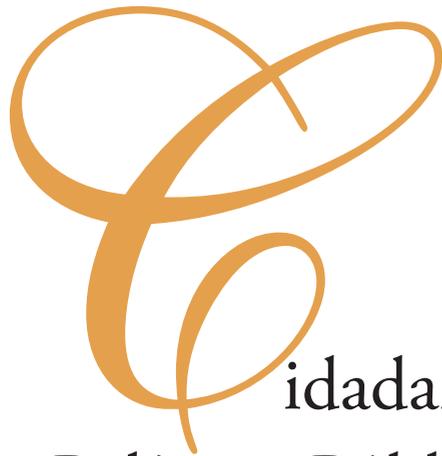


Sílvia Portugal  
Paulo Henrique Martins  
Organização



idania,  
Políticas Públicas  
e Redes Sociais

## DESAFIOS NA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

### Introdução

Os cuidados psiquiátricos no Brasil consistiam basicamente em hospitalização até os anos 1980, quando mudanças nas políticas de saúde mental propuseram a sua transferência para serviços de base comunitária. A reforma psiquiátrica consistiu na tentativa de dar ao problema da loucura uma outra resposta social, não asilar; evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário, permitindo aos portadores de transtorno mental<sup>1</sup> manter-se na sociedade. Mudar o tratamento dado ao doente mental consiste em duas grandes ações: oferecer uma rede de cuidados que ajude o paciente a viver na comunidade e construir uma atitude nova da sociedade em relação ao doente mental. Os processos de reforma psiquiátrica em curso no Brasil apontam hoje para a necessidade de se avaliar seus resultados. A falta de informações consistentes sobre os pacientes que estão sendo afetados por estas mudanças, torna difícil se avaliar o impacto dos novos serviços de base comunitária, o tratamento efetivo e suporte dado aos seus usuários e suas famílias.

Este artigo tem como objetivo contribuir para a discussão de parâmetros, critérios e indicadores a serem utilizados na avaliação das políticas de saúde mental no Brasil, ou mais especificamente, no que se refere à atenção psicossocial provida pelos serviços saúde mental de base comunitária. A avaliação no campo da atenção psicossocial tem certas especificidades que os indicadores tradicionalmente utilizados pela clínica, tais como número de consultas, internações, remissão de sintomas, diagnóstico, número de altas, entre outros, são incapazes de captar. Considerando-se o modelo de cuidado psiquiátrico adotado, ganha destaque a necessidade do desenvolvimento de metodologias capazes de captar o processo de desinstitucionalização em curso e de se estabelecer relações entre aquilo que efetivamente é realizado e o que se espera que os serviços substitutivos ofereçam e o que está definido como esperado como resultado desta intervenção.

O presente artigo está estruturado da seguinte forma: a primeira seção caracteriza os avanços da reforma psiquiátrica brasileira; a segunda seção apresenta o modelo substitutivo

---

<sup>1</sup> Paciente psiquiátrico, usuário de serviço de saúde mental, portador de transtorno mental, doente mental, louco, psicótico e portador de sofrimento psíquico intenso, são algumas das terminologias utilizadas para designar aquelas pessoas em tratamento psiquiátrico na rede pública. Embora cada uma delas reflita uma determinada concepção teórica do fenômeno da loucura e política da assistência pública em saúde, utilizaremos de forma alternativa os diversos termos.

ao centrado na internação hospitalar adotado no Brasil, que prioriza a atendimento comunitário e preza pela manutenção do paciente psiquiátrico em seu meio familiar e comunitário. A título de conclusão, a última seção discute a questão da avaliação dos serviços de saúde mental no Brasil, ressaltando-se a necessidade de se desenvolver processos avaliativos capazes de superar os tradicionalmente utilizados pela clínica psiquiátrica, considerados insuficientes para avaliar os serviços criados a partir da reforma psiquiátrica.

### A Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização no Brasil

O tratamento asilar de loucos foi sendo modificado, questionado e mesmo substituído desde o pós-guerra em vários países. Apesar disso, observa-se uma grande expansão da rede de hospitais psiquiátricos no Brasil a partir da década de 1960. Foram os governos militares que consolidaram a articulação entre internação asilar e privatização da assistência, com a crescente contratação de leitos nas clínicas e hospitais psiquiátricos conveniados. As internações passaram a ser feitas, não apenas em hospitais públicos, mas em instituições privadas, que eram remuneradas pelo setor público para isso.<sup>2</sup> Na maioria das vezes, as clínicas contratadas funcionavam totalmente às expensas do Sistema Único de Saúde (SUS) – antes via INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). Sua única fonte de receita era a internação psiquiátrica, remunerada na forma de diária paga para cada dia de internação de cada paciente.

