

Ana Cristina Belizia Schlithler

Confiabilidade entre avaliadores da versão brasileira
da escala Camberwell de Avaliação de Necessidades
(CAN)

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Psiquiatria

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Scazufca

São Paulo

2006

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Schlithler, Ana Cristina Belizia

Confiabilidade entre avaliadores da versão brasileira da escala Camberwell de Avaliação de Necessidades (CAN) / Ana Cristina Belizia Schlithler. -- São Paulo, 2006.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Psiquiatria.

Área de concentração: Psiquiatria.

Orientadora: Marcia Scazufca.

Descritores: 1.Determinação de necessidades de cuidados de saúde
2.Transtornos mentais 3.Transtornos psicóticos 4.Reprodutibilidade de resultados
5.Escalas

USP/FM/SBD-156/06

À esperança de que as pessoas com transtornos mentais e seus cuidadores possam ter suas necessidades plenamente atendidas.

AGRADECIMENTOS

À Profª Dra. Marcia Scazufca pela orientação sempre competente e dedicada.

À professora Profª Dra. Marcia Scazufca e ao professor Dr. Paulo Rossi Menezes pelo convite para participar do "Estudo de casos incidentes (primeiro contato com serviços de saúde) de psicoses funcionais no Brasil" fonte de aprendizagem imensurável, e pelo constante estímulo ao meu crescimento profissional.

À Wellcome Trust, U K, pelo financiamento deste estudo, que integra o "Estudo de casos incidentes (primeiro contato com serviços de saúde) de psicoses funcionais no Brasil"

Aos Prof. Drs. Francisco Lotufo Neto, Laura Helena S. G. Andrade e Denise Pimentel Bergamaschi, membros da Comissão Examinadora do Exame de Qualificação, pelas valiosas sugestões para o desenvolvimento deste trabalho.

A Eliza Fukushima pela eficiente colaboração nas questões administrativas.

A Daniel Cordeiro, Karol Casagrande, Karine Vasconcelos, Maria das Graças Oliveira e Roberto Canton pela aplicação e gravação das entrevistas.

A Karol Casagrande, Daniel Cordeiro, Sintia Tasca, Roberta Carvalho, Bruno Coimbra, Maristela Schuafelberger, Letícia Coutinho, Renata Nunes, André Crepaldi, pelo apoio, carinho e amizade, fundamentais para a realização deste trabalho.

A Karol Casagrande, por ter tantas vezes desempenhado funções que seriam minhas, permitindo minha dedicação ao mestrado.

A Letícia Coutinho pela inestimável ajuda com os dados estatísticos.

A Renata Nunes pela sempre cuidadosa digitação dos dados.

A meus pais Fábio e Francisca, pelo constante estímulo e por terem me dado as ferramentas para chegar até aqui.

Às minhas irmãs, Célia e Ciça, pelo apoio e carinho.

A Francisco, meu esposo, por todo apoio, compreensão e carinho.

A João Francisco, meu filho, por me fazer rir todos os dias.

Às pessoas que nos receberam em suas casas com tanta hospitalidade e responderam às entrevistas com atenção e desprendimento, por tudo o que me ensinaram.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 2. REVISÃO DA LITERATURA..... | 5 |
| 2.1 O conceito de necessidade de cuidados..... | 5 |
| 2.2 Padronização da avaliação das necessidades..... | 6 |
| 2.3 Instrumentos para avaliação de necessidades de cuidados..... | 8 |
| 2.4 A escala Camberwell de Avaliação de Necessidades (CAN)..... | 9 |
| 2.4.1 <u>Princípios que nortearam a criação da CAN</u> | 11 |
| 2.4.2 <u>Critérios específicos estabelecidos para o desenvolvimento da CAN</u> | 12 |
| 2.4.3 <u>Utilização da CAN</u> | 12 |
| 2.4.4 <u>Duração da aplicação da CAN</u> | 13 |
| 2.4.5 <u>A estrutura da CAN e sua pontuação</u> | 13 |
| 2.4.5.1 <i>Os domínios da CAN</i> | 13 |
| 2.4.5.2 <i>As seções da CAN</i> | 15 |
| 2.4.5.3 <i>O registro da avaliação da CAN</i> | 20 |
| 2.4.5.4 <i>Propriedades psicométricas</i> | 21 |

