



CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA:

Diversos autores, como FOUCAULT (1993), GOFFMAN (1990), CASTEL (1978, 1987) tem abordado a história da loucura, do nascimento da psiquiatria, da instituição psiquiátrica e das práticas médicas sobre a loucura instituídas desde a idade clássica, média e modernidade, acompanhando a partir do século XIX a transformação do fenômeno da loucura em doença mental. Neste contexto o hospício que na idade clássica tinha como função principal servir de hospedaria, passa a constituir-se em instituição de enclausuramento e internação que assume a conotação do hospital moderno medicalizado e responde a exigências econômicas, políticas e sociais da modernidade.

Como afirma MENDES GONÇALVES (1990) a medicina anátomo-clínica, com origens no século XVIII e XIX, vai ao encontro do individualismo político-ideológico da época, que tem como princípio à igualdade, pois esta possui um conteúdo individualizante, já que todos, ou seja, cada um, deve ser igual perante a lei. Assim, na medida em que a medicina anátomo-clínica compreende a doença como fenômeno que ocorre num corpo individual e não num corpo concreto socialmente determinado em suas múltiplas relações, acaba por reafirmar o individualismo político-ideológico. Neste caso, o produto do processo de trabalho médico passa a ser um bem que deve ser consumido individualmente, sendo desempenhado apenas no início por um só trabalhador - o médico. Este modelo é centrado na figura do médico que tem como um lugar importante de exercício da sua prática e, em sentido amplo, também como instrumento de trabalho¹, o hospital.

FOUCAULT (1993), GOFFMAN (1990) e CASTEL (1978, 1987)², entre outros autores, assinalam de maneira crítica as práticas e saberes psiquiátricos que dão sustentação à

¹ MENDES GONÇALVES (1990) entende que o hospital moderno pode ser considerado também como um instrumento de trabalho médico pois até o século XVIII os hospitais eram espaços de exclusão, sendo este o momento em que se observa a presença do médico em seu interior. O autor explica que a emergência do modelo clínico traz uma nova compreensão de doença, exige um local específico para exercício desta prática, até para que o desenvolvimento tecnológico da época possa ser aplicado e acompanhado de modo mais intenso, rumo à consolidação de uma nova prática médica.

² Michel Foucault em **A História da loucura na Idade Clássica** (e em outras obras) produziu um estudo importante em que reconstituiu a história dos saberes e práticas acerca da loucura considerando a organização da sociedade em termos de trabalho, produção de saberes, poderes, constituição histórica das práticas de intervenção médica que produz a redução do fenômeno da loucura a doença mental. Erving Goffman em **Manicômios, prisões e conventos** traz uma contribuição fundamental quando introduz em seu estudo a noção de instituição total (como é o caso dos manicômios) onde as pessoas convivem por algum tempo, compartilhando o espaço, o trabalho, os afazeres cotidianos, as regras administrativas, enfim as regras da instituição. O autor através de um estudo sociológico a partir da estrutura do eu do internado, gera a possibilidade de reflexão sobre a instituição psiquiátrica enquanto totalizadora do indivíduo que sofre. Robert Castel em **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo** estuda os saberes e práticas psiquiátricos emergentes considerando a constituição do espaço institucional, a possibilidade de classificação,

institucionalização da loucura e a ordenação do espaço asilar a partir do tratamento moral, inaugurado pela tecnologia pineliana.

BIRMAN E COSTA (1994) afirmam que, após a Segunda Guerra Mundial, o contexto de preocupações com relação à impotência terapêutica da psiquiatria, os altos índices de cronificação das doenças mentais e de incapacitação social, redimensiona-se o campo teórico assistencial da psiquiatria, configurando-se dois grandes períodos de crítica e proposições reformistas, a saber: movimentos de crítica à estrutura asilar envolvendo reformas circunscritas ao interior do hospício como a psicoterapia institucional (na França) e as comunidades terapêuticas (na Inglaterra e EUA), atingindo seu extremo com as terapias de família; e, num segundo momento, a psiquiatria de setor (França) e a psiquiatria comunitária ou preventiva (EUA) que, de certa forma, superam as propostas anteriores, expandindo as reformas para além do espaço asilar e introduzindo a psiquiatria no espaço público com o seu novo objeto a saúde mental. AMARANTE (1995, p. 29) complementa esta discussão acrescentando a emergência da antipsiquiatria (Inglaterra) e as experiências italianas que surgem a partir de Basaglia enquanto rupturas com as propostas de reforma apresentadas até então, por questionarem “... o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados”.

Os movimentos reformistas da psiquiatria, Pós Segunda Guerra – a psicoterapia institucional, comunidade terapêutica, psiquiatria de setor e psiquiatria comunitária ou preventiva, antipsiquiatria e psiquiatria democrática - resguardadas suas diferenças, tiveram importante influência nos movimentos de transformação psiquiátrica no Brasil, com o desencadeamento de algumas experiências focais que recolocaram a discussão dos saberes e práticas na área.

O final dos anos 60 e a década de 70 marcaram a incorporação à realidade da assistência psiquiátrica brasileira de propostas reformistas como a comunidade terapêutica, a psiquiatria de setor e a psiquiatria comunitária ou preventiva. Esta última, sendo difundida através dos currículos dos cursos ligados à área de saúde mental, da implantação de sistema de serviços de atenção primária, do início do atendimento aos alcoolistas nos serviços públicos, da instalação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e da criação de unidades psiquiátricas nos hospitais universitários.

Apesar de tais experiências focais impulsionarem debates e modificações na assistência psiquiátrica, no Brasil, após o golpe militar de 1964, houve uma extensão de cobertura ao doente mental indigente e aos trabalhadores e seus dependentes, que se fez sob a égide privatista que, somada à precariedade da rede ambulatorial ainda incipiente, representou uma captação de pacientes para hospitalização. Entre 1965-1970 houve um fenômeno de afluxo maciço de doentes para os hospitais psiquiátricos da rede privada. Neste período enquanto as internações nos hospitais públicos psiquiátricos permaneceram estáveis, nas instituições privadas conveniadas a clientela passou de 14.000 em 1965 para 30.000 no final de 1970. O tempo médio de permanência nas instituições privadas na época chegou há três meses (RESENDE, 1990).

Enquanto o contexto mundial apontava para a transformação dos dispositivos e técnicas de intervenção na doença mental, o Brasil expandia sua rede de leitos psiquiátricos contratados em macro-hospitais psiquiátricos, com internações de longa permanência, em instituições com condições precárias de atendimento fomentando os processos de institucionalismo e cronificação dos pacientes.

Um fato marcante no contexto de transformação em curso foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, realizada em Caracas-Venezuela, em 1990, com patrocínio da Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, com participação dos ministérios da Saúde, Seguridade Social e Justiça, parlamentares e outras representações políticas de vários países (dentre eles o Brasil). A Conferência de Caracas declarou, entre outras questões, a necessidade de reestruturação da atenção psiquiátrica na região com a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação dos serviços psiquiátricos. Na ocasião se propõe que os participantes se comprometam em criar programas que visem esta reestruturação, que com a atualização da legislação busquem assegurar os direitos humanos e civis dos doentes mentais

de arranjo nosográfico das doenças mentais e de elaboração das bases do tratamento moral. O mesmo autor em **A gestão dos riscos - da antipsiquiatria à psicanálise** dirige suas discussões para os movimentos que emergem como tentativas de produzir reformas psiquiátricas. Estes configuram-se em alguns dos estudos essenciais para se compreender a constituição dos saberes e práticas psiquiátricos, bem como, as origens das críticas elaboradas a partir de então.

e promovam a organização de serviços comunitários, recomendando-se que a internação psiquiátrica, quando necessária, seja feita em hospital geral. Como resultados decorrentes à conferência, 16 países latino-americanos acolheram as recomendações.

Em 1989 é apresentado no Congresso Nacional brasileiro o Projeto de Lei Nº 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, aprovado somente em abril de 2001, que prevê a reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira com a substituição progressiva dos manicômios por novos dispositivos de tratamento e acolhimento.

Nas duas últimas décadas, o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil tem sido materializado através de portarias do Ministério da Saúde e da constituição de novos serviços, visando adequar-se às orientações da política de saúde mental brasileira. Somente na região sul do Brasil foram cadastrados 131 CAPS (do total de 623 CAPS cadastrados no território brasileiro), desde 2002, sendo que destes 104, 52 CAPS I, 50 CAPS II, 2 CAPS III, 11 CAPSi e 16 CAPSad. Na expansão da rede de serviços até 2004 foram criados 265 serviços residenciais terapêuticos no Brasil e os leitos em hospitais psiquiátricos contratados pelo SUS diminuíram de 72.514 em 1996 para 44.234 em 2004. (BOLETIM INFORMATIVO DE SAÚDE MENTAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, OUT/DEZ. 2004).

A seguir o quadro explicita esta distribuição de CAPS nos estados da região sul:

Quadro I: Distribuição de CAPS entre os estados da região sul

Dispositivos	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total de Dispositivos
PR	4	10	1	4	7	26
RS	31	28	1	4	7	71
SC	17	12	0	3	2	34
Total	52	50	2	11	16	131

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

Este é o contexto em que os trabalhadores da saúde mental brasileiros tem atuado. Apesar de tais serviços coexistirem com macro-hospitais psiquiátricos, a concepção do trabalho em equipe interdisciplinar introduzida com as mudanças preconizadas, as noções de acolhimento e de escuta terapêutica, os projetos terapêuticos individualizados, a reabilitação psicossocial, entre outros, têm exigido uma requalificação e expansão dos papéis profissionais na prestação do cuidado em saúde mental.

Consideramos que a reforma psiquiátrica implica em transformar saberes e práticas em relação à loucura, perceber a complexidade do objeto de intervenção, re-compreender o sofrimento psíquico, e efetivamente destruir manicômios externos e internos que têm permitido a constituição de determinadas formas de pensar e agir e, fundamentalmente, re-inventar modos de se lidar com a realidade.

As diretrizes centrais da política de saúde mental no Brasil, apontada pelo Ministério da Saúde e orientada pela perspectiva de reforma psiquiátrica, consistem em:

- ⇒ Redução progressiva e gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos;
- ⇒ Garantia de assistência aos pacientes egressos dos hospitais;
- ⇒ Criação e sustentação da rede extra-hospitalar – CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência, ambulatórios, programas de suporte social;
- ⇒ Defesa e promoção dos direitos humanos dos pacientes e familiares;

O desafio está plantado e o poder público, através de uma política setorial para a saúde mental claramente definida e objetivada através das iniciativas do Ministério da Saúde, vem trabalhando para garantir uma atenção em saúde mental conforme as diretrizes propostas. Neste sentido, entendemos que este novo cenário para a pesquisa em saúde mental prioriza um olhar sistemática e cientificamente não somente focado na estrutura, mas também no processo e nos resultados desta política de saúde mental. Academicamente, é interessante pensar que um “movimento” conhecido como reforma psiquiátrica (hoje uma opção institucionalizada) que inicialmente foi rotulado como ideológico, chegou ao seu momento de dispor dos referenciais da ciência para avaliar os serviços e as práticas instituídas.

O presente projeto de pesquisa trata-se de uma proposta de estudo de avaliação dos serviços de saúde mental denominados Centros de Atenção Psicossocial, considerando-se este como um serviço substitutivo estratégico no processo de consolidação da reforma psiquiátrica no contexto brasileiro.

