

Pesquisa de avaliação em serviços de saúde mental: uma proposta ético-estético-política

Avaliative research in mental health services: a ethics-aesthetic-political proposal

Investigación en evaluación de servicios de salud mental: una proposición ética-éstética-política

Recherche pour l'évaluation du services de santé mentale: un projet esthétique-ethique-politique

*Lia Carneiro Silveira**

*Maria Lucilane Sales da Silva***

*Maria Rocineide Ferreira da Silva****

*Ariza Nara Saldanha de Almeida*****

*Monyk Neves de Alencar******

Resumo: A atenção em saúde mental no Brasil, historicamente marcada por práticas manicomiais, vem passando por intensas modificações desde a década de 1980, com a proposta da substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços alternativos. Entretanto, para viabilizar a implantação de uma rede realmente efetiva, precisamos investir na avaliação do que já vem sendo feito para subsidiar a tomada de decisões quanto às iniciativas futuras. Partindo destes pressupostos, apresentamos uma avaliação baseada na abordagem da sociopoética que, ao utilizar o método do grupo-pesquisador, considera o caráter autogestivo e a dimensão subjetiva dos atores envolvidos. Para apresentar o potencial desta abordagem em pesquisas avaliativas, descrevemos as etapas do método do grupo-pesquisador e o exemplificamos com uma pesquisa desenvolvida em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Fortaleza-CE.

Palavras-chave: avaliação; saúde mental; métodos, política de saúde mental

Abstract: The mental health attention in Brazil, historically marked by asylum practices, is undergoing intense changes since the 80 years, with the proposal of replacing the hospitalar model by a network of alternative services. However, to facilitate the deployment of a network really effective, we need to invest in the evaluation of what is already being done to support decision-making on future initiatives. On these assumptions, we present an evaluative study based on the sociopoetic approach that, by using the method of group-researcher, considers the self-management character and the subjective dimension of the involved actors. To display the potential of this approach in evaluative research, we describe the steps of the group-researcher method and exemplify with a research developed in a Psychosocial Center of Fortaleza city.

Keywords: evaluation; mental health; methods, policie on mental health

* Doutora em enfermagem, professora do Curso de Enfermagem e do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos de Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: liasilveira@uece.br

** Doutora em enfermagem e professora do Curso de Enfermagem e do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos de Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

*** Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), professor assistente da Universidade Estadual do Ceará.

**** Graduada em Enfermagem e mestranda em Cuidados Clínicos de Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: arisinha2003@yahoo.com.br

***** Graduado em enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: monykneves@yahoo.com.br

Introdução

O atual contexto histórico apresenta-se perpassado por intensas mudanças nos planos social, econômico e cultural, relacionadas às inovações tecnológicas, e pela reorganização política em torno do paradigma da globalização. Entretanto, nem sempre estas mudanças traduzem-se em ganhos qualitativos para as populações, principalmente para aquelas dos países considerados "em desenvolvimento". É sabido que grande parte deste contingente não só permanece à margem destes benefícios como também sofre as consequências das condições iatrogênicas do mundo moderno.

Com relação aos aspectos de saúde, assistimos (principalmente em países desenvolvidos) ao surgimento de uma tendência de declínio da incidência de patologias infecto-contagiosas e ao aumento das chamadas doenças crônico-degenerativas, estas últimas geralmente associadas ao estilo de vida do homem moderno. Por outro lado, nos países em desenvolvimento como o Brasil, percebe-se que os dois perfis epidemiológicos convivem lado a lado, dependendo da classe social que se observa (Lessa, 1998). Em meio a este quadro epidemiológico, os transtornos mentais apresentam relevante incidência. Segundo dados do Ministério da Saúde, 3% da população brasileira sofrem com transtornos mentais severos e persistentes; 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e 12% necessitam de algum atendimento de saúde mental, seja contínuo seja eventual (Brasil, 2005).

As políticas de atenção às pessoas em sofrimento psíquico no Brasil têm sido, historicamente, marcadas pelo curativismo e pelas práticas hospitalocêntricas. Em oposição a este modelo, nasce na década de 1980 a proposta da Reforma Psiquiátrica. Esta pode ser entendida como um processo de reformulação crítica e prática que busca o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria considerado iatrogênico e excludente.

O objetivo da reforma psiquiátrica é a desinstitucionalização. Desinstitucionalizar vai além de desospitalizar e significa abordar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida, construindo novas possibilidades de sociabilidade e sub-

jetividade. Este processo não é apenas técnico-administrativo, jurídico ou político; é, acima de tudo, um processo ético, que tenta oferecer à pessoa em sofrimento psíquico um cuidado verdadeiro através de uma terapêutica cidadã (Amarante et al., 1995). Busca, portanto, a desospitalização, a reabilitação psicossocial e o fortalecimento da cidadania dos sujeitos, por meio da formulação de campos de práticas e saberes na qual haja uma preocupação com os aspectos subjetivos do paciente e que não se restrinja à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais. A reforma é, sobretudo, um campo heterogêneo que envolve a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico. Ressalta ainda que este projeto é obra de novos atores, entre eles a família e o próprio portador de sofrimento psíquico (Tenório et al., 2002).