| | |
|---|----|
| 2.5 O conceito e a avaliação de confiabilidade..... | 23 |
| 2.5.1 <u>Medidas de concordância</u> | 24 |
| 2.5.2 <u>Métodos para avaliação de confiabilidade entre</u> <u>avaliadores</u> | 26 |
| 2.5.2.1. <i>Entrevistas gravadas ou filmadas</i> | 26 |
| 2.5.2.2. <i>Registros escritos</i> | 26 |
| 2.5.2.3. <i>Registros ao vivo</i> | 27 |
| 3. OBJETIVOS..... | 28 |
| 4. MÉTODO..... | 29 |
| 4.1 Desenho do estudo..... | 29 |
| 4.2 Amostra..... | 29 |
| 4.2.1 <u>Critérios de inclusão</u> | 29 |
| 4.2.2 <u>Critérios de exclusão</u> | 30 |
| 4.3 Instrumentos..... | 31 |
| 4.3.1 <u>Avaliação de Necessidades</u> | 31 |
| 4.3.1.1 <i>Tradução e adaptação da CAN para uso no Brasil</i> | 31 |
| 4.3.1.2 <i>Adaptações para a versão brasileira</i> | 33 |
| 4.3.1.3 <i>Treinamento para aplicação da CAN</i> | 34 |
| 4.4 Procedimentos..... | 35 |
| 4.5 Análise..... | 37 |
| 4.5.1 <u>Variáveis utilizadas para a descrição da amostra</u> | 37 |
| 4.5.2 <u>Análises da confiabilidade</u> | 38 |

| | |
|---|----|
| 4.5.2.1 Pontuação da entrevista..... | 38 |
| 4.5.2.2 Entrevistadores..... | 39 |
| 4.5.2.3 Análise estatística..... | 39 |
| 4.6 Aspectos éticos..... | 40 |
| | |
| 5. RESULTADOS..... | 42 |
| 5.1 Características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos incluídos no estudo de confiabilidade..... | 42 |
| 5.2 Análises de confiabilidade..... | 44 |
| 5.2.1 <u>Análise de confiabilidade entre os 22 domínios da escala</u> | 45 |
| 5.2.2 <u>Análise de confiabilidade para o escore total da escala</u> | 61 |
| | |
| 6. DISCUSSÃO..... | 62 |
| 6.1 Resumo dos resultados..... | 62 |
| 6.2 Limitações metodológicas..... | 62 |
| 6.2.1 <u>Número de participantes incluídos no estudo</u> | 63 |
| 6.2.2 <u>Número de avaliadores que participam do estudo</u> | 64 |
| 6.2.3 <u>Forma de registro das entrevistas</u> | 65 |
| 6.3 Interpretação dos resultados..... | 66 |
| 6.3.1 <u>Comparação com outros estudos de confiabilidade entre avaliadores</u> | 66 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 6.3.2 | <u>Resultados do coeficiente <i>kappa</i> para a comparação entre o avaliador A e os outros avaliadores agrupados (B,C,D,E,F)</u> | 67 |
| 6.3.3 | <u>Resultados do coeficiente <i>kappa</i> para a comparação entre o avaliador A e o avaliador B</u> | 69 |
| 6.3.4 | <u>Resultados do coeficiente <i>kappa</i> para a comparação entre o avaliador A e o avaliador C</u> | 70 |
| 6.3.5 | <u>Resultados do coeficiente de correlação intraclassa para a confiabilidade do total de necessidades</u> | 71 |
| 6.4. | Sugestões para a aplicação da versão brasileira da CAN | 71 |
| 7. | CONCLUSÕES | 72 |
| 8. | ANEXOS | 74 |
| 9. | REFERÊNCIAS | 100 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Grau de concordância para faixas de valores de <i>kappa</i> segundo critério de Landis e Kock | 25 |
| Tabela 2 - Características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo de confiabilidade e do estudo principal..... | 43 |
| Tabela 3 - Confiabilidade entre avaliador <i>A</i> e avaliadores <i>B,C,D,E,F</i> agrupados para os 22 domínios da escala..... | 47 |
| Tabela 4 - Confiabilidade entre avaliador <i>A</i> e avaliador <i>B</i> para os 22 domínios da escala..... | 52 |
| Tabela 5 - Confiabilidade entre avaliador <i>A</i> e avaliador <i>C</i> para os 22 domínios da escala..... | 57 |

RESUMO

Schlithler, ACB. Confiabilidade entre avaliadores da versão brasileira da escala Camberwell de Avaliação de Necessidades (CAN) [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.