OBJETIVO:

Avaliar Centros de Atenção Psicossocial (I, II, III) da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná).

METODOLOGIA:

A presente pesquisa, buscando ampliar os eixos da avaliação, constitui-se de um estudo qualitativo e quantitativo. Essas abordagens privilegiam diferentes dimensões do objeto da avaliação que, de forma complementar, oferecem diferentes eixos para os julgamentos, possibilitando uma maior riqueza do conhecimento de como estão funcionando esses serviços.

Deste modo, dividimos a apresentação do projeto a partir de dois sub-projetos, a saber:

- ⇒ **Estudo de Avaliação Qualitativa de CAPS** – avaliação construtivista, responsiva com abordagem hermenêutico-dialética
- ⇒ **Estudo de Avaliação Quantitativa de CAPS** – abordagem epidemiológica

A seguir apresentamos os dois sub-projetos.

ESTUDO DE AVALIAÇÃO QUALITATIVA DE CAPS – avaliação construtivista, responsiva com abordagem hermenêutico-dialética

I. INTRODUÇÃO

Este projeto de pesquisa relaciona-se com estudos de avaliação dos serviços em saúde mental, com ênfase nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS são serviços substitutivos implementados a partir da transformação da assistência psiquiátrica no Brasil.

Nos últimos anos, testemunham-se importantes modificações tanto nos conceitos quanto nos papéis da saúde mental, psiquiatria e reabilitação, provocando uma alteração substancial no modo de olhar para estas questões.

Estas transformações tiveram maior visibilidade no Brasil a partir da década de 1980, tendo como ator principal o denominado Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira que, no cenário de um país em processo de democratização e de reformulação no sistema de saúde, questiona os saberes e práticas psiquiátricos e o espaço do hospital psiquiátrico como o *lócus* do tratamento. Esse movimento foi protagonizado por diferentes atores e o tema que até então vinha sendo discutido por *experts*, principalmente na sua dimensão teórico-técnica, passou a introduzir questões da esfera político-ideológica, tais como cidadania, direitos, ética, entre outros. Essa polifonia cheia de tensões, conflitos e até paradoxos trouxe várias mudanças nas políticas, na legislação e na organização da atenção em saúde mental, preconizando a necessidade de equipamentos múltiplos para atender a complexidade do sofrimento psíquico.

Esse conjunto de forças sociais em jogo tem-se refletido no contexto particular das práticas de saúde mental, possibilitando a conformação de dois paradigmas básicos, denominados por Costa-Rosa (2000) de modo asilar e, em oposição a ele, o modo psicossocial. O autor propõe a sua composição através de quatro parâmetros fundamentais: concepções do objeto e dos meios de trabalho, formas da organização institucional, formas do relacionamento com a clientela e concepção dos efeitos típicos em termos éticos e terapêuticos (COSTA-ROSA, 2000). A seguir ver-se-á de que modo cada um dos dois modos se configura dentro de cada parâmetro, conforme exposto pelo autor:

1. Concepções do 'objeto' e dos 'meios de trabalho'

O modo asilar dá ênfase à consideração das determinações orgânicas dos problemas (paradigma doença-cura). O tratamento básico é o medicamentoso, com pouca ou nenhuma consideração quanto à existência do sujeito. O indivíduo é o doente e a intervenção é centrada nele. O trabalho, quando inclui recursos multiprofissionais, não ultrapassa o modelo da divisão do trabalho, fragmentado, o psiquiatra é o principal ator, e sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado, apesar de ser, às vezes, acompanhado de dispositivos extra-asilares que funcionam dentro da mesma lógica do hospital psiquiátrico.

O modo psicossocial considera fatores políticos e biopsicossocioculturais como determinantes, e seus meios básicos são psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação. A

consideração de que a loucura não é um fenômeno exclusivamente individual leva à inclusão da família e do grupo ampliado. O tratamento visa a um reposicionamento do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer os efeitos dos conflitos e contradições que o atravessam, passe a se reconhecer como um dos agentes implicados nesse 'sofrimento' e como um agente da possibilidade de mudanças. O meio de trabalho característico é a equipe interprofissional, superando, em muitos aspectos, o grupo comum dos especialistas, incluindo uma série de dispositivos (teatro, música artesanato, entre outros), buscando encontrar formas de intercâmbio das suas visões teórico-práticas e de suas práticas. Não basta que se estratifiquem as ações em prevenção primária, secundária e terciária, mas é necessária uma ação integral que vise ao sujeito como existência-sofrimento. Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são o Centro de Atenção Psicossocial, o Núcleo de Atenção Psicossocial, o Hospital-Dia, Ambulatórios de Saúde Mental, equipes multiprofissionais de saúde mental inseridas em Centros de Saúde e Setores para Tratamento de Saúde Mental inseridos em hospitais gerais.

Desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à hospitalização, medicalização e objetificação, que são elementos componentes desse parâmetro no paradigma asilar.

2. Formas da Organização Institucional

A instituição, como um intermediário necessário nos tratamentos psíquicos em saúde coletiva, é onde estão incluídos a caracterização dos fluxos decisórios e de execução e o modo da divisão do trabalho interprofissional, como elementos determinantes das formas dos vínculos entre instituições e usuários.

No modo asilar, os organogramas típicos são piramidais ou verticais, nos quais o fluxo do poder tem apenas um sentido (do ápice para a base), fornecendo uma das condições fundamentais para que se imprima a mesma configuração às práticas terapêuticas e às relações mais amplas com a população. O poder decisório (esfera política) e o poder de coordenação (esfera teórico-técnica) são indiferenciados, e uma dimensão pode-se fazer passar pela outra. O fundamento das posições de mando é relacionado a atributos de competência técnica, setorial ou pessoal, sendo, em realidade, argumentos velados para disputas corporativas.

No modo psicossocial o organograma deverá ser horizontal: as transformações desse parâmetro têm sido respaldadas pelos pressupostos da reforma sanitária, a partir de 1988, sobretudo pelos princípios da descentralização e pelas propostas de participação popular. Em razão da natureza das operações a serem realizadas no campo da saúde mental e da ética que as práticas da Reforma Psiquiátrica têm imprimido às suas ações, foram introduzidas transformações também na estrutura dos micropoderes, sobretudo na horizontalização das relações de poder entre os trabalhadores e entre estes e os usuários. O poder decisório será dado pela reunião geral da instituição, conforme o âmbito em que se esteja, valorizando a participação da clientela efetiva e da população e o poder de coordenação é dado em representação, e suas funções essenciais são coordenar as ações conjuntas e fazer executar, em suas dimensões particulares, as decisões tomadas pelo coletivo.

Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais do modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais, a heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

3. Formas do Relacionamento com a Clientela

A relação com a clientela no modo asilar pode ser descrita como relação entre loucos e sãos ou entre doentes e sãos. As clientelas potenciais são todos os problemáticos que sejam tratados e, em alguns casos, excluídos do convívio social. A interdição institucional dos espaços se reproduz na relação com a população sob a forma de interdição do diálogo, produzindo um discurso que fixa o usuário à imobilidade e ao mutismo. No espaço asilar estão dadas as condições ótimas para a reprodução de relações intersubjetivas verticais, típicas do modo capitalista de produção.

No modo psicossocial, as instituições, por meio de seus agentes, adquirem o caráter de espaços de interlocução, mediante a qual é possível colocar em cena a subjetividade e as práticas de intersubjetividade horizontal. A instituição é capaz de superar o seu caráter depositário, funcionando como ponto de fala e de escuta da população.

A instituição e seus agentes devem apresentar-se e funcionar como espaço de interlocução e instância de 'suposto-saber'; sustentar desde o primeiro encontro com a clientela, à oferta de um tipo de possibilidade transferencial compatível com a ética da singularização (Costa-Rosa, 2000:162).

A organização programática, no modo psicossocial, deve ocorrer em forma de equipamentos integrais, tanto em relação ao território quanto em relação ao ato terapêutico. A instituição é um foco onde se entrecruzam as diferentes linhas de ação presentes no território e para onde podem convergir as primeiras pulsações da Demanda Social.

Interlocução, livre trânsito do usuário e da população, e territorialização com integralidade são metas radicais do modo psicossocial quanto à forma de relação da instituição com a clientela e a população, por oposição à imobilidade, mutismo e estratificação da atenção por níveis (primário, secundário e terciário), que caracterizam o modo asilar.

4. Concepção dos Efeitos Típicos em Termos Terapêuticos e Éticos

No modo asilar, observa-se uma hipertrofia dos 'defeitos de tratamento' (como cronificação asilar e benzodiazepinização). A remoção ou tamponamento dos sintomas pode ser alinhada na perspectiva de uma ética de duplo eixo: dimensão ego-realidade e carência-suprimento, cujo desdobramento mais amplo talvez seja a adaptação.

No modo psicossocial não se deixa de alcançar a suspensão sintomática, mas ela não é visada diretamente nem é a meta final. O que se visa é o 'reposicionamento subjetivo' do homem em questão, ou seja, leva-se em conta a dimensão subjetiva e sociocultural. O 'reposicionamento' deve ser pensado na perspectiva de uma ética que se abra para a singularização, que tome como duplo eixo às dimensões sujeito-desejo e carência-ideais³. Em uma sociedade liberal, em que se está atravessado por uma ideologia individualizante e por um modo de produção que obstaculiza relações intersubjetivas horizontais, pois, afirma uma ideologia da mobilidade, mas funciona sobre um real de imobilidade. É um desafio que a singularização tanto do trabalhador quanto usuário ultrapasse as barreiras de uma quimera individualista. Implicação subjetiva e sociocultural e singularização são metas radicais quanto à ética das práticas no modo psicossocial, por oposição à adaptação que caracteriza a ética do modo asilar.

Quadro II: Parâmetros basilares das práticas do modo asilar e do modo psicossocial

MODO ASILAR	MODO PSICOSSOCIAL
- Ênfase no orgânico	- Considera os fatores políticos e biopsicosocioculturais
- Indivíduo não participante do tratamento	- Meios: psicoterapias, laborterapias, socioterapias e mais um conjunto de dispositivos de reintegração sociocultural (destaque para as cooperativas de trabalho).
- Indivíduo é visto como doente	- Indivíduo é o participante principal do seu tratamento
- Intervenções centradas só no indivíduo	- Indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social
- Isolamento familiar e social	- Trabalhos com família e sociedade para mudanças e tratamento
- Equipe multiprofissional, mas cuidados fragmentados	- Diálogo, o cliente fala, (interlocução).
- Indivíduo fragmentado (profissionais não discutem os problemas entre si)	- Ponto de fala e de escuta da população
- Hegemonia médica	- Livre trânsito do usuário e da população
- Doença: modelo médico	- Territorialização e integralidade.
- Hospital psiquiátrico: estrutura fechada	
- Organogramas piramidais e verticais com fluxo do ápice para a base	
- Estratificações de poder e saber entre	

³ O conceito de carência se opõe ao de carência ou de necessidade, abarcando a dimensão do homem que inclui o desejo e toda a abertura para os ideais, possíveis ou não de imediato. Abrange também a abertura para a produção e usufruto de todos os bens da produção social, muito além do preenchimento de necessidades. Pode-se considerar aqui incluídas as criações da filosofia, da arte, da ciência e até da religião, mas não sem passar pela aspiração pertinente ao usufruto das comodidades socialmente produzidas no mais alto grau de sua evolução histórica (COSTA-ROSA, 2000).