Como na psiquiatria, ao contrário de outras especialidades da medicina, a indicação de internação nem sempre é clara ou indiscutível, a decisão, com grande margem de escolha, fica a critério do médico ou da família do paciente. Como o pressuposto disseminado no meio especializado e na sociedade era de que lugar de louco é no hospício, e diante da inexistência de dispositivos de assistência intensiva alternativos ao modelo asilar, o sistema impulsionava a internação, mesmo onde havia boa fé (Tenório, 2002: 34). O sistema e a mentalidade vigentes estavam organizados em torno da internação (e da internação prolongada), as empresas hospitalares auferiam benefícios significativos com as internações (sua única fonte de lucro), com total falta de controle pelo estado, observando-se um verdadeiro empuxo a internação, razão pela qual este sistema veio a ser chamado de “indústria da loucura”.

A discussão acerca da necessidade de humanização do tratamento do doente mental teve início na década de 1970, momento em que diversos setores da sociedade brasileira se mobilizaram em torno da redemocratização do país. A Associação Brasileira de Psiquiatria/ABP, em ações políticas para defender médicos que haviam sido presos e torturados, revitalizou, no cotidiano profissional, discussões éticas acerca dos direitos humanos e da necessidade de ampliação dos direitos individuais no país (Firmino, 1982: 35). Apelos para que “ninguém fosse submetido à tortura, a tratamento ou castigo cruel, desumano e degradante” e nem “arbitrariamente preso, detido ou exilado” foram estendidos para a

---

<sup>2</sup> O direcionamento do financiamento público para a esfera privada durante o regime militar pode ser percebida no fato de que entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais públicos permaneceu inalterada, enquanto a clientela das instituições privadas remuneradas pelo setor público saltou de 14 mil para 30 mil, chegando a uma proporção de 80% de leitos contratados junto ao setor privado e 20% diretamente públicos (Tenório, 2002: 34).

condição de opressão do doente mental nos manicômios e sua humilhação moral na sociedade em geral. Os hospitais psiquiátricos, centralizando a assistência e sendo praticamente únicos na oferta de serviços psiquiátricos no contexto nacional, tiveram as condições internas de maus-tratos aos internados desnudadas e denunciadas no processo social brasileiro de "abertura democrática". A discussão acerca da violência, dos maus tratos e da tortura praticada nos asilos brasileiros produziu, em grande parte, a insatisfação que alimentou o Movimento Antimanicomial. Entretanto, ainda não havia muito claro qual deveria ser o modelo de cuidado e nem uma proposta estruturada da intervenção clínica.

Neste período vários movimentos de contestação ao saber e prática psiquiátrica instituídos se fizeram notar no cenário mundial, dos quais se destacam os movimentos denominados Psiquiatria de Setor, na França; as Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra; e a Psiquiatria Preventiva, nos EUA.<sup>3</sup> Esses movimentos se caracterizaram por visar uma reforma do modelo de atenção psiquiátrica, propondo rearranjos técnico-científicos e administrativos da psiquiatria. Neste processo cabe mencionar a importância significativa do conceito de reforma da "psiquiatria democrática" italiana, concebido por Franco Basaglia (1981) que, na década de 1960, foi um dos primeiros a estabelecer tratamento psiquiátrico sem o uso da instituição asilar, apontando para o fim dos manicômios, começando a se articular o paradigma da desinstitucionalização. A proposta de reformulação assistencial e da cultura manicomial tem como temas centrais: a negação da instituição asilar, a "cidadania" do louco e os modelos assistenciais de base comunitária. A desinstitucionalização do doente mental traz em seu bojo o desafio de se dotar esse indivíduo de um mínimo de recursos vitais que lhe permitam independência para a vida diária e exercício da cidadania, resgatando sua livre gestão e seu direito de ir e vir.

