



## À GUISA DE CONCLUSÃO: *la clé des champs!*<sup>1</sup>

ROSANA ONOCKO CAMPOS  
JUAREZ PEREIRA FURTADO  
EDUARDO PASSOS  
REGINA BENEVIDES

“Como benefício, sua utilidade é indiscutível: uma avaliação serve a alguém para algo. Sua razão de ser é orientar a ação, buscando respostas às perguntas que surgem desse agir.”

(Zúñiga, 2004, p. 143)<sup>2</sup>

QUANDO SE REALIZA A AVALIAÇÃO de uma iniciativa em andamento, tal como a rede de Caps aqui considerada, envolvendo diferentes atores e perspectivas, nos deparamos com duas atitudes situadas em pólos distintos: por um lado o entusiasmo do fazer cotidiano e, por outro, o ceticismo necessário à reflexão crítica (Zúñiga, 2004). Não se constitui tarefa das mais fáceis articular o otimismo da prática ao ceticismo da razão. Fatores de ordem subjetiva e política podem determinar, cada um a seu modo, importante refratariedade dos envolvidos na condução de um dado projeto ou programa à reflexão sistemática sobre o que está

<sup>1</sup> Homenagem a um dos últimos textos de R. Lourau, no qual ele trata da importância de refletirmos sobre os processos de institucionalização de mudanças, dos quais é exemplar — cremos — o caso da reforma psiquiátrica.

<sup>2</sup> R. Zúñiga. 2004. *La evaluación en la acción social: autonomías y solidariedades*. Retrieved data from <<http://homepage.mav.com/ricardo.b.zuniga/>>.



sendo feito. Não é por acaso que reuniões realizadas em serviços ou mesmo em sistemas de saúde para discutir entraves e problemas se caracterizam freqüentemente pela repetição dos mesmos argumentos pelos mesmos atores.

A novidade apresentada por nossos trabalhos, além da inclusão de diferentes perspectivas, foi a aproximação e abordagem sistemática do objeto, de modo que garantisse avanços na compreensão e análise das questões que permeiam a rede estudada. Dito de outra forma, buscamos superar a circularidade dos debates e também a abordagem da avaliação normativa (limitada a determinar eventuais discrepâncias entre objetivos e resultados) por meio de uma pesquisa avaliativa. E, nesse percurso, buscamos, sobretudo, compreender o que se passa, como atesta nossa opção pelo desenho hermenêutico crítico.

Não se tratou de comparar serviços entre si e nem de simplesmente cotejar objetivos e resultados alcançados, mas de abrir a caixa-preta representada pelos diferentes processos envolvidos, permitindo compreensões com certa independência do contexto. Assim, pluralidade de atores na formulação, condução e utilização dos resultados finais; utilização da prática como base para a formulação de questões e busca de respostas; abertura da metodologia ao contexto; revisão, pelos pares, dos caminhos percorridos na elaboração e análise do material gerado, dentre outras, foram algumas das iniciativas levadas a cabo para garantirem o rigor de nossos trabalhos (para mais detalhes, vejam-se os textos apresentados a partir da Parte II desse livro).

Tudo isso feito (e discutido ao longo do livro), apresentaremos agora os pontos de força e as fragilidades, segundo nossa perspectiva, apresentados pelos Caps III da cidade de Campinas, avaliados no período de 2006-2007 no que tange a:

- ♦ Formas de atenção ao usuário em momentos de crise
- ♦ Projeto terapêutico individual e profissional de referência
- ♦ Práticas de grupo
- ♦ Gestão
- ♦ Concepção de Caps
- ♦ Articulação da rede
- ♦ Formação profissional e sofrimento psíquico
- ♦ Efeitos da institucionalização dos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica nos Caps.



Cumpra destacar que os pontos considerados frágeis são numericamente superiores aos chamados pontos fortes em todos eles. Isso decorre da busca deliberada, pelos muitos atores envolvidos, da identificação de questões, problemas e impasses que permeiam os serviços em questão. Ao final, como dissemos já na introdução, os autores principais deste projeto temos compromissos e histórias na defesa da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Era nossa intenção declarada contribuir para o desenvolvimento de uma política pública brasileira que consideramos relevante. E o desenvolvimento, pensamos, só se adquire apreendendo da experiência, elucidando, como dizia Castoriadis.

Na seqüência, apresentaremos nossas recomendações com base nos componentes desses oito pontos. A seguir, um conjunto de indicadores e dispositivos é apresentado. Tais indicadores e dispositivos são fruto do processamento dos resultados preliminares da pesquisa por centenas de profissionais, usuários e familiares de diversas origens e ligações institucionais, ao longo de vinte oficinas.

O relativamente extenso número de indicadores e dispositivos, elaborados de modo evidentemente inclusivo e coletivo, substancia o que poderíamos chamar de um “Roteiro de boas práticas para Centros de Atenção Psicossocial”,<sup>3</sup> extraído de inúmeras experiências e reflexões de seus principais atores e agora sistematizadas. Haverem sido desenvolvidos em uma cidade cuja rede de Caps conta com uma cobertura razoavelmente boa e extensa (cinco Caps III e um Caps II naquele momento) permite-nos retomar a imagem do laboratório da política que inspirara nosso projeto inicial. Pensamos que apontar potências e fragilidades em um cenário como o de Campinas tem a vantagem de poder contribuir com a reformulação, reforço, e/ou correção de rumo da própria política pública, ao passo que se tivéssemos desenvolvido nossa pesquisa em alguma localidade com menor grau de implantação da política teríamos maiores limitações para fazer recomendações. Assim também cremos que o roteiro de boas práticas não se constitui em elemento prescritivo, pelo contrário,

<sup>3</sup> Não desejamos dar aos termos boas práticas um caráter normativo, entendemos boas práticas como aquelas que sendo fruto da experimentação devem incitar outros desvios. . .



gostaríamos de imaginá-lo como instrumental analítico para equipes e gestores, em busca da melhora permanente de nossos serviços públicos de saúde.