Pessoas com transtornos psicóticos enfrentam mudanças e limitações na vida cotidiana. Suas necessidades podem ser complexas e envolver vários tipos e níveis de cuidados. A avaliação sistemática das necessidades de usuários dos serviços de saúde é importante para a organização dos serviços e para estabelecer propostas individualizadas de tratamento. A avaliação de necessidades de usuários de serviços de saúde mental tem sido utilizada em vários países, mas ainda não é rotineira no Brasil. A CAN avalia necessidades em 22 domínios que envolvem diversas necessidades de ajuda, como problemas com moradia, alimentação, sintomas psicóticos, saúde física e outros. OBJETIVOS: Traduzir e adaptar a versão brasileira da CAN para pesquisa (CAN-R), e avaliar a sua confiabilidade entre avaliadores, em uma amostra de casos incidentes de psicoses funcionais na cidade de São Paulo. MÉTODO: Foram selecionados aleatoriamente participantes do "Estudo de casos incidentes (primeiro contato com serviços de saúde) de psicoses funcionais no Brasil", no qual este estudo está inserido. Os critérios de inclusão foram: contato pela primeira vez com serviços de saúde no período do estudo, diagnóstico de esquizofrenia, outras psicoses do espectro da esquizofrenia, mania ou depressão psicótica (DSM-IV); idade entre 18 e

64 anos; residir em determinadas regiões geográficas da cidade de São Paulo. A versão da CAN, traduzida e adaptada para o português pelo grupo de pesquisadores do estudo de casos incidentes, foi aplicada aos participantes do estudo por cinco auxiliares de pesquisa. Posteriormente um avaliador cego em relação às avaliações realizadas pelos auxiliares de pesquisa realizou a pontuação da escala de modo independente, utilizando fitas com a gravação das entrevistas. As pontuações das entrevistas realizadas pelos assistentes de pesquisa foram comparadas com as pontuações do avaliador independente utilizando-se o coeficiente *kappa* e o coeficiente de correlação intraclasse (CCI). RESULTADOS: Cinquenta e dois sujeitos foram incluídos no estudo. Cinquenta e dois por cento eram mulheres, a maioria dos participantes estava na faixa etária entre 18 e 39 anos, tinha no máximo oito anos de estudo e diagnósticos de esquizofrenia ou outros transtornos mentais do espectro da esquizofrenia. A confiabilidade entre avaliadores para os 22 domínios da escala foi substancial, quase perfeita ou total para 19 (87%) domínios. A confiabilidade para o total de necessidades, avaliada através do ICC, foi 0,95 (IC95% 0,90 - 1,00). CONCLUSÕES: A CAN mostrou boa aplicabilidade e reprodutibilidade segundo avaliação de profissionais de saúde mental com indivíduos em um primeiro episódio psicótico. O uso de instrumentos padronizados como a CAN em serviços de saúde mental no Brasil deve contribuir para a avaliação da efetividade das ações e para o cuidado individualizado das pessoas com transtornos mentais.

Descritores: 1. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde 2. Transtornos mentais 3. Transtornos psicóticos 4. Reprodutibilidade de resultados 5. Escalas.

SUMMARY

Schlithler, ACBS. Reliability of the Brazilian version of the Camberwell Assessment of Needs (CAN) [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo";2006.

People with psychotic disorders usually face changes and limitation in their daily life activities. Their needs are complex and involve different types and levels of care. In several countries, the systematic assessment of needs is considered essential for service planning and to establish treatment goals. However, in Brazil, the assessment of needs is still limited. The Camberwell Assessment of Needs (CAN) assess needs in 22 domains that encompass a wide range of needs of care, as problems with accommodation, food, psychotic symptoms, physical health, and others. **OBJECTIVES:** The aims of this study were to translate and adapt the CAN for research (CAN-R) and to assess its inter-rater reliability, in a sample of first contact psychosis in São Paulo. **METHOD:** Subjects were randomly selected from the "Brazilian First Contact Psychosis Study" sample. The inclusion criteria were: first contact with health services due to a psychotic episode at the study period; diagnosis of schizophrenia, other psychotic disorders of schizophrenia spectrum, mania or psychotic depression (DSM-IV); age between 18 and 64 years; living in pre-defined areas of São Paulo. Five research assistants carried out the CAN version, adapted and translated into Portuguese by the investigators' group of the incidence study. Afterwards a blind investigator carried out the

assessment independently, through tape-records of the interviews. *Kappa* coefficient and intraclass correlation coefficient were used to compare ratings of the independent investigator with ratings of the research assistants group.

