

A tessitura da construção coletiva de indicadores de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial

The texture of the collective construction of mental health indicators in Psychosocial Care Centers

Aline Fernandes de Rossi¹, Bárbara Arvelino de Paula¹, Flávia Meirelles Israel¹, Melina Alves de Camargos¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313723

RESUMO Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são serviços comunitários que visam promover a reabilitação psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com problemas recorrentes do consumo prejudicial de Substâncias Psicoativas (SPA). A avaliação da qualidade desses serviços pode ser medida por meio de indicadores de saúde mental, campo em desenvolvimento. Este estudo é um relato de experiência com objetivo de discorrer sobre o processo de construção de indicadores de saúde mental de um Caps Adulto e Caps Álcool e Drogas de uma região de saúde da cidade de São Paulo, realizado no período entre 2020 e 2021. Como resultado desse trabalho, foram criados coletivamente os indicadores de processo: articulação com a atenção primária e atenção à crise e o indicador específico de resultado para cada Caps: reabilitação psicossocial. A construção colaborativa proporcionou a análise e reflexão sobre o processo de trabalho, evidenciou-se a potencialidade da elaboração participativa dos indicadores de saúde mental que impactou na revisão da prática assistencial individual do trabalhador e de cada serviço. Identificou-se desafios nesta construção quanto à disponibilidade de agenda, lacuna na formação dos profissionais, escassez de literatura específica e pausas no percurso devido às contingências da pandemia Covid-19.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Indicadores básicos de saúde. Serviços de saúde mental.

ABSTRACT Psychosocial Care Centers (CAPS) are community services that aim to promote rehabilitation for people with mental suffering. Quality assessment can be measured through mental health indicators, a field that is under development. This study is an experience report that has the discourse objective of the process of collective construction of mental health indicators of a CAPS Adult and CAPS Alcohol and Drugs in a health region of the city of São Paulo, carried out in the period between 2020 and 2021. As a result of these, the work indicators of the process were collectively created: articulation with primary care and crisis care and the specific result indicator for each CAPS: psychosocial rehabilitation. The collaborative construction of the mental health analysis process and the reflection on the indicators-evidence of the potential of the participatory elaboration of the assistance individuals of the work and of each service. It was identified in this construction as the availability of challenges, gap in the training of professionals, course of specific literature and pauses due to the contingencies of the COVID-19 pandemic.

KEYWORDS Mental health. Health status indicators. Mental health services.

¹Hospital Israelita
Albert Einstein (Hiae),
Instituto Israelita de
Responsabilidade Social
(IIRS) - São Paulo (SP),
Brasil.
aln.fernandes@yahoo.com.
br



Introdução

Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são serviços de saúde mental voltados ao atendimento da população com transtornos mentais graves e persistentes, bem como com necessidades decorrentes do consumo prejudicial de álcool e outras drogas. Oferecem atendimento de avaliação, atenção à crise, cuidados diários e intensivos em caráter comunitário e territorial. São constituídos por equipe multiprofissional atuando de forma interdisciplinar com objetivo de fomentar processos de reabilitação psicossocial. Assim, possuem diferentes modalidades de funcionamento a depender da abrangência da população adscrita no território e do perfil dessa população¹.

Esses serviços foram implantados no Brasil a partir da década de 90 como um dos produtos da consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), importante movimento social composto por trabalhadores da área de saúde mental, familiares e usuários, na luta por direitos e mudanças na atenção à saúde mental, antes pautada pela hospitalização, isolamento e violência. Como resultado do processo de luta da RPB, evidenciou-se o aumento substancial do número de Caps no País, de 424 em 2002 para 2798 em 2020, um aumento de 659,91%².

Em consonância, como evidência de uma rede de base territorial e comunitária, houve uma redução de leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) em psiquiatria, sendo que, no período entre 2002 a 2020, foram reduzidos 37.464 leitos. Ainda, como fomento às estratégias de desinstitucionalização, o Programa de Volta para Casa (PVC) apresentou um crescimento no número de beneficiários entre os anos de 2003 a 2014, resultando em um aumento de 2083,5%. Esses são alguns dos dados que expressam avanços na constituição de uma rede substitutiva ao modelo asilar³.

Assim, enquanto componentes estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), os Caps apresentam processos complexos de organização de trabalho, participação e gestão,

e o arranjo organizacional é um desafio cotidiano. A partir da reformulação do modelo assistencial em saúde mental, bem como sua expansão e manutenção, a literatura aponta que processos avaliativos podem servir como instrumento de potencialização das práticas substitutivas ao modelo manicomial, melhoria nos processos de trabalho e assistência à saúde⁴.