Como apontam Oliveira e Alessi (2005), a influência desses movimentos de crítica à psiquiatria também foi notada no contexto social brasileiro, principalmente a partir da década de 1980, no ocaso da ditadura militar e aguda crise econômica que caracterizaram o período. A sociedade reencontrava as vias democráticas de expressão e reivindicação e, neste contexto, as idéias de Foucault (2005), Goffman (1996), Szasz (1961), Laing (1969, 1982), Scheff (1966); Basaglia (1981) e outros tiveram uma forte influência.<sup>4</sup> A situação crítica em que se encontrava a assistência psiquiátrica brasileira nessa época era favorável à crítica proposta por esses pensadores e por esses movimentos sociais.

A Reforma Psiquiátrica tem sido vista como um *movimento*, um processo histórico que se constitui pela crítica ao paradigma médico-psiquiátrico e pelas práticas que transformam e superam esse paradigma, no contexto brasileiro, embora com particularidades regionais significativas, no amplo espaço geográfico nacional.<sup>5</sup> Pode-se dizer que a reforma diz respeito, necessariamente, a uma mudança nas políticas públicas de saúde mental, no sentido de priorizar o atendimento comunitário do paciente psiquiátrico em detrimento da internação asilar: do tratamento da doença mental no hospício para a reinserção social do usuário na comunidade. Isto implica na provisão de incentivos para o uso de recursos extra-hospitalares, prezando pela manutenção do portador de transtorno mental em seu meio familiar e comunitário.

<sup>3</sup> Para um mapeamento dos movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade ver Amarante (2003).

<sup>4</sup> Para uma visão dos estudos sociológicos sobre doença mental e da antipsiquiatria ver Brown (1973), Cooper (1971) e Sedgwick (1982).

<sup>5</sup> Uma análise detalhada da trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil é apresentada por Amarante (2003).

Em função do compromisso firmado pelo Brasil na Declaração de Caracas<sup>6</sup> e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passaram a entrar em vigor no país, a partir da década de 1990, as primeiras normas federais regulamentando a implantação dos serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dias. Também foram aprovadas as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. As macro-mudanças legislativas, jurídicas e administrativas foram, no período de institucionalização da Reforma Psiquiátrica, consideradas necessárias e, até mesmo, as garantias de operacionalização de novas práticas terapêuticas. No contexto da reforma psiquiátrica, duas leis consolidaram a direção da política de saúde mental no Brasil, no sentido da desospitalização da assistência psiquiátrica, atendimento na comunidade e respeito aos direitos humanos do paciente: a Lei Federal nº. 10.216, de abril de 2001, com base na famosa "Lei Paulo Delgado", sobre a extinção dos manicômios, criação de serviços substitutivos na comunidade e regulação da internação psiquiátrica compulsória; e a Lei Federal nº. 10.708, de julho de 2003, instituindo o Programa de Volta para Casa (conhecida como "Bolsa-Auxílio"), que assegura recursos financeiros que incentivam a saída de pacientes com longo tempo de internação dos hospícios para a família ou comunidade.<sup>7</sup>

O período atual caracteriza-se por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar; e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes. Embora a reforma psiquiátrica esteja consolidada desde 2001<sup>8</sup> como política oficial do governo, e se observe uma clara reversão dos recursos gastos com hospitais psiquiátricos para os serviços extra-hospitalares, em 2004, os gastos com hospitais psiquiátricos ainda representavam quase 64% do total de recursos destinados aos serviços de saúde mental (ver Quadro 1).

#### Quadro 1

Proporção dos Recursos do SUS destinados aos Hospitais Psiquiátricos e aos Serviços Extra-Hospitalares nos anos de 1997, 2001 e 2004

<b>Composição de gastos</b>	<b>1997</b>	<b>2001</b>	<b>2004</b>
% Gastos Hospitalares em Saúde Mental	93,14	79,54	63,84
% Gastos Extra-hospitalares em Saúde Mental	9,86	20,46	36,16
Total	100	100	100

Fonte: Ministério da Saúde (2005)

<sup>6</sup> O principal documento norteador das políticas adotadas pelo governo brasileiro nesta área tem sido a declaração de Caracas, aprovada em 1990. Este documento estabeleceu a diretriz da saúde mental, centrando-a na comunidade e dentro de sua rede social. Os recursos, cuidados e tratamentos devem salvaguardar a dignidade pessoal e direitos civis e humanos, propiciando a permanência do doente em seu meio comunitário (Dunker e Kyrillos Neto, 2004: 119).