Fechando o capítulo e o próprio livro umas breves considerações sobre a avaliação de políticas públicas e a operatividade de grupos de pesquisa, formulados em uma encruzilhada entre a política de saúde mental e a política de ciência e tecnologia, duas políticas públicas e de Estado.

#### **a) Formas de atenção ao usuário em momentos de crise**

##### *Pontos fortes*

- ♦ A permanência do usuário junto à mesma equipe, nos momentos de crise, estabelece importante e positivo diferencial da atenção intensiva oferecida pelos Caps III em relação ao modelo centrado nos hospitais e prontos-socorros psiquiátricos e mesmo ao dos Caps II.

- ♦ Para os pacientes e seus familiares, a rede é continente; eles sabem com quem contar no momento da crise, destacando os Caps e o Samu. Essa eficácia reconhecida pelos usuários e familiares contrasta com a visão de dificuldades nas parcerias que se tem entre os diversos profissionais.

##### *Fragilidades*

- ♦ Os Caps III não apresentam, sobretudo à noite e nos finais de semana, estrutura para o atendimento requerido por pacientes ainda não conhecidos pelo serviço e que se apresentem em crise. Este fato é reforçado pela própria estruturação das equipes, já que ficam reduzidas ao pessoal da enfermagem e suporte médico à distância em quase todos os Caps. Nos casos em que pelo menos essa equipe é a mesma que a do dia, essa capacidade de acolher a crise parece incrementar-se.

- ♦ Os critérios utilizados para a indicação de uso de leito noite pelas equipes dos Caps carecem de objetivação por parte dos operadores dos serviços e dos coordenadores da rede municipal de saúde mental.

- ♦ O tópico anterior pode ser decorrência de outro problema: a concepção do que seja “crise” difere profundamente entre serviços e mesmo entre as diferentes categorias profissionais de um mesmo serviço.



- ♦ Coexistem duas concepções de crise: a crise como momento de extrema fragilidade que pode ser aproveitado para a recuperação do paciente e a crise como momento de emergência de sintomas que deveriam ser aplacados (neste caso, o recurso ao medicamento como principal ou único recurso é reforçado)
- ♦ A ocupação dos chamados leitos noite está no limite ou acima deste na totalidade dos Caps avaliados.
- ♦ O encaminhamento de pacientes dos Caps para utilização de leitos psiquiátricos em outras instituições não conta com acompanhamento sistemático e regulação pelos fóruns de gestão da rede de saúde mental em avaliação.
- ♦ A principal reclamação dos usuários é sobre o sumiço de roupas e de outros pertences pessoais quando da utilização dos leitos.

#### **b) Projeto terapêutico individual e profissional de referência**

##### *Pontos fortes*

- ♦ A elaboração de um plano propositivo e de acompanhamento dos pacientes é um instrumento assimilado e consolidado nos serviços.
- ♦ A organização do trabalho em subgrupos de profissionais específicos (miniequipes de referência) para determinados pacientes tem garantido a responsabilização e melhor conhecimento de cada caso, servindo também para atenuar o freqüente rodízio dos profissionais médicos. Porém, as práticas de acompanhamento acabam sofrendo nova divisão: prevalece a prática de um determinado profissional ocupar-se de certo número de pacientes.
- ♦ A diversidade de referenciais teóricos para operar a clínica permite maior aproximação dos trabalhadores ao que lhes interessa e dá aos pacientes algum grau de “escolha”.

##### *Fragilidades*

- ♦ A relação número de pacientes por profissional de referência (em média 30 por 1), em contínua progressão, tende a dificultar a particularização do acompanhamento dos casos.
- ♦ Inexistem avaliações periódicas que permitam identificar se há pertinência do PTI ao caso clínico e sua singularidade ou se, ao contrário, ele reflete especialmente as ofertas existentes no serviço e/ou valores e percepções estritas dos trabalhadores.



♦ O entendimento do que seria o trabalho de uma equipe transdisciplinar (no compartilhamento de um campo comum) ocorre em detrimento da valorização das especificidades técnicas do trabalho, deixando os limites entre as categorias profissionais borrados, o que, se não for construído a partir de um núcleo suficientemente consistente de competência técnica nuclear, pode agravar a angústia decorrente desse tipo de trabalho. Uma coisa é não contar com respostas prontas ou com todas as respostas e outra muito diferente é não saber o que fazer, não ter como ponto de partida alguma referência do que seja uma boa prática.

### c) Práticas de Grupos

#### *Pontos fortes*

♦ Todos os Caps desenvolvem práticas grupais, na forma de grupos abertos ou fechados.

♦ Na perspectiva dos usuários, os grupos têm as funções de aprendizado, de constituir amizades, ajudar o outro, compartilhar dificuldades, de sentir-se útil e de superação.

#### *Fragilidades*

♦ Da perspectiva dos trabalhadores, os grupos também são importantes, contudo, há pouca ou nenhuma discussão sobre os propósitos de cada grupo, raramente entram na pauta das equipes, quase nunca são expostos seus referenciais teóricos e praticamente não são avaliados e/ou analisados nas supervisões.