Tanaka⁵ destaca que a avaliação é um processo técnico-político de disputa de poder que auxilia de forma estratégica na tomada de decisão frente a um problema. Sendo a RPB um movimento social em constante renovação, torna-se pertinente a continuidade de articulação dos processos de luta com os mais diversos atores. Dessa forma, pesquisas centradas na prática clínica e na ação técnica-política podem contribuir como ferramenta de resistência, de produção de conhecimento e afirmação da efetividade deste modelo assistencial.

Além de chamar atenção para a avaliação como um processo técnico-político, Tanaka et al.⁶, destaca que no cenário brasileiro existe uma grande produção de dados nos serviços de saúde, porém esses são pouco valorizados e utilizados para a qualificação da assistência e da gestão. Entende-se que, ao serem utilizados em avaliações, os dados produzidos passam por uma valorização, o que, inclusive, corrobora para a atribuição de sentido no preenchimento adequado destes e na possibilidade de análises mais frequentes no cotidiano dos serviços aqui contemplados.

Convém ressaltar que, no campo da saúde mental, o acompanhamento de processo de qualidade do cuidado, vinculados a indicadores de saúde, ainda são pouco difundidos e aplicados. Segundo Furtado⁴, a tradição de indicadores em saúde mental é mais restrita quando comparada às outras áreas, como a atenção básica e a atenção hospitalar. Soma-se a isso o caráter fortemente ético e político da reforma psiquiátrica e a conseqüente dificuldade em estabelecer consensos em torno de alguns parâmetros e indicadores mínimos entre atores sociais inseridos em polos distintos.

Em relação à produção de evidências acerca de processos avaliativos nos serviços de saúde mental, uma revisão de literatura⁷ identificou que a maior parte dos estudos realizados no Brasil se concentraram nas regiões Sul e Sudeste, sendo que os Caps foram os serviços mais avaliados, apesar do número reduzido de avaliações em serviços como os Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (Caps-AD) e Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil (Caps-IJ), sinalizando a necessidade de ampliação da discussão e do desenvolvimento de novos estudos.

Nesse sentido, o relato de experiência deste trabalho traz como referência o estudo realizado por Onocko-Campos et al.⁸ que apresenta um conjunto de indicadores dirigidos ao monitoramento, avaliação e potencial qualificação dos Caps III, desenvolvidos a partir da colaboração entre avaliadores ligados a duas universidades e 58 trabalhadores e gestores de Caps do tipo III, no estado de São Paulo. Tal estudo balizou o início da reflexão sobre o processo de construção de indicadores de saúde mental para Caps.

Assim, o objetivo deste estudo é discorrer sobre a experiência do processo de construção coletiva dos indicadores de saúde mental do Caps Adulto e Caps-AD de uma região de saúde da cidade de São Paulo.

Material e métodos

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, que se

dedica a descrever a vivência de trabalhadoras e gestoras no percurso de construção de indicadores de processo e resultado que possam colaborar para a avaliação de serviços substitutivos da Raps do SUS.

Contextualização

Na experiência aqui relatada, a construção de indicadores surgiu como uma necessidade expressa da diretoria da instituição parceira que coordena os Caps Adulto III, Caps-AD III e Caps-IJ II. Essa proposta foi desenvolvida pelos colegiados gestores locais – espaço ocupado por representantes de trabalhadores, gestores e apoio técnico institucional, e que tem como objetivo principal a comunicação e troca de saberes, a análise das informações e a tomada de decisão para melhoria dos processos de trabalho das unidades.

Este percurso teve início no segundo semestre de 2020 e se encerrou no segundo semestre de 2021, totalizando um ano de investimento neste trabalho. Esta experiência foi desenvolvida em dois Caps (Caps Adulto e AD) localizados em uma região de saúde do município de São Paulo. O território em que os Caps estão inseridos abrange três distritos de saúde com alta vulnerabilidade social.

Etapas de coleta de dados

A experiência foi organizada em seis etapas. O *quadro 1* ilustra o caminho de criação comum a todos os serviços, evidencia as etapas, objetivos e recursos utilizados.