- profissionais
 - Espaço de relação entre “doentes” e “sãos”
 - Reprodução das relações verticais do modo capitalista
-

Fonte: Adaptado por SOUZA (2005) a partir de Costa-Rosa (2000).

Assim sendo, o aparecimento dos novos serviços, em consequência de um amplo processo de transformações traz, sob essa categoria empírica, novo significado para um conjunto de ações e iniciativas que ocorrem em diversas áreas, e, simultaneamente, nos planos teórico, técnico, assistencial, jurídico, político e cultural, na forma de lidar com a loucura. Os novos serviços procuram, assim, operar uma construção teórica e técnica, mas também social e política no lidar com o sofrimento psíquico, a diferença, a doença mental, diversa daquela da psiquiatria clássica (CARVALHO & AMARANTE, 1996:75).

Esses novos aparatos propõem tirar o foco da doença e o objeto passa a ser a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social (ROTELLI et al., 2001:30). O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira busca a transformação do modelo hospitalocêntrico de atenção, substituindo-o por uma rede de atenção integral à saúde mental, conferindo maior resolubilidade, reduzindo a necessidade de internação, intervindo nas situações que produzem exclusão, promovendo a inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico e qualificando a sua existência.

O novo enfoque não busca meramente modernizar as tecnologias de atenção psiquiátrica e difundi-las, mas busca "redescrever, reconstruir as relações entre a sociedade e seus loucos. Não se trata de secundarizar a questão técnica, assistencial, mas de redefinir seu lugar numa estratégia mais ampla de ação" (BEZERRA, 1994:181).

No Brasil, apesar de o modelo assistencial ainda permanecer concentrado no hospital psiquiátrico, o Ministério da Saúde procura utilizar tanto o financiamento federal quanto sua capacidade normativa para modificar esse cenário (DESVIAT, 1999).

No decorrer da década de 1990, a partir do contexto enunciado, ocorre a modificação das bases do financiamento, a diversificação na alocação de recursos, o estabelecimento de critérios para o financiamento dos serviços, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, a criação do Grupo de Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica Hospitalar, criando mecanismos de avaliação, controle e fiscalização e a modificação da legislação específica (DESVIAT, 1999).

No Brasil, os princípios que direcionam as ações rumo a desinstitucionalização estão sistematizados em um conjunto de atos legais que norteiam o processo, elaborados a partir do início da década de 1990, e que têm tido grande influência na implementação das políticas públicas no campo da saúde mental. Esses documentos foram uma conquista de todo o movimento social de luta antimanicomial que se instalou no país, num campo de interesses divergentes, em que a sua aprovação implicou uma luta e negociação árdua. Prova disso é que a nova legislação nacional só foi aprovada recentemente.

A Lei Federal sobre a Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216, de abril de 2001) dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esse texto, aprovado em última instância no plenário da Câmara Federal, reflete o consenso possível sobre uma lei para a reforma no Brasil. A lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta o cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária, arbitrária e/ou desnecessária (BRASIL, 2004).

Desde 1992 existem oito leis estaduais em vigor, inspiradas no Projeto da Lei Federal de autoria do deputado Paulo Delgado. Mesmo antes da aprovação da norma federal, as leis estaduais possibilitaram importantes transformações na jurisdição dos estados e seus respectivos municípios. No caso do Rio Grande do Sul, a sua Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 9.716 de 07/08/1992) foi à pioneira, propondo a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por uma rede de atenção integral à saúde mental e a regulamentação da internação compulsória (BRASIL, 2004).

Uma série de portarias⁴ do Ministério da Saúde foram elaboradas a partir do início da década de 1990, as quais são instrumentos fundamentais para o processo em curso de reestruturação da assistência em saúde mental, ampliando as possibilidades de oferta da rede de atenção comunitária em saúde mental. Essas portarias, definindo o financiamento de ações e serviços substitutivos, foram cruciais, além de estabelecerem as normas básicas para o funcionamento dos serviços de saúde mental e determinarem mecanismos de fiscalização. Apesar disso, ainda está longe a reversão do financiamento do hospital para serviços comunitários, o que reafirma a sua hegemonia. A própria criação de leitos em hospitais gerais é ainda incipiente em relação à necessidade demandada, e a maior parte dos usuários, em um quadro agudo, continua sendo internada nos hospitais psiquiátricos.

Nesse contexto, surgem os Centros de Atenção Psicossocial como propostas de espaços de cuidado mais adequados aos princípios e diretrizes explicitados. Essas estruturas surgem no Brasil, a partir de 1986, tendo como fontes inspiradoras universais às estruturas de hospital-dia, desde os anos 1940, na França; as experiências das comunidades terapêuticas de Maxwell Jones, na Escócia; os Centros de Saúde Mental, nos anos 1960, nos Estados Unidos; os Centros de Saúde Mental da Itália, nos anos 1970/1980. A denominação Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, surgiu na Manágua revolucionária de 1986, onde, apesar das dificuldades materiais em uma economia de guerra, se cuidava das pessoas com problemas psiquiátricos, utilizando líderes comunitários, materiais improvisados e sucatas, sendo desenvolvida uma criativa experiência de reabilitação (PITTA, 1994).

Os Centros de Atenção Psicossocial são, inicialmente, formalmente definidos pela Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde como unidades locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2004). Considerando a necessidade de atualização das normas constantes na Portaria nº 224, a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, acrescenta novos parâmetros para seu funcionamento. Entre eles, estabelece que os CAPS passam a ser definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, constituindo-se em CAPS I, CAPS II e CAPS III. Essas modalidades deverão estar capacitadas para realizar, prioritariamente, o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial. Também a define as características de cada modalidade em termos de capacidade operacional, funções, horários de funcionamento, atividades e recursos humanos; direciona novos serviços específicos para a área de álcool e outras drogas (CAPSad) e infância e adolescência (CAPSi). Cria, ainda, mecanismo de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede CAPS (BRASIL, 2004).

⁴ Portaria/SNAS nº189, de 19 de novembro de 1991; Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992; Portaria/SAS nº 407, de 30 de junho de 1992; Portaria SAS nº 408, de 30 de dezembro de 1992; Portaria/SAS nº 088, de 21 de julho de 1993; Portaria/SAS nº 145, de 25 de agosto de 1994; Portaria/SAS nº 147, de 25 de agosto de 1994; Portaria/GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999; Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000; Portaria/GM nº 799, de 19 de julho de 2000; Portaria/GM nº1.220, de 7 de novembro de 2000; Portaria/GM nº 175, de 7 de fevereiro de 2001; Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002; Portaria/SAS nº 189, de 20 de março de 2002; Portaria/GM nº 816, de 30 de abril de 2002; Portaria/GM nº 817, de 30 de abril de 2002; Portaria/SAS nº 305, de 3 de maio de 2002 (Brasil, 2004).

Quadro III. Centros de Atenção Psicossocial segundo a Portaria 336/2002.

TIPO	POPULAÇÃO	TURNO	RECURSOS HUMANOS	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
CAPS I	20.000 - 70.000	2 Turnos: 8h ÀS 18 h 5 dias da semana	01 médico 01 enfermeiro 03 nível superior 04 nível médio	Atendimento individual Atendimento em grupos Atendimento em oficinas Visitas domiciliares Atendimento à família Atividades comunitárias 01 turno-01 refeição 02 turnos-02 refeições
CAPS II	70.000 – 200.000	2 Turnos: 8h ÀS 18 h 5 dias da semana 3º Turno até 21 h	01 psiquiatra 01 enfermeiro 04 nível superior 06 nível médio	Atendimento individual Atendimento em grupos Atendimento em oficinas Visitas domiciliares Atendimento à família Atividades comunitárias 01 turno-01 refeição 02 turnos-02 refeições
CAPS III	Acima de 200.000	24 h diariamente	02 psiquiatras 01 enfermeiro 05 nível superior 08 nível médio	IDEM CAPS II Acolhimento noturno contínuo, máximo 05 leitos, repouso e/ou observação. Tempo máximo - 07 dias corridos ou 10 intercalados 24h – 04 refeições
CAPS i	Cerca de 200.000	2 Turnos: 8h ÀS 18 h 5 dias da semana 3º Turno até 21 h	01 psiquiatra ou neurologista ou pediatra 01 enfermeiro 04 prof. nível superior 05 nível médio	IDEM CAPS II Desenvolvimento de ações intersectoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça.
CAPS ad	Acima de 70.000	Idem CAPS II	01 psiquiatra 01 enfermeiro 01 clínico 04 nível superior 06 nível médio	IDEM CAPS II - 02 a 04 leitos para desintoxicação e repouso.

Fonte: Adaptado do Guia de Saúde Mental do Rio Grande do Sul, 2001.

A Portaria/SAS nº 189, de 20 de março de 2002 (BRASIL, 2004), altera a forma de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial, considerando os seus usuários pacientes que demandam cuidados intensivos em saúde mental, o que leva a um maior aporte de recursos para esses equipamentos. O financiamento que, até então, era por procedimentos realizados, passa a ser realizado mediante o pagamento de um valor por usuário atendido pelo serviço, via autorização para procedimento de alta complexidade (APAC), emitida a partir de um laudo técnico.

Esses serviços encontram-se incorporados como política pública de saúde mental de referência para todo o país e se inscrevem em um contexto que pretende desenvolver novas tecnologias em saúde mental que respeitem o usuário no seu direito de cidadania e que se diferenciem do modelo manicomial excludente dominante (CARVALHO; AMARANTE, 1996).

A expansão dessa forma de atendimento em diversos municípios do país indica que, como política pública de atenção em saúde mental, os CAPS tem sido percebidos como tendo potencial para responder, de forma efetiva, às questões locais, configurando-se como um dos equipamentos centrais na implantação do Sistema Local de Saúde Mental. Por outro lado, as

diversidades contextuais não permitem que esse processo ocorra de forma linear e homogênea. Fatores técnicos, políticos, econômicos, culturais, entre outros, têm condicionado a implementação dessas práticas.

Uma outra questão que merece ser considerada é de que os CAPS surgem como uma possibilidade de assistência em uma proposta mais ampla de uma rede de cuidados em saúde mental: a proposta de criação de um sistema de saúde que contemple a abordagem integral dos indivíduos e de suas famílias. O conceito de integralidade remete ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (Hartz; Contandriopoulos, 2004).

No caso da saúde mental, a mudança do enfoque já discutida anteriormente exige a implantação de uma diversidade de equipamentos que respondam aos diferentes momentos e necessidades da pessoa. Nessa direção, um processo avaliativo dos CAPS deve levar em conta que os mesmos, de forma isolada e fora de uma estrutura de rede, podem dar respostas parciais não apenas devido às suas limitações internas, mas também por não estarem inseridos em uma proposta política mais ampla.

O presente estudo justifica-se, principalmente, pela premência de se olhar para essas novas modalidades públicas de atenção, que estão sendo abertas no país, buscando-se monitorar essas ações. Estudar um Centro de Atenção Psicossocial implica acompanhar a construção de um serviço que se proponha a atender a inserção do usuário, com maior resolubilidade, com uma intervenção pautada na diversidade de saberes de uma equipe multiprofissional e na utilização de múltiplos recursos.