♦ Na perspectiva das famílias, os grupos de familiares são importantes como forma de ajuda e suporte, mas deveriam acontecer em horários que respeitassem as atividades laborais dos familiares e sempre deveriam propiciar o contato da família com as pessoas que de fato cuidam de seu familiar e o conhecem e não com qualquer membro da equipe.

### d) Gestão

#### *Pontos fortes*

♦ Apesar de a relação clínica/gestão não aparecer tematizada de maneira explícita houve grande consenso sobre a responsabilidade dos gestores pela clínica que é desenvolvida nos Caps.



- ♦ As supervisões clínicas e institucionais constituem um espaço de interação e reflexão muito valorizado pelas equipes, havendo variação do referencial teórico das supervisões.

- ♦ As passagens de plantões são espaços privilegiados de contato com o cotidiano dos serviços, e dispositivo privilegiado para a gestão local.

*Fragilidades*

- ♦ Há cisão entre o modo de funcionamento dos plantões diurnos e noturnos, e estes últimos estruturam-se de maneira mais semelhante às rotinas dos hospitais psiquiátricos.

- ♦ Inexiste plano de cargos e salários, isonomia e avaliação dos trabalhadores.

- ♦ As supervisões clínicas e institucionais dos Caps carecem de instâncias de acompanhamento e avaliação, não sendo analisadas pelos serviços ou pela secretaria de saúde, constituindo o fim da linha de análise, o que as coloca em um lugar “intocável”.

- ♦ A importância da junção clínico-institucional é desconsiderada em vários dos Caps pesquisados.

- ♦ Há dificuldades de gerenciamento de médicos por profissionais não médicos.

- ♦ Os Caps oferecem assistência 24 horas de enfermagem, mas não de equipe multiprofissional, isso é relevante quando se pensa em mudança dos paradigmas que balizam a atenção psicossocial.

**e) Concepção de CAPS/ articulação na rede**

*Ponto forte*

- ♦ Do ponto de vista dos usuários e familiares a rede de Campinas é hoje continente.

- ♦ Do ponto de vista dos familiares a atenção domiciliar (mesmo na crise) é valorizada e propicia o vínculo com a equipe.

*Fragilidades*

- ♦ Os Caps sob administração direta da secretaria municipal de saúde têm mais facilidade em estabelecer parcerias com a rede de saúde (UBS); ao passo que os sob administração direta do Cândido (Ong) têm mais facilidade na gestão de necessidades cotidianas (administração de recursos, manutenções, etc.).

- ♦ Os Caps da rede analisada não compartilham da mesma concepção sobre os serviços, polarizando, sobretudo, sobre o

papel “alternativo” ou “substitutivo” ao manicômio, o que acarreta diferenças significativas no número de pacientes encaminhados para a internação psiquiátrica.

- ♦ O número bem maior de internações realizados pelos Caps que pertencem à mesma organização que a enfermaria psiquiátrica aponta sobre a importância de criar mecanismos de regulação estritos para as internações psiquiátricas e a estimulação para a existência de leitos em hospital geral quando as condições clínicas dos pacientes assim o requeiram.

- ♦ Clínica e Reabilitação são instâncias teóricas e práticas distintas dentro dos Caps, e alguns possuem equipes específicas para uma ou outra tarefa (ou seja, além de distingui-las, separam-nas).

- ♦ Os coordenadores de Unidades Básicas têm uma idéia limitada e freqüentemente distorcida do que seja um Caps, independentemente de que sua Unidade faça muitos ou poucos encaminhamentos à saúde mental.

- ♦ Os agentes comunitários de saúde (ACS do PSF) estudados não conhecem os Caps nem sua concepção e realizam numerosas atividades relacionadas à saúde mental baseando-se no próprio senso comum, na boa vontade e no seu compromisso com a população.

#### **f) Formação Profissional e Sofrimento Psíquico**

##### *Ponto Forte:*

- ♦ As supervisões clínicas e institucionais são reconhecidas como espaço de formação permanente.

##### *Fragilidades*

- ♦ O relacionamento com os usuários e o contato com a loucura e com as carências sociais são fatores de sofrimento para os trabalhadores.

- ♦ Também a relação com a hierarquia institucional é citada como fator de sofrimento pelos profissionais de nível médio.

- ♦ A existência de três vínculos empregatícios por diferentes trabalhadores na mesma equipe gera insatisfações de várias ordens e dificuldades gerenciais.

- ♦ A falta de consenso em delimitar o que seriam espaços gerais, abertos aos usuários, dos privativos dos trabalhadores é fonte de estresse para estes últimos.





♦ O acesso dos trabalhadores à formação (e os critérios que regeriam esse acesso) providenciada pela esfera pública (cursos de especialização e atualização financiados pelo SUS) não é deliberado democraticamente em muitos casos.

### **g) Efeitos da institucionalização dos princípios norteadores da Reforma nos Caps**

#### *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 ninguém é “manicomial”. 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; pessoas que há pouco chegaram “na mental” já se encantam com o produzido: reabilitação, liberdade, melhoras, autonomia.

♦ Esse efeito “civilizatório” das políticas públicas de saúde mental (como gostava de falar Arouca) não pode ser menosprezado na hora de discutir recursos, por exemplo.

#### *Fragilidades*

♦ 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-nos fundamentais.

♦ Cabe chamar a atenção sobre o fato de que, se o Caps coloca-se isolado em relação à rede, corre o risco de assumir o mandato social do manicômio, qual seja: o de encerrar a loucura, contê-la, afastá-la da rua, da *πόλις*.