Quadro 1. Processo de construção dos indicadores comum a todos os serviços

Etapas	Objetivos	Recursos	Responsáveis
1) Imersão na temática dos indicadores.	Adquirir e aprofundar sobre a temática de avaliação, com foco em suas tipologias.	Agenda e espaço físico reservados, computador conectado à internet, plataforma zoom, aula com especialista da área técnica da instituição.	Colegiado gestor, Área técnica da instituição parceira.
2) Levantamento de dados e ideias para construção de indicadores nos serviços.	Unir elementos da teoria com a prática cotidiana aliada a produção de significado para os serviços.	Agenda e espaço físico reservados, computador conectado à internet, plataforma zoom, técnica de dinâmica de grupo: brainstorm.	Colegiado gestor, equipes Caps-AD e Adulto.
3) Levantamento bibliográfico sobre indicadores de saúde mental.	Continuidade do processo de imersão, além de identificar os estudos já realizados e buscar experiências de apoio.	Agenda e espaço físico reservados, computador conectado à internet, plataforma zoom, busca de artigos científicos e capítulos de livros publicados em bases de dados científicas.	Colegiado gestor.
4) Encontro com especialista convidada da área acadêmica.	Compartilhar o percurso de criação de indicadores, impressões do processo de criação e ouvir experiências exitosas.	Agenda e espaço físico reservados, computador conectado à internet, plataforma zoom.	Área técnica.
5) Reunião entre as três unidades.	Partilhar processos criativos e definir indicadores comuns de processo e específicos, de resultado, a cada serviço.	Agenda e espaço físico reservados, computador conectado à internet, plataforma zoom, artigos científicos e capítulos de livros.	Colegiado gestor.
6) Reunião local em cada unidade.	Definição de estratégias locais de desenvolvimento de indicadores e finalização do percurso coletivo.	Agenda e espaço físico reservados, computador conectado à internet, plataforma zoom.	Colegiado gestor.

Fonte: elaboração própria.

Nas etapas 1, 2 e 3, o primeiro passo foi identificar os pontos críticos no cotidiano dos serviços, a utilização prática dos indicadores e sua factibilidade. Acessar os entraves para realização desta tarefa exigiu envolvimento dos diferentes atores desse processo para captar os aspectos que indicavam a real necessidade dos serviços, na perspectiva de garantir o uso dos indicadores na prática clínica e não só o cumprimento da solicitação institucional.

Para subsidiar a discussão e decisão, na etapa 2 foram usados dados do sistema de informação da instituição parceira com a demonstração e construção de uma possível fórmula de cálculo desses indicadores. Um dos dados analisados foi o de atenção à crise,

levantando o debate sobre os atendimentos de atenção à crise manejados no Caps e os atendimentos referenciados para rede de urgência e emergência.

Na etapa 4 ocorreu o encontro com uma pesquisadora da área que proporcionou o aprofundamento do tema e a troca sobre o processo de criação de indicadores dos serviços. Já nas etapas 5 e 6, foram definidos o uso de dois indicadores de processo comuns aos três serviços e um indicador de resultado específico para cada Caps.

É importante ressaltar que as etapas não foram construídas a priori, todas foram parte da identificação de necessidades que ocorreram a cada encontro.

Resultados

Houve boa receptividade da tarefa mesmo frente ao desafio do pedido institucional e sua tamanha complexidade, pois nunca antes os serviços haviam se debruçado em algo semelhante; foi unânime a identificação da necessidade de aprofundar na temática para tornar possível a construção de indicadores que de fato contribuíssem para os campos de atuação. Criou-se, então, uma parceria colaborativa institucional entre os dois serviços para produção dos indicadores de saúde mental comuns entre si, mas garantindo espaços coletivos de diálogos locais para abordar a especificidade de cada unidade, na intenção de contemplar a avaliação da atenção prestada. A urgência de formação fez emergir a necessidade de agregar conhecimentos específicos com pesquisadores que vivenciam esse processo.

A construção do conhecimento teórico/prático contou com a facilitação de uma especialista da área técnica da instituição sobre indicadores e sua utilização na área da saúde. Foram abordados os tipos, fórmulas de cálculo e construção de suas definições. Posterior a esse encontro, foi convidada uma especialista da área acadêmica para relatar suas experiências e pesquisas exitosas com a construção de indicadores específicos da saúde mental. A partir do contato com a especialista, optou-se por continuar o processo

formativo que consistiu em levantamento da literatura na área, a fim de apoiar a construção dos indicadores. Como resultado da parceria colaborativa, criaram-se dois indicadores do tipo processo, comum aos dois Caps, e um indicador do tipo resultado para cada Caps.

Usamos como referência Donabedian citado por Tanaka⁹, que classificou os indicadores da seguinte forma: indicadores de Estrutura, Processo e Resultado. Por definição, indicadores de processo dizem respeito à análise do conjunto de atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados, relacionando categorias como desempenho, energia, força e trabalho; já indicadores de resultado têm relação com eventos diretos nos usuários e sinalizam mudanças (desejáveis ou indesejáveis) no estado de saúde dos indivíduos ou populações.