<sup>7</sup> O período 1990-2003 concentra a máxima intensidade política e normativa do que chamamos, no Brasil, de Reforma Psiquiátrica. Para uma visão do conjunto de normativo no período, ver publicado do Ministério da Saúde (2004a), que se constitui em uma antologia de documentos legais, capaz de ajudar na compreensão do esforço de construção da agenda de saúde mental do SUS.

<sup>8</sup> As Conferências Nacionais de Saúde Mental, e em especial, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada ao final de 2001 em Brasília, consolidaram a Reforma Psiquiátrica como política oficial do SUS e propuseram a criação de uma rede articulada e comunitária de cuidados com pessoas com transtornos mentais, conferindo aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência.

A partir de 2003, na gestão presidencial do Governo Lula, o processo de desinstitucionalização de pessoas com longo período de internação psiquiátrica vem avançando significativamente, graças à criação de alguns mecanismos para a redução de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos, levando ao fechamento de vários hospitais psiquiátricos. Dentre estas medidas salientam-se: o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), que permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes na rede de saúde, descredenciando os hospitais considerados de baixa qualidade; o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), que tem como principal estratégia a redução progressiva e planejada de leitos de macro-hospitais (acima de 600 leitos) e hospitais de grande porte (240 a 600 leitos psiquiátricos); e os Serviços Residenciais Terapêuticos (também chamados Residências Terapêuticas ou simplesmente moradias) que devem ser utilizadas para resolver o problema de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, preferencialmente as egressas de hospitais psiquiátricos, devendo auxiliar o morador em seu processo de reintegração na comunidade.

No Quadro 2, pode-se acompanhar a redução de leitos e a concomitante expansão dos CAPS, considerados serviços estratégicos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. O destaque dado aos CAPS na atual política de saúde mental pode ser avaliado pela evolução do número destes serviços.

#### Quadro 2

Comparação na evolução do sistema hospitalar (número de leitos em Hospitais Psiquiátricos SUS) e serviços substitutivos (CAPS) no Brasil, 1996-2005

Ano	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
CAPS	92	112	148	179	208	295	424	500	605	689
Leitos HP	72.514	71.041	70.323	66.393	60.868	52.962	51.393	48.303	45.814	42.076

Fonte: Ministério da Saúde (2005). Dados de 2005 colhidos até outubro de 2005.

Em uma rápida avaliação do processo aqui historiado, pode-se perceber que a reforma psiquiátrica brasileira tem se apresentado de forma positiva e bem sucedida. Embora ainda esteja em processo de construção, os fatos e dados aqui apresentados demonstram que ela vem alcançando seus objetivos, especialmente no que tange a provisão de recursos extra-hospitalares e na redução da internação asilar. Um dos êxitos das políticas de saúde mental atual foi ter conseguido o redirecionamento do financiamento público e um maior controle sobre o funcionamento dos hospitais. O que se espera também é que, além de promover um aperfeiçoamento técnico e institucional do tratamento da saúde mental, a reforma psiquiátrica no Brasil tenha efeitos positivos também do ponto de vista da saúde, da qualidade de vida e da cidadania de portadores de transtorno mental.

Conforme afirma Tenório (2002: 31), o lugar estratégico que a expressão 'saúde mental' ocupa hoje no discurso da reforma está relacionado a dois aspectos: servir para denotar um afastamento da figura médica da doença, que não leva em consideração os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do sujeito assistido; e servir para demarcar um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais. O cuidado na saúde mental amplia-se no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da vida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais. A reformulação das institui-

ções de cuidados, segundo Goldenberg (1994: 21) depende também de uma reformulação conceitual: a doença mental não é meramente uma questão de sintomas e de sua remissão, mas uma questão de existência da pessoa doente. Uma vez que a condição psicótica abarca a totalidade da experiência do sujeito, desde questões objetivas, como trabalhar, manter moradia, etc., até a dimensão subjetiva, uma abordagem sintomatológica da doença mental deve ser transformada “em benefício da criação de uma clínica psiquiátrica renovada, deslocando o processo de tratamento da figura da doença para a pessoa doente”.

### **A rede de cuidados na Comunidade e o papel estratégico dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 1990. O SUS regula e organiza em todo território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada, hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, estadual e municipal. O SUS tem como princípios o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa; o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. Compartilhando destes princípios, a rede de atenção à saúde mental, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal.