### **Algumas recomendações possíveis visando fortalecer a formulação de políticas públicas**

♦ Faz-se necessário oferecer elementos normativos que viabilizem a extensão da assistência noturna e de fim de semana à



equipe multiprofissional como um todo. A sua falta põe os Caps III em risco de repetirem a fragmentação dia/noite, velha e desagradável conhecida do hospital psiquiátrico. Em Campinas, o fato de os médicos estarem de plantão à distância (Samu) é, por um lado, fonte de retaguarda para a rede como um todo e determina sua continência e, por outro, fonte de intenso estresse quando se trata de pacientes não conhecidos pelas equipes ou com potenciais problemas clínicos não psiquiátricos associados.

- ♦ Urge expandir tanto os cursos de especialização como redefinir os planos curriculares de várias profissões da saúde.

- ♦ É importantíssimo definir planos de cargos e salários, processos seletivos, normas de estabilidade, etc. que permitam qualificar e retomar a necessária isonomia no trabalho dos Caps.

- ♦ A formação continuada dos profissionais dos Caps deveria ser estimulada. Em relação a isso, as supervisões clínico-institucionais são escassas e existe o risco de se transformarem em espaço de “saber-poder” que opera sobre as equipes, com total descolamento da gestão local.

- ♦ O estímulo e reforço à gestão democrática e à formação de gestores também não deveriam ser menosprezados: ao gestor local cabe, ao final, a gestão da clínica do Caps, de suas relações com a rede de saúde como um todo e da própria equipe multiprofissional.

- ♦ Os usuários e familiares deveriam contar com informação viabilizada pelo poder público em relação às doenças, as suas diversas possíveis abordagens e aos diversos efeitos esperados, também dos psicofármacos, tal como apontado pela nossa pesquisa de maneira que fortaleça sua participação e escolha do que eles desejam ou aceitam em relação à sua vida e tratamento.

- ♦ É imperioso debater a temática da porta dos Caps e de sua inserção no território. Como ser Caps III efetivamente sem acolher urgência? Familiares e usuários destacam a importância de os serviços serem plásticos e adaptados às suas possibilidades: horários das reuniões, atenção à crise em domicílio, etc.

- ♦ Precisamos debater o destino de outras crises subjetivas no território, emergentes da atual forma de produção social, de maneira que clareie os papéis e os perfis das várias instâncias envolvidas na assistência à saúde mental: afinal, Caps não é bom ou mesmo suficiente para todo mundo.



- ♦ Há uma política coerente de saúde mental em expansão: a associação de Caps, residências terapêuticas, benefícios, “programa volta para casa” etc. constituem e sustentam uma política efetiva voltada para os pacientes psicóticos e neuróticos muito graves que tenham ou não atravessado a experiência de ser asilado.
- ♦ Falta o desenho de uma política pública — com a mesma eficácia — voltada para outros problemas prevalentes de saúde mental, como caracterizam as crises subjetivas de outra ordem: violência, somatizações, depressão, drogadicção, etc.
- ♦ É preciso estimular a pesquisa avaliativa das redes de assistência em saúde mental, apostando na participação dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: trabalhadores (da ponta e gestores), usuários e rede social, de maneira que efetive a diretriz de inclusão social que caracteriza o movimento da reforma psiquiátrica.
- ♦ É desejável manter o estímulo às relações entre o SUS e a política de fomento em ciência e tecnologia, de maneira que viabilize esses estudos, também alargando sua abrangência.



#### **Um guia de boas práticas: indicadores e dispositivos construídos nas oficinas<sup>4</sup>**



A apresentação que se segue é o resultado de um processo de construção coletiva que contou com a participação de diferentes atores da rede de saúde de Campinas, SP (usuários, trabalhadores, gestores e familiares). Sendo, portanto, um material representativo da realidade desta rede de saúde mental e coerente, quanto a sua precisão, com o processo de produção coletiva destes instrumentos. O material está organizado em temas, subtemas, variáveis/indicadores e dispositivos que abarcam tanto conceitos quanto hipóteses que têm relação com a rede de saúde mental. A organização dos dados coletados e construídos coletivamente na pesquisa geraram núcleos argumentais<sup>5</sup> que, por sua vez, foram agrupados em temas e subtemas. Nas Oficinas foram construídos e

<sup>4</sup> Esse material foi retrabalhado e sua clareza e apresentação foram melhoradas por Eduardo Passos, Tadeu de Paula Souza, Paulo Renato Aquino, Raquel de Andrade Barros.

<sup>5</sup> Para detalhes sobre esse material e seu processo de produção ver o capítulo “O Exercício Interpretativo” na Parte III deste livro.





validados coletivamente proposições de variáveis e de indicadores para futuras avaliações. Foram, também, identificados alguns dispositivos que são espaços potenciais para o acompanhamento avaliativo nos serviços. Outros dispositivos foram propostos como estratégias para o enfrentamento de problemas do cotidiano do Caps identificados durante as Oficinas.

### TEMA: ATENÇÃO À CRISE

#### *Subtemas e Variáveis/Indicadores*

##### 1. Concepção e tratamento a crise

- ♦ Uso de medicamentos: doses, associações mudaram na crise: Houve revisão?
- ♦ A equipe tem pelo menos uma hipótese sobre essa crise?
- ♦ Houve mudança na estratégia de atenção à família durante a crise?
- ♦ Há intensificação do atendimento ao usuário (em grupo ou individual)?
- ♦ Porcentagem de usuários que utilizam outros recursos da rede como recursos previstos em seu PTI

##### 2. Diagnóstico da co-morbidade:

- ♦ Porcentagem de usuários que associam ao tratamento o uso de substâncias psicoativas;
- ♦ Porcentagem de usuários com diagnóstico de co-morbidade que demanda cuidado intensivo.