Os indicadores de processo escolhidos foram: a articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS) e a atenção à crise, apresentados com a fórmula de cálculo nas *figuras 1 e 2* abaixo. A perspectiva da articulação com a APS foi definida a partir da utilização dos dados locais com o intuito de analisar a prática compartilhada como fortalecimento do cuidado em rede, uma vez que a literatura indica a efetividade de práticas colaborativas e compartilhadas na gestão do cuidado em saúde mental por meio de uma proposta pedagógica-terapêutica¹⁰.

Figura 1. Fórmula de cálculo do indicador de articulação com APS

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de atendimentos compartilhados}}{\text{N}^{\circ} \text{ de ações matriciais}}$$

Fonte: elaboração própria.

Figura 2. Fórmula de cálculo do indicador de atenção à crise

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de usuários em situação de crise encaminhados}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de usuários em situação de crise}}$$

Fonte: Onocko-Campos et al.⁸.

No Caps Adulto, por exemplo, foi feita uma análise documental em que consta a descrição de ações matriciais com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em 2020 foi observada uma tendência em utilizar prioritariamente como estratégia de apoio matricial a discussão de casos, em detrimento das ações compartilhadas. Obtivemos um comparativo de 215 ações de discussão de caso, como ligações telefônicas ou reuniões presenciais, e 57 ações compartilhadas, como atendimentos e visitas domiciliares.

A seguir será relatado o processo de construção de indicadores de resultado específicos de cada serviço de saúde.

Caps Adulto

No Caps Adulto, o processo iniciou-se no colegiado gestor, utilizando a técnica de *brainstorming* com o objetivo de proporcionar a fala livre de todos os envolvidos no processo, de modo a elucidar as práticas profissionais. O colegiado era composto pela gestora da unidade, a enfermeira sênior, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma apoiadora institucional, uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem. Posteriormente, o colegiado foi dividido em duplas de profissionais para o

levantamento e análise dos dados que subsidiaram o diagnóstico situacional realizado no cotidiano do serviço. Por último, estendeu-se a discussão com a apresentação dos dados em duas reuniões, definindo pontos de intervenção e a criação do indicador. Essa forma de organização estimulou a participação ativa de todos os membros do colegiado, além do aprofundamento e alinhamento teórico sobre os temas reabilitação psicossocial e indicadores de saúde.

O indicador de reabilitação psicossocial foi escolhido pelo Caps Adulto a partir da necessidade dos trabalhadores de olhar o percurso terapêutico em série histórica do próprio serviço, além de analisar se houve ampliação nas dimensões das esferas da vida do sujeito.

Foi discutida a percepção dos profissionais sobre uma escassa utilização de ferramentas clínicas de avaliação e satisfação do usuário e família sobre o tratamento neste serviço.

Foi dimensionada a fórmula de cálculo de efetividade dos processos de reabilitação psicossocial como um indicador de resultado. Foram indicadas dimensões a serem medidas como trabalho, crítica sobre condição de saúde, moradia, relacionamentos, cidadania e composição da rede social/comunitária, de acordo com a *figura 3*.

Figura 3. Fórmula de cálculo do indicador de reabilitação psicossocial do Caps Adulto

$$\frac{\text{Nº de usuários que alcançaram os resultados das ações propostas conforme dimensões selecionadas}}{\text{Nº de usuários que alcançaram pelo menos duas dimensões de cuidado das três apontadas}}$$

Fonte: elaboração própria.

Dimensões do cuidado

1. Moradia: ações realizadas relativas às Atividades de Vida Diária (AVDs) no âmbito pessoal e ambiental, além de como se relaciona com seus pares e familiares.

2. Trabalho: capacidade de realizar ações para gerar renda e melhorar a qualidade de vida e custeio das necessidades básicas.

3. Rede social: forma em que o usuário transita pelo território, se relaciona com o ambiente e demais pessoas, atividades de lazer e bem-estar.

Inicialmente, ressaltou-se a necessidade de realizar mudanças e reformulações na formatação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no sistema de informação, de modo a descrever dados sobre as dimensões mencionadas acima. Dessa forma, foram realizadas reuniões com técnicos responsáveis pela formatação do sistema de informação na intenção de incluir perguntas, caixas, comparativos temporais e até mesmo índices para computarmos dados sobre as dimensões.

Até o momento, não houve progresso na construção ativa do processo dos indicadores de Caps devido à criação de um plano de contingência da assistência à saúde, frente às necessidades do território durante a pandemia de Covid-19.

