

Construção de Indicadores para a Avaliação de Caps

Juarez Pereira Furtado
Rosana Onocko Campos
Thiago Lavras Trapé
Bruno Ferrari Emerich
Luciana Togni de Lima e Silva Surjus

Sobre indicadores

Um indicador integra um processo de comunicação, gera imagens e produz significados sobre a realidade, mesmo não coincidindo inteiramente com ela.

(L. Valarelli)

Se descendo do ônibus ouvimos um pedaço de conversa alheia, na qual se afirma que “Fulano é 10!”, compreenderemos prontamente (e independentemente de acompanharmos o restante da prosa) que esse Fulano se destaca por fazer bem alguma coisa ou por alguma característica do seu jeito de ser. Note que, nesse caso, se utiliza uma escala de 0 a 10, conhecida e compartilhada pela maioria, para atribuir uma nota ao desempenho, habilidade ou modo de agir de alguém. Ou seja, faz-se a tradução para uma escala numérica das qualidades ou atributos da pessoa em questão. No entanto, com base nesse fragmento de conversa, dificilmente saberemos em que o Fulano se destaca brilhantemente. Seria ele extremamente competente em seu trabalho? Ou pontual nas entregas de suas encomendas? Ou excepcionalmente honesto? Um ótimo pai?

De fato, não dá para saber ainda, mas o exemplo citado nos permite iniciar o diálogo sobre indicadores a partir de um primeiro aspecto ou característica que consideramos central nesse assunto: os indicadores

constituem-se expressões, frequentemente numéricas, simples e confiáveis de medir ou indicar sobre um fenômeno. Notemos que o indicador nunca é a coisa em si, mas constitui sempre uma aproximação ou mesmo uma tradução de aspectos de algo que nos interessa. Afinal, o Fulano aqui considerado não "é" 10 ao pé da letra. Com esse número, apenas se tentou apontar o quão qualificado ele é em determinado aspecto. Com base no que vimos exposto, podemos afirmar que os indicadores servem para apontar, traduzir ou indicar um estado, movimento ou mudança em "fenômenos" (aqui entendidos como pessoas, projetos, serviços, ações) que por alguma razão pretendemos monitorar e/ou avaliar ou tão somente para tocar nossa vida cotidiana.

O nosso dia a dia é povoado de indicadores que gozam de aceitação implícita pela grande maioria de nós. O movimento da Terra em torno do sol e o intervalo disponível para nossas tarefas diárias são indicados pelas 24 horas constantes nos relógios; nossa saúde ou uma infecção podem ser apontadas pela variação de nossa temperatura em graus Celsius; o modo como conduzimos nosso carro em uma pista é traduzido em quantos km percorreríamos em 1 hora dirigindo daquela forma e por aí vai. Notemos que os indicadores citados, bem como a grande maioria dos demais, estão sempre vinculados a aspectos que se pode ver, sentir e/ou medir, chamados "empíricos", como o movimento da Terra, o calor de nosso corpo, a rapidez com que nosso carro se desloca.

Voltemos ao nosso exemplo inicial. Se, movidos pela curiosidade, acompanhássemos um pouco mais da conversa e soubéssemos que o Fulano obteve "10" de nosso companheiro de viagem por seus atributos como professor - crítico e exigente -, poderíamos discordar, considerando que, ao menos para nós, essas características não constituem um bom professor e listaríamos outras tantas virtudes que constituem um bom docente de nosso ponto de vista. Situação que nos impele, nesse momento, a expor um segundo aspecto ou característica de indicadores: somente no âmbito em que foram gerados ou apropriados é que eles fazem sentido e têm algum valor. Se não forem legitimados e consensuais entre aqueles que efetivamente os usarão, os indicadores serão praticamente inúteis como instrumento de diálogo, geração de compromissos e monitoramento.

Porém, a legitimidade e o consenso virão somente se partilharmos o conceito subjacente ao indicador. Em nosso exemplo, é preciso partilharmos nossos conceitos sobre o que é um bom professor para que os indicadores sobre o tema realmente façam sentido para nós. O fato de que por detrás dos indicadores há sempre conceitos (ou mesmo valores) que sustentam a coleta e análise dos mesmos é algo que devemos ter sempre em mente. Indicadores de hora, febre e forma de deslocamento podem remeter a conceitos complexos como "tempo", "saúde-doença" e "velocidade" respectivamente. E, assim, ressaltamos um terceiro aspecto dos indicadores: por mais empíricos que sejam, eles sempre incluem uma afirmação não empírica. O que equivale a dizer que as medidas feitas por meio de indicadores (observando, contando, ouvindo) estão sempre atreladas a conceitos que, por sua vez, não são mensuráveis. Poderíamos afirmar, então, que os indicadores seriam equivalentes empíricos de conceitos: um ponto entre o universo da abstração e o universo da observação.

Cientes de que os indicadores são sempre uma aproximação a um fenômeno de nosso interesse sobre o qual estabelecemos parâmetros numéricos; que precisam ser comparilhados para terem sentido e serem efetivamente utilizados; que estão sempre atrelados a conceitos que lhes subjazem, discorreremos no tópico seguinte sobre a elaboração e utilização de indicadores em setores mais específicos e, naquele pertinente a este livro, em serviços públicos.