##### 3. Permanência no leito-noite:

- ♦ Média de permanência dos usuários no leito (dia/mês)
- ♦ Há comunicação entre os profissionais, na passagem de plantão, sobre o motivo do uso do leito noite?

##### 4. Uso de leitos em outros serviços que não o Caps:

- ♦ Porcentagem de usuários encaminhados para leitos em outros serviços que não o Caps;
- ♦ Porcentagem de pacientes já vinculados ao Caps que tiveram de ser acolhidos em crise em outro serviço.



5. Participação da família no tratamento:

- ♦ A equipe compartilha a decisão de uso do leito e/ou alta do leito com a família?

6. Critérios para uso do leito-noite e internação:

- ♦ Há critérios para o uso do leito-noite no Caps?
- ♦ Há critério para indicação de internação em outros serviços que não o Caps?
- ♦ Os critérios para uso do leito noite são utilizados rotineiramente?
- ♦ Os critérios para indicação de internação são utilizados rotineiramente?

7. Outras estratégias usadas para atenção à crise:

- ♦ Há disposição/abertura do Caps para atendimento à crise em domicílio?
- ♦ Porcentagem de atendimento à crise sem uso de leito.

8. Ocupação dos leitos:

- ♦ Taxa de ocupação de leitos (número de pacientes-dia/sobre número de leitos-dia)
- ♦ Médias de permanência (tempo ou prazo médio de internação = número de pacientes-dia/número total de pacientes-egressos).

Dispositivo proposto:

- ♦ Criação de grupo de apoio<sup>6</sup> a ser acionado para realizar avaliação de risco ampliada quando a equipe considerar a possibilidade de encaminhar algum usuário para hospital.

**TEMA: GESTÃO**

*Subtemas e Variáveis/Indicadores*

1. Articulação do Caps com o território:

- ♦ Há participação regular do gestor do Caps nos fóruns de inter-setorialidade?
- ♦ O Caps realiza intervenções no território com outros parceiros da rede de saúde (PSF, Samu e outros)?

<sup>6</sup> Uma possibilidade apontada para o grupo de apoio se configuraria com quatro trabalhadores de quatro Caps diferentes com grade prevista mês a mês e rotativa.



- ♦ Quais são os recursos utilizados nessas intervenções?
- ♦ O Caps desenvolve atividades intersetoriais (escolas, clubes, etc.) regulares no território?
- ♦ O Caps realiza apoio matricial com as equipes de Atenção Básica de seu território?

## 2. Trabalhos com os familiares

- ♦ Há atividades com as famílias no Caps?
- ♦ Quantas são?
- ♦ Que tipo de atividades?
- ♦ Qual a regularidade destas atividades?

## 3. Espaços de decisão coletiva:

- ♦ Há Conselho Local de Saúde?
- ♦ Há outros arranjos e dispositivos de gestão coletiva? Quais?
- ♦ O gestor participa da passagem de plantão? Com qual frequência?
- ♦ Há assembleia no Caps?
- ♦ Há regularidade das assembleias?
- ♦ As decisões da assembleia repercutem no cotidiano do Caps?
- ♦ A equipe participa majoritariamente das assembleias?
- ♦ Há regularidade da participação dos trabalhadores nas assembleias?
- ♦ Há regularidade da participação dos usuários assembleias?
- ♦ Há regularidade da participação dos familiares assembleias?
- ♦ A assembleia é realizada em horários que permita a participação das famílias?
- ♦ Há participação do gestor de Caps no fórum de Coordenadores de distrito sanitário?<sup>7</sup>
- ♦ Há apoiadores<sup>8</sup> que não são da Saúde Mental no apoio ao Caps?

## 4. Processos de trabalho

- ♦ O gestor do Caps participa e interfere nas decisões clínicas? Acompanha a construção dos PTIs?
- ♦ Há estratégias de formação continuada da equipe? Quais são elas?
- ♦ Há supervisões clínico-institucionais?

<sup>7</sup> Para maiores informações ver, na Parte II, o capítulo: “A rede de saúde do município de Campinas (SP): peculiaridades e inovações”.

<sup>8</sup> Idem.



- ♦ Há participação de profissionais de diferentes áreas no atendimento à crise à noite e fim de semana?
- ♦ Há participação de profissionais da noite nas discussões da equipe e dos PTIs? De que modo?

Dispositivo proposto:

- ♦ Criação de rodas entre usuários e trabalhadores para discutir as demandas do dia (sumiço de roupas, agressões, etc.)?

### TEMA: CONCEPÇÃO DE CAPS

#### *Subtemas e Variáveis/Indicadores*

- ♦ Há discussão entre trabalhadores e usuários acerca da concepção de Caps?

#### 1. Controle Social

- ♦ Há Conselhos Locais de Saúde?
- ♦ Há produção sistemática de registros dos encontros dos Conselhos Locais de Saúde (elaboração de atas, frequência)?
- ♦ Há prestação de contas das atividades dos Caps aos Conselhos Locais de Saúde?

Dispositivo proposto:

Criação de “fórum” dos Caps, como espaço de interlocução e discussão prévia ao Conselho Municipal de saúde.

#### 2. Concepção de Caps presente na rede de saúde

- ♦ Há participação dos Caps em fóruns e conferências intersetoriais periódicas?
- ♦ Porcentagem de ações organizadas por esses fóruns.
- ♦ Há conhecimento dos profissionais da rede básica de saúde dos serviços realizados pelo Caps?
- ♦ Há uma rede de apoio ao Caps?
- ♦ Número de serviços com projetos em comum aos Caps.
- ♦ Há mapeamento dos encaminhamentos realizados na rede até o usuário chegar ao Caps?
- ♦ Há adequação do uso do leito noite ao Projeto Terapêutico Individual?