Caps-AD

A escolha do indicador de resultado do Caps-AD aconteceu a partir das reuniões do colegiado gestor da unidade, que na ocasião era composto por coordenadora da unidade, enfermeira responsável técnica, duas terapeutas ocupacionais, uma assistente social e uma auxiliar administrativa.

Diversos temas foram levantados e considerados importantes, como: ações de Caps Rua; práticas de redução de danos; atendimentos à crise; cuidado colaborativo e intersetorial e promoção de contratualidade. Esse grupo, ancorado pelo referencial teórico da reabilitação psicossocial, escolheu se debruçar em avaliações que fossem capazes de indicar se este serviço está cumprindo o seu mandato ético, técnico e político enquanto operador das políticas de saúde mental.

Para tal, delimitou-se a seguinte pergunta: 'A oferta de cuidado do Caps-AD é capaz de contribuir para a ampliação da capacidade contratual dos usuários acompanhados?'. A partir da construção da pergunta, o colegiado iniciou uma investigação sobre reabilitação psicossocial e poder contratual. Um

documento online foi criado e compartilhado com todas as pessoas envolvidas no processo e, a partir de então, começou-se a delimitar o arcabouço teórico. Neste documento foram inseridos recortes de produções científicas que nortearam a construção do indicador, na perspectiva da reabilitação psicossocial^{11,12}.

Com a clareza do referencial teórico da reabilitação psicossocial, autonomia e poder contratual, o grupo se empenhou na construção de um instrumento que contribuísse para a captação dos dados, já que os dados existentes no sistema de informação não eram capazes de mensurar este construto. O instrumento foi construído por duplas de profissionais e posteriormente foram necessárias três reuniões com todo o colegiado gestor para adequações, como o uso de linguagem acessível para alcançar os usuários do serviço.

Realizou-se a escolha de incorporar ao instrumento dados sociodemográficos que tratassem de aspectos da determinação social do processo de saúde e doença para que a análise dos dados fosse mais robusta e completa.

O instrumento foi dividido em três eixos: morada com 07 itens, rede social com 18 itens e trabalho com 08 itens, totalizando, assim, um questionário com 33 itens. Todos os enunciados foram elaborados de modo afirmativo, no tempo verbal presente do indicativo. As respostas serão mensuradas por meio de uma escala do tipo Likert, onde será assinalada com um 'x' a opção que mais se aproximar/identificar a situação do usuário naquele momento, sendo as opções: 'não concordo mesmo', 'não concordo', 'tanto faz', 'concordo' e 'concordo muito'.

A aplicação se dará com usuários que chegaram recentemente no serviço e estão em seu primeiro atendimento para construção de PTS. Após seis meses, o mesmo instrumento será aplicado com os usuários que permanecerem em acompanhamento. O critério de avaliação será a comparação do usuário com ele mesmo, conforme a *figura 4*.

Figura 4. Fórmula de cálculo de indicador de reabilitação psicossocial do Caps-AD

$$\frac{\text{pontuação do usuário quando iniciou o acompanhamento}}{\text{pontuação do usuário após seis meses de acompanhamento}}$$

Fonte: elaboração própria.

Discussão

A proposta institucional se alinha às carências expressas na literatura, que identifica uma lacuna no que diz respeito à criação de indicadores em saúde mental como parte do processo de avaliação dos serviços.

A iniciativa e recursos mobilizados para que as trabalhadoras pudessem construir os indicadores serviu como um balizador de práticas e aproximação dos fazeres. O encontro colaborativo com trabalhadoras de diferentes serviços também se mostrou potente, pois o processo teve como um de seus efeitos a articulação entre os dois Caps, gerando reconhecimento dos processos de trabalho de cada serviço, das diferentes clínicas da saúde mental, colaborando assim para o fortalecimento da Raps deste território. As parcerias e redes de colaboração estão presentes em diversos contextos, como no acadêmico, científico, corporativo e pessoal, as quais visam as trocas de informações. Nelas, os atores sociais se engajam conjuntamente, mesmo que estejam em diferentes localidades, trabalham de modo interligado e compartilham ideias e proposições em equipe/comunidade/rede¹³⁻¹⁵.

Ficou elucidada a questão da práxis nessa construção, enquanto unidade entre atividade teórica e prática, de modo dinâmico e dialético. Como aponta Demo¹⁶, a prática é concreta e histórica, e dessa forma é comprometida com a realidade, traz novas dimensões ao conhecimento científico, uma vez que

Não esgotamos a realidade, nem temos a verdade na mão; somos apenas pesquisadores e atores sociais, gente que dúvida, que erra, que deturpa, mas que, sabendo disso, quer reduzir o desacerto¹⁶⁽¹⁰³⁾.