RESULTS: Fifty-two subjects were included, 27 (52%) of them were women. Most were in 18-39 age group, had studied eight years or less, and had diagnosis of schizophrenia or other schizophrenia spectrum disorders. Inter-rater reliability to 19 (87%) domains was substantial, almost perfect or total as measured by *kappa* coefficient. Reliability to total of needs measured by ICC was 0.95 (CI 95% 0,90 - 1,00).

CONCLUSIONS: The Can showed good applicability and reliability with first contact psychotic individuals. The use of standardized instruments as the CAN in mental health services in Brazil, can contribute to the assessment of effectiveness of interventions, and individualized care to people with mental disorders.

Keywords: 1. Health services needs and demand 2. Mental disorders 3. Psychotic disorders 4. Reproducibility of results 5. Schedules.

1. INTRODUÇÃO

A introdução de tratamentos para os transtornos mentais em serviços baseados na comunidade tem sido uma tendência dominante em países desenvolvidos há mais de 40 anos. No Brasil, o cuidado psiquiátrico para pessoas com transtornos psicóticos era quase exclusivamente baseado na hospitalização até o início da década de 1980, quando mudanças na política de saúde mental e na direção de cuidados baseados na comunidade começaram a ser introduzidas (Alves et al.,1992). Após muitos anos de tramitação foi aprovada a lei 10216 de abril de 2001, relativa ao projeto de lei 3.657/89, que propõe o redirecionamento do modelo assistencial de saúde mental centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção desenvolvida na comunidade, através da extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos, como os Centros de Atenção Psicossocial. Em 2003 a lei 10.708 criou o programa “De volta para casa” que estabelece o Auxílio-Reabilitação Psicossocial para assistência, integração e acompanhamento na comunidade de pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, reforçando esse redirecionamento do modelo assistencial (www.camara.gov.br/legislacao).

Essas mudanças criaram novas demandas de tratamento para os serviços de saúde mental. Os pacientes devem ser compreendidos como usuários dos serviços e a avaliação de sua satisfação com o atendimento, de sua qualidade de vida e da adequação dos tratamentos deve integrar as propostas terapêuticas. Neste sentido, dados referentes ao conhecimento

das necessidades relacionadas às condições de vida dos pacientes, seu cotidiano, suas relações sociais e incapacitações decorrentes da própria doença, são fundamentais para a organização dos serviços e propostas de tratamento. No Brasil a maior parte das pessoas com transtornos mentais vive com familiares e se estas necessidades não forem corretamente avaliadas e atendidas caberá unicamente aos cuidadores informais lidarem com elas, o que poderá aumentar sua sobrecarga, já que são os principais provedores dessas pessoas.

Pessoas com transtornos psicóticos costumam enfrentar mudanças e limitações na vida cotidiana e suas necessidades podem ser complexas e envolver vários tipos e níveis de cuidados, por parte dos familiares ou cuidadores e dos serviços (Phelan et al. 1995). As necessidades de cuidado modificam-se em diferentes momentos, dependendo das manifestações e evolução do transtorno e das mudanças que ocorrem no ciclo de vida. Essas pessoas freqüentemente precisam recorrer a serviços de saúde por períodos longos e necessitam de intervenções relacionadas às dificuldades no trabalho ou estudo, contatos sociais e lazer, relacionamentos interpessoais, benefícios, alimentação, moradia, além das intervenções relativas aos sintomas (Phelan et al., 1995; McCrone et al., 2001; Alpetekin et al., 2005).

Na esquizofrenia, que é considerado o transtorno psicótico mais grave, além de sintomas como delírios e alucinações, o indivíduo apresenta dificuldades na comunicação, na expressão do afeto e no desenvolvimento das atividades

cotidianas (Mueser, 2004). Este transtorno mental é uma das dez maiores causas de incapacitação em longo prazo e está entre os problemas que geram maior sobrecarga e custos para o sistema de saúde (Rössler et al., 2005). Frequentemente os pacientes apresentam perdas de habilidades para o autocuidado, atividades de trabalho e lazer, relacionamentos familiares e sociais e para a vida independente na comunidade (Alptekin et al., 2005). As necessidades de cuidados dessas pessoas podem se estender por muitos anos, já que este distúrbio tende a ter seu início entre as idades de 16 e 30 anos, e em geral, persiste ao longo da vida (Mueser, 2004; Rössler et al. 2005). Outros transtornos psicóticos, como o transtorno afetivo bipolar e a depressão com sintomas psicóticos, também costumam afetar seriamente as pessoas em seu funcionamento social gerando necessidades de cuidados em várias áreas (Morgan, 2005; Tucci, 2004).