- ♦ Há critérios para internação? São respeitados?
- ♦ Há direção no Caps para que o uso do leito noite ocorra no próprio local de tratamento?
- ♦ Há projetos de reabilitação a serem apresentados à gestão da saúde mental?
- ♦ Há regularidade na apresentação de projetos de reabilitação à gestão da saúde mental?

### 3. A congruência dos Caps com a Portaria 336 do Ministério da Saúde.

- ♦ Há adequação com a Portaria 336 do Ministério da Saúde quanto à localização, sede própria e estrutura, além de espaço propício para realização de grupos e assembleias?
- ♦ Há profissional de nutrição destinado ao planejamento da alimentação no Caps?
- ♦ Há controle participativo da qualidade das refeições servidas no Caps?
- ♦ Há adequação da alimentação às necessidades nutricionais dos usuários?
- ♦ Há critérios para o acolhimento ao usuário realizado no Caps?
- ♦ Há avaliação de risco dos usuários que chegam ao Caps pela equipe do serviço?
- ♦ Há estratégias diferenciadas para o acolhimento de usuários segundo sua procedência (demanda espontânea, encaminhamento hospitalar e de outros serviços)?
- ♦ Há avaliação da qualidade do atendimento prestado ao usuário?
- ♦ Há adequação ao que a portaria normatiza quanto ao número de profissionais, frequência dos usuários e recursos financeiros?

## TEMA: FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES/SOFRIMENTO PSÍQUICO

### *Subtemas e Variáveis/ Indicadores*

#### 1. Sobre Reunião de Equipe:

- ♦ Há reunião de equipe? Qual a frequência e tempo de duração?
- ♦ Há discussão e análise coletiva de caso?
- ♦ Há construção coletiva de PTI?
- ♦ Há discussão do processo de trabalho e do funcionamento da equipe?





- ♦ Há participação efetiva de todos os trabalhadores nas discussões e tomadas de decisão acerca do funcionamento do Caps?
- ♦ As diferenças entre categorias profissionais e concepções de clínica conseguem dialogar e se compor?
- ♦ Há discussão para o recebimento de estagiários/aprimorandos? Que estratégias coletivas a equipe utiliza para recebê-los e dialogar com eles?

## 2. Supervisão:

- ♦ Há supervisão?
- ♦ Qual a regularidade da supervisão?
- ♦ Há previsão de recurso financeiro para a supervisão?
- ♦ A escolha por supervisão passa por uma de decisão coletiva?
- ♦ A escolha do supervisor passa por uma decisão coletiva?
- ♦ Há possibilidade de diversificação de supervisores?
- ♦ As diferenças entre categorias profissionais e concepções de clínica conseguem dialogar e se compor?
- ♦ Há discussão de caso e construção de PTI na supervisão?
- ♦ A supervisão põe em análise o processo de trabalho da equipe?
- ♦ A supervisão está sendo proporcionada à equipe como um todo?
- ♦ A supervisão possui uma linguagem acessível ao coletivo?

## 3. Relação entre atendimento diurno e noturno

- ♦ Há passagem de plantão entre as equipes do dia e as da noite?
- ♦ Que estratégias a equipe usa para não dissociar a equipe do dia e a equipe da noite?
- ♦ Que estratégias a equipe usa para lidar com a “solidão” da equipe noturna?
- ♦ Há rodízio de categorias profissionais no plantão noturno?
- ♦ Qual o paradigma que está sustentando o leito noite? Trata-se do mesmo paradigma que sustenta o trabalho do dia?
- ♦ As equipes do dia e da noite estão de acordo quanto aos critérios de uso do leito noite?
- ♦ Há flexibilidade da gestão do serviço para que a equipe da noite participe das reuniões de equipe?
- ♦ As questões referentes ao atendimento noturno são discutidas na reunião e na supervisão da equipe?



#### 4. Suporte pedagógico/ Educação Permanente

- ♦ O Caps oferece algum tipo de capacitação para os trabalhadores? Que tipo de capacitação é oferecida? Quais temas? Para todas as categorias profissionais?
- ♦ Há discussão e decisão coletiva a respeito das capacitações?
- ♦ Há critérios para oferta de vagas entre as categorias profissionais? Quais?
- ♦ Porcentagem de trabalhadores cursando: graduação; pós-graduação; especialização; outras formações.
- ♦ Porcentagem de trabalhadores que recebem algum tipo de subsídio da instituição para realização de formação/capacitação.
- ♦ Há Educação Permanente? Quem a financia?
- ♦ Há flexibilidade da gestão do Caps para a participação dos trabalhadores nos processos de Educação Permanente?
- ♦ A instituição se organiza de modo que os seus trabalhadores também sejam, eventualmente, formadores de alguns cursos de capacitação?

Dispositivo proposto:

- ♦ Educação permanente subsidiada pela Instituição.

#### 5. Plano de carreira

- ♦ Há estratégias da gestão do Caps para lidar com as diferenças de contratos de trabalho para a mesma função? Quais?
- ♦ Há estratégias utilizadas pela equipe para lidar com essas diferenças? Quais?
- ♦ Há comunicação entre os trabalhadores e a gestão acerca do tema “plano de carreira”? Como se dá essa comunicação?