II. OBJETIVO GERAL:

Avaliar qualitativamente Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (CAPS I, II e III) que estão localizados nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná.

2.1. Objetivos específicos

- ⇒ Realizar um processo avaliativo participativo em Centros de Atenção Psicossocial que possibilite a compreensão do objeto avaliado e a construção dos sujeitos envolvidos.
- ⇒ Apreender a dinâmica de funcionamento de Centros de Atenção Psicossocial, as relações, contradições e subjetividades dos envolvidos.
- ⇒ Propiciar subsídios para mudanças e transformações a partir dos dados gerados pela participação dos grupos de interesse envolvidos na avaliação.
- ⇒ Capacitar os grupos de interesse envolvidos na avaliação, aumentando a sua capacidade de análise, para se constituírem como sujeitos do processo de mudança.

III. CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO

A proposta de realizar uma avaliação de serviço qualitativa vem da preocupação em apreender a sua dinâmica, a forma como os atores interagem e os sentidos que são construídos pelos mesmos em relação à sua prática. Junto com isso, uma avaliação que pudesse ser também dispositivo, possibilitando, através de um processo participativo, que grupos de interesse ampliem a possibilidade de intervirem sobre a realidade do serviço, que possam ser sujeitos em um processo que em metodologias tradicionais estão excluídos.

Encontramos na Avaliação de Quarta Geração o caminho para operacionalizar essa tarefa, trazendo uma série de conceitos que dão as bases e fundamentos da proposta.

3.1. A Avaliação de Quarta Geração

A avaliação de Quarta Geração é uma forma de avaliação em que as reivindicações, preocupações e questões dos *stakeholders* servem como foco organizacional (a base para determinar que informação é necessária), e é implementada através dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista (Guba e Lincoln, 1989).

Guba & Lincoln (1989) propõe, como alternativa às avaliações tradicionais, uma avaliação responsiva, baseada em um referencial construtivista. O termo responsiva é usado para designar uma diferente forma de focalizar uma avaliação em relação aos seus parâmetros

e limites: nos modelos tradicionais os parâmetros e limites são definidos *a priori*. A avaliação responsiva determina parâmetros e limites através de um processo interativo e de negociação que envolve grupos de interesse e que consome uma considerável porção de tempo e de recursos disponíveis. É por esta razão que o projeto de uma avaliação responsiva é chamado de emergente. O termo construtivista é usado para designar a metodologia empregada para realizar a avaliação e tem as suas raízes em um paradigma de pesquisa que é alternativo ao paradigma científico, e também é conhecido por outros nomes (interpretativo, hermenêutico). Um modo responsivo de focar e um modo construtivista de fazer.

3.2. O enfoque responsivo:

O processo de qualquer avaliação deve começar com um método para determinar quais questões serão colocadas e quais informações serão buscadas. Os elementos a serem enfocados: variáveis, objetivos, decisões e outros, podem ser denominados de organizadores de avanço (*advance organizers*). A avaliação responsiva também tem seus organizadores de avanço: 'as reivindicações, preocupações e questões que serão identificadas por grupos de interesse (*stakeholders*), isto é, pessoas que serão potencialmente vítimas ou beneficiários da avaliação (Guba e Lincoln, 1989).

Existem diferentes grupos de interesse. Guba e Lincoln (1988) identificaram três classes:

- ⇒ Os agentes, que são todas as pessoas envolvidas em produzir, usar e implementar o serviço (*evaluand*).
- ⇒ Os beneficiários: todas as pessoas que se beneficiam de alguma forma com o uso do serviço (*evaluand*);
- ⇒ As vítimas, todas as pessoas que são afetadas negativamente pelo uso do objeto avaliado: grupos excluídos do seu uso, grupos que sofreram efeitos negativos no seu uso, pessoas politicamente em desvantagem, sem poder, influência ou prestígio, pessoas que perderam oportunidades que não foram exploradas porque os recursos necessários estão alocados para darem suporte ao objeto da avaliação.

A avaliação não é responsiva apenas porque busca a visão de diferentes grupos de interesse, mas também a medida em que responde às questões na subsequente coleta de informações. É muito comum que diferentes atores tenham diferentes construções a respeito de reivindicações, preocupações e questões particulares. A maior tarefa do avaliador consiste em conduzir a avaliação de forma que cada grupo confronte a suas construções com as demais, um processo que denominamos hermenêutico-dialético. Neste processo, como cada grupo entra em contato com as construções de outros, suas próprias construções se alteram em virtude de se tornarem mais bem informadas e mais sofisticadas. Idealmente, a avaliação responsiva busca o consenso, mas isso raramente é possível.

O conflito persistirá em resoluções que requerem a introdução de informações externas, e é tarefa do avaliador obtê-las. Quando esta informação torna-se acessível, o avaliador prepara uma agenda de negociação, liderando a condução e moderação da sessão de negociação. Representantes de todos os grupos de interesse relevantes compartilham com o avaliador um esforço conjunto para resolver o que permanece na mesa de negociações. As conclusões finais e recomendações que emergem desta negociação são, desta forma, alcançadas de forma solidária. Todos os itens da agenda que não são resolvidos permanecem como pontos de disputa, mas, no mínimo, cada grupo entenderá qual é o conflito ou como os demais grupos se posicionam em relação a ele. Tal interação e reiteração são típicas de uma avaliação responsiva; e as avaliações nunca estão completas, mas são suspensas por razões logísticas, tais como o tempo e/ou recursos disponíveis (Guba e Lincoln, 1989).

3.3. Metodologia construtivista

Baseia-se em um sistema de crenças que é oposta à ciência positivista que caracterizou a avaliação realizada no último centenário e esse sistema de crenças é com freqüência chamado de paradigma. Não é possível aprovar ou desaprovar um paradigma de forma absoluta, mas os autores acreditam que o paradigma positivista apresenta limitações que podem ser superadas pelo construtivista. Ontologicamente ele nega a existência de uma realidade objetiva, afirmando que a realidades são construções sociais da mente, e que existem tantas construções quanto existem indivíduos (embora muitas construções sejam compartilhadas), sendo a própria ciência uma construção. As realidades, sendo construções, não podem ter (a não ser por imputações mentais) leis naturais imutáveis, tais como leis de causa e efeito. Epistemologicamente, o paradigma construtivista nega a possibilidade do

dualismo sujeito-objeto, sugerindo que os achados de um estudo existem precisamente porque existe uma interação entre observador e observado que literalmente cria o que emerge da pesquisa. Metodologicamente, e em consequência dos princípios ontológicos e epistemológicos, o paradigma construtivista rejeita a abordagem científica que caracteriza a ciência hegemônica e a substitui por um processo hermenêutico-dialético, contando com a interação observador/observado para criar uma realidade construída o mais informada e sofisticada possível em um ponto particular no tempo (Guba e Lincoln, 1989).

Existe ressonância entre um paradigma que propõe a metodologia hermenêutica-dialética e um modelo de avaliação que depende exatamente deste tipo de processo: o foco responsivo pede uma metodologia construtivista, e a metodologia construtivista encaixa-se exatamente nas necessidades do processo de pesquisa de uma avaliação responsiva (Guba e Lincoln, 1989).

Mas porque usar as reivindicações, preocupações e questões dos *stakeholders* como organizadores? Os argumentos dos autores a favor do seu uso, são os seguintes:

1. *Stakeholders* são grupos de risco porque os resultados da avaliação podem ir contra os seus interesses. Como grupo de risco, devem ter a oportunidade de realizar quaisquer reivindicações, ou colocar quaisquer questões que julguem apropriadas para terem as suas demandas honradas, devendo sentir que tem alguma defesa em relação a este nível de risco.
2. *Stakeholders* estão sujeitos à exploração, perda de poder e perda dos direitos civis: a avaliação é uma forma de pesquisa cujo produto final é a informação. Informação é poder. O poder da pesquisa pode ser usado de várias formas contrárias aos interesses dos grupos. Não é claro, dadas a complexidade social e técnica moderna, que um envolvimento significativo dos implicados garantirá que todos não serão explorados, perderão poder ou perderão direitos em algum grau. Mas é claro que sofrerão esses infortúnios em muito maior grau à medida que forem negadas as suas demandas.
3. *Stakeholders* são os usuários da informação da avaliação: provavelmente nenhum tema tem dominado tanto a discussão em encontros de avaliadores profissionais como a suposta não utilização dos resultados da avaliação. Os motivos disso podem ser: o fracasso em fornecer informações de qualidade, o distanciamento da arena política de tomada de decisões, o fato de a avaliação não fornecer informações inequívocas, fornecendo, às vezes, informações conflitantes. Mas, a principal razão, é que os avaliadores tendem a dar informações que eles julgam relevantes, mas ninguém mais acha (ou apenas interessando a um seletivo grupo). Mas os *stakeholders* são usuários da informação que percebem como responsiva aos seus anseios, preocupações e questões e, sendo dada uma oportunidade para que tenham suas demandas honradas dentro do processo avaliativo, eles também verão uma forma de inserirem-se como sujeitos políticos e, mais importante, de serem capazes de fazê-lo com base em uma legitimação que não teriam de outra maneira.
4. *Stakeholders* estão em posição de ampliar a extensão da pesquisa avaliativa para grande benefício do processo hermenêutico dialético: quando a avaliação enfoca algumas questões pré-determinadas, seus resultados serão limitados. Uma grande parte do tempo e energia do avaliador deve ser despendido simplesmente para identificar os *stakeholders* e para interagir com eles suficientemente para entender quais são suas reivindicações, preocupações e questões. Elas originam-se das construções que o grupo formulou, e refletem suas circunstâncias particulares, experiências e valores. Com frequência, a natureza das reivindicações, preocupações e questões são completamente imprevisíveis para quem não é um membro do grupo. Isto força um grupo a confrontar e lidar com as construções de outros grupos, o que de outra forma não ocorreria. O efeito deste confronto produz mudanças rápidas na construção de todos os grupos, e, se não levar a um consenso, expõe as diferentes posições com maior clareza. Se a maior proposta da avaliação é refinar e melhorar (em adição a julgar), os princípios da hermenêutica-dialética raramente tiveram melhor serventia.
5. *Stakeholders* são mutuamente educados pelo processo de quarta geração: o seu envolvimento na Avaliação de Quarta Geração é mais do que simplesmente identificá-los e descobrir as suas reivindicações, preocupações e questões. De cada grupo é exigido que leve em conta as demandas dos demais grupos e isso não quer dizer que devam aceitar as opiniões e julgamentos dos demais, mas requer que lidem com pontos de diferença ou que reconstruam as suas próprias construções o suficiente para acomodar as diferenças e conflitos ou que desenvolvam argumentos para que as outras proposições não sejam assimiladas. Neste processo, um grande aprendizado ocorre. Por um lado, cada grupo

passa a entender suas próprias construções melhor e as revisa de forma a torná-las mais bem informadas e sofisticadas e, por outro, cada grupo começa a entender melhor as construções dos outros grupos.

Esse trabalho tem como proposta avaliar Centros de Atenção Psicossocial por ser este tipo de serviço uma modalidade de atendimento em consonância com as propostas da Reforma Psiquiátrica. A mudança de paradigma preconizada na assistência em saúde mental exige a invenção de formas de pensar e fazer que não estão dadas, que sofrem grande influência do contexto, não sendo passíveis de generalização, pressupõe um enfoque interdisciplinar e a inserção de diferentes atores que respondam a complexidade do 'novo' objeto construído e das práticas a ele direcionadas.

