

Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental

Rosana Onocko Campos

rosanaoc@mpc.com.br

Departamento de Medicina Preventiva e Social Faculdade de Ciências Médicas, CP 6111 Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP CEP 13083-970, Campinas, SP, Brasil.

Resumo

Background: Considerando a importância, a complexidade e os investimentos sociais, políticos e orçamentários que envolvem os CAPS, realizou-se a *Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental*. Analisaram-se os principais aspectos inerentes à rede de CAPS: os modelos assistenciais, de gestão e de formação dos trabalhadores dos CAPS. Buscou-se, ainda, avaliar os efeitos da institucionalização dos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica nestes equipamentos, além de oferecer elementos que contribuam para o aperfeiçoamento da Reforma Psiquiátrica no país. **Método:** pesquisa avaliativa qualitativa, sustentada pela hermenêutica gadameriana. O Campo foi desenvolvido na cidade de Campinas/SP durante o período de 2006-2007. Os dados foram coletados por meio de 20 grupos focais, realizados com diferentes grupos de interesse. Após a transcrição do material gravado destes grupos, foram construídas narrativas de cada um deles, seguindo o referencial teórico de Ricoeur. Na segunda rodada, estas narrativas foram apresentadas aos participantes, que puderam contestá-las, corrigi-las e validá-las, constituído material posteriormente trabalhado em oficinas. **Resultados:** identificaram-se pontos fortes e fragilidades no que concerne a atenção à crise, articulação com a rede, formulação de projetos terapêuticos, organização em equipes de referência, formação educacional e sofrimento psíquico. Por sua vez, esses resultados foram processados por meio de oficinas junto a diversos atores, constituindo bases sobre as quais foram definidos indicadores e parâmetros de avaliação.

Palavras-chaves: Avaliação de Programas e Serviços; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Centros de Atenção Psicossocial; pesquisa participante; Saúde coletiva.

Introdução

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – são considerados serviços estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental num determinado território, bem como para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira^{1,3}.

Considerando a importância, a complexidade e os investimentos sociais, políticos e orçamentários que envolvem os CAPS, realizamos a *Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental*. Tratou-se de um projeto desenvolvido ao longo de 2 anos na Universidade Estadual de Campinas, junto da Universidade Federal Fluminense, e financiado pelo CNPq, em convênio com o Ministério da Saúde (Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT/ CT- Saúde- n 07-2005). Nele, associamos temáticas e categorias que vimos desenvolvendo dentro da saúde coletiva, como gestão e subjetividade^{11,13}, com a avaliação qualitativa, participativa e construtivista^{2,4,6,14}, considerando questões relativas à institucionalização das políticas públicas de saúde mental para os novos serviços³ e às vicissitudes identificadas pelos trabalhadores e usuários em seus cotidianos de trabalho ou na frequência aos serviços^{7,8,10}.

Metodologia

Esta pesquisa avaliativa utilizou-se de uma abordagem qualitativa, sustentada pela hermenêutica gadameriana⁵. O Campo foi desenvolvido na cidade de Campinas/SP, em função da complexidade e extensão do seu sistema de saúde mental e do pioneirismo na implantação de seis CAPS III. Os dados foram coletados por meio de 20 grupos focais⁹, realizados com os grupos de interesse ou *stakeholders*⁶: 12 grupos com trabalhadores de cada um dos 6 CAPS, 2 grupos com o colegiado municipal de saúde mental, 2 grupos com os gerentes de cada CAPS envolvido, 2 grupos com familiares de usuários dos 6 CAPS e 2 grupos com os próprios usuários destes equipamentos. Esses grupos foram realizados em duas etapas. Na primeira, havia um roteiro com questões disparadoras da discussão, abrangendo as temáticas de interesse da pesquisa. Após a transcrição do material gravado destes grupos, foram construídas narrativas de cada um deles, seguindo o referencial teórico de Ricoeur^{15,16}. Na segunda rodada, compostas pelos mesmos grupos, sem perdas significativas de sujeitos, estas narrativas foram apresentadas aos participantes, que puderam contestá-las, corrigi-las e validá-las.

Em posse do material transcrito da segunda rodada de grupos focais, foram construídas novas narrativas, que, juntamente com aquelas dos primeiros grupos, foram analisadas e constituíram-se material base para as oficinas de construção de parâmetros e dispositivos avaliativos, que aconteceram posteriormente.