A avaliação de necessidades relativas ao tratamento e a vários aspectos da vida cotidiana de pessoas com transtornos mentais tem sido um ponto central para escolhas de intervenção, ao nível individual e ao nível de planejamento de serviços em diversos países (Korkeila, 2005). No Reino Unido, a importância da avaliação de necessidades clínicas e sociais para os serviços, definidas como as condições que o indivíduo reúne para obter, manter ou restaurar um nível satisfatório de independência social e de qualidade de vida, foi reconhecida pela legislação há muitos anos (Brewin et al., 1988). Na Austrália, a utilização rotineira de instrumentos de avaliação de necessidades foi introduzida como um dos objetivos da política de atenção à

saúde mental em 1992 (Trauer & Tobias, 2004). Outros países, como Itália, Espanha, Holanda, Dinamarca, Suécia, têm utilizado o conceito de necessidades para o planejamento e avaliação da efetividade dos serviços e o estabelecimento de metas individualizadas na atenção a pessoas com transtornos mentais (McCrone et al., 2001; Foldemo & Bogren, 2002). Nos últimos anos evidências têm demonstrado que avaliações de necessidades de acordo com o ponto de vista do usuário são melhores indicadores de qualidade de vida do que quaisquer outras variáveis clínicas ou sócio-demográficas (Lasalvia et al., 2000; Issakidis & Teesson, 1999; Ruggeri et al., 2004). A aplicação rotineira de instrumentos de avaliação de necessidades possibilita escolhas mais acuradas e individualizadas de projetos terapêuticos e conduz a melhores resultados em termos de utilização de recursos, satisfação com serviços e adesão ao tratamento (Trauer & Tobias, 2004; Joska & Flisher, 2005). No Brasil a avaliação sistematizada de necessidades ainda não é utilizada rotineiramente para a organização de serviços e estabelecimento de propostas de tratamento para pessoas com transtornos psicóticos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O conceito de necessidade de cuidados

Um conceito progressivamente adotado para o planejamento e avaliação de serviços de saúde mental e para o estabelecimento de metas individualizadas na atenção a pessoas com transtornos mentais graves é o de necessidades de cuidados, que deve ser distinguido do conceito de demanda (o que é solicitado pelo usuário) e o de oferta de serviços de saúde (o que é disponibilizado pelos centros de atendimento) (Stevens & Gabbay, 1991). O desenvolvimento do conceito de necessidades aplicado à saúde mental vem ocorrendo ao longo dos últimos 20 anos (Brewin et al., 1987; Slade et al., 1998).

Para Brewin (1988) o conceito de necessidade surgiu para responder a três questões relativas aos cuidados de pessoas com transtornos mentais. A primeira questão refere-se à proporção de problemas que são identificados e que seriam potencialmente remediáveis, a segunda relaciona-se às áreas de funcionamento que estão bem ou mal providas e a terceira questão verifica quais tipos de intervenção são, ou seriam, adequados. A necessidade de avaliação da efetividade dos serviços para responder a essas questões implicou no desenvolvimento de instrumentos de avaliação adequados, que utilizem conceitos de necessidades apropriados.

Nas últimas décadas várias definições de necessidades têm sido utilizadas. O psicólogo americano Maslow (1954) estabeleceu uma hierarquia de necessidades onde as necessidades fisiológicas básicas como a alimentação, por exemplo, estariam no nível inferior, enquanto necessidades como segurança, amor ou autoestima estariam no nível mais alto. Para este autor as necessidades do nível mais alto só poderiam ser atendidas se as do nível inferior estivessem supridas. O sociólogo Bradshaw (1972) propôs uma classificação com três tipos de necessidades, as “sentidas” ou “expressas” pelo usuário, as “normativas” ou definidas por avaliação de profissional especializado, e as “comparativas”, obtidas a partir de comparações entre diferentes grupos de usuários. Brewin e colaboradores (1987) consideram que uma necessidade está presente quando o funcionamento social do indivíduo está abaixo de um nível mínimo devido a uma causa potencialmente remediável, que esta necessidade foi suprida, quando foi alvo de intervenção total ou parcialmente efetiva, e que essa necessidade não foi suprida quando a intervenção não foi efetiva.