Indicadores nos serviços públicos de saúde

O que vimos discorrendo permite intuir amplo e disseminado uso de indicadores em nossa vida em geral e nos vários setores em particular. Nesse último caso, são desenvolvidos indicadores específicos para os respectivos setores ou áreas, conforme as necessidades. No que concerne às políticas públicas, os indicadores permitem evidenciar questões, traçar estratégias e monitorar condições de vida e de bem-estar de populações, devendo constituir balizas a serem consideradas no planejamento e avaliação de políticas sociais. O que nos permite perceber a elaboração de indicadores como uma ação profundamente política, afinal definir parâmetros para a miséria, qualidade da água, nível de escolaridade, qualidade de serviços, entre outros, pode ter repercussões importantes em um grupo ou sociedade.¹

No setor Saúde, a elaboração e a utilização de indicadores são especialmente desenvolvidas e articuladas internacionalmente por organismos como a Organização Mundial de Saúde (OMS) desde o surgimento desta, em 1947. Nesse campo, os indicadores são majoritariamente expressos nas formas de proporções (relação de duas frequências da mesma unidade, por exemplo, número de mortos em determinado período por neoplasias dividido pelo total de mortos no mesmo período) ou por meio de coeficientes ou taxas (variação de um fenômeno no tempo, por exemplo, número de nascimentos em 1 ano). São exemplos de indicadores comumente utilizados nessa área o coeficiente de mortalidade geral, coeficiente de mortalidade infantil, mortalidade materna e o coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis. Tais indicadores possibilitam inferir o estado de saúde de um dado agrupamento humano, permitindo acompanhar flutuações e tendências históricas do processo saúde-doença nesse mesmo coletivo e prover bases para a avaliação, planejamento e monitoramento de ações ali impetradas.²

Atentemos para o fato de que os indicadores em saúde são relativos a níveis muito distintos, podendo dizer respeito a indivíduos e populações (mortalidade e morbidade, como aqueles citados no parágrafo anterior); às condições ambientais (saneamento, qualidade do ar etc.); e aos serviços de saúde (médicos por habitantes, número de pré-natal realizados etc.). Com a mudança do perfil demográfico e epidemiológico, desde os anos 1960 nos países centrais e mais recentemente em países emergentes como o Brasil, novos indicadores vêm sendo desenvolvidos de maneira a espelharem de modo mais adequado as condições de morbimortalidade nos continentes. Tal situação ilustra o fato de que os indicadores têm vida útil variável, tendo sua existência justificada por sua capacidade em efetivamente dar subsídios às ações em saúde, devendo acompanhar a realidade sempre mutável de um serviço ou o perfil epidemiológico de um coletivo.

Ainda que possam sofrer alterações, buscando mensurar adequadamente os fenômenos de que se ocupam, os indicadores em saúde devem apresentar como características de qualidade:

- Boa representatividade e cobertura;
- Uniformidade de concepção e método;
- Simplicidade de construção e interpretação; e,
- Se possível, resumir várias situações.

Finalizando este tópico, gostaríamos de esclarecer a diferença entre indicador e índice. Indicadores incluem apenas um aspecto como foco, por exemplo, o número de nascidos mortos *versus* o de nascidos vivos ou o número de usuários de um centro de atenção psicossocial (Caps) encaminhados para atendimento na atenção básica. Já o índice é resultante da

síntese de distintas dimensões, por exemplo, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) composto por informações oriundas e agregadas do grau de escolarização, longevidade e renda de uma dada população. Esse índice, desenvolvido por Mahbub ul Haq e Amartya Sen, em 1990, para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), teve como objetivo superar a comparação feita entre países levando-se em conta apenas o produto interno bruto (PIB) de cada um.

A avaliação no campo da saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS)

Trazer a discussão e efetiva operacionalização de procedimentos sistemáticos de avaliação para o interior da saúde mental é tarefa que impõe desafios. Primeiramente, porque a tradição de estabelecer parâmetros e indicadores nessa área é mais restrita quando comparada a outras áreas do campo da Saúde, como a atenção básica e a atenção hospitalar, cujo tempo de existência no país e estímulo por parte dos organismos nacionais e internacionais de saúde estabeleceram bases para o desenvolvimento de critérios de acompanhamento das mesmas. Somem-se a isso o caráter vigorosamente ético e político da Reforma Psiquiátrica e a consequente dificuldade em estabelecer consensos em torno de alguns parâmetros e indicadores mínimos entre atores sociais inseridos em polos distintos. Outra explicação a ser agregada seria proveniente do próprio objeto de que se ocupam os trabalhadores da saúde mental, no seu limite caracterizado pelas questões subjetivas que atravessam os sujeitos que acompanham. Envolvidos com os esforços de compreensão do particular e do singular, os trabalhadores dessa área podem apresentar estranhamentos e menor permeabilidade às tentativas de objetivação e sistematização numérica de suas práticas em torno de indicadores.