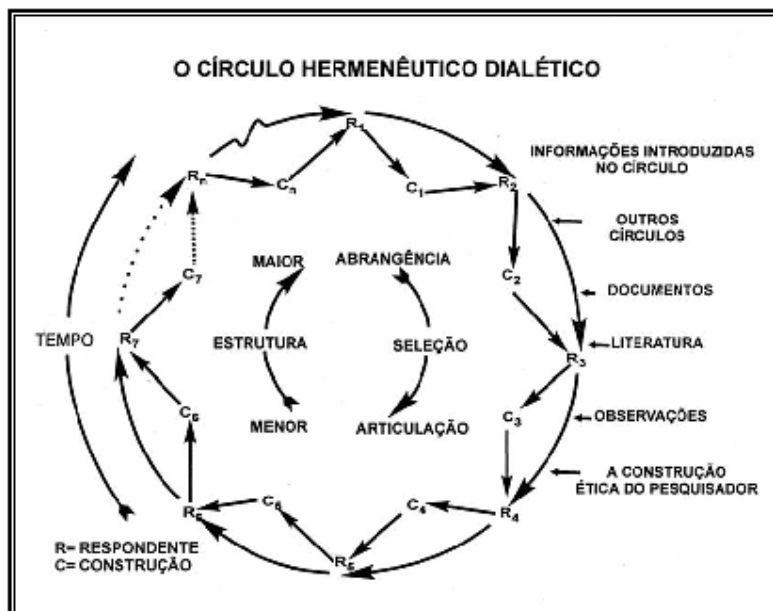
Um processo avaliativo, nesse sentido, não pode estabelecer indicadores *a priori*, que não sejam oriundos do contexto do serviço, que não tenham importância e que não sejam problema para os grupos de interesse. Além disso, não tem sentido uma avaliação de serviço que não possa também servir para o direcionamento da prática, o que exige o envolvimento dos que julgamos serem seus usuários potenciais. Portanto, nesse estudo, o envolvimento dos grupos de interesse tem tanto o objetivo de buscar questões mais pertinentes dentro do contexto do serviço e que tenham significado para eles, como de potencializar a possibilidade de que o processo aumente e aprimore a capacidade de ação desses grupos.

3.4. O processo hermenêutico dialético

Guba & Lincoln (1989) propõe o processo hermenêutico-dialético como um caminho para alcançar as condições anteriormente expostas. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e dialético porque implica em comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando um alto nível de síntese. Mas os autores apontam que a maior proposta deste processo não é justificar a sua própria construção ou atacar as fraquezas das propostas oferecidas por outros, mas uma forma de conexão que leve a uma exploração mútua de todas as partes. O objetivo é alcançar um consenso quando possível; quando não é possível, o processo expõe e esclarece as diferentes visões e leva a construção de uma agenda de negociação. Caso o processo tenha êxito, todas as partes (incluindo o pesquisador) reconstruíram as construções iniciais. Todas as partes são, simultaneamente, educadas e desenvolvidas.

Segundo os autores, uma negociação produtiva requer certas condições, que incluem: o compromisso das partes em trabalharem em uma posição de integridade, sem espaço para mentiras e enganos deliberados; competência mínima das partes para se comunicar; compromisso em compartilhar poder; compromisso em mudar frente a negociações persuasivas; compromisso de reconsiderar os seus valores quando apropriado; e compromisso de dispor de tempo e energia que forem requeridas pelo processo.

O seguinte modelo esquemático é proposto pelos autores:



Fonte: Traduzido por Wetzel (2005) a partir de Guba & Lincoln (1989)

Como primeiro passo, um respondente inicial (R1) é selecionado pelo pesquisador em função de sua posição estratégica em relação ao objeto da avaliação. É realizada uma entrevista aberta para determinar uma construção inicial em relação ao que será investigado ou avaliado – o foco da investigação. Pede-se que o respondente descreva o foco como ele ou ela o constrói, que o comente e descreva em termos pessoais. Em avaliações, estes comentários incluem observações sobre as reivindicações, problemas e questões, e sobre aspectos positivos e negativos do serviço.

Ao final da entrevista, pode ser solicitado ao respondente que indique outro respondente (R2) que identifica como tendo construções diferentes das suas.

Os temas centrais, conceitos, idéias, valores, problemas e questões propostas por R1 são analisadas pelo pesquisador, em uma formulação inicial da sua construção, designada C1. Deste modo, a análise dos dados segue de perto a coleta de dados. Caso as questões sejam de grande importância e politicamente sensíveis, será útil checar a análise completa com R1.

Após, R2 é entrevistado. Quando R2 colocou todas as questões próprias, os temas da análise de R1 são introduzidos, e R2 é convidado a comentá-los. Como resultado, a entrevista com R2 produz informações não apenas sobre R2, mas também críticas às demandas e construções de R1. O pesquisador solicita a indicação de R3 e completa a segunda análise (C2), e construções mais bem informadas e sofisticadas baseadas em duas fontes. O processo é repetido através da adição de novos informantes até que a informação recebida torne-se redundante ou quando duas ou mais construções permanecerem em conflito de alguma forma (tipicamente porque os valores que apóiam as diferentes construções estão em conflito).

As informações disponíveis aos participantes do círculo não precisam ser limitadas àquelas que eles e o pesquisador trazem. É possível introduzir outras demandas que a oportunidade e a necessidade originam, tais como construções que emergem de outros grupos de interesse, dados de observação, documentos, literatura relevante e a construção ética do pesquisador.

Os círculos não necessitam ser abertos apenas com indivíduos similares, isso é, pessoas que desenvolvem papéis semelhantes, que são do mesmo sexo ou idade, ou que se parecem umas com as outras em algum outro aspecto. Círculos podem ser formados por pessoas bastante diferentes umas das outras. Mas as possibilidades de que condições mínimas de sucesso de encontro hermenêutico dialético diminuem porque tais círculos facilmente comportam pessoas com grande variedade de poder dentro do contexto.

3.5. O campo e seus instrumentos

3.5.1. Local do estudo

A avaliação qualitativa estará inserida em uma proposta avaliativa mais ampla dos CAPS I, II e III da região sul – Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná.

Considerando a busca do aprofundamento da avaliação qualitativa, essa abordagem inviabiliza a extensão do estudo a todos os CAPS da região sul.

A partir disso, serão incluídos nove serviços:

- 1 CAPS I de cada estado
 - 1 CAPS II de cada estado
 - 1 CAPS III de cada estado (no momento não temos CAPS III em Santa Catarina, mas mantivemos a definição de nove municípios considerando que na época da coleta de dados esta realidade pode ter sido alterada e demandar a inclusão de mais um serviço)
- Critérios de seleção dos CAPS para avaliação:
- Tempo de funcionamento do serviço e experiência, que permita aos grupos de interesse condições para realizar um processo avaliativo nos moldes propostos;
 - Escolha intencional – a partir dos dados obtidos no estudo quantitativo da estrutura e do processo e sua adequação a normatização definida na Portaria n.º 336/2002;
 - Disponibilidade dos grupos de interesse em aderir à proposta de avaliação construtivista responsiva;

3.5.2. Método de coleta de dados

As técnicas que serão utilizadas na coleta de dados empíricos serão a entrevista e a observação e faremos uma breve exposição de cada uma delas na pesquisa qualitativa e de como serão utilizadas nesse estudo.

3.5.2.1. Observação:

A observação possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado, o que apresenta uma série de vantagens: é o melhor teste de verificação da ocorrência de um determinado fenômeno, permite que o observador se aproxime da perspectiva dos sujeitos, é extremamente útil para descobrir novos aspectos de um problema e, finalmente, permite a coleta de dados em situações em que é impossível outras formas de comunicação (Lüdke & André, 1986).

A avaliação qualitativa fornece descrições detalhadas das atividades, dos processos e dos participantes do programa, sendo a observação direta um importante recurso. Os registros da observação devem ser ricos em detalhes, permitindo que o leitor se insira na situação observada (Patton, 1987).

Existem muitas vantagens no uso da observação para uma proposta de avaliação: ao observar diretamente o programa o avaliador estará mais apto a compreender o contexto no qual as atividades ocorrem; a experiência com um programa leva o avaliador a ser indutivo, porque estando pessoalmente presente tem menor necessidade de utilizar conceitualizações *à priori* sobre o *setting*; o observador tem a oportunidade de ver coisas que podem não ser percebidas pelos participantes do programa, pois como todos os sistemas sociais envolvem rotinas, os participantes de tais rotinas podem segui-las sem ter consciência de importantes nuances que são aparentes apenas para um observador que não está imerso nelas; fornece informações que não são conseguidas através das entrevistas; permite ao avaliador ir além das percepções alheias, acrescentando às percepções dos entrevistados as suas próprias; e, finalmente, permite que o avaliador acesse seu conhecimento pessoal e experiência direta como recursos para a compreensão e interpretação do programa observado (Patton, 1987).

O autor chama atenção para o fato de que não é possível observar tudo, e que o foco da observação deve ser dado, em parte, pelas questões da avaliação a serem respondidas.

Lincoln & Guba (1985) colocam que a observação pode tomar diferentes formas nos diferentes estágios da pesquisa. Na fase inicial, a observação pode ser pouco estruturada, de forma a permitir que o observador expanda o seu conhecimento e desenvolva algum senso do que é importante ou saliente. Mais tarde, o observador pode torna-la mais focal, a medida que as informações aumentam. Os autores acrescentam que é útil intercalar períodos de análise preliminar dos dados entre períodos de observação para a construção de unidades ou categorias preliminares de informação. Dizem também que é útil checar esses dados iniciais com alguns respondentes, ou seja, o círculo hermenêutico-dialético exige a análise concomitante com a coleta.

Patton (1987) coloca que uma das tarefas da observação é o levantamento dos registros e documentos e que o avaliador deve negociar o acesso à eles. Afirmam que os documentos servem a um duplo propósito: são um recurso básico de informação sobre o programa e processos e podem ajudar o avaliador na formulação de questões importantes para direcionarem as observações entrevistas.

Existem diversos mecanismos para os registros das observações (Patton, 1987). O autor coloca que os registros de campo são sobretudo descritivos, com informações básicas de onde a observação ocorreu, quem estava presente, como era o local, que interações sociais ocorreram, que atividades foram realizadas, e outras informações descritivas que permitirão que o observador possa retornar mentalmente ao local através das notas de campo. Recomenda que não sejam usados termos gerais para descrever ações e condições específicas, citando como exemplos as palavras "pobre", "raiva", que não são palavras descritivas, mas sim interpretativas, e pouco significam para as pessoas que não estão presentes.

Fala também que as notas devem conter o que as pessoas disseram. Citações diretas, ou o mais próximas disso devem ser incluídas. Devem conter também os sentimentos do avaliador, suas reações à experiência, e reflexões sobre o sentido e significado do que ocorreu. Por fim, podem incluir as interpretações, análises iniciais do avaliador sobre o que acontece no programa.