Nesse percurso existiram dificuldades na organização das agendas para os encontros coletivos de aprofundamento do tema e de destinação de tempo para estudo individual. Assim, as trabalhadoras envolvidas nesse processo precisaram dispender de carga horária extra de trabalho. A título de comparação, no estudo de Onocko-Campos et al.⁸ os profissionais de um Caps III se prepararam em um curso de 120 horas para compor o processo de desenvolvimento de indicadores em saúde.

Constatou-se que, dentre os profissionais envolvidos havia reduzido acúmulo de conhecimento sobre o tema de indicadores. Foi observado que os que obtinham algum conhecimento eram devido a aproximações com programas de pós-graduação como residências multiprofissionais e mestrado. Aliado a isso, observou-se a lacuna de publicações que se destinam a mensurar resultados específicos da clínica de cada serviço. Então, foi necessário e decisivo para atingir a tarefa proposta aprofundar o conhecimento e retomar a dimensão teórica na prática cotidiana.

Nesse sentido, é preciso trazer à luz a necessidade de ampliação de ações de Educação Permanente (EP) visando a transformação das práticas profissionais com base na reflexão

crítica sobre os problemas reais¹⁷. Assis¹⁸ faz reflexões sobre a importância das ações de EP realizadas no âmbito do SUS para a qualificação, conscientização e melhores práticas dos profissionais. A construção desse conhecimento e a proposta de ações de EP evidencia, ainda, a importância de espaços de gestão participativa que permitam trocas dialógicas, o que foi entendido como ponto positivo nessa experiência aqui relatada.

Indica-se a necessidade de continuidade desse processo com futuras leituras e análises dos indicadores, de forma que seja possível medir processos, formalizar dados e gerar avaliações que direcionam ou redirecionam as estratégias aliadas às necessidades de saúde da população e aos recursos existentes. Dessa forma, entende-se que a avaliação a partir dos indicadores construídos pode auxiliar a tornar cada equipamento mais próximo da sua razão de ser, exercendo o seu papel político e assistencial na Raps. Esse desenho possível aponta para a potencialização e sistematização de uma cultura de pesquisa e avaliação dentro dos serviços e, em uma visão macropolítica, a ampliação de pesquisas avaliativas no campo da saúde mental.

Outro aspecto relevante e inovador é a utilização dos indicadores na prática clínica para gestão do PTS e avaliação, junto ao usuário, da série histórica do seu percurso na rede. Acredita-se que o uso dos indicadores possibilitará refletir sobre as potencialidades, avanços e conquistas dos usuários, bem como pode sinalizar pontos necessários para a qualificação das práticas assistenciais.

É esperado que, com o uso dos resultados apontados pelos indicadores, o monitoramento do funcionamento dos Caps seja qualificado, visto que atualmente as avaliações são pautadas majoritariamente em dados quantitativos, como a quantidade de procedimentos realizados. Esta forma de avaliação é decorrente da atual tendência da aplicação de ferramentas comumente utilizadas em serviços privados, com lógica mercantilista, sendo os resultados alcançados associados a benefícios ou

penalidades segundo o desempenho de cada organização ou de cada trabalhador¹⁹. A associação de outras características neoliberais traz consequências diretas sobre a vivência dos trabalhadores dessas instituições, seja sobre as relações de trabalho ou na organização dos processos de trabalho, podendo afetar a qualidade do serviço prestado²⁰.

Um avanço ocorrido em agosto de 2012 foi a alteração da tabela de procedimentos dos Caps a partir da Portaria nº 854, Brasil²¹, que define a utilização do instrumento de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) da atenção psicossocial. Essa portaria qualifica as informações relativas aos atendimentos dos Caps, pautando-se em uma rede de assistência com ênfase na reabilitação e reinserção social. Ela incluiu como procedimento diversas ações já realizadas no cotidiano do serviço como: promoção de contratualidade no território; ações de reabilitação psicossocial; fortalecimento de protagonismo; matriciamento; e ações de redução de danos e de articulação de redes intra e intersetoriais¹⁸.

Paralelo a esse avanço, o que vem sustentando a organização de agenda, a tomada de decisão clínica, a avaliação dos profissionais e do serviço, com impacto importante no cotidiano dos profissionais, está ligado, em grande parte, à análise institucional por números de procedimentos realizados pela RAAS.

Há a necessidade de explorar sobre o número de procedimentos concomitantes aos indicadores de saúde, na perspectiva de produzir uma análise sobre o impacto do serviço no território, a mudança efetiva do modelo assistencial que supera a produção quantitativa e consiga demonstrar o impacto da reabilitação psicossocial.