A substituição do modelo hospitalocêntrico e segregador tem se dado através da criação e fortalecimento de uma rede de serviços substitutivos ao modelo asilar, como CAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospitais-Dia, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Serviço de Urgência e Emergência Psiquiátrica em Pronto-Socorro Geral, etc.<sup>9</sup> A Portaria nº 336/2002 reconhece os CAPS como os mais representativos destes serviços e ampliou o seu funcionamento e a sua complexidade. A missão dos CAPS, segundo essa portaria é

“...dar atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias” (Ministério da Saúde, 2004b: 12).

Os CAPS se diferenciam em tamanho e complexidade e quanto à especificidade da demanda. Estes estão estabelecidos em três níveis: CAPS 1 e CAPS II (para atendimento diário de adultos) e CAPS III (para atendimento diário e noturno de adultos), definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Os CAPSi são destinados ao tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais e os CAPSad

<sup>9</sup> Várias destas experiências estão apresentadas em um documento organizado pelo Ministério da Saúde (2002), intitulado como “Experiências Inovadoras no SUS”.

são destinados à população com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Este último possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

As inspirações para os primeiros CAPS e os demais que se criaram a seguir vieram, em grande parte, das experiências realizadas no exterior, principalmente de alguns princípios das comunidades terapêuticas, da psiquiatria do setor e da psiquiatria democrática italiana. A inspiração mais forte, no entanto, segundo Pitta (1994), foi a dos Centros de Atenção Psicossocial de Manágua (Nicarágua), surgidos em 1986, em plena revolução naquele país. Esses centros se constituíram de formas criativas de cuidar de pessoas com problemas psiquiátricos. Eram utilizados líderes comunitários, profissionais diversos, materiais improvisados e sucatas para reabilitar as pessoas que, pelos transtornos mentais, eram excluídos da sociedade. As equipes eram interdisciplinares e tinham a proposta de uma ação ligada, ao mesmo tempo, à prevenção, tratamento e reabilitação. Havia ainda a parceria com outras instâncias sociais, alguns destes centros funcionavam em salões paroquiais ou outros locais da comunidade. O que marcava essas estruturas era o compromisso ético de que todos têm direito a uma vida digna a despeito da doença mental ou de outras limitações sociais e econômicas.

Para a consolidação da reforma psiquiátrica tem sido fundamental a construção de uma rede comunitária de cuidados. De acordo com documentos oficiais do Ministério da Saúde, essa rede é maior do que o conjunto dos serviços de saúde mental no município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A idéia fundamental aqui é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país com acentuadas desigualdades sociais. Acredita-se que é a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas os serviços de saúde, que pode garantir a resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania de pessoas com transtornos mentais.

O termo Reabilitação Psicossocial tem sido utilizado para definir o modelo das práticas empregadas nos novos serviços existentes no Brasil. Segundo a *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services* (Pitta, 1996), a definição clássica seria

“O processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados a demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado”.

Os CAPS têm como um de seus pilares básicos a responsabilização pela clientela atendida de forma que esta se torne capaz de estabelecer laços sociais enfraquecidos por longos anos de hospitalização, ao mesmo tempo em que deve funcionar como um local de referência para seus usuários. Neste sentido, quando se pensa em um CAPS como um local de passagem, capaz de aumentar o poder contratual de seus usuários de forma que estes sejam capazes de gerar normas para suas vidas e utilizar cada vez menos os serviços, torna-se imprescindível à construção de uma rede de vínculos composta por outras instâncias da vida social. Ao mesmo tempo, por fazer parte de um sistema de saúde, os CAPS precisam articular-se a essa rede de cuidados a fim de garantir a referência para aqueles usuários que não

necessitam de atenção diária ou estão impossibilitados de obtê-la pela insuficiente oferta de serviços substitutivos. A construção de uma rede no “interior do SUS” e no “exterior do manicômio” é um dos desafios que se apresenta aos novos dispositivos de atenção à saúde mental cujas funções deveriam estar além da assistência *stricto sensu* (Almeida, 2002: 20).