2.2 Padronização da avaliação das necessidades

O conceito de necessidades é subjetivo e múltiplo e pode diferir muito entre usuários de serviços de saúde mental e profissionais que avaliam as necessidades destes usuários. Embora algumas necessidades possam ser consideradas universais, como ter um lugar adequado para morar, ter alimentação suficiente ou não ter problemas graves de saúde, existem diferentes definições sobre o que é adequado ou suficiente. Por exemplo,

moradores de uma mesma favela podem fazer avaliações diferentes quando perguntados sobre a sua situação de moradia. Alguns moradores podem considerar o local inapropriado para se viver, outros podem avaliar que o maior problema de viver na favela é que dificilmente serão proprietários de suas casas e outros podem simplesmente considerar que não têm nenhum problema de moradia, pois têm um lugar para morar. Para os profissionais que avaliam as necessidades destes mesmos moradores pode haver um consenso sobre as condições precárias de moradia e o problema de propriedade, relacionado a estar vivendo em áreas invadidas, o que os levaria a avaliar que estas pessoas sempre têm um problema relacionado à habitação.

A crítica ou *insight* que a pessoa com um transtorno mental apresenta sobre suas necessidades referentes a tratamento ou medicação também pode facilmente levar a resultados diferentes nas avaliações realizadas por estas pessoas e por profissionais envolvidos com o seu tratamento. Diferenças culturais e na organização dos serviços, que ocorrem em diferentes países ou localidades, também geram diferentes definições de necessidades. Moradores de países ou regiões onde as áreas básicas referentes à sobrevivência, como moradia e alimentação, estão satisfatoriamente atendidas e a oferta de serviços é adequada, podem referir necessidades muito diferentes de pessoas que vivem em locais onde as necessidades básicas não são atendidas.

Os aspectos subjetivos e a multiplicidade de visões relacionadas ao conceito de necessidades implicam na utilização de instrumentos que possuam boa validade e confiabilidade. Escalas que não apresentam boa validade ou confiabilidade têm um uso bastante limitado (Armstrong, 1992; Prince, 2003).

2.3 Instrumentos para avaliação de necessidades de cuidados

Nas últimas duas décadas instrumentos padronizados para avaliar as necessidades de pessoas com transtornos mentais foram desenvolvidos para uso em pesquisa e para aplicação na prática clínica. A *Avaliação de Necessidades de Cuidados (NCA) do Medical Research Council* (MRC; Brewin et al., 1987) foi desenvolvida a partir de uma série de estudos empíricos com pessoas portadoras de transtornos mentais graves vivendo na comunidade, em Londres. Esta entrevista foi amplamente utilizada para a avaliação de necessidades de cuidados, supridas e não supridas, de um grande grupo de usuários de serviços de saúde mental de Camberwell, bairro do sul de Londres (Brewin et al., 1988). A escala avalia o funcionamento de pessoas com transtornos mentais graves em duas áreas, sintomas e transtornos do comportamento e habilidades pessoais e sociais, com nove itens relacionados à primeira área e doze itens relacionados à segunda área. A *Cardinal Needs Schedule* (Marshall, 1994) foi elaborada a partir da avaliação criada pelo MRC e identifica problemas que estão de acordo com três principais critérios: o paciente aceita receber ajuda, o problema causa considerável ansiedade, frustração ou inconveniência para os cuidadores, o problema ameaça a saúde ou segurança do paciente ou de

outras pessoas. É um instrumento mais adequado para a pesquisa do que para uso clínico, pois requer a utilização de outros tipos de avaliação. A *Bangor Assessment of Need Profile* (Carter et al., 1996) é uma escala com duas partes. Na primeira parte o sujeito responde sobre suas necessidades e na segunda parte um informante fornece as informações sobre as necessidades do sujeito. A necessidade é considerada presente quando o item é avaliado como abaixo do que o sujeito considera normal. Mais recentemente outro grupo do Instituto de Psiquiatria de Londres desenvolveu a escala *Camberwell de Avaliação de Necessidades* (CAN; Phelan et al., 1995). A CAN verifica necessidades em 22 áreas, permite a avaliação do usuário e da equipe, está traduzida para diversos idiomas e tem sido utilizada em estudos sobre necessidades e sobre organização de serviços de saúde mental em diversos países (Slade et al., 1999; Joska & Flisher, 2005).