Pese esses desafios, o caráter público e o compromisso com a operacionalização e contínua qualificação das novas respostas sociais às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes no Brasil tornam inexorável que os Caps e demais serviços da reforma sistematizem modos de interlocução com segmentos especializados da sociedade e com a população em geral, estabelecendo uma linguagem minimamente comum, por meio de alguns parâmetros, indicadores e outros dispositivos de avaliação. Assim estabelecida, essa base de comunicação poderia garantir trocas de experiências entre trabalhadores e equipes; monitoramento sistemático das ações, projetos e iniciativas empreendidas no cotidiano; avaliação para eventuais correções de rota em seus aspectos centrais; e transparência dos dados e informações oriundos das iniciativas acima.

O conjunto de serviços e equipamentos destinados à assistência da população com transtornos mentais constitui pela normativa uma rede de assistência. Assim, as relações entre esses serviços, os fluxos dos usuários, os entraves ao acesso e/ou a resolutividade de cada um deles deveriam ser objeto de uma abordagem avaliativa sistemática. Desse modo, o esforço de acompanhamento, avaliação e transparência permitiria estabelecer interlocução interna (intraequipe) e externa (sistêmica), possibilitando as trocas com e entre os vários níveis de gestão do SUS: intramunicipal, estadual e nacional. A organização de indicadores e a pactuação de parâmetros avaliativos para eles poderiam ser desagregadas segundo o nível decisório em questão: alguns indicadores podem ser fundamentais para a gestão da clínica de cada equipe de referência; outros, para o gestor local do serviço; outros ainda,

para os gestores distrital ou municipal e assim por diante até termos um consolidado mais enxuto no nível federal. Enxuto, porém o bastante denso para subsidiar a tomada de decisão e o estabelecimento de parâmetros mínimos de funcionamento entre serviços de mesma natureza, aumentando a transparência e a qualificação da prestação de contas à sociedade que financia e legitima essas iniciativas.

Salientamos que o processo avaliativo não pode se pautar apenas por indicadores tradicionais. Normalmente, as avaliações de serviços de saúde estão baseadas em números de consultas, procedimentos, diagnósticos, remissão dos sintomas, número de altas, entre outros. No caso da saúde mental, a avaliação precisa identificar características do serviço que produzam impacto positivo na subjetividade dos usuários produzindo saúde mental.

O próprio conceito de saúde mental deve ser colocado em questão, e isso levará sempre a potenciais dissensos entre escolas e abordagens clínicas. Por exemplo, a remissão de sintomas, tomada pela psiquiatria biomédica como parâmetro de melhora, não é sinônimo de saúde mental para movimentos como o do Recovery.⁷

Sarraceno et al³ propõem que a avaliação de serviços de saúde mental desenvolvam variáveis relacionadas a qualidade de vida, relações familiares, inserção na sociedade e outros componentes subjetivos que são de difícil mensuração. Alguns autores^{4,6} compartilham da visão de que o processo de avaliação pode servir para a potencialização das boas práticas ligadas à saúde mental. No entanto, para que isso aconteça seria necessário criar um processo de avaliação participativa.

Os Caps se destacam entre os serviços oriundos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, sendo considerados ordenadores da rede de atenção em saúde mental e, mais recentemente, componentes fundamentais da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), com relevância na assistência de pessoas com sofrimento psíquico grave. O propósito deste trabalho é apresentar um conjunto de 16 indicadores dirigidos ao monitoramento, à avaliação e potencial qualificação de Caps, desenvolvidos a partir da colaboração entre avaliadores ligados a duas universidades (Universidade Estadual de Campinas - Unicamp e Universidade Federal de São Paulo - Unifesp), trabalhadores e gestores representantes da quase totalidade dos Caps do tipo III existentes no estado de São Paulo à época. Estabeleceram-se os serviços como foco central da avaliação, privilegiando efetiva troca de saberes entre agentes da academia e trabalhadores, levando-se em conta os diferentes contextos políticos e institucionais nos quais os Caps estavam inseridos.

Avaliação e participação

A inserção de não especialistas em avaliação nos processos avaliativos é tributária da constatação de que inexoravelmente haverá diferenças no julgamento de valor final do processo e da esperança de que estas mesmas diferenças possam ser efetivamente consideradas, confrontadas e conviverem em relativa harmonia. O que pode nos ajudar a superar uma ideia frequentemente presente nas discussões sobre o tema - a de que a participação seja equivalente a estabelecer a igualdade no sentido de "homogeneidade". A inclusão de não especialistas no processo avaliativo aumenta a complexidade do processo e, conseqüentemente, os pontos de vista e perspectivas ali presentes, além do tempo e recursos necessários para a empreitada.

⁷ O movimento de Recovery nascido da militância de usuários no mundo anglo-saxão, tem defendido a noção de *in recovery* como o de uma vida que faça sentido, independentemente da manutenção ou não de sintomas.

Furtado⁷ aponta que os potenciais benefícios de um processo participativo requerem clareza dos níveis de participação: quais grupos comporão o desenvolvimento dos trabalhos? Quais, entre estes, definirão as perguntas avaliativas? Como lidar com os diferentes níveis de autonomia e empoderamento de cada um dos grupos de interesses? Em poucas palavras, pode-se afirmar que se trata de esclarecer tanto a extensão como a profundidade do nível participativo bem como a necessária plasticidade no processo de gestão da pesquisa.⁸

Wetzel e Kantorski⁵ identificam, na chamada Avaliação de Quarta Geração, uma nova abordagem que privilegia percursos inclusivos e participativos. Nesse tipo de avaliação, os parâmetros e limites da avaliação não são definidos *a priori*, mas a partir de um processo interativo de negociação que envolve os diversos grupos de interesses. A inclusão dos sujeitos como fonte de saber/poder local pode favorecer o processo de participação social dos atores na medida em que estes reconheçam seu papel de protagonistas nas tomadas de decisões.