#### 6. Estratégias para lidar com o sofrimento dos trabalhadores

- ♦ Há no serviço espaço físico destinado apenas para a equipe?
- ♦ Há na equipe “pausas”/intervalos durante o trabalho? Essas “pausas”/intervalos são individuais ou coletivas?
- ♦ Há discussão na equipe para a criação desses espaços e/ou “pausas”/intervalos?
- ♦ Há estratégias coletivas para lidar com as angústias/sofrimento dos trabalhadores? Quais?
- ♦ Há alguma discussão na equipe a respeito da relação entre o sofrimento dos trabalhadores e os processos de trabalho?



## TEMA: PROJETO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL

### *Variáveis/Indicadores*

- ♦ Há a construção de Projeto Terapêutico Individual?<sup>9</sup>
- ♦ Porcentagem de usuários que tem previsto no PTI a utilização de outros recursos da rede;
- ♦ Porcentagem de usuários que participam de atividades fora do Caps (por exemplo: cultura, lazer, emprego, religiosidade);
- ♦ Porcentagem de usuários que tiveram seu PTI discutido no último ano;
- ♦ Porcentagem de usuários que têm seu PTI discutido/revisto pelo técnico ou equipe de referência juntamente com sua família, por ano;
- ♦ Porcentagem de usuários que são atendidos por outros profissionais, em grupo ou individualmente, além de seu técnico de referência e de seu médico;
- ♦ Porcentagem de usuários que são acompanhados regularmente em outro serviço de Saúde;
- ♦ Há técnico de referência responsável pela construção e acompanhamento do PTI?
- ♦ Há miniequipe de referência?
- ♦ A miniequipe de referência é multiprofissional?
- ♦ A equipe de referência discute, pelo menos, dois casos por semana?
- ♦ Porcentagem de trabalhadores que participam de alguma atividade intersetorial.

### Dispositivos propostos:

- ♦ Oficinas de discussão para todos os profissionais dos Caps, onde os trabalhadores possam conversar sobre o modo como trabalham e os referenciais teóricos que se utilizam neste trabalho;
- ♦ Oficinas de discussão onde usuários e familiares são informados sobre os principais medicamentos prescritos pelo Caps e o modo como se estrutura o tratamento.

<sup>9</sup> Em Campinas, os projetos individuais de tratamento para os usuários são chamados de Projeto Terapêutico Individual. Em outras cidades eles são chamados de Projetos Terapêuticos Singulares ou apenas Projetos Terapêuticos.

**TEMA: PRÁTICAS GRUPAIS***Subtemas e Variáveis/Indicadores*

## 1. Espaços de discussão nas equipes sobre as práticas grupais

- ♦ Há discussão das práticas grupais no Caps (na supervisão, na reunião de equipe, na assembléia)?
- ♦ Há reavaliação do Projeto Terapêutico Individual dos usuários inseridos nos grupos?

## 2. Planejamento e realização de grupos de familiares e usuários no Caps

- ♦ Há realização de grupos para familiares no Caps?
- ♦ Há estratégias no Caps para propiciar a participação dos familiares nos grupos (flexibilidade de horários, flexibilidade de dias, transporte)?
- ♦ Há inclusão dos usuários na construção dos grupos realizados no Caps?
- ♦ Os usuários participam da avaliação dos grupos em que estão inseridos?
- ♦ Há planejamento dos recursos materiais, financeiros e de pessoal para realização dos grupos no Caps?
- ♦ Há capacitação dos profissionais que coordenam os grupos no Caps?

## 3. Parcerias com a rede para viabilização e fortalecimento de grupos

- ♦ Há mapeamento de grupos que funcionam no território do Caps?
- ♦ Há mapeamento de grupos que funcionam fora do território do Caps?
- ♦ Há parcerias com outros serviços da rede e na comunidade de forma geral para promoção de grupos e atividades fora do Caps?

**Sobre a avaliação de políticas públicas  
e as políticas de financiamento a Ciência no Brasil**

À maneira de conclusão deste livro, porém não de fechamento, gostaríamos de tecer comentários sobre a importância de contar com financiamento para esse tipo de avaliações, que implicam



avaliar políticas em curso, que contam com um razoável grau de institucionalização e financiamento específico.

A produção de conhecimento na saúde coletiva foi — desde suas origens — vinculada aos rumos e desenhos do Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde Coletiva constituiu-se como campo abrangendo várias áreas dentre as quais a de políticas, planejamento e gestão sempre foi reconhecida como um dos seus pilares fundamentais.

A pesquisa que aqui apresentamos foi viável por contar com financiamento público dos fundos administrados pelo CNPq, mas vinculados ao SUS (Departamento de Ciência e Tecnologia — Decit — do Ministério de Saúde). A temática que pudemos pesquisar — e que defendemos relevante, desde que há em curso uma política com várias ações sendo promovidas pelo setor público de saúde para criar uma efetiva rede de assistência aos pacientes portadores de transtornos psíquicos graves — foi financiada por se contar hoje com uma agenda de temas de pesquisa que foi construída por meio de um processo plural e coletivo por centenas de gestores e pesquisadores entre 2003 e 2004.<sup>10</sup>

Pesquisas sobre essas temáticas e em escala relevante como se fazem necessárias, nos diversos aspectos do SUS hoje, não são facilmente financiáveis por meio de propostas individuais de grupos ou de pesquisadores isolados, requerem de decisão política do gestor público, estimulando por meio de editais específicos a junção de vários grupos e pesquisadores. E esse tipo de estímulo não deveria ser pensado como uma (em nossa opinião falsa) oposição entre ciência mais aplicada e ciência mais básica. Ou entre o tipo de produto que interessa para ciência e tecnologia (*papers*, teses, patentes, etc.) *versus* um tipo de produto que interessa aos gestores do SUS.