Nesse estudo, as etapas da observação não seguirão um roteiro rígido, mas permitirão que façamos uma espécie de familiarização com a rotina e dinâmica do serviço, conhecendo

equipe, usuários e familiares e permitindo que eles também incorporem nossa presença, nos conheçam e conheçam a proposta do estudo. O número de horas de observação será definido de acordo com as exigências do campo para que ocorra de fato a incorporação dos pesquisadores no mesmo.

A medida em que o processo hermenêutico-dialético for desenvolvido, as observações serão mais e mais focalizadas em eventos que possam dar subsídios para a discussão das questões e unidades temáticas que dele emergirem, buscando um aprofundamento nas mesmas e informações que forem relevantes para a sua discussão e análise.

3.5.2.2. Entrevista

A entrevista leva o avaliador a entrar no mundo de uma outra pessoa, para entender a sua perspectiva. O avaliador, como entrevistador, está procurando descobrir como as pessoas percebem o programa que está sendo estudado (Patton, 1987).

A maior vantagem da entrevista é que permite ao respondente mover-se no tempo para reconstruir o passado, interpretar o presente e prevê-lo futuro. Através desse procedimento, podemos obter dados subjetivos e objetivos e, em geral, as entrevistas podem ser categorizadas pelo seu grau de estrutura, de informação, e pela qualidade do relacionamento entre o entrevistador e entrevistado (Lincoln & Guba, 1985).

O grau de estrutura pode ser categorizado tendo em um extremo a entrevista estruturada e em outro a não-estruturada. A primeira é o modo de escolha quando o entrevistador 'sabe o que quer saber', e pode formular questões apropriadas para esse fim. A segunda é quando o entrevistador 'não sabe o que não sabe' e tanto as questões como as respostas são fornecidas pelo entrevistado (Lincoln & Guba, 1985).

No caso desse estudo, através da utilização do círculo hermenêutico-dialético, as primeiras entrevistas serão menos estruturadas, permitindo que o respondente fale livremente sobre o serviço. A medida que as entrevistas forem sendo realizadas, a sua análise permitirá que sejam identificadas questões que são colocadas nas entrevistas seguintes, de forma que serão cada vez mais estruturadas, não deixando porém de permitir que todos os entrevistados possam colocar novas questões se assim desejarem. Dessa forma, as entrevistas classificam-se como semi-estruturadas, articulando as duas formas apresentadas.

Em relação ao grau de informação, vai de entrevistas em que o respondente não tem consciência de que está sendo entrevistado, àquelas em que é completamente informado não apenas de que está sendo entrevistado, mas também em relação à proposta da entrevista e de como a informação resultante será utilizada (Lincoln & Guba, 1985).

A prática ética requer que as entrevistas sejam informadas e, no presente estudo, será utilizado o consentimento informado de forma mais formal (Apêndice 1) e serão fornecidas informações sobre o estudo no decorrer da sua realização sempre que o grupo ou o próprio pesquisador julgarem necessárias. Em uma proposta de avaliação participativa isso não poderia ser diferente, pois a própria metodologia exige que o grupo participe de todo o processo de forma informada e voluntária.

A seleção dos entrevistados será a partir da definição dos grupos de interesse incluídos no estudo. Até agora definimos três grupos: **equipe, usuários e familiares**. Toda a equipe será entrevistada. Os usuários serão selecionados segundo alguns critérios de inclusão: que estejam freqüentando o serviço a mais de um ano e que tenham condições de comunicação. O número de usuários entrevistados dependerá da quantidade e qualidade de informações de cada entrevista no decorrer do círculo, e do tempo que dispusermos para a inclusão de novos respondentes. Pensamos que talvez seja mais útil retomar a entrevista com os primeiros respondentes, procurando abordar questões que não surgiram na primeira entrevista, do que incluir novos.

Todas as entrevistas serão gravadas em fitas cassete, permitindo uma maior fidedignidade na sua reprodução para posterior análise.

3.6 Aplicação prática

Detalharemos a seguir as etapas do trabalho de campo, a partir dos passos preconizados por Guba & Lincoln (1989) para o desenvolvimento de uma Avaliação de Quarta Geração.

3.6.1. Contato com o campo

Nessa fase será realizado um primeiro contato com a equipe da instituição, sendo, nesse estudo, considerada a cliente da avaliação. Encaminharemos a proposta, juntamente com o formulário do Conselho Nacional de Pesquisa, para o Coordenador de Saúde Mental do município, para que autorize a execução do projeto. Após aprovação pelo comitê de ética, será marcada uma apresentação mais formal do projeto para que o grupo o conheça e consinta em participar.

Guba & Lincoln (1989) ressaltam que, como o foco da avaliação são as questões dos diferentes grupos de interesse, nessa fase o cliente deve ser informado de que o avaliador tem a intenção de envolver outros grupos. A própria redefinição do objeto da avaliação ocorre nessa fase. Guba & Lincoln (1989) colocam que o objeto da avaliação não é mais real do que qualquer outra construção, e que, entre essas construções está a do cliente, que poderia ser chamada de “construção oficial”. Mas diferentes construções emergirão e as observações de campo irão mostrar variações entre a construção oficial e as implementadas. A versão implementada em um dado local também irá mudar com o tempo, a medida que os agentes se adaptam às circunstâncias locais. Espera-se que o próprio processo de avaliação contribua para mudanças.

3.6.2. Organização da avaliação

Nessa fase, a principal tarefa será o que os autores denominam de “ganhar o direito de entrada”, que envolve principalmente a construção da confiança. Em uma avaliação em que se espera que os interessados falem de seus problemas, é necessário que o avaliador seja conhecido pelos mesmos, interaja com eles, os conheça e permita que o conheçam.

Outro aspecto fundamental nessa fase é que o avaliador viva e experiencie o contexto do serviço sem ainda estar engajado nas atividades de avaliação, o que Guba & Lincoln (1989) denominam de etnografia prévia (*prior ethnography*), conversando com as pessoas, identificando os líderes informais. Para isso, utilizaremos a observação.

3.6.3. Identificando os grupos de interesse

É impossível que todos os grupos de interesse sejam privilegiados em uma avaliação, estando além dos recursos e tempo disponíveis. Mas existem algumas maneiras para classificar as audiências em categorias incluídas e excluídas. Guba & Lincoln (1989) colocam que o único critério razoável e ético que pode ser usado é o que denominam de interesse relativo (*relative stake*), no sentido de que algumas audiências estão em muito maior risco de que outras. Acrescentam que, tanto a inclusão como a exclusão, não podem ser arbitrariamente determinadas nem pelo avaliador, nem pelo cliente, mas devem ser determinadas pela negociação.

Os autores chamam a atenção para o fato de que critérios usados normalmente em outros estudos para essa seleção podem não ser úteis nessa proposta, tais como posição de mais poder no grupo e maior conhecimento e sofisticação. Lembram que a maior meta da Avaliação de Quarta Geração é ser formativa, abrindo o discurso para a possibilidade de reconstrução e desenvolvimento.

Como já referimos inicialmente, pensamos em eleger para esse estudo equipe, usuários e familiares, entendendo que esses grupos são os mais atingidos por um processo avaliativo. No decorrer do processo, podem ser inseridos ou excluídos grupos dentro do processo de negociação mencionado e, quando forem introduzidos na avaliação, devem ser informados sobre a proposta e consentirem em participar através do consentimento livre e informado.

3.6.4. Desenvolvendo construções conjuntas

Esse passo envolve a aplicação do círculo hermenêutico-dialético, já descrito anteriormente.

A primeira entrevista será iniciada com uma questão aberta, em que será solicitado que o entrevistado fale sobre o serviço que estamos analisando. Em um segundo momento pediremos que fale das coisas que gosta e que não gosta no serviço.

Depois de algumas entrevistas, determinadas questões de especial importância e relevância emergirão. Nesse ponto, as entrevistas serão direcionadas para essas questões, em busca de informações mais detalhadas e específicas.

Cada entrevista será seguida imediatamente pela análise dos dados, tornando o material das entrevistas prévias disponível para as seguintes, onde além de falar sobre as suas próprias construções, o entrevistado é convidado a criticar as construções das entrevistas anteriores.

Guba & Lincoln (1989) mencionam três pontos que devem ser levados em conta antes de deixar o primeiro círculo. O primeiro refere-se à questão de quando o círculo deve ser interrompido, isso é, quando não serão acrescentados novos respondentes. Diversos critérios são úteis para realizarmos esse julgamento, embora nenhum deles sozinho, nem todos juntos, levam a uma decisão infalível. Um critério é o da redundância; quando sucessivos respondentes não acrescentam novas informações pode ser tempo de parar. Um outro critério é o do consenso; quando o consenso é alcançado em uma construção conjunta, existem poucas razões para acrescentar novos respondentes. Um outro critério é o das diferenças irreconciliáveis; quando parece que os membros do círculo chegam a diferentes conclusões e não conseguem superá-las tendo como base as informações disponíveis e o sistema de valores preferencial, pode ser tempo de parar. Neste caso pode haver aglutinação em torno de diversas construções, cada uma com o seu próprio grupo de adeptos, ao invés de uma construção consensual.

O segundo ponto relaciona-se à verificação da credibilidade. A medida que uma construção (ou diversas) começa a emergir, respondentes que contribuíram inicialmente (R1, R2, R3,...) podem não concordar com a construção conjunta, mas não tem oportunidade de influenciá-la. Pode ser útil juntar todos os membros do círculo para discutir a construção e afirmar a sua credibilidade – ou para confirmar a continuidade dos pontos de discórdia.

Finalmente, os autores lembram que os círculos podem ser feitos mais de uma vez, sendo seu conteúdo reciclados, de forma que os mesmos respondentes anteriores são envolvidos, provavelmente na mesma ordem. Uma razão para reciclar é proporcionar a oportunidade para que critiquem e aprimorem a construção conjunta emergente, construindo sobre a sua experiência anterior. No final deste passo, o avaliador alcança uma construção de um grupo de respondentes que reflete um particular grupo de interesse. Cada respondente iniciou com uma construção pessoal que é exposta às críticas das demais, e requer que cada um leve em conta as construções dos outros, tendo que chegar a um acordo com elas. O avaliador está apto para dizer: “este grupo de interesse percebe o serviço com sendo de tal natureza e tendo tais características, e levantaram as seguintes questões sobre ele.

3.6.5. Testando e ampliando as construções conjuntas

Nos passos anteriores, o círculo hermenêutico-dialético foi estabelecido, o que facilitou a emergência de construções conjuntas de um determinado grupo de interesse, desenvolvidas a partir das construções originais dos participantes individuais do círculo. Mas uma variedade de outras informações estão disponíveis que podem ter impacto material sobre estas construções. É proposta deste passo introduzir sistematicamente tal material de forma a informar as construções, levando-as a um alto grau de sofisticação. As informações adicionais podem ser buscadas de todas as seguintes formas (Guba & Lincoln, 1989):

a) Observação: o sinergismo observado entre entrevistas e as observações. Como já referimos, inicialmente serão feitas uma grande quantidade de observações livres no interesse de uma etnografia prévia (*prior ethnography*) e para ganhar experiência prévia com o contexto. Tal observação, aparentemente casual, pode levantar questões para a entrevista e, da mesma forma, comentários aparentemente casuais durante a entrevista podem levar a observações produtivas.

b) A literatura profissional: o conhecimento já produzido pode propiciar questões úteis a serem consideradas, podendo influenciar as construções existentes. Mas não deve ser tomado como uma verdade a ser generalizada, mas sim, como mais um conhecimento a ser considerado de forma crítica em relação ao contexto daquele serviço. Para Guba e Lincoln (1989), muitas pessoas tem a crença de que documentos da ciência devem ser tomados ao pé da letra, e sugerir que critiquem os achados da literatura nos seus próprios termos pode ser

difícil. Muitos vão achar difícil resistir à aparente autoridade e legitimação que eles carregam. Advertem que não sejam introduzidos materiais no círculo com o prefácio: “A literatura sugere que...”, mas sim prefácios que desarmam mais, como “Algumas pessoas acreditam que...”, ou “Algumas vezes é defendido que...”, seguido da questão “Isso faz sentido para você em termos da sua experiência aqui?”