Uma metodologia participativa e construtivista

A nossa opção por definir indicadores a partir de questões oriundas de Caps do tipo III se deve ao posicionamento estratégico desses serviços na consolidação da Reforma Psiquiátrica e implementação de uma rede de cuidados substitutiva ao modelo asilar. Funcionando 24 horas/dia, 7 dias por semana, constituindo referência para uma área igual ou superior a 150 mil habitantes, respondendo ao cuidado contínuo de pessoas com transtornos mentais graves, inclusive nas situações de crise, esses serviços lidam com questões inerentes aos demais tipos de Caps (I e II), além das questões que lhe são específicas. Desse modo, desenvolver indicadores de avaliação para os Caps III equivale a considerar o conjunto de Caps existentes.

O processo de construção dos indicadores se deu por meio de um curso sobre Avaliação de Serviços de Saúde Mental, ministrado a profissionais e gestores de 25 dos 26 Caps III paulistas existentes no ano de 2011. Foram disponibilizadas duas vagas por serviço, sendo uma para a gestão do serviço e outra para trabalhador da assistência, que foram selecionados internamente pelas unidades a partir dos seguintes critérios: profissionais graduados em curso universitário; desejo e disponibilidade em participar das etapas que compunham o projeto e estarem há mais de seis meses nos serviços. Totalizaram-se 58 gestores e trabalhadores, uma vez que cinco unidades solicitaram mais vagas, dado o expressivo interesse de algumas equipes em participar e três vagas foram disponibilizadas para gestores da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

Para o desenvolvimento do curso citado, foram constituídas duas turmas, sendo uma inserida na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e a outra na Unifesp, *campus* Baixada Santista, conforme a proximidade geográfica entre as duas instituições e os municípios dos serviços participantes. O curso foi estruturado em 120 horas, distribuídas em 14 encontros, ao longo de 11 meses. O curso era essencialmente presencial e o mais semelhante possível em ambas as universidades, sendo estruturado de modo a garantir que os principais temas que envolvem o cotidiano, a gestão e a clínica dos Caps fossem contemplados.

Foram trabalhados os seguintes temas, objetos de discussão e análises:

- 1) Avaliação de programas e serviços em saúde;
- 2) Implicações subjetivas e institucionais da avaliação;

- 3) Avaliação e participação;
- 4) A pesquisa avaliativa da rede de Caps III de Campinas;
- 5) A elaboração e uso de indicadores em saúde;
- 6) Projetos Terapêuticos Singulares (PTS);
- 7) Deficiência intelectual;
- 8) A gestão dos Caps III;
- 9) A formação para o trabalho em saúde mental;
- 10) Atenção às situações de crise;
- 11) O trabalho com grupos nos Caps;
- 12) Reabilitação psicossocial e assistência no território;
- 13) O uso de medicação psiquiátrica;
- 14) Moradia para pessoas com transtornos mentais graves.

A relevância desses temas foi definida com base em pesquisa anterior,¹⁰ sendo abordados no período matutino, por meio de aulas expositivas, oficinas e discussões e, no período vespertino, retomados em pequenos subgrupos – os chamados Grupos de Apreciação Partilhada (GAP) – no interior dos quais foram realizadas as elaborações de indicadores das temáticas abordadas pela manhã.

Os GAP diferem dos grupos focais ao buscar relações horizontalizadas e bidirecionais e a transferência do controle do grupo para si próprio. Além disso, os GAP permitem desenvolver um julgamento da ação e formular eventuais ajustes na ação coletivamente desenvolvida:

Trata-se de, por meio dos GAP, de levar diferentes atores envolvidos com o programa ou serviço (trabalhadores, voluntários, usuários etc.) a partilharem sua análise da ação que realizam no serviço, contribuindo, assim, com a construção e aprimoramento dessa ação coletiva. Parece-nos uma forma original para fomentar a reflexão dos organismos e sua autoavaliação. (Zúñiga & Luly, p.11,¹¹ tradução nossa)

Cada GAP foi constituído por 10 alunos do curso, em média, acompanhados ao longo de todo o ano por um mesmo apoiador. A proposta de indicadores elaborada por cada GAP era registrada e projetada numa tela, permitindo, assim, que, ao final de cada encontro, cada conjunto de indicadores propostos tivesse um relatório escrito e legitimado. Após cada encontro, havia um período considerado de “dispersão”, no qual os participantes testavam e submetiam os indicadores delineados no encontro anterior às considerações das suas equipes locais, em seus respectivos municípios, gerando subsídios ao processo de definição dos indicadores. Desse modo, fontes de dados, viabilidade, frequência desejável para coleta de informação etc. foram construídas e testadas de maneira descentralizada pelo coletivo que integrava o curso.

Um atento trabalho de registro e formação de consensos foi desenvolvido no interior de cada subgrupo e entre os subgrupos até, finalmente, o conjunto de duas turmas que acompanhavam o curso nas duas universidades. Para isso, foram realizadas reuniões periódicas e sistemáticas entre os pesquisadores de ambas universidades, de modo a qualificar tanto o curso em si quanto o processo de desenvolvimento de indicadores. Além disso, realizaram-se dois grandes encontros presenciais, envolvendo os 58 participantes, nos primeiro e último mês do curso, para o estabelecimento de diretrizes e, ao final, um consenso em torno do conjunto de indicadores – até então concebidos e testados somente no interior de subgrupos com os aportes das dispersões em campo, resultando em um leque final de 16 indicadores.*

Os indicadores definidos foram agrupados em oito temas: atenção à situação de risco; qualificação dos atendimentos grupais; trabalho em rede; gestão dos Caps; educação permanente; singularização da atenção; atenção às pessoas com deficiência intelectual; uso da medicação. Cada um desses temas foi contemplado com número que variou entre um e três indicadores. Cada um dos indicadores teve seus componentes centrais desdobrados e detalhados, a saber: o nome do indicador; sua definição (que problemática aborda); interpretação (que aspecto permite avaliar); fonte de dados (onde obter as informações necessárias); período (intervalo de tempo entre uma medida e outra), método de cálculo (o que deve compor numerador e denominador) e observações para aplicação.

Após a finalização da primeira versão do conjunto de indicadores, os confrontamos com a realidade dos serviços. No transcurso de um mês, esses indicadores foram aplicados em cada um dos serviços participantes, gerando subsídios para a qualificação dos indicadores. Uma baliza importante era a maior ou menor compreensão que os colegas dos serviços, que não participaram da elaboração desses indicadores, tinham destes. Aspectos que iam do nome do indicador ao seu método de cálculo, passando por questões essenciais como a pertinência da informação e fontes de dados, entre outros, foram revistos e avaliados. Somente após esse período de pré-teste dos indicadores, seguido de amplas e coletivas discussões nos dois encontros finais e presenciais entre todos os alunos e pesquisadores é que se considerou definido o conjunto de indicadores.

O Quadro 4.1 sistematiza os resultados.

Discussão

A tarefa de produzir indicadores ligados aos interesses diretos dos trabalhadores, e ao mesmo tempo úteis para outros contextos e situações, tornou-se um desafio. Some-se a isso a necessidade de compartilhar distintas posições e, pelo debate, estabelecer alguns consensos mínimos. Além disso, os indicadores resultantes do processo deveriam ser claros, concisos, focalizados e capazes de prover informações relevantes, conforme discussão presente na literatura especializada.

Com relativa frequência, termos corriqueiramente utilizados pelos trabalhadores no dia a dia do serviço tornaram-se alvo de discussões e polêmicas sobre seus reais significados. Assim, por exemplo, a caracterização do que seriam “graves” exigiu longas discussões, uma vez evidenciado que, mesmo entre profissionais de uma mesma equipe, havia compreensões muito distintas sobre essa categorização dos usuários. Nesse caso, excluídas categorias como diagnóstico pela Classificação Internacional das Doenças (CID), foi possível chegar a um consenso de que, de maneira geral, pessoas que sofrem de sérios distúrbios mentais possuem dificuldades de autocuidado e autonomia, assim como dificuldades nas relações interpessoais, que podem levar ao afastamento e isolamento social, ao qual podem se associar a discriminação e desvantagem social, como a pobreza e o desemprego, alinhando-se a concepções existentes na literatura a esse respeito, poderiam ser consideradas “graves”.

Uma questão decisiva para a prática de monitoramento e avaliação – a existência de fontes de dados confiáveis e estáveis – mostrou-se especialmente problemática entre os serviços que participaram desse estudo. Sabemos que a existência de informações disponíveis em programas e serviços não é regra e pode ser mesmo critério para sua avaliabilidade. Parte importante dos indicadores definidos esbarraram na ausência absoluta ou relativa de dados para a sua aplicação. Mesmo dados de uso corriqueiro e sistemático pelos serviços, como aqueles

Quadro 4.1 – Pesquisa avaliativa de saúde mental: indicadores para avaliação e monitoramento dos Caps III do Estado de SP - planilha de indicadores

N.	Nome do indicador	Definição	Interpretação	Fonte de dados	Tipo	Método de cálculo
I – Crise						
1	Capacidade do Caps de atender a crise	Nº de casos em crise encaminhados para outros serviços	Reflete a capacidade do Caps de acolher a crise	Livro de plantão, prontuário	Resultado	$\frac{\text{Nº de pacientes em crise encaminhados no mês}}{\text{Nº de leitos mês}}$
2	Taxa de ocupação leitos	Leitos efetivamente utilizados	Indica a utilização dos leitos de acolhimento à crise	Livro de plantão, planilhas de utilização dos leitos, Apac	Processo	$\frac{\text{Nº ptes. leito mês}}{\text{Nº de leitos mês}}$
3	Cuidado com a família do paciente em crise	Ofertas à família do paciente em crise	Reflete o cuidado da equipe com a família	Livro de plantão e prontuário	Processo	$\frac{\text{Nº famílias atendidas (c/ familiares no leito)}}{\text{Total pacientes no leito}}$
II – Grupos						
1	Participação dos familiares nos grupos de família	Proporção de famílias de usuários ativos (inseridos ou em encaminhamento) que participam nos grupos de família e terapias familiares do Caps	Reflete a participação das famílias nos grupos	Nº de usuários ativos (inserimento), estatísticas, folhas de presença	Processo	$\frac{\text{Nº de famílias participantes dos grupos}}{\text{Nº de pacientes inseridos}}$
2	Proporção de discussão sobre grupo pela equipe	Análise e discussão dos grupos pela equipe	Reflete as iniciativas da equipe em avaliar os grupos	Livros de atas de reuniões, técnicos responsáveis pelo grupo	Processo	$\frac{\text{Nº reuniões gerais em que aconteceram discussões sobre grupo}}{\text{Nº de reuniões gerais da unidade}}$
3	Participação dos usuários no grupo	Permite saber quantos usuários participam de grupos	Além da existência de grupos, permite identificar quantos se beneficiam deles.	Anotações da evolução dos grupos	Processo	$\frac{\text{Nº de usuários que participam dos grupos}}{\text{Nº total de usuários ativos}}$

Continua

Continuação

N.	Nome do indicador	Definição	Interpretação	Fonte de dados	Tipo	Método de cálculo
III – Território						
1	Taxa de PTS compartilhados com outros atores sociais	Nº de PTS partilhados, elaborados em conjunto com outros serviços, pessoas e organizações extra-Caps	Nº de PTS partilhados, elaborados em conjunto com outros serviços, pessoas e organizações extra-Caps	Técnicos de referência do Caps e dos serviços da rede, anotações de prontuários	Processo	$\frac{\text{Nº de PTS partilhados}}{\text{Nº total de PTS}}$
2	Serviços residenciais terapêuticos (SRT)	Moradores de SRT que contam com os recursos dos Caps	Inserção de pacientes de SRT no território do Caps	Listagem de pacientes do serviço	Processo	$\frac{\text{Nº morad. SRT acomp. Caps}}{\text{Nº total morad. SRT no território}}$
IV – Gestão						
1	Gestão compartilhada do serviço	Participação efetiva do gestor nos espaços de gestão (conselhos, reuniões de equipe, assembleias, colegiados, supervisões, passagem de plantão)	Reflete a presença e participação do gerente nos fóruns de gestão do Caps	Livro de ata, Agenda do gerente	Processo	Qualitativo - listar de quais o gerente participa sistematicamente na semana
2	Recursos humanos de nível superior	Proporção de número de horas de profissionais de nível universitário em relação a 100.000 hab.	Reflete o investimento na estrutura dos Caps	Planilha Recursos Humanos	Estrutura	$\frac{\text{Nº de horas de profissionais universitários}}{100.000 \text{ habitantes}}$
3	Gestão do cotidiano	Presença do gerente em discussões clínicas e institucionais no dia a dia	Reflete participação do gerente na gestão de aspectos clínicos e institucionais do serviço	Livro de plantão	Processo	$\frac{\text{Nº passagem plantões com participação do gerente sem.}}{\text{Nº passagem. plantões existentes/semana}}$

Continua

Continuação

N	Nome do indicador	Definição	Interpretação	Fonte de dados	Tipo	Método de cálculo
V – Formação continuada						
1	Tempo dedicado à formação continuada externa	Horas formais/mês para formação em atividades externas	Reflete o quanto a unidade investe na realização da educação permanente (EP) externa	Lista de presença e certificado	Estrutura	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de horas de trabalho utilizadas para EP}}{\text{Carga horária total de trabalho}}$
2	Tempo ofertado de supervisão clínica institucional	Presença de espaço de supervisão clínico-institucional para a equipe	Reflete o investimento para análise e reflexão das práticas clínico institucionais da equipe	Frequência, cronograma do serviço	Processo e estrutura	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de horas de supervisão no trimestre}}{\text{N}^\circ \text{ de horas de trabalho}} \times 100$
VI – Projeto terapêutico singular						
1	Taxa de projetos terapêuticos singulares	Proporção de usuários que tem PTS em relação ao total de usuários em acompanhamento	Reflete a capacidade de organizar e sistematizar a oferta de atenção às necessidades específicas de cada usuário	Prontuário e formulário de PTS	Processo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de PTS}}{\text{N}^\circ \text{ de usuários inseridos}}$
2	Revisão de PTS na equipe	Proporção de PTS discutido em equipe, em um determinado período, em relação a o número total de PTS desse mesmo período	Reflete se a equipe está discutindo a construção e acompanhamento dos PTS nas reuniões de equipe	Livros de registro de reuniões, Livro Ata e Prontuário	Processo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de PTS discutido em equipe}}{\text{N}^\circ \text{ total de usuários com PTS}}$