O que desejamos ressaltar é que da mesma forma que apontamos que houve efeitos de nossa pesquisa que agiram e continuam a agir sobre o nosso campo, há efeitos da política de ciência e tecnologia que agiram e agem sobre nós. Como foi para dois grupos de pesquisa alocados em universidades públicas se lançar ao trabalho conjunto? O que um grupo razoavelmente novo — como

<sup>10</sup> A gestão do Professor Reinaldo Guimarães à frente do Decit deveria ser lembrada por esse feito.



o caso dos nossos grupos de Campinas e da UFF — aprendem com trabalhos como o que aqui apresentamos? O que constituiria uma inovação em políticas, planejamento e gestão em saúde?

??? O caso que temos desenvolvido neste livro é um caso de inovação ao cubo: procuramos mostrar algumas inovações metodológicas em uma pesquisa avaliativa de caráter predominantemente qualitativo e participativo. E ainda, essa pesquisa avaliou serviços inovadores, relativamente novos em sua expansão e formatação organizacional. Inovação<sup>2!</sup> Mas, também, inovamos na gestão da pesquisa, na gestão de suas relações com a rede de serviços avaliada e na gestão interna dos grupos de pesquisa. Inovação<sup>3!</sup> ???

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.

Em nossa pesquisa, os Caps de Campinas se mostraram um campo rico em práticas e sistematizações delas que, apesar de novas, já congregam certos consensos à hora de decidir como organizar um serviço. Por isso decidimos agrupar os instrumentos elaborados nas oficinas em um roteiro de boas práticas. Boas



práticas que entendemos como as que sendo fruto da experimentação devem incitar a outros desvios. . . e não como mera recomendação prescritiva. A montagem das oficinas foi fundamental para conseguirmos isso. Para além de algumas controvérsias nos debates entre trabalhadores, o efeito — por exemplo — da fala de um familiar dizendo “não há dúvidas sobre que é bom poder receber assistência em casa quando meu irmão está em crise” transformou claramente para nós essas oficinas em dispositivos da pesquisa participativa, e outorgou ao material nelas produzido uma ênfase na abertura ao outro, ao respeito pela diferença, ao reconhecimento da *expertising* de vida e não somente da academia ou da gestão de serviços.

Ainda, teve como efeito aproximar trabalhadores de todos os serviços que para além de suas supostas e bem instituídas divergências discursivas (um clássico na cidade) puderam redescobrir-se e descobrir a imensa quantidade de problemas comuns e a necessidade de estratégias conjuntas para seu enfrentamento. Há hoje um fórum de trabalhadores de Caps se constituindo em Campinas e ele será mais uma inovação da qual nos sentimos felizes de haver participado de sua formação, nem que seja indiretamente provocando esses encontros e debates.

As inovações na gestão da pesquisa — o comitê, as oficinas, a maneira de conduzir os grupos focais — já discutimos em outros capítulos como de alguma maneira todos eles foram dispositivos importantíssimos de gestão da pesquisa. Agora, queremos referir-nos brevemente a uma maneira de funcionar, nos grupos que é uma das grandes apostas de desenvolvimento da ciência e tecnologia no Brasil.

O grupo de Campinas — “Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces” pode, a partir deste financiamento, constituir uma forma de trabalhar na qual a coleta/construção do material foi coletiva. Os vários alunos que participaram do grupo nesse período trabalharam uma parte desse material e o complementaram em alguns casos para elaborarem seus respectivos trabalhos de iniciação científica, mestrado e doutorado. A possibilidade de fazermos juntos e em reuniões periódicas com os colegas da UFF discussões teórico-metodológicas também ajudaram o crescimento de cada um. Mas a tarefa comum foi sem dúvida a grande “cola” do grupo. Experimentamos assim a construção de um tipo de *corpus*



de material qualitativo que ainda estamos explorando em novos trabalhos de outros alunos de pós-graduação.

Na UFF a pesquisa sobre avaliação e temas de saúde coletiva foi fundamental em se tratando de um departamento de psicologia. No grupo da UFF alunos de iniciação científica e pós-graduandos se integraram no trabalho de organização e análise dos dados da pesquisa. A participação dos alunos da UFF no campo também foi fundamental nas oficinas e em alguns grupos focais. Ainda houve de parte dessa equipe o árduo trabalho de legitimar e validar todo o material produzido pelo grupo *Interfaces*: cada narrativa, cada grade de núcleos argumentais foram corrigidas e ampliadas com o trabalho conjunto das duas universidades. Os depoimentos dos alunos na Parte IV do livro dão conta dessas questões.

Aqui, desejamos destacar que a possibilidade de inovar na gestão para “fora” dos grupos só pode ser sustentada por uma forma bastante democrática e muito responsável de funcionamento para “dentro” dos grupos e “entre” os grupos: houve compromisso e cumprimento de tarefas, houve parcerias e novas amizades nascendo. Houve discussões calorosas. Seminários longos e intensos, porém muito produtivos. Houve visitas de cidade a cidade. Houve, enfim, um clima de salutar camaradagem e criação.

Grupos assim em nada se parecem a uma cadeia de produção, nem a uma orquestra, nem a nenhum tipo de organização vertical. Em grupos assim todos criam e cumprem seus combinados, mas não obedecem. Ninguém é mão-de-obra para o pensamento de outrem. Todos pensam. Todos ganham.

Diz o Gadamer que quando se logra compreender compreende-se sempre de maneira diferente, por isso produtiva. Assim foi como pudemos nós.