Fragmentos ou asserções da literatura profissional podem ser introduzidos no círculo hermenêutico-dialético para considerações. Eles merecem ser tratados da mesma forma que informações compiladas de documentos e registros locais, ou de observações locais (ou que qualquer outro recurso discutido até aqui). São unidades de informação que servem de suporte para a construção emergente e deve-se lidar com elas, mas às quais não deve ser dado um *status* especial. Não são verdades últimas, embora tenha sido científico o processo através do qual elas foram obtidas.

c) Material de outros círculos: possivelmente o mais importante e mais conflituoso material que pode ser introduzido no círculo é o material paralelo de outro círculo. Nesse estudo, os achados de cada círculo (equipe, familiares e usuários) serão apresentados nos demais para considerações.

Os autores colocam como meta, como em qualquer atividade no círculo, a busca de algum consenso sobre a situação. Idealmente, ao final, todos os grupos compartilhariam de uma descrição comum do serviço, lidariam com muitas das questões através do consentimento comum, e concordariam com uma lista de questões que não necessitam uma futura avaliação, mas um plano de ação para lidar com elas. Apenas as questões em relação às quais não existe uma concordância necessitam de avaliações futuras e negociação.

d) A construção ética do avaliador: seria ingênuo pensar que o avaliador não tem um conhecimento prévio e opiniões sobre o serviço e o seu contexto. Mente vazia não é equivalente a mente aberta. A questão não é se o avaliador tem alguma opinião ou não, mas como tal opinião emerge. Não existe problema em introduzir as questões do avaliador se, e esse é um grande “se”, tal construção é colocada na mesa ao lado das demais, sofrendo as mesmas críticas e discordâncias.

Estes quatro recursos são legítimos para informar as construções existentes. Qualquer informação compilada merece atenção, para, através da reflexão, ser rejeitada ou acomodada na construção aceita. Algumas vezes tal acomodação deve ser muito radical, mudando a construção existente em tal grau que merece a denominação de “revolução”. Quando todas estas informações foram expostas e trabalhadas, o fim da interação hermenêutica é essencialmente alcançado.

3.6.6. Selecionando questões resolvidas:

Após os passos quatro e cinco terem sido completados, provavelmente um grande número de demandas, problemas e questões que vieram à tona através dos círculos são resolvidos a medida que mais informações foram introduzidas. Essas questões não devem ser eliminadas mas colocadas à parte para considerações quando o relatório final for redigido.

3.6.7. Priorizando itens não resolvidos:

Enquanto muitas questões foram resolvidas no processo hermenêutico, outras continuarão a ser problemáticas e exigirão atenção futura. Sem tais itens não resolvidos a avaliação terminaria no quinto passo. Mas não é provável que tal nível de consenso seja alcançado, sendo que certas características ou resultados podem ser altamente valorizadas por um grupo e inteiramente rejeitados por outro. Um serviço pode ser julgado totalmente efetivo em uma construção e inteiramente rejeitado por outra, apesar de apresentar a mesma performance em ambos. A probabilidade de discordâncias – falta de consenso – é alta.

É provável que o número de questões não resolvidas sejam suficientemente amplas e que os recursos da avaliação não serão suficientes para lidar com todas elas. Sob essas circunstâncias é necessário priorizar itens. No espírito da hermenêutica e da avaliação de quarta geração, esta tarefa de priorização deve ser realizada em um caminho participativo que propicia oportunidade de participação e controle a cada audiência. Frente a isso, nesse ponto do processo, como os participantes tiveram ampla experiência com o círculo hermenêutico-dialético e já testemunharam o poder da abordagem em levar a pelo menos algum consenso, é provavelmente útil realizar a priorização através de outro círculo hermenêutico constituído especialmente para esse propósito cujos membros atravessem os diversos grupos de

interesse, no nosso caso, representantes dos grupos selecionados (equipe, usuários e familiares). Os próprios grupos podem encontrar uma forma para selecionarem seus representantes.

Todos itens que foram classificados como de menor prioridade não podem ser considerados de menor importância. Não podem ser descartados mas separados para a inclusão em alguma atividade de avaliação subsequente.

3.6.8. Coletando informações/obtendo sofisticação:

Dizer que certas matérias permanecem não resolvidas simplesmente significa que construções articuladas (colaborativas, compartilhadas) ainda não foram conseguidas. Não é possível chegar a uma resolução pelas diferenças de valores que não estão abertas para negociação. Presumivelmente os grupos que concordaram com o trabalho sob as condições para uma hermenêutica- dialética produtiva, entendem que as diferenças de valores necessitam estar tão abertas à negociação como quaisquer outras; se os grupos não concordam com tais condições ou se desistem delas em algum momento do processo, existem poucas chances da hermenêutica- dialética funcionar. Mas para propostas mais práticas, construções articuladas podem ser conseguidas se informações suficientes estão disponíveis e níveis apropriados de sofisticação podem ser alcançados.

Tendo sido identificadas as questões não resolvidas e realizado o processo e priorização, o passo a seguir é o que mais parece uma avaliação convencional: a coleta de informações que irão, quando acrescentadas das construções existentes, levar a reconstruções, e a determinação de caminhos e para tornar a apreciação da nova informação possível.

Algumas informações podem estar disponíveis, no trabalho anterior, nos círculos hermenêuticos que, embora possam ser insuficientes para levar a reconstruções, são contudo relevante.

Algumas informações podem existir em outra parte e, sendo acessadas, podem iluminar à questão localmente. Por exemplo, avaliações realizadas em serviços similares ou em contextos similares, sempre com o cuidado de não tratar os dados de outra avaliação como generalizáveis. Eles podem servir como trampolim para novos *insights*, ou como simples informação adicional, a qual, quando levada em conta, leva com maior rapidez à evolução da reconstrução local. A literatura profissional existente pode ser útil, como foi durante o quinto passo. Documentos e registros de outras fontes podem ser consultados e a experiência do avaliador em outros projetos pode também ser considerada.

3.6.9. Preparando a agenda para negociação:

A identificação de questões não resolvidas e a coleta de informação relacionadas a elas torna possível a preparação de uma agenda para negociação entre os participantes. É útil pensar nessa etapa como análoga ao usual desenvolvimento de conclusões e recomendações.

Para Guba e Lincoln (1989), a delegação desta tarefa ao avaliador é compreensível e racional apenas no positivismo: que os dados representam um estado "real" das coisas e que eles são obtidos diretamente "da natureza", excluindo qualquer possibilidade de viés do avaliador, isso é, sem que os valores do próprio avaliador sejam determinantes. Mas tal posição é intolerável no construtivismo. Dados nunca são livres de valor, como temos visto, e eles certamente não "falam por si mesmo", isso é, não carregam o seu próprio significado e interpretação de uma forma inequívoca. Avaliadores, guiados consciente ou inconscientemente por seus próprios valores, selecionam os fatos, onde devem ser obtidos, o que eles significam. A sessão de negociação, representando um grande arranjo dos participantes, é um mecanismo que tem a intenção de expor e levar em conta toda a série de valores. Se o círculo hermenêutico anterior é determinante em relação a quais fatos devem ser coletados, esta sessão de negociação decide o que eles significarão. A preparação da agenda de negociação envolverá as seguintes atividades por parte do avaliador:

- a definição de cada questão nos termos do(s) grupo(s) de interesse que a trouxe à tona. A tradução para os termos de outros grupos pode não ser inteiramente satisfatória, fato que sugere que cada definição seja seguida de suficiente discussão, com exemplos, para torná-la o mais claro possível para todos que a questão envolve;

- elucidação de construções rivais ou dos elementos de construções particulares que geram ou contribuem para a não-resolução. Verificar se tal não-resolução pode ter ocorrido simplesmente por ausência de informação ou alguma razão mais fundamental, tal como diferença de valores. Todas as partes devem ter claro porque cada questão não resolvida aparece na agenda.

- levantamento de toda informação disponível que iluminará cada questão não resolvida. No caso de discordâncias, informações que dão suporte ou refutam cada lado da questão devem ser claramente delineadas. A informação não deve ser apresentada de forma confrontadora. O propósito do processo hermenêutico não é atacar ou justificar, mas conectar diferentes construções. Ele é engajamento, não confronto, que leva a reconstruções.

- testar a agenda com representantes dos grupos para determinar sua aceitabilidade como a base da negociação.

3.6.10. Executar a negociação:

A negociação é preferencialmente realizada via o processo hermenêutico-dialético, usando agora outro círculo. O círculo pode ser o mesmo selecionado para testar a agenda na etapa anterior. A vantagem é que tais participantes estarão familiarizados com a agenda, trabalharam nela e estão comprometidos com a sua aceitação. A desvantagem pode ser que a experiência de crítica à agenda pode determinar e firmar posições da maior parte dos participantes. Nesse estudo utilizaremos o mesmo grupo porque a introdução de um novo grupo pode demandar um tempo e esforço não disponível nessa etapa do trabalho.

O círculo de negociação é selecionado de forma a honrar os princípios da avaliação participativa, mas sem ser significativa no sentido estatístico. Representatividade, no sentido participativo, implica que os grupos de interesse escolham seus próprios representantes e da forma que julgarem mais apropriada. As pessoas eleitas para serem representantes devem estar autorizadas para agir no interesse de seu grupo. Elas desempenham um papel muito especial, devendo estar conscientes das construções do seu grupo de interesses que representam estando, contudo, livres para negociar no melhor sentido do termo. Finalmente, devem ser completamente dignos de confiança na visão de seus constituintes.

A própria negociação deve também ser uma hermenêutica- dialética em forma e processo. O avaliador será mediador e facilitador para o círculo, tal como era nos círculos anteriores. O avaliador não tem uma licença especial, *status* elitizado, ou poder superior. Qualquer coisa que emergir do grupo deve ser resultado de sua deliberação e decisão.

As negociações terminam quando algum consenso é alcançado em cada questão não-resolvida. Uma nova construção é alcançada por consenso e que substituirá as construções desenvolvidas previamente. Em muitos casos, o consenso não será alcançado; construções rivais irão permanecer e o papel da negociação, neste caso, será delinear cuidadosamente as diferenças que permanecem, de forma a caracterizar estas construções rivais como a base de futuros esforços em busca do consenso.

As construções conjuntas emergentes podem ser apresentadas para todos os grupos de interesse para ratificação. É compreensível que um ou mais grupos de interesse insistam na ratificação *à priori* como condição de participarem da sessão de negociação. Guba e Lincoln (1989), desaprovam tal condição porque dá aos representantes de tal grupo poder extra na mesa de negociações. Eles podem argumentar que se as suas construções não tiverem prioridade poderão recomendar a não ratificação aos seus constituintes. Acreditamos que é mais consistente com o espírito do desenvolvimento mútuo deixar a decisão de ratificação para a negociação propriamente dita.