Como resultado da construção da proposta da reforma psiquiátrica, o movimento de transformação no campo da saúde mental passa por importantes mudanças, caracterizadas pela criação de novos serviços. Dentre as novas experiências, destacamos o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que vieram como base para a abertura de novas possibilidades para a saúde mental em nosso país.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário que serve de referência para tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, com psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Caracteriza-se como uma "estrutura intermediária" entre o hospital e a comunidade, que oferece às pessoas um espaço institucional que permita entendê-las e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil. Desta forma, torna-se possível o desenvolvimento de laços sociais e interpessoais essenciais para o estabelecimento de novas possibilidades de vida, contribuindo, assim, para o processo de reinserção social do paciente.

A implementação dos CAPS enfrenta muitos desafios, uma vez que o desenvolvimento dos serviços substitutivos só acontece de forma efetiva se houver uma mudança na forma de encarar o processo saúde-doença mental pelos sujeitos envolvidos (trabalhadores de saúde, usuários e sociedade). Desta forma, bus-

ca-se o comprometimento destes para se conseguir a superação de antigas práticas na assistência à pessoa em sofrimento psíquico. Concordamos com Lima et al. (1993) quando destacam que a viabilização deste processo só será possível quando os profissionais envolvidos romperem as barreiras de uma prática limitada e trabalharem a condição humana dentro de seu real contexto político e social. Para que isso aconteça, é necessária a implementação de políticas de saúde eficientes, que estimulem a participação da comunidade.

Desta perspectiva, percebemos que a implantação efetiva do CAPS é um processo ainda em andamento e passível de mudanças e adaptações. Trata-se de um momento histórico de ruptura, cujas repercussões só poderão ser avaliadas a partir da análise de dados concretos a respeito do que já foi e continua sendo desenvolvido nos serviços já implantados.

Avaliação de serviços de saúde mental: construção de uma nova proposta

O ato de avaliar faz parte da história da humanidade desde seus primórdios, sendo inerente ao próprio processo de aprendizagem (Contandriopoulos et al., 1997). O interesse em avaliar programas públicos manifestou-se logo após a Segunda Guerra Mundial como consequência da necessidade de planejar e investir, eficazmente, os recursos destinados às áreas da educação, do social, do emprego, da saúde etc. Esta visão do processo de avaliação segue uma ótica gerencial e está voltada para a maximização da eficácia dos programas e para a obtenção da eficiência na utilização dos recursos (Uchimura e Bosi, 2004).

No Brasil, embora os estudos acerca do processo de avaliação só tenham se intensificado a partir da década de 1980, percebe-se que foram se desenvolvendo ao longo do tempo diversas visões teórico-conceituais sobre o tema. Pode-se afirmar que existe consenso entre as diversas correntes ao perceber a avaliação como o ato de emitir algum juízo de valor sobre determinada ação. En-

tretanto, observa-se que, dependendo da tendência seguida, estas visões podem ser complementares ou até mesmo antagônicas, criando uma multiplicidade de sentidos acerca do que estaria envolvido no ato de avaliar (Tanaka e Melo, 2004).

Partindo deste princípio, entendemos ser importante apresentar algumas destas visões, tentando, por meio de um diálogo entre elas, definir o conceito que estará sendo abordado neste estudo.

Contandriopoulos (et al., 1997), em um clássico texto sobre avaliação em saúde, segue a visão de que avaliar é emitir julgamentos com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Para o autor, este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou da elaboração a partir de um procedimento científico (pesquisa de avaliação).

Na primeira alternativa, busca-se comparar os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas. A finalidade principal da avaliação normativa é ajudar no processo gerencial e, geralmente, ela é conduzida por aqueles que são responsáveis pelo funcionamento e pela gestão da intervenção (*idem*, op. cit.). À avaliação normativa, Contandriopoulos (op. cit.) contrapõe a pesquisa de avaliação, que seria caracterizada pela aplicação de métodos científicos no processo de avaliação.

Entretanto, pode-se contestar essa divisão conceitual, pois a análise de programas à luz de critérios e normas consiste, também, em atividade científica que requer um rigor metodológico para sua implementação (Uchimura e Bosi, op. cit.).

Outra questão levantada nas discussões acerca da avaliação de programas e serviços é relativa à dicotomia quantidade-qualidade. Historicamente, a construção deste campo tem sido diretamente influenciada pelo rigor científico positivista. Esta vertente enfatiza a medição quantitativa dos fenômenos, excluindo os elementos que descrevem o contexto local e sua influência nos resultados finais da avaliação (Tanaka e Melo, op. cit.). Além disso, a abordagem positivista valoriza a objetividade e a neutralidade do pesquisa-

dor, entendendo-o como um especialista externo (Furtado, 2001).