Continua

Continuação

N.	Nome do indicador	Definição	Interpretação	Fonte de dados	Tipo	Método de cálculo
3	Quantidade de casos por referência profissional universitário	Identifica o número de pacientes dos quais se ocupa especialmente cada profissional ou mini-equipe de referência	Possibilita verificar a adequação entre número de pacientes acompanhados e profissionais de referência	Prontuários Apac	Processo e Estrutura	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuários do Caps}}{\text{Quantidade de profissionais de referência}}$
4	Reabilitação Psicossocial	Proporção de PTS que incluem ações em ao menos 2 dessas 3 esferas: trabalho, moradia e rede social	Evidencia processo de reabilitação psicossocial existente no PTS	Prontuário e formulário de PTS	Resultado	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de PTS com ações de reabilitação}}{\text{N}^\circ \text{ PTS existentes}}$
VII – Deficiência intelectual						
1	Inserção do usuário com Deficiência Intelectual (DI) no Caps	Inserção do usuário com Deficiência Intelectual no Caps	Mede a acessibilidade do usuário com DI ao Caps	- triagem - censo - APAC - prontuário	Resultado	$\frac{\text{Número de usuários com diagnóstico de DI encaminhados ao Caps}}{\text{Número total de usuários com DI inseridos no Caps}}$
2	PTS de usuários com DI compartilhados	Co-responsabilização pelo atendimento ao usuário com DI (construção de rede especializada)	Mede a construção coletiva de PTS dos usuários com DI inseridos no Caps	- prontuário - registros de reunião de equipe e/ou mini equipe (equipe de referência)	Resultado	$\frac{\text{Quant. de usuários com DI com PTS comp. com instit. para pessoas com diagnóstico de DI}}{\text{Quantidade de usuários com DI inseridos no Caps}}$
3	Moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos com DI	Proporção de Moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos com DI	Mede a especificidade de trabalho em SRT a partir da presença de moradores com DI	- censo das moradias - censo dos Caps - APAC	Processo	$\frac{\text{Num. de usuários com DI residentes em SRT}}{\text{Num. de usuários residentes em SRT}}$

Continua

Continuação

N.	Nome do indicador	Definição	Interpretação	Fonte de dados	Tipo	Método de cálculo
VIII – Medicação						
1	Compartilhamento da prescrição	Participação do usuário, familiares e outros profissionais na definição da prescrição com o médico.	Mede o compartilhamento de opiniões, vivências e impressões para a prescrição de medicação psiquiátrica.	Prontuário e anotações de médicos e outros profissionais	Processo	$\frac{\text{Número de prescrições compartilhadas}}{\text{Total de prescrições}}$
2	Uso de psicotrópicos	Quantifica a utilização de psicotrópicos pelos usuários	Permite identificar a associação de quatro ou mais psicotrópicos	Listagem de prescrições na farmácia	Processo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ usuários 4 ou mais psicof. associados}}{\text{No. usuários em uso de psicofármacos}}$
IX – Reabilitação psicossocial						
1	Reabilitação Psicossocial	Nº de PTS que incluem ações em ao menos duas das esferas do: morar, trabalho e rede social dos usuários	Reflete a inclusão das diferentes dimensões da reabilitação psicossocial nos PTS	PTS	Processo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de PTS que incluem ao menos duas das dimensões da reabilitação}}{\text{Total de PTS}}$

relativos à medicação utilizada pelos usuários ou aos dados básicos dos pacientes, como escolaridade, mostraram-se ausentes ou de difícil acesso. No entanto, para a maioria dos casos, não se tratava da inexistência das informações requeridas, mas da falta de ordenamento de registros em suportes conhecidos e compartilhados pelos integrantes dos serviços. Ou seja, as informações eram dispersas nos prontuários e/ou conhecidas apenas por determinado membro do Caps, o que dificultava sobremaneira sua obtenção. Chamou a atenção a falta de registros de aspectos importantes para a população atendida, como emprego e escolaridade. A escassez ou inexistência de dados dessa natureza podem apontar para a falta de efetiva consideração e seguimento dessas dimensões pelos serviços, como aponta pesquisa conduzida por Oda e Dantas.⁹ A elaboração por parte dos pesquisadores de um extenso questionário sobre os serviços, aplicado pelos próprios trabalhadores em seus próprios Caps, durante o processo, evidenciou esse problema de escassas ou inexistentes informações sobre os usuários e, ao mesmo tempo, estimulou os participantes e suas equipes locais a coletarem e organizarem o conhecimento sobre os usuários dos Caps.

A gama de indicadores produzidos teve a marca da produção coletiva e pôde evidenciar aspectos relevantes do cotidiano dos Caps. Sendo assim, sua pertinência e validação só seria possível aplicando-os em grande escala. Mesmo contando com a parceria dos diversos municípios e da Secretaria de Saúde do governo estadual, que buscava garantir a continuidade e apropriação do processo, a pesquisa se localizou no âmbito acadêmico e a incorporação desses achados, dentro do processo cotidiano de monitoramento e avaliação dos serviços, foi interrompida tempos depois em razão de mudanças entre os gestores locais e estaduais. Uma limitação do processo aqui analisado foi a restrita participação de usuários, envolvidos apenas de maneira indireta, nos momentos de dispersão, prevalecendo a perspectiva de trabalhadores e gestores.⁹

A baixa institucionalização desses processos reflete aspecto presente de maneira mais geral no SUS, presa da pequena estabilidade de pessoas e projetos no interior das instituições de Saúde Pública no país. Análises recentes vêm mostrando a fragilidade dos processos de gestão nos diversos níveis, a falta de estruturas burocráticas estáveis, ausência de sistemas de informações confiáveis e, principalmente, a falta de incentivos federal e estaduais que induzam processos de monitoramento e avaliação.¹²

Considerações finais

O processo que apresentamos propiciou a produção de saberes para além do resultado concreto de 16 indicadores. Possibilitou a troca entre os participantes e, sobretudo, a intervenção e efetiva produção de efeitos entre a pesquisa e os serviços. Temas não previstos foram introduzidos, conceitos centrais sobre avaliação em saúde e indicadores foram assimilados: as propostas iniciais de indicadores foram testadas nos serviços, produzindo outros efeitos de intervenção. Foi possível perceber que ampliações cuidadosas e equilibradas na composição de atores podem ser fundamentais para novas construções de indicadores. Por exemplo, participação de usuários e familiares dos serviços em todo o processo da pesquisa, exercendo o mesmo papel de pesquisadores e autoavaliadores que os profissionais desempenharam, poderia ser muito rica para processos futuros.

Além disso, o produto final, ou seja, os indicadores propostos, representaram possibilidades possíveis a partir de uma polissemia de conceitos e discursos. Cada um dos ter

propostos trazia em si uma multiplicidade de significados. O que cada coletivo trouxe conceitualmente sobre os diversos temas foi problematizado e negociado, tendo como resultado um indicador que representou formas diferentes de ver o mesmo fenômeno. A efetiva utilização do instrumental desenvolvido poderá contribuir para o desenvolvimento da cultura avaliativa, qualificação dos Caps e dos próprios instrumentos de avaliação, na medida em que podem ser confrontados com realidades e situações imprevistas. A permeabilidade de gestores municipais, dos colegiados regionais dos Estados e da federação é sempre decisiva para a contínua qualificação dos serviços aqui enfocados e, como não poderia deixar de ser, para o fomento e ampliação do uso do instrumental apresentado.

Além de um processo de pesquisa, a trajetória aqui analisada constituiu uma intervenção que articulou a tríade ensino-pesquisa-extensão. Acentuamos o caráter investigativo por meio da inclusão de diversos atores na construção de instrumentos de avaliação da política pública de saúde mental, simultaneamente estimulando a capacidade crítica de trabalhadores e gestores. A experiência aqui apresentada levou, para o plano da prática, a inseparável vinculação entre indicadores e conceitos – ligação esta efetivamente incorporada pelos agentes que poderão usar e alimentar os instrumentos definidos.

A complexa tarefa de desenvolver indicadores de avaliação em subárea da Saúde sem tradição nesse sentido, envolvendo dezenas de agentes, voltada a, mais do que transmitir, produzir novos conhecimentos e um produto específico representado pelos indicadores, somente foi possível por meio da constituição de um espaço (o curso), de tempo (diversos encontros ao longo de um ano) e vinculação (constituição de espaços singularizados de acompanhamento, como os GAP), confirmando que a efetiva participação e colaboração exigem tempo, espaço e vinculação.

A utilização dos indicadores requererá o empenho dos vários níveis envolvidos nos Caps, de usuários e familiares a gestores, uma vez que focalizam tanto aspectos intrínsecos aos serviços como aqueles voltados ao trabalho em rede e no território. A efetiva aplicação dos indicadores deverá contribuir para o seu contínuo aprimoramento e para o desenvolvimento de cultura avaliativa no interior da saúde mental pública brasileira. Indicadores desenvolvidos a partir da perspectiva de familiares e usuários deverão se agregar àqueles aqui apresentados.

Referências Bibliográficas

1. Zúñiga R. La evaluación en la acción social: autonomías y solidaridades. Retrieved DATE from <http://homepage.mac.com/ricardo.b.zuniga/>; 26 may 2016.
2. Medronho RA, et al. *Epidemiologia*, São Paulo: Atheneu, 2006.
3. Sarraceno B, Frattura L, Bertolote JM. Evaluation of psychiatric services: hard and soft indicators. *Innovative Approaches in Service Evaluation*. Geneva: WHO/MNH/MND, 1993.
4. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência saúde coletiva*, v. 6, n. 1, p. 165-81, 2001.
5. Wetzel C, Kantorsky LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Texto & contexto enfermagem*. Vol. 13, n. 4 (out/dez, 2004), p. 593-598, 2004.
6. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. May [cited 2016 Sep 06]; 22(5): 1053-1062; 2006.
7. Furtado JP. A avaliação de programas e serviços. In: Campos GWS, Minayo MC, et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Hucitec, 2006, p. 715-740.
8. Furtado JP, Onocko Campos RT, Moreira MIB, Trapé TL. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*. 29:102-10; 2013.

9. Dantas CR, Oda AMGR. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2012). *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.24, n.4, p. 1127-1179. 2014.
10. Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, Ferrer A, Miranda L. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista de Saúde Pública*. 43(Supl 1),16-22; 2009.
11. Zúñiga R, Luly MH. *Savoir-faire et savoir-dire. Un guide d'évaluation communautaire*. Montréal: COCQ-sida; 2005.
12. Trapé TL. *Redes de atenção à saúde mental: estudo comparado Brasil- Catalunha*. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2015.