As oficinas, além de intensificar e incrementar a participação dos diversos atores envolvidos no processo de construção do material de campo, objetivaram o processamento dos resultados da pesquisa. Para tanto, a participação foi ampliada, incluindo, além dos grupos de interesse descritos para a realização dos grupos focais, trabalhadores de outros serviços da Rede, como SAMU, UBS's, Centros de Convivência, supervisores de CAPS, abrangendo cerca de 300 participantes. Procuramos assim nos valer de uma técnica de criação de consenso que diversificasse e ampliasse a participação e não das já consagradas consultas a especialistas como acontece na técnica de Delphi. O objetivo de nossa inovação foi radicalizar a pactuação dialógica entre os múltiplos grupos de interesse envolvidos.

Foram realizadas 10 oficinas em duas rodadas, divididas pelas seguintes temáticas: 1) Concepção de CAPS, 2) Projeto terapêutico individual e práticas grupais, 3) Atenção à crise, 4) Formação profissional e sofrimento dos trabalhadores e 5) Gestão. O tema sobre as relações com a Rede permaneceu transversal a todas as oficinas. Na primeira rodada, apresentamos aos participantes uma lista de “problemas”, “controvérsias” e “soluções” relativos a cada tema que identificamos nas narrativas dos grupos focais, os participantes elegeram quais lhes pareciam merecedores de um monitoramento avaliativo. Na segunda rodada, as mesmas oficinas procederam à elaboração de parâmetros e dispositivos avaliativos, que pudessem ser adotados para o monitoramento.

A inovação metodológica apontamo-la na utilização da abordagem narrativa para o tratamento do material produzido pelos grupos focais, assim também no manuseio posterior dos textos produzidos com a extração dos núcleos argumentais e sua transformação nas oficinas em indicadores e analisadores. Essa inovação metodológica, poderíamos dizer com Gadamer, foi - de certa maneira - provocada pelo presente dos pesquisadores e seus interesses. Mas também levou-nos a ela o nosso próprio objeto de pesquisa: para além das portarias reguladoras há pouco material escrito sobre as caixas pretas dos processos de trabalho nos CAPS, locais tão interessantes e nos quais acontecem trocas tão intensas e marcadas pelo ineditismo que a loucura provoca a todo momento.

Foi nessa busca por deixar vir à tona histórias *não-ainda-narradas* que a possibilidade de explorar a narratividade se destacou para nós. E tomada essa decisão, não queríamos somente contar uma história, única e cronologicamente arranjada (como poderia ter sido feito

à maneira etnográfica, por exemplo), queríamos compreender os processos e as trocas que acontecem e recheiam o dia-a-dia nos CAPS, por isso a construção de um texto a partir dos debates coletivos, por isso mais uma escolha: a de aumentar o número e a diversidade de atores na transformação de núcleos argumentais em analisadores e indicadores por meio das oficinas.

Resultados

A seguir, apresentamos os principais resultados da pesquisa, divididos pelos temas adotados nas oficinas acima descritas.

Formas de atenção ao usuário em momentos de crise: todos os atores que participaram do campo da pesquisa avaliam positivamente a permanência do usuário junto da mesma equipe nos momentos de crise e reconhecem ser este um importante diferencial em relação ao modelo hospitalar. Usuários e familiares definiram a rede de saúde mental (em que se destacam o CAPS e o SAMU) como continente, enquanto profissionais e gestores identificaram dificuldades de formar parcerias. Apontou-se também a dificuldade em receber e acompanhar, sobretudo à noite e nos finais de semana, pacientes ainda desconhecidos pela equipe. Nesses períodos críticos, de modo geral, trabalham no CAPS apenas profissionais de enfermagem, num esquema de plantão. Além disso, destacou-se a necessidade de objetivação dos critérios de indicação de leitos-noite, os quais têm sido utilizados no limite de sua capacidade instalada ou acima dela. Isto colocou em evidência duas concepções antagônicas de crise: aquela ligada à emergência de sintomas a serem aplacados e aquela que compreende o momento como de extrema fragilidade e oportunidade de reconstruções. Observa-se ainda que não há acompanhamento sistemático dos usuários internados em leitos psiquiátricos fora do CAPS. Usuários e familiares queixam-se do sumiço de seus pertences pessoais quando do uso do leito noite.