A reabilitação psicossocial, segundo Saraceno¹², é entendida a partir da ideia de reconstrução do exercício pleno da cidadania e da contratualidade social em seus três cenários: casa, trabalho e rede social. A contratualidade estará determinada, primeiro, pela relação estabelecida entre os usuários e os profissionais que os atendem, e depois

pela capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida as quais se produzem e trocam mercadorias e valores, provocando a construção de novas redes e novas relações entre atores sociais e rede social²².

A complexidade dessa intervenção não se delimita a apenas um ponto de atenção dentro da Raps, nem tampouco será representada por um procedimento/ação. Ela convoca todos os atores envolvidos na criação de um conjunto de 'avaliações' intersetoriais que garantam uma leitura mais fidedigna sobre o impacto para o usuário, serviço e território. Portanto, o que se pretende aqui é colaborar para a complexificação da forma atual de se avaliar os serviços de saúde mental baseado na prática clínica.

É importante apontar que esse processo de construção de indicadores locais teve pausas consideráveis no ano de 2020 – 2021, devido à nova configuração dos serviços. Essa configuração deu-se pela criação de um plano de contingência da assistência à saúde, frente às necessidades do território durante a pandemia de Covid-19, e acordada entre a Secretaria de Saúde e a Coordenadoria Regional de Saúde Mental de São Paulo. Os Caps foram reconfigurados para um serviço de internação psiquiátrica, uma vez que os hospitais gerais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do território foram destinados exclusivamente para o Covid-19. O novo cenário provocou mudança no escopo dos serviços e na atuação dos profissionais e fez com que fosse colocado em pausa a construção ativa do processo dos indicadores de Caps.

Considerações finais

O processo de construção de indicadores evidenciou lacunas na formação das profissionais no que diz respeito à: tipologia de indicadores, relação entre os indicadores e a prática profissional, como construir um indicador, estado da arte dos indicadores na saúde mental e como mensurar o que se pretende com o indicador.

Desse modo, uma forma de reduzir a lacuna encontrada foi garantir a educação permanente para as participantes do colegiado gestor. Embora essa educação permanente não tenha sido abrangente para todos os profissionais dos serviços, foi importante para a compreensão e implicação na demanda.

Mesmo que o processo de educação permanente específico sobre indicadores tenha sido restrito à algumas trabalhadoras, houveram desdobramentos que afetaram a equipe de modo a identificar a necessidade de processos formativos envolvendo temas como identidade de gênero, reabilitação psicossocial e raça/cor. Outro fator destacado durante o processo foi a escassez de publicações referentes a essa temática, em especial materiais sobre indicadores de resultado. Isso, aliado à lacuna na formação das profissionais, dificultou e tornou o percurso mais moroso.

A análise da prática assistencial, provocada pela trajetória de aproximação com os indicadores, favoreceu com que a equipe compreendesse que por vezes o processo de trabalho se torna mecanizado, produzindo assim o distanciamento da compreensão das necessidades dos sujeitos e seus territórios e a simplificação de certas atribuições das clínicas, como a reabilitação psicossocial, compreensão do processo de saúde e doença, construção de PTS ampliado, promoção de contratualidade, apoio matricial, entre outros.

A mecanização, aliada a simplificação da prática assistencial, tende a gerar respostas automáticas que se aproximam da oferta de serviços com foco no indivíduo e na seleção de atividades que podem compor o PTS a partir do 'cardápio' oferecido pelo equipamento. Assim, os múltiplos estranhamentos provocados por esse processo foram entendidos como tensionadores de mudanças, tanto na prática individual de cada trabalhador quanto nas dos serviços como um todo.

Um dificultador foi a necessidade de despendar carga horária extra de trabalho, colocando assim essa tarefa como uma demanda a mais para os profissionais da assistência.

No entanto, entende-se que profissionais da assistência também podem fazer gestão, aumentando o significado da práxis cotidiana e diminuindo assim a distância entre 'quem pensa' e 'quem faz'²³.

Constatou-se que ainda não há uma equação bem estabelecida entre a relação de se fazer a assistência e a gestão. Portanto, o modo de trabalho que os serviços estão organizados hoje, não favorece o envolvimento em processos gerenciais e a manutenção das práticas assistenciais sem gerar prejuízos aos usuários e desgaste ao trabalhador.

Considera-se que ao fazer parte dessa elaboração, as profissionais tensionaram a criação de um processo participativo e horizontalizado, que não deixou de ser conflituoso e permeado por relações de poder.