Por fim, o processo inteiro termina de forma mais ou menos arbitrária quando os recursos ou o tempo estão acabando, ou quando os resultados apontam para isso. O princípio de que toda boa avaliação é provavelmente levantar mais questões do que suas respostas. Avaliação é um processo contínuo.

3.6.11. Relatório

Os relatórios de avaliações convencionais aderem à formas mais ou menos padronizadas. A questão a que a avaliação buscava responder é descrita, e o caminho para respondê-la é apresentado. Frequentemente o caminho é delineado em termos dos instrumentos usados para a coleta de dados e as ferramentas estatísticas usadas para analisar os dados obtidos. Uma sessão final apresenta conclusões relevantes para a questão e uma série de recomendações (Guba e Lincoln, 1989).

Os autores colocam que o relatório da avaliação de quarta geração toma uma forma muito diferente. Ele é, no sentido amplo, um relatório que delinea a construção conjunta (compartilhada, colaborativa) que emergiu via o processo hermenêutico-dialético. Ele tenciona apresentar tal construção não apenas no seu sentido fatural, mas de forma a esclarecer o significado e interpretações de tais fatos. O relatório não pode ser apenas sobre o serviço e seu contexto, mas deve permitir que os leitores vejam os sentido que os construtores dão a ele.

Sugerem que a melhor forma de fazer isso é via relatório de estudo de caso (*case study report*), que oferece uma experiência vicária da situação, levando os leitores a “andar nos sapatos” dos atores locais. Os leitores podem dar seu próprio sentido para a situação, podem apreciar a construção conjunta que emergiu do processo de avaliação, mas não são obrigados a concordar com ela. O estudo de caso auxilia os leitores a assimilarem a construção conjunta, mas gerando reconstruções pessoais diferentes tanto das construções negociadas como de suas próprias construções prévias.

3.1.3. Análise dos dados

O método utilizado nesse estudo exige que a análise e a coleta de dados seja um processo paralelo, um processo direcionando o outro. Além disso, sendo uma proposta de avaliação participativa, os sujeitos do estudo interferem em ambos os processos.

Detalharemos como se dará o processamento dos dados obtidos, que se baseará no Método Comparativo Constante (*The Constant Comparative Method*). Esse método foi originalmente desenvolvido por Glaser e Strauss para o desenvolvimento de teorias, sendo usado por Lincoln & Guba (1985) para o processamento de dados. A seguir detalharemos os passos da proposta os autores:

1. Identificação de unidades de informação (*unitizing*):

Nessa etapa, estaremos lidando com unidades de informação que irão servir como base para a definição das categorias. Estas unidades são encontradas através do material empírico coletado. A informação deve ser registrada de tal forma que seja compreensível para qualquer outra pessoa que não o pesquisador. Durante essa fase o analista pode errar por excesso de inclusão. É mais fácil rejeitar posteriormente o que parece ser material irrelevante do que recapturar informações posteriormente percebidas como relevantes mas descartadas anteriormente.

Cada unidade deve ser codificada através da designação da fonte de onde foi retirada (notas de entrevistas e observações).

2. Categorização:

A tarefa essencial na categorização é juntar em categorias provisórias todas unidades de informação que, aparentemente, estão relacionados ao mesmo conteúdo.

As categorias devem ser revisadas, a categorização se tornará mais clara se as categorias forem definidas de tal forma que são internamente o mais homogêneas possíveis e externamente o mais heterogêneas possíveis.

O conjunto de categorias deve ser examinado para possíveis relações entre as categorias. Pode ser que certas categorias sejam subordinadas a outras; e que algumas categorias, estando muito pesadas, devem ser subdivididas, e/ou que algumas categorias foram omitidas. Outras categorias podem estar incompletas, mostrando presença suficiente para ser incluída, mas não suficiente para ser definitivamente estabelecida.

A checagem a ser realizada pelos sujeitos do estudo é sugerida pelos autores para verificar se a reconstrução realizada pelo pesquisador foi satisfatória, de forma que essa reconstrução é apresentada para os respondentes para que a examinem e reajam a ela. A proposta do círculo hermenêutico-dialético prevê esse momento, pois a medida que os dados forem sendo analisados eles são reapresentados para sobre eles serem realizadas novas reconstruções. Além disso, a fase de negociação também terá essa função.

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARAL, Ricardo Abrantes do and Malbergier, André Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da prefeitura do campus da Universidade de São Paulo (USP) - campus capital. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, Set 2004, vol.26, no.3, p.156-163. ISSN 1516-4446

AMARANTE, P. Loucos pela Vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

ANDREOLI, Sérgio Baxter, Ronchetti, Simone de Souza B., Miranda, Ana Lúcia Pimenta de et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Jun 2004, vol.20, no.3, p.836-844. ISSN 0102-311X

AOUN S; Pennebaker D; Wood C. Assessing population need for mental health care: a review of approaches and predictors. *Ment Health Serv Res*; 6(1):33-46, 2004 Mar.

BANDEIRA, Maria; Pitta, Ana Maria Fernandes; Mercier, Celine. Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versão brasileira. *J. bras. psiquiatr*;48(6):233-44, jun. 1999.

BANDEIRA, Marina; Mercier, Celine; Perreault, Michel; Libério, Maria Madalena Amado; Pitta, Ana Maria Fernandes Escala de avaliação da satisfação dos familiares com os serviços de saúde mental: Satis-BR / *J. bras. psiquiatr*;51(3):153-166, jun. 2002.

BANDEIRA, Marina; Pitta, Ana Maria Fernandes; Mercier, Celine. Escala de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: SATIS-BR. *J. bras. psiquiatr*;49(8):293-300, ago. 2000.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo A. W. (Org.). Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994. p. 171-191.

BIRMAN, J. e COSTA, J. F. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: Paulo Amarante (Org.). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994 (p. 41-71).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental 1990 – 2004. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL Guia de Saúde Mental. Governo do estado do Rio Grande do Sul, 2001. 146 p.

CALLALY T; Coombs T; Berk M. Routine outcome measurement by mental health-care providers. *Comment On:Lancet*. 2002 Nov 23;360(9346):1689-90. *Lancet*; 361(9363):1137-8, 2003 Mar 29.

CARVALHO, Andréa da Luz. L.; AMARANTE, Paulo. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 52, p. 74-82, Setembro, 1996.

CASTEL, R. A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTEL, R. A Gestão dos Riscos - da antipsiquiatria à pós-psicanálise. São Paulo: Francisco Alves, 1987.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio e Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. Cap. 8. p. 141-168.

DESVIAT, Manuel. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 167p.

DONABEDIAN, Avedís. La calidad de la atención médica. México: Ediciones Copilco, 1984.

DONABEDIAN, Avedís. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, 260 (12): 1734 – 1748. México: Ediciones Copilco, 1984

FERNANDES, Ana Maria Pitta. Qualidade de vida de clientes de serviços de saúde mental. *Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)*;26(2):68-77, mar.-abr. 1999.

- FOUCAULT, Michel. História da loucura. 3ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1993. 551 p.
- GOFFMAN, E. Manicômios, Prisões e Conventos. 3 ed. São Paulo: Perspectiva, 1990.
- GUBA, E e LINCOLN, Y. (1985). Effective Evaluation. Improving the Usefulness of Evaluation Results through Responsive naturalistic Approaches. S. Francisco: Jossey-Bass Pub
- GUBA, E e LINCOLN, Y. Effective evaluation. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1988. 423p.
- GUBA, E e LINCOLN, Y. Fourth Generation Evaluation. Newbury Park: Sage Publications. 1989. 294 p.
- HARTZ, Zulmira M. de Araújo e CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública*, 2004, Rio de Janeiro vol.20 supl.2, p.331-336. ISSN 0102-311X.
- JENKINS R. Making psychiatric epidemiology useful: the contribution of epidemiology to government policy. *Int Rev Psychiatry*; 15(1-2):188-200, 2003 Feb-May.
- LANCMAN, Selma. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Jan 1997, vol.13, no.1, p.93-102. ISSN 0102-311X
- LIMA MS, Béria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry in Medicine* 1996;26:211-22.
- LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU. 1986. 99 p.
- MARI J, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry* 1986;148:23-6.
- MENDES GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina - USP. Cadernos CEFOR. São Paulo, 1990, 94 p.
- PATTON, Michael Quinn. How to use qualitative methods in evaluation. Newbury Park: Sage Publications, 1987. 176 p.
- PITTA, Ana Maria Fernandes Qualidade de serviços de saúde mental: desafios para a epidemiologia [J. bras. psiquiatr](#);45(6):313-321, jun. 1996.
- PITTA, Ana Maria Fernandes. Avaliação como processo de melhora da qualidade de serviços públicos de saúde [Rev. adm. pública](#);26(2):44-61, abr.-jun. 1992.
- PITTA, Ana Maria Fernandes. Os Centos de Atenção Psicossocial: espaço de reabilitação? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43 (12): 647-654, 1994.
- PITTA, Ana Maria Fernandes; Silva Filho, João Ferreira da; Souza, Gastão Wagner de; Lancman, Selma; Kinoshita, Roberto Tykanori; Cavalcanti, Maria Tavares; Valentini, Williams Harry. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros: estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços [J. bras. psiquiatr](#);44(9):441-452, set. 1995.
- RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: Silvério Almeida Tundis e Nilson do Rosário Costa (Org.). *Cidadania e Loucura - políticas de saúde mental no Brasil*. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1990 (p. 15-73).
- ROTELLI, Franco et. al. Desinstitucionalização, uma outra via – A Reforma Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos Países avançados. In: NICÁRIO, Fernanda (org). *Desinstitucionalização*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. Cap. 1. P. 17-59.
- SILVA FILHO, João Ferreira da; Cavalcanti, Maria Tavares; Cadilhe, Graça Regina; Vilaça, Ana Tereza; Avancini, Elisa; Machado, Haroldo Oliveira; Peregmanis, Leila; Maissonette, Maria José; Rocha, Eduardo de Carvalho; Carreiro, Rosane Oliveira; Mouzinho, Maria Pontes; Pitta,

Ana Maria. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no município de Niterói - RJ: a satisfação dos usuários como critério avaliador. [J. bras. psiquiatr](#);45(7):393-402, jul. 1996.

SILVA FILHO, João Ferreira da; Cavalcanti, Maria Tavares; Cadilhe, Graça Regina; Vilaça, Ana Tereza; Avancini, Elisa; Machado, Haroldo Oliveira; Perecmanis, Leila; Maissonette, Maria José; Rocha, Eduardo de Carvalho; Carreteiro, Rosane Oliveira; Mouzinho, Maria Pontes; Pitta, Ana Maria. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no município de Niterói - RJ: a satisfação dos usuários como critério avaliador. [J. bras. psiquiatr](#);45(7):393-402, jul. 1996.

SOUZA, Jacqueline. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas. Monografia de Conclusão de Curso de Graduação em enfermagem. Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas/RS, 2005. 109 p.

WHO. Atlas de salud mental em el mundo 2001. Determinantes de la Salud Mental y Poblaciones Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2001.

WHO. Disability assessment schedule – WHODAS. WHO, 2000.