A partir da década de 1980, percebe-se no Brasil a constituição de um espaço propício à discussão de questões de teor qualitativo, com ênfase em questões emancipatórias (Silveira et al., 2003). A abertura política após o período ditatorial, a entrada em cena de novos atores políticos preocupados em discutir a participação social e a crítica às desigualdades (principalmente no setor saúde) exigem uma reflexão também acerca dos processos de avaliação. Reconhece-se nesta corrente a necessidade premente de avaliar para poder planejar e intervir, mas, ao mesmo tempo, pode-se interrogar: Quem irá avaliar? Como avaliar? E, acima de tudo, com que consequências?

Estas questões crescem em importância quando se percebe que avaliar não é apenas um processo técnico, mas sim uma questão política na qual avaliador e avaliado sofrem mudanças qualitativas (Demo, 1999). A orientação qualitativa das pesquisas de avaliação enfatiza a dimensão subjetiva dos fenômenos, contextualizando-os historicamente.

Para avançar neste sentido, precisamos incorporar às nossas discussões não só as preocupações com a qualidade formal (instrumentos e métodos), mas também a qualidade política (processos e conteúdos) (idem, op. cit.). Entendemos que o primeiro passo rumo a esta conquista é aquele que diz respeito à participação ativa dos atores envolvidos nos serviços a ser avaliados, permitindo a multiplicação de visões acerca de suas práticas.

Se percebermos a avaliação como premissa básica para conduzir a tomada de decisões, não se pode admitir que se excluam desta prática os sujeitos envolvidos diretamente em suas consequências. Quando tratamos de serviços de saúde, a avaliação envolve o resgate não só de profissionais de saúde, mas também de usuários do serviço, beneficiários últimos destas ações. Some-se ainda a importância de se resgatar a promoção da saúde como conceito transversal a todo este processo. Este tem sido definido historicamente nas discussões de construção do Sistema Único de Saúde como diretamente relacionado à participação social nas políticas de saúde.

Neste contexto, o papel do avaliador afasta-se da visão tradicional de um observador externo que vem apontar erros e estabelecer verdades. Dirige-se, antes, a propiciar um espaço autogestivo, no qual os sujeitos posam, eles mesmos, identificar suas necessidades e dificuldades.

Partindo destes pressupostos, apresentamos um estudo de avaliação baseado na abordagem da sociopoética, que considera o caráter autogestivo e a dimensão subjetiva dos envolvidos no processo. Entendemos que, assim, pode-se possibilitar a reflexão sobre a realidade das políticas de saúde mental, especialmente sobre as particularidades no gerenciamento dos centros de atenção psicossocial, e, ao mesmo tempo, proporcionar o surgimento de soluções para o enfrentamento das questões encontradas. Entendemos que, para tanto, faz-se necessária a criação de espaços que facultem e estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a tomada de decisões coletivas.

Entramos no espaço da produção de subjetividades, uma realidade dinâmica e constantemente construída. Sendo assim, não podemos tentar cercá-la com instrumentos estáticos e rígidos. Precisamos utilizar ferramentas metodológicas que nos permitam realizar a apreensão das questões produzidas sem, no entanto, congelá-las, e, por isso, adotamos o método da sociopoética.

Apresentando uma nova proposta para a pesquisa avaliativa

A sociopoética é uma prática e uma teoria da pesquisa que “[...] se propõe a uma análise crítica da realidade social buscando proporcionar a expressão da transversalidade dos desejos e poderes que agem, de maneira inconsciente, na vida social” (Gauthier, 1999:13).

Do ponto de vista epistemológico, a sociopoética foi gerada num encontro entre a pedagogia do oprimido, a análise institucional e a escuta mitopoética. Da pedagogia do oprimido, herdou o método do grupo-pes-

quisador, que proporciona a possibilidade de uma produção autogestiva em que os sujeitos da pesquisa são corresponsáveis pelo conhecimento produzido, participando ativamente de todo o processo de pesquisa. Da análise institucional, apropria-se do conceito de dispositivo entendido como montagens ou artifícios que propiciam o surgimento de inovações, de diferenças, de singularidades. A escuta mitopoética de René Barbier também está presente para lembrar que o pesquisador “[...] deve aprender a escutar as falas e os silêncios que ritmam os processos de criação em cada ser. Pois estes ritmos pertencem integralmente ao processo de produção de conhecimento” (Gauthier, 1999:14).

Além destes referenciais, a sociopoética também mantém proximidade com a esquizoanálise, pois ambas realizam uma crítica radical a toda tendência homogeneizadora (Petit e Gauthier, 2005). Vários conceitos esquizoanalíticos, como o de “devir”, “afeto” e “linha de fuga” servem como peças muito úteis no maquinário da sociopoética.

Acreditamos que a sociopoética introduz no árido terreno da pesquisa um pouco da fertilidade da arte. O importante é o cuidado que se deve ter ao fazer esta conexão. Se a arte entrar na pesquisa, que supere a função estética e atue como um verdadeiro dispositivo. É ele que abre caminho para o simbólico, para a superação das neuroses institucionais, permitindo a simbolização do que era proibido, desconhecido. Assim, um grupo até agora subordinado pode se tornar sujeito (Gauthier et al., 1998).

A sociopoética é a caixa de ferramentas que nos possibilita construir os dispositivos necessários para mergulhar neste espaço, sem, no entanto, cristalizá-lo. Para isso, alguns pontos precisam ser valorizados, como, por exemplo, a importância da participação dos sujeitos da pesquisa como copesquisadores, a percepção do corpo todo como passível de desencadear potências criadoras e a utilização da criatividade de tipo artístico no processo de pesquisa.

Estes pressupostos rompem com outros já bastante arraigados na cultura ocidental, sugerindo que, além da mente, o corpo também pensa; que os sujeitos de nossas pesquisas

podem ir além de simples fornecedores de dados e que a arte também pode atuar no processo de produção de conhecimento.

Para abordar o potencial da sociopoética no desenvolvimento de pesquisas avaliativas, apresentamos o estudo que segue, em que objetivamos descrever as etapas do método do grupo-pesquisador, exemplificando-o com uma pesquisa desenvolvida em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Fortaleza.

O método do grupo-pesquisador

Na pesquisa científica convencional, a relação do pesquisador com os sujeitos da pesquisa é sabidamente bastante verticalizada. O pesquisador recorre às pessoas para coletar os dados e, na verdade, sem este conhecimento do qual os sujeitos da pesquisa são portadores, seria impossível pesquisar. Eles são, portanto, a ponte entre o pesquisador e a realidade que se quer conhecer. Entretanto, o que vai ser feito em seguida com esses dados quase sempre escapa completamente ao universo dos sujeitos da pesquisa. Em outras palavras, o conhecimento que detêm é explorado e utilizado em proveito da manutenção de um *status quo* do pesquisador, que passa, de título em título, a ascender cada vez mais na escala do saber/poder.

Quanto aos sujeitos da pesquisa, quando muito, tomam conhecimento dos resultados desta e, mesmo quando isso acontece, os dados chegam até eles carregados de um sentido que lhes escapa completamente. Várias perguntas que muitas vezes nem chegarão a ser feitas, permanecem sem respostas: “A pesquisa terá efeitos favoráveis para eles? Desfavoráveis? Dormirá em gavetas? A pesquisa, mesmo de intenções sociais, será presa na lógica individualista da carreira do pesquisador? Ela terá um sentido partilhado, discutido entre ele e o grupo produtor dos dados?” (Gauthier, 1999:41).

A sociopoética instaura-se dizendo não a esta expropriação de maneira radical, criando dispositivos que geram espaços e tempos para que as pessoas-alvo da pesquisa

tomem poderes os mais amplos possíveis na produção de conhecimento e na realização da pesquisa (idem, 1999).

Sendo assim, no método do grupo-pesquisador, os sujeitos da pesquisa têm voz ativa desde o início desta até o fim. A seguir, descrevemos e exemplificamos a utilização do método apresentando dados de uma pesquisa realizada na avaliação de um centro de atenção psicossocial da rede pública do município de Fortaleza-CE.

Consideramos que a própria elaboração de uma pesquisa sociopoética já traz consigo uma preocupação ética; entretanto, destacamos que, com relação à ética normativa na pesquisa, preocupamo-nos em assegurar a observação dos princípios éticos descritos na Resolução nº 196/96, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos que assegure o consentimento livre e esclarecido dos

sujeitos da pesquisa (autonomia); o compromisso com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência); a garantia de que danos previsíveis serão evitados (não-maleficência); e a relevância social da pesquisa (justiça e equidade). Ainda para garantir os preceitos éticos, a pesquisa foi submetida à apreciação de comitê de ética no qual recebeu parecer positivo.

a) *Primeira etapa: formação do grupo pesquisador* – O primeiro momento da pesquisa sociopoética é a aproximação com o campo da pesquisa. O método da sociopoética sugere ainda que, nesse momento, seja feita juntamente com o grupo a escolha do tema a ser pesquisado. Em nosso caso, como se trata de uma pesquisa já delimitada, detivemo-nos apenas a propor o tema. A esse momento chamamos “oficina de negociação”.

QUADRO 1 - EXEMPLO DA FORMAÇÃO DO GRUPO PESQUISADOR

Nesse estudo, o local escolhido foi um dos centros de atenção psicossocial do município de Fortalezaⁱⁱ. Procuramos o serviço e solicitamos um momento com a equipe para apresentar nossa proposta e convidar os que pretendessem dela participar. Neste momento, fizemos a apresentação de toda a equipe envolvida na pesquisa, a exposição do projeto e a discussão sobre a sua realização, juntamente com a negociação das oficinas de produção. Estavam presentes na reunião três assistentes sociais, uma médica, uma pedagoga, um enfermeiro, duas auxiliares de enfermagem e duas psicólogas. Os objetivos da pesquisa e sua metodologia foram detalhados, por meio da explicação das oficinas de produção e do grupo-pesquisador. Inicialmente, notamos os profissionais um pouco reticentes, mas, com as discussões que se seguiram acerca do caráter autogestivo da pesquisa, percebemos que o grupo mostrava-se mais seguro com relação à nossa proposta e que os profissionais foram se disponibilizando a participar. Explicamos ao grupo que os usuários também fariam parte da pesquisa, pois são elementos fundamentais na percepção acerca das ações oferecidas pelo CAPS. Pedimos que os profissionais convidassem alguns usuários entre aqueles que tinham maior participação no serviço (os que já fazem parte do Conselho de Saúde local, por exemplo), por entendermos que estes estão mais próximos do processo de gestão do CAPS. Solicitamos ainda que todos os participantes assinassem o termo de consentimento e dessem permissão para que as oficinas seguintes fossem gravadas e fotografadas. Em seguida, marcamos a primeira oficina de produção dos dados.

Segunda etapa: oficinas de produção dos dados – Na pesquisa sociopoética, falamos em “produção de dados”, não em “coleta de dados”, pois partimos do princípio de que o real está em constante produção, não existindo um mundo já dado que se possa coletar. A produção dá-se com a realização de oficinas nas quais utilizamos técnicas/dispositivos que permitam fazer funcionar

os princípios da sociopoética: a importância da participação dos sujeitos da pesquisa como copesquisadores, valorização do corpo na produção de conhecimento e a utilização da criatividade de tipo artístico no processo de pesquisa. Geralmente, a oficina começa com uma atividade de preparação corporal; em seguida, tem início a produção dos dados.

QUADRO 2 - EXEMPLO DE OFICINA DE PRODUÇÃO DOS DADOS

Utilizamos como referência na elaboração das oficinas os parâmetros de humanização da gestão adaptados a partir do modelo proposto pelo Ministério da Saúde (2001), enfatizando os seguintes pontos: condições de acesso e prestação dos serviços; clareza das informações oferecidas; qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais; qualidade das relações entre usuários e profissionais; gestão e participação dos profissionais e usuário. Foi desenvolvida uma oficina para discussão de cada item; entretanto, para fins de ilustração, apresentaremos os dados referentes às condições de acesso e prestação dos serviços. Estes foram compostos por todo o material produzido no grupo, incluindo gravações das falas dos participantes e fotografias. A oficina aconteceu no dia 4 de agosto de 2005. Iniciamos com uma atividade de expressão. A fim de facilitar o envolvimento do grupo-pesquisador no momento seguinte, com exercícios que estimulavam vários tipos de expressões: gritando, rindo, pulando, fazendo caretas. Em seguida, formamos três grupos, sendo um de quatro pessoas e dois de três pessoas. Pedimos que cada grupo discutisse a temática do acesso e prestação dos serviços e, após a conversa, formulasse uma cena estática que representasse a ideia discutida de acordo com a proposta do teatro-imagem. Este constitui-se de uma série de técnicas desenvolvida por Augusto Boal (2004). Segundo o autor, o objetivo do teatro-imagem é ajudar os participantes a pensar com imagens, a debaterem um problema sem o uso da palavra, usando apenas o próprio corpo e objetos. Cada cena e suas respectivas mudanças foram fotografadas.

Análise dos dados – O método da sociopoética propõe três momentos de análise dos dados: a realização da análise dos dados pelo grupo-pesquisador, a análise realizada pelo pesquisador e a contra-análise dos dados. A análise do grupo-pesquisador é um momento da pesquisa em que o grupo traz à

tona os elementos que o constituem; tudo aquilo que foi capturado ao longo de sua vida e, agora, possa ser utilizado como referencial de análise. Segundo Gaulthier (1999), os facilitadores participam discretamente deste momento, realizando uma escuta sensível à fala do grupo.

QUADRO 3 - EXEMPLO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise do grupo pesquisador aconteceu à medida que cada grupo apresentava suas imagens e o restante do grupo-pesquisador analisava a cena apresentada. Em seguida, aqueles que discordassem da imagem exposta refaziam a cena de outra forma, para que novamente o grupo-pesquisador pudesse analisá-la. Após esta discussão, os grupos que propuseram inicialmente as cenas apresentavam sua representação.

Em seguida, o facilitador da pesquisa também realiza sua análise, utilizando-se de ângulos diferentes. O primeiro tratamento dos dados é feito através da categorização das falas, procurando identificar palavras-chave, cortando e classificando os dados de acordo com suas relações de possibilidade (“análise classificatória”). É importante que efetue-

mos esta categorização levando em conta tanto os conteúdos semióticos como os semânticos; tanto os do afeto como os da razão. Podemos afirmar que, na lógica dos acontecimentos, este momento é o que nos permite identificar as séries, perceber como elas se distribuem, não esquecendo de garantir um espaço também para o não-senso.

QUADRO 4 - EXEMPLO DA ANÁLISE CLASSIFICATÓRIA

Nesta etapa da análise, procuramos identificar, em cada relato do grupo, as divergências, convergências, ambiguidades ou oposições, formando as seguintes categorias: tempo de espera para atendimento; acolhimento na recepção; compreensão das necessidades do outro; atendimento de urgência para pacientes em crise; e sugestões propostas.

O segundo momento de criação é chamado "análise transversal", em que se identificam passagens, fluxos e relações entre es-

ses dados, procurando ligar aquilo que a categorização separou, construindo um texto mais fluido (Gauthier, 2004).

QUADRO 5 - EXEMPLO DA ANÁLISE TRANSVERSAL

Ao se debruçar sobre as condições de acesso e prestação dos serviços, o grupo aponta como principal problema a sistemática de organização do atendimento, principalmente a demora no tempo de espera. O acolhimento do cliente deve iniciar-se ainda na recepção, e se consegue com atenção, a mão no ombro, segurando, olhando nos olhos, transmitir uma mensagem: "Eu estou te recebendo!". Entretanto, nem sempre os profissionais têm interesse em facilitar esse acolhimento, são indiferentes ao sofrimento do outro. Além disso, problemas como a alta demanda do serviço não permitem que ele ocorra: às vezes, fica um único profissional na recepção, sem saber como ajudar, e 300 pessoas na fila, mostrando o cartão, querendo ser atendidas ao mesmo tempo, pedindo, reclamando, brigando. Além disso, existe também a necessidade de um atendimento diferenciado, de acordo com as necessidades de cada um. Alguns sugerem uma preferência no atendimento para os pacientes que participam de atividades grupais, para que estes não se atrasem nas atividades do grupo, enquanto outras falas discordam desta organização preferencial de atendimento. Outra questão a ser considerada são as necessidades do paciente idoso. Foi destacada a necessidade de um atendimento diferenciado de acordo com as necessidades de cada cliente desde que se explique isso aos outros que esperam para ser atendidos. Surge uma discussão sobre a preferência no atendimento ao paciente idoso. Alguns o veem como alguém que tem deficiências, enquanto outros afirmam que ele é alguém que já trabalhou muito, que se trata de pessoas que já foram jovens como nós e, com o tempo, foram perdendo alguma coisa, alguma força, alguma energia mesmo. Embora exista quem não concorde com a preferência no atendimento ao idoso, precisamos lembrar que este é um direito garantido por lei. No entanto, o grupo lembra que é preciso ter cuidado com a banalização. Não se pode, por qualquer motivo, passar à frente da fila. Existem situações reais de pessoas que estão em crise e de outras que precisam aprender a esperar como todo mundo; afinal, cada um tem suas dores, seus problemas, seus motivos para querer ser atendido antes. Além disso, as necessidades não são fixas: uma mesma pessoa pode estar em situações diferentes, dependendo do período. Há fases em que ela vai precisar de atendimento de urgência; outras em que tem condições de esperar, de colaborar, de deixar o outro passar. Não é uma coisa definitiva. Existem ainda pessoas que marcam o atendimento e não comparecem na data marcada, querendo ser atendidas fora do horário. Nesta situação, cabe à equipe conversar com elas para informar como é o sistema. Mas existem também outras que, realmente, encontram-se em situação de crise; neste caso, o atendimento tem de ser diferenciado, pois, afinal, ninguém escolhe o dia para adoecer. Outra situação a ser considerada é a da pessoa cuja medicação acabou antes do dia marcado para a próxima consulta e ela vem procurar atendimento no serviço. Neste caso, o profissional tem de ter sensibilidade. Mesmo que não dê para atendê-la naquele dia, ele deve agendar a consulta para o prazo mais rápido possível, porque aquela pessoa não pode ficar sem a medicação. Todas estas necessidades acabam gerando desentendimentos, pois as pessoas não entendem porque estão tendo que atrasar ainda mais seu atendimento. Talvez a comunicação a este respeito não esteja muito boa: muitas vezes, simplesmente se desloca a pessoa para a frente da fila, sem consultar os outros clientes, sem informar o que está acontecendo. O grupo identifica problemas no acesso e na prestação do serviço e elabora algumas sugestões para superá-los. Para as pessoas que ficam na fila esperando ser atendidas, é preciso haver uma boa acomodação no serviço; o cliente não pode ficar jogado em um banco, ou com a família andando pelo serviço atrás dele. Outra sugestão está relacionada ao sistema de marcação de consultas, que poderia ser feito por horário marcado e não com a obrigatoriedade de todos chegarem às 7 horas da manhã. Há também a

necessidade de os próprios clientes se organizarem, para facilitar o atendimento, chegando à hora marcada, não faltando à consulta e respeitando a ordem da fila. Mas a organização do atendimento também depende do diálogo e da comunicação profissional-cliente acerca da necessidade de uma atenção diferenciada. Ressalta-se ainda a importância de os profissionais da equipe se preocuparem não somente com as questões clínicas, mas também com os aspectos relativos ao gerenciamento do serviço. Finalmente é preciso lembrar que o CAPS é um local de "não-escolha". Um lugar onde não existe "esse é melhor, aquele é pior", "esse é preto, esse é branco". Precisamos aprender a dar mais chance a quem precisa mais; no entanto, precisamos também fazer isso sem segregar. Afinal, estamos todos aqui em busca de uma mesma coisa.

O terceiro momento, chamado "análise filosófica", pretende buscar as relações entre os "confetos" produzidos pelo grupo e o pensamento filosófico convencional, estabelecendo uma comunicação que nos permita perceber suas convergências, complementaridades ou oposições. O termo "confeto" faz refe-

rência aos conceitos produzidos pelo grupo-pesquisador, os quais distinguem-se do senso comum por dar-se na composição de um plano de consistência no qual conceitos e afetos misturam-se, traçando linhas de desterritorialização e configurando a realidade de novos desejos (Gauthier, 2004).

QUATRO 6 - EXEMPLO DE ANÁLISE FILOSÓFICA

Neste estudo, escolhemos um dos confetos criados pelo grupo para exemplificar a análise filosófica: a "não-escolha". Entendemos que este confeto tenta dar conta de uma contradição, percebida pelo grupo na organização do atendimento no CAPS, entre as necessidades individuais e a grande demanda pelo atendimento. Entretanto, o confeto de não-escolha não propõe uma superação dialética do conflito, mas aponta para a necessidade de lidarmos com o diferente, sem soluções homogeneizadoras. A própria estrutura semântica do termo, na qual a partícula negativa (não) soma-se a uma afirmação (escolha), abre espaço para uma proposição disjuntiva (e...e), ao invés de uma designação na qual as coisas devam estar representadas submetidas ao critério do verdadeiro ou falso (ou...ou). Não se trata mais de pensar a compatibilidade ou incompatibilidade dos sentidos dependendo de suas contradições. Em vez disso, seguimos aquilo que Deleuze chama de "compossibilidades" ou "incompossibilidades alógicas". Desta perspectiva, o que vai afirmar dois acontecimentos como compossíveis ou incompossíveis será a convergência ou não das séries que formam suas singularidades. Entretanto, mesmo essa distância assegurada pela impossibilidade das séries não trata de uma separação negativa ou de exclusão. Ao invés disso, ela vai propiciar uma afirmação simultânea de sua diferença, pois se trata de uma distância positiva dos diferentes: não dois contrários ao mesmo, mas afirmar sua distância como o que os relaciona um ao outro enquanto "diferentes" (Deleuze, 1974). O impossível passa a ser mais um meio de comunicação diferenciador, ou seja, produtor de uma diferença de potencial, que pode ser desejo, que pode ser amor ou ódio. Sendo assim, percebemos que o confeto de "não-escolha" tenta aproximar o sofrimento urgente de quem acorre aos serviços de saúde mental numa situação desesperadora, sem com isso criar "privilégios" em nome desse mesmo sofrimento. Uma tentativa de potencializar a pessoa e não remetê-la eternamente a um lugar de falta que justifique a sua distinção em relação aos outros. Precisamos aprender a dar mais chance a quem precisa mais, mas sem criar estereótipos que caracterizam guetos: "Esse é melhor, aquele é pior", "esse é preto, esse é branco". Além disso, como já foi dito, é preciso lembrar que essas necessidades não são fixas: uma mesma pessoa pode estar em situações diferentes, dependendo do momento. Finalmente entendemos que o confeto de não-escolha criado pelo grupo-pesquisador aproxima-se do conceito de equidade proposto pelo ideário da Reforma Sanitária Brasileira, que remete ao oferecimento de oportunidades iguais para que todos possam desenvolver seus potenciais, sem que, no entanto, dissolvessem-se as diferenças.

Terminado o processo de análise, ocorre a contra-análise dos dados. Nesta fase da pesquisa, apresentamos as análises realizadas pelo pesquisador ao grupo para que este possa avaliá-las, aceitando-as, alterando-as ou rejeitando-as, e propondo sua contra-análise. Aqui, acontece um movimento dialógico de alianças, miscigenação ou bifurcação de sentidos, no qual os conflitos nem sempre encontram soluções. A divergência também é produtiva. Esta etapa da pesquisa ainda se encontra em desenvolvimento.

Considerações finais

O interesse em avaliar os serviços de saúde justifica-se, fundamentalmente, pela necessidade de estarmos identificando possibilidades e dificuldades ao longo do processo, buscando a garantia do princípio constitucional da saúde como qualidade de vida, garantida pelo Estado e considerada um direito de todos os cidadãos.

Quando se trata de serviços de saúde mental, essa necessidade de avaliar processual-

mente está ainda mais presente devido ao caráter inovador da rede de serviços proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira, que se vem tentando implementar desde a década de 1980. É importante conhecermos como se tem dado a implantação destes serviços, inclusive para pensarmos as iniciativas futuras.