A construção dos indicadores de processo de atenção à crise e apoio matricial e de resultado de reabilitação psicossocial, tendem a gerar

avaliações dos serviços de modo a aproximá-los de seus mandatos ético, técnico e político, como serviços de saúde mental com base nos princípios fundamentais do SUS e da Raps.

Pretende-se com esse trabalho estimular a construção singular de serviços como os Caps no que se refere a processos participativos de gestão e organização de processos de trabalho, bem como sustentar a utilização de indicadores para uma avaliação de caráter crítico e problematizador de entraves na implementação e concretização desse modelo assistencial.

Colaboradoras

Rossi AF (0000-0002-7738-460X)*, Paula BA (0000-0002-6845-1022)*, Israel FM (0000-0002-8279-3811)* e Camargos MA (0000-0002-7899-8451)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 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. Diário Oficial da União. 6 Out 2001.
2. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciênc. saúde coletiva. 2011 [acesso em 2022 jan 1]; 16(12):4579-89. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>.
3. Desinstitute. Folha: Lei Antimanicomial completa 20 anos em meio a retrocessos. [acesso em 2023 abr 18]. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/folha-lei-antimanicomial-completa-20-anos-em-meio-a-retrocessos/>.
4. Furtado JP, Onocko-Campos RT, Trapé TL, et al. Construção de Indicadores para avaliação de Caps. In: Tanaka OU, Ribeiro EL, Almeida CAL. Avaliação

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 37-52.
5. Tanaka OY. Avaliação em Saúde: Novos Tempos, Novas Construções. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL. Avaliação em Saúde. Contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 1-9.
 6. Tanaka OY, Drumond Júnior M, Gontijo TL, et al. Arterial hypertension as a tracer for the evaluation of access to health care. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24(3):963-72.
 7. Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015 [acesso em 2021 nov 1]; 20(10):3243-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.14612014>.
 8. Onocko-Campos R, Furtado JP, Trapé TL, et al. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2022 jan 25]; 41(esp):71-83. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kCLMSXvttpqcQs4QvVQNGxm/abstract/?lang=pt>.
 9. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp; 2001.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011. [acesso em 2022 mar 7]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf.
 11. Guerra AMC. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Rev Lat-am. Psicopat. Fund*. 2004 [acesso em 2022 jan 25]; 7(2):83-96 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpfa/ZTzkJDDgNG9hdFngVbrjdJx/?lang=pt>.
 12. Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AMF, organizadores. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 13-18.
 13. Ferreira VB. A prática colaborativa: tradição e contemporaneidade. In: E-science e políticas públicas para ciência, tecnologia e inovação no Brasil. Salvador: EDUFBA; 2018. p. 57-75. [acesso em 2022 jan 25]. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523218652.0005>.
 14. Sobral NV, Silva FM, Bufrem LS, et al. Produção científica colaborativa na área da saúde tropical: uma análise da rede de colaboração do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade Federal de Pernambuco. *Rev Eletr. Comun. Inf. Inov. Saúde*. 2016; 10(1).
 15. Bernardo JF, Mena-Chalco JP, Micheli D. Prevenção de drogas em contextos educacionais: uma análise da rede de colaboração entre pesquisadores. *Rev Eletr. Comun. Inf. Inov. Saúde*. 2019; 13(3).
 16. Demo P. Metodologia Científica em Ciências Sociais. 2. ed. São Paulo: Atlas; 1989.
 17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, DF: MS; 2003.
 18. Assis JT, Barreiros CA, Jacinto ABM, et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. *Divulg. saúde debate*. 2014 [acesso em 2022 nov 18]; (52):88-113. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774072?lang=enebate>.
 19. Furtado JP, Campos GWS, Oda WY, et al. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2022 fev 10]; 34(7):e00087917. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n7/e00087917/>.
 20. Barros ACF, Bernardo MH. A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. *Rev. Psicol. UNESP*. 2017 [acesso em 2023 fev 2]; 16(1):60-74. Disponível em: <http://>

pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198490442017000100005&lng=pt&tlng=pt.

21. Brasil. Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 854, de 22 agosto de 2012. Define a utilização do instrumento de registro RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde) da Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União. 23 Ago 2012.
22. Kinoshita RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta AMF, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 55-59.
23. Guizardi FL, Cavalcanti FO. A gestão em saúde: nexos

entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. Interface (Botucatu). 2010 [acesso em 2022 fev 16]; (14):633-646. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ZXCmWQGLXMxBk6C4qKDTn9G/>.

Recebido em 17/05/2022
Aprovado em 10/02/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve