca estabelecer o objeto em sua essência.

O paradigma construtivista ou naturalista baseia-se numa perspectiva ontológica relativista, que considera a existência de múltiplas realidades socialmente construídas, não governadas por leis naturais. Neste caso, a “*verdade*” é definida a partir de consensos. A epistemologia, neste paradigma, é subjetivista, considerando a interação e reconstrução mútua entre objeto, investigador e realidade. Finalmente, a metodologia neste paradigma é hermenêutica, envolvendo contínua e dialética interação, análise, críticas e novas análises.

Considerando-se que é justamente nas idéias de transformação e mudança que reside a força do referencial construtivista ou interpretativo ⁵¹, preconizamos o desenvolvimento de investigações relativas às novas iniciativas em saúde mental no interior deste paradigma, de modo a simultaneamente compreender, analisar e efetivar mudanças na reforma psiquiátrica em curso.

O reconhecimento da complexidade, coerência e articulação interna entre os componentes dos paradigmas quantitativo e qualitativo não significa considerá-los incompatíveis de maneira absoluta. Assim sendo, uma vez definida a finalidade da pesquisa e, conforme o caso, percebendo-se a pertinência de valer-se da integração entre os dois referenciais, deve-se operar a partir da premissa de que um deles cumprirá o papel de subsidiário do outro, havendo um referencial maior e determinante, calcado no modo de conceber a realidade, a relação sujeito-objeto e a própria finalidade da ciência. Será sempre uma integração avessa à fusão, muito mais próxima da alegoria da imbricação: os dois referenciais dispostos de modo a que só em parte sobreponham-se um ao outro, como as telhas de um telhado ou as escamas de um peixe.

Avaliação qualitativa

Seria possível efetivar um processo avaliativo que contemplasse as questões do avaliador-pesquisador e também dos grupos diretamente implicados na condução de um programa ou serviço, de tal modo a conjugar uma certa externalidade, garantida pelo primeiro, com as questões construídas e decantadas ao longo de anos de envolvimento direto com o tema, provenientes destes últimos? Seria possível adentrar em questões oriundas do próprio processo de trabalho ou de efeitos não previstos? Quais questões seriam consideradas pertinentes pelos trabalhadores, usuários, gestores e outros grupos de interesse? Que aspectos do cotidiano suscitam questões e que, se consideradas,

poderiam aumentar as chances de utilização dos resultados da avaliação?

Como já afirmaram Schraiber & Nemes ⁵², não se trata de avaliar um procedimento ou uma técnica isoladamente nem se restringir ao impacto de uma intervenção mediante categorias clássicas da epidemiologia. Avaliar envolveria a consideração de várias ordens de problemas, o que aponta para a necessidade de superar as avaliações instrumentais baseadas nas normas fixas da clínica e da epidemiologia.

Interessa-nos aumentar o grau de compreensão dos *processos* envolvidos nos novos serviços de saúde mental. Faz-se necessário conhecer o conteúdo da caixa preta que se interpõe entre os objetivos explicitados e os resultados alcançados pelos novos serviços.

A novidade representada pelo processo de desinstitucionalização da assistência em saúde mental faz emergir a necessidade de compreensão crítica da efetivação desta nova política de prestação de cuidados. Por seu turno, a pesquisa avaliativa neste contexto deveria possibilitar: (1) a inclusão de diferentes pontos de vista e valores dos envolvidos com os novos serviços; (2) viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação; (3) considerar o inevitável caráter político da pesquisa em geral e da pesquisa avaliativa em particular e (4) emponderar os grupos envolvidos com os serviços (trabalhadores e usuários), possibilitando que se apropriem dos conhecimentos ligados à realização de um processo avaliativo.

É urgente a superação de algumas questões da avaliação clássica, via de regra centrada no avaliador, nos resultados e em suas expressões numéricas. A inclusão de diversos atores envolvidos com os serviços, a consideração de seus diferentes valores e pontos de vista, bem como a preocupação com a utilização dos resultados do processo investigativo nos parece divisores de água na constituição de processos avaliativos participativos.