Como se pode observar a partir do exposto aqui, qualquer tentativa de avaliação dos novos serviços não poderá se basear apenas nos indicadores utilizados no modelo médico e hospitalar tradicional. Embora não exista consenso quanto à melhor forma de se avaliar os resultados dos novos serviços, os modelos utilizados deverão ser capazes de refletir de forma fiel sua prática e incluir a avaliação de conceitos importantes na sua operacionalização, tais como autonomia, qualidade de vida e inserção social do portador de transtorno mental.

### Considerações Finais

A avaliação dos serviços de saúde mental ainda é um campo de estudos bastante recente no Brasil. Alguns estudos realizados (Pitta *et al.* 1995; Silva Filho *et al.* 1996, 1998; Bandeira *et al.* 1999, 2000; Libério, 1999) procuraram criar novos instrumentos e indicadores de avaliação capazes de superar os tradicionalmente utilizados pela clínica psiquiátrica, tais como número de consultas, internações ou procedimentos laboratoriais, remissão de sintomas, número de altas, diagnósticos, etc., considerados insuficientes para avaliar os serviços criados a partir do processo da Reforma Psiquiátrica. O tema da avaliação dos serviços de saúde mental ganhou destaque no Brasil principalmente a partir de meados da década de 1990, após o momento inicial dos primeiros serviços substitutivos. Estes estudos foram norteados por certa percepção da ineficiência dos indicadores tradicionais da assistência tradicional hospitalocêntrica para avaliar os novos serviços. Algumas das críticas aos processos tradicionais das formas de avaliar recaem sobre o caráter externo deste processo, a busca de objetividade como sinônimo de significância quantitativa, preocupação exclusiva com a eficiência, incapacidade de incorporar dados contextuais e baixa relevância dos resultados para os atores envolvidos na intervenção. Além disso, o campo do sofrimento psíquico e de suas formas de cuidados traz em si especificidades de ordem subjetiva e social que não devem ser ignoradas<sup>10</sup>.

No Brasil, alguns dos estudos desenvolvidos, apoiados por organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), e a presença do tema nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, motivaram a realização de trabalhos que culminaram na validação de instrumentos adaptados à realidade brasileira. A OMS tem sido importante incentivador de pesquisas que avaliem a qualidade dos novos serviços de Saúde Mental a partir da construção de indicadores que captem as perspectivas dos diversos atores envolvidos: usuários, técnicos e familiares. Os instrumentos utilizados nas pesquisas buscam, a partir desta triangulação, obter dados referentes à satisfação com a assistência recebida, qualidade de vida de todos os envolvidos na atenção, níveis de autonomia e inserção social dos usuários, condições de trabalho e de vida dos profissionais. O “interior” dos serviços é apontado enquanto espaço privilegiado para a produção de novas formas de avaliar. Com a incorporação de novas variáveis tais como inserção familiar, no trabalho e na vida cotidiana, busca-se responder ao desafio de criar indicadores mais sensíveis aos princípios da reforma

<sup>10</sup> Ver, por exemplo, Amarante e Carvalho (1996), Saraceno *et al.* (1993) e Vasconcelos (1995).

psiquiátrica e que possam ser úteis ao processo decisório, especialmente nos locais onde ocorre a assistência (Almeida, 2002: 50). Neste sentido, vários instrumentos têm sido construídos (predominantemente por médicos) para avaliar a qualidade de vida<sup>11</sup> de pacientes egressos de longo tempo de hospitalização.

O interesse na qualidade de vida nos cuidados com a saúde mental tem sido estimulado pela desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos, como também pelo interesse em se entender como os novos modelos de atenção e cuidado aos portadores de transtornos mentais têm impactado no conjunto de suas vidas diárias. Vários instrumentos têm sido construídos para avaliar tanto os sintomas quanto o nível de funcionamento, capacidade de adaptação social e qualidade de vida do paciente crônico<sup>12</sup>. Um aspecto importante a considerar sobre estes instrumentos é que a maior parte foi construída por médicos, raramente sendo incluídos sociólogos ou antropólogos. Conseqüentemente, as percepções biomédicas de saúde, de bem-estar e qualidade de vida têm uma grande influência na construção destes instrumentos. Apesar da importância destes instrumentos, deve-se ponderar que a percepção biomédica necessita ser aliada às variáveis de caráter social, considerando-se os efeitos esperados em termos de inclusão social e de construção da cidadania do portador de transtorno mental.