Entretanto, precisamos levar em consideração a necessidade de possibilitar processos de avaliação que não excluam desta ação os sujeitos envolvidos diretamente em suas consequências. Esta reflexão é de extrema relevância no âmbito da atenção em saúde mental, em que, historicamente, as pessoas têm sido destituídas de seu poder de contratualidade e do exercício de sua cidadania.

Entendemos que a sociopoética pode colaborar nesta construção à medida que valoriza os sujeitos da pesquisa como responsáveis pelo conhecimento produzido, incitando a uma maior autonomia dos envolvidos. Sugerimos que outros estudos sejam desenvolvidos nesta abordagem, a fim de se ampliarem suas possibilidades de utilização em pesquisas de avaliação semelhantes.

Referências bibliográficas

- AMARANTE, P. NOVOS sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica, *Cad. Saúde Pública*. vol. 11, nº 3. Rio de Janeiro, 1995, pp. 491-94.
- BOAL, A. *Jogos para atores e não-atores*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde [dados na internet]. Disponível em <http://www.saude.ms.gov.br/>. Acesso em 1º/9/2005.
- _____. *Manual PNHAH*, 2001.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos, in Hartz, Z.M.A. (org.), *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 29-47, 1997.
- DELEUZE, G. *Lógica do sentido*. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- DEMO, P. *Avaliação qualitativa*. São Paulo: Autores Associados, 1999.
- FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 6, 2001, pp. 165-81.
- GAUTHIER, J. H. M. et al. *Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GAUTHIER, J. H. M. *Sociopoética: encontro entre arte, ciência e democracia na pesquisa em ciências humanas e sociais enfermagem e educação*. Rio de Janeiro: Editora Escola Ana Nery; UFRJ, 1999.

_____. Trilhando a vertente filosófica da Montanha Sociopoética: a criação coletiva de confetos, in *Prática da pesquisa nas ciências humanas e sociais: aplicação da abordagem sociopoética*. São Paulo: Atheneu, 2004.

LESSA, I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 1998.

LIMA et al. Cadernos de subjetividade, *Núcleo de Estudos da Subjetividade*, vol. 1, nº 2. São Paulo: Psicologia Clínica-PUC-SP, 1993, pp. 163-68.

PETIT, S. H. e GAUTHIER, J. H. M. Introduzindo a sociopoética, in *Prática da pesquisa nas ciências humanas e sociais: abordagem sociopoética*. São Paulo: Atheneu, 2005.

SILVEIRA, L. C. et al. Tendências das teses de doutoramento em enfermagem produzidas na Universidade Federal do Ceará, *Texto Contexto Enferm.*, vol. 12, nº 3, 2003, pp. 314-22.

TANAKA, O. Y. e MELO, C. Reflexões sobre a avaliação de programas e serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa, in Bosi, M. L. M. e Mercado, F. J. (orgs.), *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos, *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, vol. 9, nº 1. Rio de Janeiro, pp. 25-59, 2002.

UCHIMURA, K. Y. e BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde – resgatando a subjetividade, in Bosi, M. L. M. e Mercado, F. S. (orgs.), *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004, pp. 75-98.

Résumé: L'attention sur la santé mentale au Brésil, historiquement marqué par asile pratiques, a traversé d'intenses changements des les années 80 avec la proposition de remplacer le modèle hospitalier par un réseau de services alternatif. Toutefois, afin de faciliter le déploiement d'un réseau vraiment efficace, nous devons investir dans l'évaluation de ce qui est déjà mis en oeuvre pour appuyer la prise de décision sur les futures initiatives. Sur ces hypothèses, nous présentons une étude d'évaluation d'approche fondée sur la sociopoétique, qu'en utilisant la méthode du groupe-chercheur, estime que le caractère auto-gestif et la dimension subjective des acteurs concernés. Pour afficher le potentiel de cette approche dans la recherche évaluative, on décrit les étapes de la méthode du groupe-chercheur et on donne des exemples de recherche développés dans un Centre de Soins Psychosociaux à la ville de Fortaleza.

Mots clés: évaluation; santé mentale; méthode; politique sur la santé mental.

Resumen: La atención en salud mental en el Brasil, marcado históricamente para los manicomiales prácticos pasa por modificaciones intensas desde la década de 80 con la oferta de la substitución del modelo del hospitalocêntrico para una red de servicios alternativos. Sin embargo, para hacer posible la implantación de una red realmente eficaz, necesitamos invertir en la evaluación de lo que ya ha sido hecho para subvencionar tomas de decisiones cuánto a las iniciativas futuras. Desde estos presupuestos presentamos un estudio basado en el abordaje de la sociopoética que, al usar el método del grupo-investigador, considera el carácter auto-gestivo y la dimensión subjetiva de los agentes implicados. Para presentar el potencial de esto abordaje en investigaciones de evaluación, describimos las etapas del método del grupo-investigador y lo exemplificamos con una investigación desarrollada en un Centro de la Atención Psicossocial de la ciudad de Fortaleza-CE.

Palabras-clave: evaluación; salud mental; métodos; la política sobre salud mental.