O objeto

Para Gadamer ⁵³, são o presente e seus interesses que interpelam o investigador. Assim, é o presente e suas questões não compreendidas, elevadas à forma de uma pergunta, que fazem possível o destaque do objeto. O pesquisador então volta sua atenção para o passado e as tradições, sendo na fusão desses dois horizontes (passado-presente) que o objeto de estudo se destaca.

O conceito de destaque do objeto de estudo nos parece apropriado na medida em que não amputa o objeto de suas condições de pro-

dução, pois aquilo que é destacado ressalta ao mesmo tempo aquilo *do qual* se destaca⁵³. Em nosso caso, as questões não compreendidas dos CAPS – que representam a grande aposta de Reforma Psiquiátrica brasileira – deve nos levar à busca pelo passado e pelas tradições da área.

O que a saúde coletiva e a saúde mental trazem de seus respectivos percursos e bagagens históricas para o desenho das políticas e dos serviços substitutivos de saúde mental na atualidade? Interpelados pelos impasses oriundos dos novos serviços de saúde mental, buscamos respostas às questões: como de fato eles têm funcionado no cotidiano? Como organizam os processos de trabalho e que formas neles assume a gestão? Qual ou quais modelos de clínica vem ou vêm se desenvolvendo? Com quais estratégias de formação estão sendo preparados seus trabalhadores? Quais os dilemas ou entraves existentes na relação dos novos serviços com outros equipamentos da rede SUS? Como estão se organizando e funcionando as equipes dos CAPS? Como, no cotidiano dos Serviços os modelos de gestão e de atenção estão se articulando?

Como podemos observar, e concordando com Gadamer⁵³, o problema da aplicação está sempre, e desde o começo, definido pelo objeto. Para a metodologia gadameriana, o destaque do objeto já opera uma aplicação, pois é no contexto desta última que se faz possível o seu destaque.

Isto implica que no bojo da escolha do objeto deverá estar contida preocupação por delinear saídas para os problemas concretos que venham a ser detectados na atenção prestada nos serviços substitutivos (CAPS) do Sistema Público de Saúde, gerando subsídios para a tomada de decisão em diversos níveis.

Técnicas de coleta de dados

Naturalmente, as formas de coleta de dados serão decorrentes das “*escolhas*” paradigmáticas e metodológicas. Em nosso caso, citamos duas dentre outras possíveis e pertinentes ao que vimos discutindo anteriormente.

- **Identificação dos grupos de interesse**

A inclusão de representantes de diferentes segmentos envolvidos em um programa ou serviço, na qualidade de seus trabalhadores ou beneficiários (“*stakeholders*”), vem sendo defendida por diversos autores para aumentar a chance de utilização dos resultados da pesquisa⁵⁴, para estimular a participação, a capacitação e o desenvolvimento dos envolvidos⁵⁵, para a consideração dos diferentes interesses,

questões e reivindicações existentes⁴⁸, para revelar as aprendizagens silenciosas do cotidiano⁵⁶ e propiciar espaço para negociações e trocas simbólicas entre os envolvidos⁵⁷.

Os gerentes dos CAPS, trabalhadores da assistência, nível central de administração municipal, usuários e familiares constituem-se grupos de interesse *a priori*, sendo que outras categorias podem ser eventualmente incluídas se consideradas as características de cada local. Os grupos de interesse podem ser abordados utilizando-se a técnica de grupos focais.

- **Grupos focais**

Grupos focais vêm sendo amplamente utilizados nas áreas da saúde, educação e sociologia para a captação de dados e para a avaliação de programas e serviços⁵⁸ mostrando-se pertinentes em processos de avaliação participativa.

O grupo focal é uma técnica que permite a obtenção de dados a partir de sessões grupais entre pessoas que compartilham um traço em comum. Tais grupos permitem a coleta de informações relevantes sobre um determinado tema, possibilitando a apreensão não somente do que pensam os participantes, mas também do porquê eles pensam de determinada forma, além de possibilitar a observação da interação entre seus componentes e os diferentes graus de consensos e dissensos existentes^{59,60}.

Tratamento e interpretação dos dados

Em um desenho hipotético de pesquisa, como vimos esboçando neste artigo, podem surgir, dentre outros, dados relativos aos modelos de gestão assistencial, formação dos trabalhadores da saúde e decorrências da institucionalização. Neste caso, deverão ser considerados a partir de uma abordagem que permita conjugar análise e interpretação com a construção de novas alternativas, tarefa para a qual propomos a utilização da hermenêutica crítica utilizada por Ricoeur^{61,62}, por sua vez inspirada na hermenêutica gadameriana⁵³.

É nosso entendimento que a interpretação é composta de dois movimentos: análise e construção^{11,63}, sendo a análise necessária para a compreensão aprimorada dos fenômenos em curso, e a construção⁶⁴ à maneira de uma narrativa, fundamental para a formulação de propostas e elaboração de novos sentidos que poderiam ser agenciados por trabalhadores e gestores no aprimoramento da atenção em saúde mental no Brasil.

Como ressaltado por Gadamer⁵³, a hermenêutica não deve ser considerada uma meto-

dologia no sentido cartesiano, mas uma postura interrogativa que se aplicaria fundamentalmente ao estudo de textos. Assim, considerando-se a abordagem hermenêutica, pode-se trabalhar o material produzido pelos grupos focais (ou outras fontes) da seguinte forma:

1. Após a primeira aproximação do material gerado nos grupos focais, faz-se uma primeira interpretação das narrativas ali produzidas, considerando o material como unidade narrativa;
2. Após essa construção narrativa, empreende-se uma segunda fase de interpretação confrontando as narrativas produzidas entre si: seus diálogos, convergências, diferenças e pontos de recalque. O produto dessa fase será considerado como uma meta-narrativa;
3. Finalmente, pode-se realizar uma terceira volta hermenêutica visando à interpretação dessa meta-narrativa e ao contexto da produção histórico-social tanto da saúde coletiva brasileira quanto da saúde mental. Nesse momento, busca-se identificar a presença das várias tradições dessas duas áreas e, novamente, seus pontos de diálogo, interação, convergências, diferenças e recalques;
4. O produto dessas três etapas de trabalho deverá ser apresentado e discutido com os participantes dos grupos de interesse, sendo suas considerações incluídas no relatório final.

Dessa maneira, procuraremos cumprir com o postulado hermenêutico de passar várias vezes pelo mesmo lugar e que caracteriza o círculo hermenêutico. Círculo que, no dizer de Gadamer⁵³, não deve ser visto como “*círculo vicioso*” pois, apesar de ser obrigado a passar pelo mesmo lugar, passa sempre em uma latitude diferente, de maneira que “*quando se logra compreender, compreende-se sempre de maneira diferente*”⁵⁴ (p. 444).

Considerações finais: um processo avaliativo qualitativo na interface entre a saúde coletiva e a saúde mental

Toda ação social desenvolve-se em um contexto de complexidade crescente, envolvendo vários atores sociais, portadores de papéis, interesses, lógicas e linguagens diversos e não raramente contraditórios.

A ação avaliativa nos CAPS é uma ação social singular, desenvolvida em ambientes complexos, nos quais dificilmente se poderia atribuir significado específico a um elemento sem considerar a lógica e a interferência de outros, sobretudo no contexto da desinstitucionalização de programas e serviços⁶⁵.

A partir dessa constatação, Mercier⁶⁵ estabelece algumas proposições, dentre as quais: (1) a escolha das questões da avaliação determina o grupo de interesse por ela privilegiado; (2) os métodos epidemiológicos e quase-experimentais são pouco úteis para a intervenção direta; (3) existem, em avaliação, abordagens mais aptas que outras para favorecer a articulação entre intervenção e pesquisa; (4) a utilização de dados da avaliação visando ao planejamento de intervenções pode acarretar efeitos perversos aos usuários.

Criar alternativas à hegemonia do aspecto financeiro na análise de intervenções, minimizar eventuais efeitos perversos aos grupos nelas implicados⁶⁶, considerar a complexidade do serviço e de sua inserção no contexto, compreender melhor os componentes e formas de articulação da ainda novidade representada pelos CAPS, parecem ser alguns dos benefícios da instauração de processos avaliativos participativos nesses centros.

Considerando que, no Brasil, setores progressistas da reforma psiquiátrica ocupam lugar de destaque na formulação e na condução executiva das mudanças em saúde mental, acreditamos ser oportuno incluir no processo de avaliação dos dispositivos criados para a implementação da reforma, atores que, de alguma forma, mantêm-se à margem do processo, em posturas essencialmente críticas, o que pode reduzir eventuais pontos cegos dos gestores e formuladores de políticas⁶⁷.

A avaliação sistemática dos CAPS, de suas relações com a rede de serviços gerais de saúde, do seu exercício do papel “ordenador” da rede e a elucidação das formas sob as quais esse papel é ou não exercido poderiam subsidiar reformulações e acertos de rumo das políticas vigentes para a área, visando o incremento de sua eficácia.

Resumo

Trata-se de discussão preliminar sobre possível instrumental metodológico para pesquisa avaliativa da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do SUS. Problematiza-se a relevância que a área da saúde mental deveria ter para a saúde coletiva, considerando a alta prevalência de transtornos psíquicos e relativa carência de estudos da interface dessas áreas. Destacam-se as características dos CAPS para demonstrar que são serviços particularmente complexos. Considera-se imprescindível a aproximação das duas áreas para a constituição de um campo interdisciplinar de saberes e práticas, e aponta-se a necessidade dessa convergência para o desenvolvimento de um processo avaliativo sistemático dos CAPS. Levando-se em conta a complexidade do objeto e visando gerar subsídios para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, com base em instrumentos da pesquisa avaliativa, propõe-se: a importância de se resgatar a participação de diversos atores no processo avaliativo, a necessidade de coletar e sistematizar diversos estudos desenvolvidos na academia sobre o tema, e a importância de promover um novo território de pesquisa no âmbito das políticas públicas de saúde, que possa subsidiar formuladores, gestores e equipes na reformulação de suas práticas.

Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Avaliação dos Serviços

Colaboradores

Ambos os autores participaram integralmente do desenho do estudo, da pesquisa bibliográfica e da redação do texto.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2001.
2. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Ministério da Saúde. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2002.
5. Delgado PG, Gomes MPC, Coutinho ESF. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. Cad Saúde Pública 2001; 17:452-3.
6. Furtado JP, Bagnola EPP, Sordi GS, Romanelli R. Le déplacement des patients et des professionnels vers la communauté dans un service de santé mentale à Campinas, Brésil. In: Annales du VI^{ème} Congrès Mondial de Réhabilitation Psychosociale. Geneva: World Health Organization; 2000. p. 60-1.
7. Ministério da Saúde. Programa permanente de capacitação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica. Brasília: Área Técnica de Saúde Mental, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde; 2002.
8. Onocko-Campos R, Amaral M, Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional. In: Merhy EE, Onocko-Campos R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 353-72.
9. Onocko-Campos R. O planejamento no divã ou análise crítica de uma ferramenta na gênese de uma mudança institucional [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
10. Onocko-Campos R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde Debate 2001; 25:98-111.
11. Onocko-Campos R. La gestion: espace d'intervention, d'analyse et de spécificités techniques. Pratiques: Les Cahiers de la Médecine Utopique 2003; 22:139-54.
12. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2001; 6:165-82.
13. Goldberg JI. A doença mental e as instituições – a perspectiva de novas práticas [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1992.
14. González-Uzcátegui R, Levav I, organizadores. Reestructuración de la atención psiquiátrica. Bases conceptuales y guías para su implementación. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/Milan: Instituto Mario Negri; 1991.
15. Desviat M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
16. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório final. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde; 1988.

17. Yasui S. Caps: aprendendo a perguntar. *Saúde-Loucura* 1991; 1:47-60.
18. Brasil. Portaria n. 224/92. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. *Diário Oficial da União* 1992; 2 set.
19. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
20. Silva LBC. Doença mental, psicose, loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um Hospital-Dia. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
21. Zusmam JA. Centro de atenção diária Luis Cerqueira (IPUB): a formação de um modelo. *J Bras Psiquiatr* 1998; 47:119-23.
22. Campos GWS. A reforma da reforma: repensando a saúde. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
23. Melman J. Família e doença mental. São Paulo: Escrituras; 2001.
24. Nicácio MFS. O processo de transformação em saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1994.
25. Amarante P, Torres EHG. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. *Saúde Debate* 2001; 25:26-34.
26. Campos GWS. Gestión en salud, en defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.
27. Garcia C. Psicanálise, psicologia, psiquiatria e saúde mental: interfaces. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa; 2002.
28. Braga-Campos FCB. O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2000.
29. Kirschbaum DIR. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? *CADERNOS DO IPUB* 2000; 6:15-36.
30. Fraga APV. Repercussões subjetivas do atendimento a psicóticos em profissionais de saúde mental [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 1997.
31. Enriquez E. Vida psíquica e organização. In: Motta F, Freitas ME, organizadores. *Vida psíquica e organização*. São Paulo: Editora FGV; 2000. p. 11-22.
32. Motta F, Freitas ME, organizadores. *Vida psíquica e organização*. São Paulo: Editora FGV; 2000.
33. Kaës R. O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
34. Kaës R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: Kaës R, Bleger J, Enriquez E, Fornari F, Fustier P, Roussillon R, Vidal JP, organizadores. *A instituição e as instituições*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1991. p. 1-39.
35. Mazarina I. Trabalhador da saúde mental: encruzilhada da loucura. *SaúdeLoucura* 1991; 1:69-74.
36. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Editora Hucitec; 2000.
37. Loureau R. A análise institucional. Petrópolis: Editora Vozes; 1995.
38. Delgado PG. A nova arquitetura da clínica. In: Goldberg J, organizador. *Clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Te-Corá; 1996. p. 191-213.
39. Amarante P. Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica. In: Quinet A, organizador. *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001.
40. Carvalho FZF. Teoria e clínica no CERSAM. *Metropolá* 1999; 1:39-41.
41. Tenório F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001.
42. Almeida PF, Escorel S. Da avaliação em saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde Debate* 2001; 25:35-47.
43. Carvalho AL, Amarante P. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. *Saúde Debate* 1996; (52):74-82.
44. Cook TD, Reichardt CHS. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. 3ª Ed. Madrid: Morata; 1997.
45. Morin E. Ciência com consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1996.
46. Gendron S. L'alliance des approches qualitatives et quantitatives en promotion de la santé: vers une complémentarité transformatrice. *Ruptures* 1996; 3:158-72.
47. Haldemann V, Levy R. Ecuménisme méthodologique et dialogue entre paradigmes. *Ruptures* 1996; 3:244-55.
48. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1989.
49. Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2004.
50. Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 1987.
51. Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research*. 2nd Ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
52. Schraiber LB, Nemes MIB. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. *Cad FUNDAP* 1996; 19:106-21.
53. Gadamer HG. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Editora Vozes; 1997.
54. Patton MQ. Utilization-focused evaluation. Beverly Hills: Sage Publications; 1997.
55. Feuerstein MT. Avaliação: como avaliar programas de desenvolvimento com a participação da comunidade. São Paulo: Paulinas; 1990.
56. Lehoux P, Levy R, Rodrigue J. Conjuguer la modélisation systémique et l'évaluation de quatrième génération. *Ruptures* 1995; 2:56-72.
57. Furtado JP. A avaliação como dispositivo [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2001.
58. Wiggins GS. The analysis of focus groups in published research articles. *Canadian Journal of Program Evaluation* 2004; 19:143-64.
59. Westphal ME, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas

- educativos em saúde no Brasil. Bol Oficina Sanit Panam 1996; 120:472-82.
60. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997.
61. Ricoeur P. Interpretação e ideologias. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora; 1990.
62. Ricoeur P. Tempo e narrativa. Tomo I. Campinas: Papirus Editora; 1997.
63. Roudinesco E, Plon M. Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998.
64. Freud S. Construções em análise. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1975. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXIII.).
65. Mercier C. L'évaluation des programmes d'intervention en milieu naturel. Canadian Journal of Program Evaluation 1990; 5:1-16.
66. Onocko-Campos R. O planejamento no labirinto, uma viagem hermenêutica [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2001.
67. Scarcelli IR. Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão social no campo da saúde mental [Tese de Doutorado]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2002.

Recebido em 06/Dez/2004

Versão final reapresentada em 18/Jul/2005

Aprovado em 12/Set/2005