Uma questão central na avaliação da qualidade de vida na psiquiatria é se os pacientes psiquiátricos, na medida em que suas funções mentais estão doentes, estariam em condições de avaliar sua qualidade de vida. Um paciente com humor depressivo pode ter o humor afetado pelo negativismo, tendo uma tendência a se sentir insatisfeito com a maior parte dos aspectos de sua vida. Entretanto, se consideramos o conceito de qualidade de vida como algo subjetivo, o ponto de vista do paciente deve ser válido, podendo ser útil para avaliar sua resposta ao tratamento<sup>13</sup>.

A precária institucionalidade no Brasil em relação à avaliação de políticas e programas reflete-se também na área de saúde mental, observando-se a inexistência de consenso quanto a melhor forma de avaliar os serviços comunitários da saúde mental e aos indicadores a serem utilizados. Desta forma, este ainda é um campo aberto à inovação no que se refere ao desenvolvimento de metodologias de avaliação que possam orientar a prática diária e que não se constituam simplesmente de instrumentos de caráter burocrático.

Tendo como referência a experiência da “Instituição Negada” (Basaglia, 1981), o modelo a ser construído para a avaliação dos Serviços de Saúde Mental não levar em consideração

---

<sup>11</sup> O termo *qualidade de vida* como vem sendo aplicado na literatura médica não parece ter um único significado. “Condições de saúde”, “funcionamento social” e “qualidade de vida” têm sido usados como sinônimos. *Qualidade de vida relacionada com a saúde e Estado subjetivo de saúde* são conceitos afins centrados na avaliação subjetiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. O modelo de qualidade de vida relacionado à saúde, desenvolvido por Parsons (1958, *apud* Lima, 2002: 15) o define como “um estado de capacidade absoluta para a realização de tarefas” e a doença só se torna um problema quando ela afeta a capacidade de desempenho.

<sup>12</sup> Para uma discussão dos instrumentos utilizados para a mensuração da qualidade de vida de pacientes psiquiátricos ver Fonte (2006), Dias e Monteiro (2002), Lima (2002) e Pitta (1999).

<sup>13</sup> Spitzer e colaboradores (1995 *apud* Lima, 2002: 28) compararam a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com transtornos psiquiátricos e pacientes com outras condições médicas que procuravam serviços primários. Os resultados do estudo mostraram que as doenças mentais, particularmente a depressão, contribuíram para maiores prejuízos na qualidade de vida do que outras condições médicas, em todos os domínios analisados. Quanto a padrões distintos de prejuízos na qualidade de vida, observou-se que a depressão afeta globalmente os domínios e que os pacientes que apresentavam dois ou mais transtornos, tiveram os piores escores de qualidade de vida.

apenas a supressão ou redução dos sintomas. Deve-se avaliar também a inserção familiar, no trabalho e na vida cotidiana do portador de transtorno mental, consideradas de difícil mensurabilidade. Os serviços substitutivos apresentam-se como uma realidade muito recente e ainda não hegemônica em termos de destinação de recursos relativos à assistência psiquiátrica no Brasil. Modelos avaliativos ainda são incipientes e a assistência ao louco envolve determinantes sociais e individuais complexos. Entretanto, o desenvolvimento de políticas que pressupõem a participação popular, especialmente aquelas relacionadas a grupos sociais vulneráveis, faz crescer a necessidade de avaliações que, além de incorporem a perspectiva dos usuários e dos demais envolvidos, ampliem a visibilidade das novas práticas.