O dispositivo avaliativo proposto para este tema foi a criação de um grupo de apoio composto por profissionais dos vários CAPS, a ser acionado para avaliação de risco ampliada quando uma equipe considerar a possibilidade de encaminhar algum usuário para internação em hospital. Os principais indicadores e parâmetros construídos foram: - a verificação periódica da taxa de ocupação e permanência nos leitos;- a porcentagem de atendimentos à pacientes em crise sem ocupação de leitos; - a porcentagem de usuários encaminhados para uso de leitos em outros serviços; - a porcentagem de usuários com diagnóstico de comorbidade que demandam acompanhamento intensivo.

Além disso, propôs-se que os serviços se interroguem sistematicamente sobre a necessidade de verificar: dosagem e eventuais associações entre medicações, revisão sistemática da prescrição em momentos de crise, avaliação dos pacientes em uso de leito-noite, intensificação do acompanhamento oferecido às famílias e dos atendimentos nas situações de crise, estabelecimento de comunicação entre os profissionais sobre os motivos do uso do leito e da alta, compartilhamento das decisões com a família. Foi também proposto explicitar os critérios de encaminhamento para internação em outros serviços assim como garantir o acompanhamento de eventuais internações, além da disponibilidade do serviço para a atenção domiciliar aos pacientes em crise.

Projeto Terapêutico Individual (PTI) e Profissional/Equipe de Referência: A elaboração de um plano de acompanhamento dos pacientes é um instrumento assimilado e consolidado nos serviços. Embora haja preocupação para que não se torne protocolar e que respeite a singularidade dos usuários, reconhece-se que o PTI não é avaliado periodicamente. O trabalho em equipe de referências permite a discussão dos casos e melhor conhecimento deles. Porém, dentro dessas equipes, as práticas de acompanhamento costumam se concentrar, predominantemente, no “profissional de referência”. Essa redivisão implica na constituição de importantes relações de confiança, mas pode incorrer numa dificuldade de compartilhamento de responsabilidades pelo caso. Outro problema diz respeito ao número de usuários por profissional de referência, avaliado como excessivo por esses últimos, o que compromete a particularização do acompanhamento dos pacientes.

Para este tema, os principais parâmetros avaliativos construídos dizem respeito a verificação periódica da porcentagem de usuários que: utilizam outros recursos da rede; que tiveram seu PTI discutido no último ano; que são atendidos por outros profissionais, além do seu referência. Com relação aos trabalhadores, foi proposto verificar a porcentagem desses que participam de alguma atividade intersetorial. Os dispositivos construídos englobaram a criação de oficinas para os trabalhadores, com objetivo de apresentar e discutir o trabalho que fazem e o referencial teórico que adotam, assim como criação de oficinas voltadas para usuários e familiares com o objetivo de esclarecê-los acerca dos principais medicamentos utilizados e das formas de estruturação do serviço.

Além disso, construíram-se algumas perguntas que devem acompanhar a prática dos serviços: se pelo menos dois casos diferentes são discutidos pela equipe de referência por semana, e a existência de PTI para todos os usuários.

Práticas de grupo: acontecem em todos os CAPS, sob diversas modalidades, porém não são discutidos ou supervisionados entre os profissionais. Os usuários reconhecem nos grupos um

importante espaço de aprendizagem e trocas, enquanto que os familiares os descrevem como oportunidades de suporte, mas pedem que aconteçam em horários que lhes sejam viáveis como aos sábados e à noite.

Várias questões foram propostas para a avaliação constante das atividades grupais realizadas. Destacamos a discussão acerca das práticas grupais, de planejamento dos recursos que lhes são necessários e das competências necessárias para desenvolvê-las. Sugeriu-se também especial atenção à existência de grupos para familiares e critérios para participação nos mesmos, bem como a inclusão de usuários na construção e avaliação dos grupos oferecidos. Levantou-se a necessidade de mapear os grupos existentes dentro e fora do território do CAPS, assim como o estabelecimento de parcerias com outros serviços da rede para a realização de grupos.

Gestão: A responsabilidade do gestor com a clínica desenvolvida é reconhecida e as passagens de plantão são consideradas o dispositivo privilegiado de contato com o cotidiano do serviço. Identifica-se como problemática a cisão entre o modo de funcionamento dos plantões diurnos e noturnos, sendo que estes últimos estruturam-se de maneira semelhante às rotinas dos hospitais psiquiátricos. Aponta-se também a inexistência de um plano de cargos e salários, isonomia e avaliação dos trabalhadores. Outra questão diz respeito às supervisões clínicas e institucionais dos Caps, que embora valorizadas, prescindem de instâncias de acompanhamento e avaliação. Há, ainda, dificuldades de gerenciamento de médicos por profissionais não médicos e contradições ligadas ao fato de os Caps oferecerem assistência 24h de enfermagem, mas não de equipe multidisciplinar.

Acerca desse tema, foram construídas propostas de monitoramento: da participação regular do gestor dos CAPS nos fóruns intersetoriais; das intervenções do CAPS no território; das atividades que incluem familiares; da presença de Conselho Gestor e outros arranjos de coletivização da gestão; das assembleias (regularidade, composição e impacto no cotidiano institucional). Propôs-se ainda que os serviços se perguntem constantemente sobre a participação dos gestores nas decisões clínicas e na construção dos PTIs, bem como sobre a existência de supervisão clínico-institucional, de formação continuada, de atenção interdisciplinar na atenção à crise à noite e nos finais de semana e de participação da equipe noturna na discussão dos PTIs.

Concepção de Caps/ articulação na rede: alguns CAPS da rede se definem como “alternativos” ao manicômio e outros como substitutivos; conseqüentemente, diferem entre si quanto ao número de internações psiquiátricas que indicam. Há diferenças também quanto à construção de parceria com a rede (potencializada nos CAPS sob gestão direta da secretaria

municipal de saúde) e a gestão do cotidiano (facilitada nos Caps sob administração de uma Ong, em co-gestão com a prefeitura). Os coordenadores de Unidades Básicas têm uma idéia vaga e distorcida sobre o trabalho do CAPS, o que, no entanto, não interfere no número de pacientes que encaminham para a saúde mental. Também os Agentes de Saúde estudados desconhecem a função dos CAPS e praticam ações de saúde mental baseados no bom senso.

Para esse tema, as oficinas sugeriram a medição periódica das ações organizadas pelos fóruns e conferências intersetoriais e a criação de um Fórum regular dos CAPS. Também propuseram a constituição de Conselhos Locais nos Caps onde os mesmos inexistem, bem como o registro dos encontros e da prestação de contas realizados nos serviços que possuem Conselho Local. Sobre a relação do CAPS com a rede, propuseram que os serviços: tomem conhecimento das concepções que as UBSs possuem do trabalho dos CAPS; identifiquem o número de serviços que compartilham projetos com o CAPS; façam o mapeamento do percurso do usuário pela rede, até chegar ao CAPS; adequem os CAPS à portaria 336; e qualifiquem a alimentação oferecida.

Formação Educacional e Sofrimento Psíquico: Os trabalhadores dos CAPS detectam que o contato com a loucura e com as carências sociais dos usuários, associado ao grande número de usuários, falta de recursos e dificuldades de diálogo com a rede de serviços, são geradoras de sobrecarga e de sofrimento. Também reconhecem uma fonte de sofrimento no relacionamento entre a própria equipe, cujas principais dificuldades localizam-se na relação com a hierarquia institucional (pior quanto mais verticalizado), principalmente para os profissionais de enfermagem de nível médio. Estes apontam que a organização dos plantões noturnos e de finais de semana se aproxima da lógica hospitalar, ocasionando maior angústia, já que lhes obriga, na maioria das vezes, a ficar em contato direto com os pacientes em crise, por períodos prolongados e a tomarem, sozinhos, decisões importantes sobre os casos. Os trabalhadores ainda citaram a não delimitação entre os espaços abertos aos usuários e aqueles privativos aos trabalhadores, como fonte de estresse.

Por todos os fatores citados acima, identificam várias doenças que desenvolvem como resultado de somatizações do sofrimento pelo/no trabalho. Mas também reconhecem as passagens de plantões, reuniões de equipe e supervisões, como formas de auxiliar a lidar com o sofrimento, além de considerarem as supervisões clínicas e institucionais como espaço de formação permanente.

Para esse tema foi proposta a medição periódica da porcentagem de trabalhadores envolvidos com algum tipo de formação profissional, bem como daqueles que recebem subsídios da instituição para tal formação. Dentre as questões propostas como pilares de

avaliação do serviço, destacamos aquelas que interrogam a existência e a duração das reuniões de equipe; a construção e discussão coletiva dos PTIs; a participação de todos os profissionais nas decisões coletivas; o diálogo entre as diversas abordagens clínicas; as estratégias utilizadas para a recepção e o acompanhamento de usuários; a existência, regularidade e garantia de financiamento das supervisões; a adequação da linguagem utilizada na supervisão aos diversos integrantes da equipe, bem como sua capacidade de colocar a equipe em questão e discutir os PTIs.

Propuseram, ainda, estimular à realização de passagem de plantão entre as equipes do dia e da noite; analisar as estratégias da equipe para lidar com o isolamento dos colegas do período noturno, bem como o paradigma que sustenta o trabalho da noite; checar a coerência entre as equipes diurna e noturna acerca dos critérios de indicação do leito noite e a possibilidade da equipe noturna participar das reuniões de equipe e ter suas questões consideradas. Enfatizou-se a necessidade de capacitações de qualidade com critérios transparente de ingresso; de flexibilidade da gestão para a participação dos trabalhadores nos processos de Formação Permanente e apoio para que os profissionais também possam tornar-se formadores.

Discussão

Tratando-se de uma pesquisa avaliativa desenvolvida em uma cidade com cobertura adequada de CAPS III, pensamos que as fortalezas e os entraves detectados podem contribuir para orientar as políticas públicas. Pudemos evidenciar efeitos da institucionalização dos princípios norteadores da Reforma nos CAPS, dentre eles destacamos pontos fortes:

- A tensão entre as várias concepções de crise e a evidente existência de várias ênfases em relação à produção de autonomia e mesmo à utilização do leito não pode ocultar que hoje em Campinas a Rede é continente. Fazer meras análises ideológicas das controvérsias seria uma maneira empobrecida de rejeitar e negar uma série de problemas operacionais da política de saúde mental no Brasil e de sua original formatação em Campinas;
- A expansão da Rede deu-se graças ao esforço e à coragem tanto de gestores como de trabalhadores em suas mais variadas formações produzindo: reabilitação, acompanhamento em meio comunitário, favorecimento da autonomia e efetiva superação do modelo centrado no hospital psiquiátrico;
- Esse efeito ‘civilizatório’ das políticas públicas de saúde mental não pode ser

menosprezado na hora de discutir recursos, sobretudo se pensamos, por exemplo, na epidemia de violência que assola às grandes cidades brasileiras.

Dentre as fragilidades, destacaram-se:

- A formação dos profissionais vai a reboque da política pública;
- A militância e o movimento “da luta antimanicomial” devem ser retomados em outras bases, hoje o aprofundamento do grau de democratização das instituições públicas e das parceiras na rede campineira parecem fundamentais;
- Constata-se um isolamento do CAPS com relação à Rede, com risco de assumir o mandato social do manicômio, qual seja: o de encerrar a loucura, contê-la, afastá-la da rua, da *polis*.

Bibliografia:

- 1- Delgado PG. Gomes M P C. Coutinho E S F. Novos rumos nas políticas de saúde mental no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(3): 452-53.
- 2-Furtado JP – Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*.2001; 6(1):165-182.
- 3-Furtado JP. Onocko Campos R. A transposição das Políticas de Saúde Mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental* 2005; 8(1):109-122..
- 4-Furtado JP. - Avaliação para o conhecimento e a transformação. In: Bosi, M.L.; Mercado, F. Avaliação qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Vozes; 2006. p. 191-206.
- 5-Gadamer, HG. Verdade e Método. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes; 1997.
- 6-Guba EG. Lincoln YS. Fourth Generation Evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1989.
- 7-Kaës R. Realidade Psíquica e sofrimento nas Instituições. In KAËS, R. Bleger J. Enriquez E. Fornani F. Fustier. A instituição e as instituições. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1991. 8-Marazina I. Trabalhador da saúde mental: encruzilhada da loucura. *SaúdeLoucura* 1991;1 (1): 69-74.
- 9- Morgan DL. Focus groups as qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997.
- 10-Onocko Campos R. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate* 2001; 25 (58): 98-111.

11-Onocko Campos RT. La gestion: espace D'intervention, D'analyse et de especificités techniques. *Revista Pratiques: les cahiers de la médecine Utopique* 2003; 2(1) : 139-154.

13-Onocko Campos R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde. Uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 573-583.

14-Patton MQ. Utilization-focused evaluation. BeverlyHills: Sage Publications; 1997.

15-Ricoeur P. Interpretação e Ideologias. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990. 16-

Ricoeur P. Tempo e Narrativa - Tomo 1. Campinas: Papirus; 1994.