### Referências Bibliográficas

- AMARANTE, Paulo – *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panoramal/Fiocruz, 2003.
- AMARANTE, Paulo; CARVALHO, A. L. – “Avaliação de qualidade dos novos serviços de Saúde Mental: em busca de novos parâmetros”. *Saúde em Debate*. 52, 1996, pp. 74-82.
- ALMEIDA, P. F. – *O desafio da produção de indicadores para avaliação dos serviços de saúde mental: um estudo do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Correia/RJ*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz / Escola Nacional de Saúde Pública. Dissertação de Mestrado, 2002.
- BANDEIRA, Marina *et al.* – “Escala da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versão brasileira”. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 48 (6), 1999, pp. 233-244.
- BASÁGLIA, Franco – *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Ed.Graal, 1981.
- BROWN, Phil (Ed.) – *Radical Psychology*. London: Tavistock, 1973.
- COOPER, David – *Psychiatry and anti-psychiatry*. New York: Ballantine Books, 1971.
- DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, Fuad – “Sobre a retórica da exclusão: a incidência do discurso ideológico em serviços substitutivos de cuidados psicóticos”. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 24 (1), 2004, pp. 116-125.
- DIAS, Miriam T. Guterres; MONTEIRO, Jaqueline R. – “Seguimento e avaliação da reforma Psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico São Pedro”. In: *Experiências inovadoras no SUS.: Relatos de experiências: novas tecnologias assistenciais / Secretaria Estaduais e Municipais de Saúde / Secretaria de Assistência à Saúde / Secretaria de Gestão e Investimento em Saúde (Projeto REFORSUS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- FIRMINO, Hiran – *Nos porões da loucura*. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.
- FRONTE, Eliane da – “Saúde mental e cidadania: a qualidade de vida em portadores de transtorno mental”. In Fontes, Breno e Martins, Paulo Henrique (org.) *Redes, práticas associativas e gestão pública*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.
- FOUCAULT, Michel – *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2005.
- GOFFMAN, Erving – *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1996.
- GOLDENBERG, Jairo – *Clínica da Psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te-Corá / Instituto Franco Basaglia, 1994.
- LAING, Ronald David – *Politics of Experience*. Harmondsworth: Penguin, 1969.
- LAING, Ronald David – *Sobre loucos e sãos*. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- LIBÉRIO, Maria Madalena – *Estudo de Satisfação com os CAPS da Cidade do Rio de Janeiro: ouvindo seus atores principais*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz / Escola Nacional de Saúde Pública. Dissertação de Mestrado, 1999.
- LIMA, A. F. B. – *Qualidade de Vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool*. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Programa de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica. Dissertação de Mestrado, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL – *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / DAPE / Coordenação Geral de Saúde Mental. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL – *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria Executiva / Secretaria de Atenção à Saúde, 2004a.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL – *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde / DAPE, 2004b.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL – *Experiências inovadoras no SUS: Relatos de experiências: Novas tecnologias assistenciais*. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria Estaduais e Municipais de Saúde / Secretaria de Assistência à Saúde / Secretaria de Gestão e Investimento em Saúde (Projeto Reforsus – Componente II), 2002.
- OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo – “Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica”. *Ciência e Saúde Coletiva*. Jan./Mar. 10 (1), 2005, pp. 191-203.
- PITTA, Ana Maria Fernandes – “A qualidade de vida de clientes de serviços de saúde mental”. *Revista de Psicologia Clínica*. Edição Especial, 1999, pp. 68-77.
- PITTA, Ana Maria Fernandes – “Os Centros de Atenção Psicossocial: Espaços de Reabilitação?”. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 43 (12), 1996, pp. 647-648.
- PITTA, Ana Maria Fernandes – “Qualidade de serviços de saúde mental: desafios para e epidemiologia”. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 45 (6), 1994, pp. 313-321.
- PITTA, Ana Maria Fernandes *et al.* – “Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros”. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 44 (9), 1995, pp. 441-452.
- SARACENO, B. *et al.* – *Evaluation of Psychiatric Services: Hard and Soft Indicators in Innovative Approaches in Service Evaluations: Consumer Contribution to Qualitative Evaluation – Soft Indicators*. Geneva: WHO/MND/93.19, 1993.
- SCHEFF, Thomas – *Being Mentally Ill: A sociological Theory*. Chicago: Aldine, 1966.
- SEDGWICK, Peter – *Psychopolitics: Laing, Foucault, Goffman, Szasz and the future of Mass Psychiatry*. New York: Harper and Row, 1982.
- SILVA FILHO, Jorge Ferreira *et al.* – “Avaliação da qualidade de serviços de Saúde Mental no município de Niterói – RJ - A satisfação dos usuários como critério avaliador”. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 45 (7), 1996, pp. 393-402.
- SZASZ, Thomas Stephen – *The Myth of Mental Illness: Foundation of a Theory of Personal Conduct*. New York: Hoeber-Harper, 1961.
- TENÓRIO, Fernando – “A reforma psiquiátrica brasileira, na década de 1980 aos dias atuais”. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. 9 (1), 2002, pp. 25-59.
- VASCONCELOS, Eduardo – “Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa”. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 44 (4), 1995, pp. 189-197.