2.4 A escala Camberwell de Avaliação de Necessidades (CAN)

A Escala Camberwell de Avaliação Necessidades (CAN; Phelan et al., 1995) foi desenvolvida pelo “Health Services Research Departament” do Instituto de Psiquiatria de Londres. O grupo original que a desenvolveu incluiu os pesquisadores Michael Phelan, Graham Thornicroft, Til Wikes, Geraldine Strathdee, Frank Holloway e Graham Dunn. A CAN foi criada com o objetivo de avaliar uma ampla gama de problemas que podem ser experimentados por usuários de serviços de saúde mental com transtornos mentais. A CAN tem três versões, a CAN-R (*Camberwell Assessment of Need – Research*) para uso em pesquisa, a CAN-C (*Camberwell Assessment of Need – Clinical*)

para uso na clínica e a CANSAS (*Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule*), que é uma versão resumida da escala. As três versões verificam necessidades nas mesmas áreas e têm pequenas diferenças de estrutura. Outras variantes, que verificam outras áreas além daquelas que a CAN avalia, foram desenvolvidas: a CANE para avaliação de idosos, a CANFOR para uso em psiquiatria forense e a CANDID para uso com adultos com problemas de aprendizagem e desenvolvimento.

Vários estudos que utilizaram versões traduzidas da CAN já foram publicados, entre eles as versões para o idioma sueco (Hansson et al., 1995), italiano (Ruggeri et al., 1999), alemão (Kilian et al., 2001), espanhol (Ochoa et al., 2003) e as versões em holandês e dinamarquês utilizadas no estudo multicêntrico *European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs* (EPSILON; McCrone et al., 2000). Atualmente a CAN é um dos instrumentos de avaliação de necessidades de usuários de serviços de saúde mental mais utilizado internacionalmente (Joska & Flisher, 2005). Em uma recente revisão sobre estudos de avaliação de necessidades, que verificou trinta e três estudos realizados entre 1994 e 2002 em vários países, a CAN foi utilizada em doze dos dezessete estudos clínicos feitos a partir de 1995 (Joska & Flisher, 2005).

A seguir serão apresentadas informações sobre a CAN que foram obtidas do manual sobre a escala (Slade et al., 1999).

2.4.1 Princípios que nortearam a criação da CAN

I. O princípio básico da CAN é que todas as pessoas têm necessidades, e que embora pessoas com problemas mentais tenham algumas necessidades específicas, a maior parte de suas necessidades são universais, ou seja, similares àquelas das pessoas que não têm problemas mentais como ter um lugar para morar, envolvimento em atividades de trabalho e lazer ou dinheiro suficiente para suas demandas.

II. A maioria das pessoas com transtornos mentais graves tem múltiplas necessidades e é vital que todas elas sejam identificadas para a elaboração de um projeto terapêutico adequado e abrangente. A prioridade da CAN é identificar e descrever em detalhes necessidades importantes. Avaliações específicas podem ser conduzidas sempre que necessário, logo que uma necessidade seja identificada.

III. A avaliação de necessidades pode integrar a rotina clínica ou compor o sistema de avaliação dos serviços. A CAN pode ser utilizada de várias formas pela equipe.

IV. O conceito de necessidade é subjetivo e freqüentemente existem percepções diferentes, mas igualmente válidas sobre a presença ou ausência de uma necessidade específica. Com a utilização da CAN é possível registrar separadamente as visões da equipe de profissionais que participa do tratamento do sujeito e a visão do próprio sujeito sobre as suas necessidades.

2.4.2 Critérios específicos estabelecidos para o desenvolvimento da CAN

1. Ter propriedades psicométricas adequadas;
2. Ser aplicada em cerca de trinta minutos;
3. Poder ser utilizada por uma ampla gama de profissionais;
4. Ter versões que possam ser utilizadas na prática clínica e em pesquisa;
5. Não necessitar de treinamento formal para sua aplicação;
6. Incorporar nos seus itens a visão do usuário e da equipe;
7. Avaliar necessidades atendidas e não atendidas;
8. Avaliar o nível de ajuda recebida de amigos ou familiares e dos serviços de saúde e serviços comunitários.

2.4.3 Utilização da CAN

A CAN pode ser utilizada para registrar separadamente as percepções do usuário de um serviço de saúde mental e de um membro da equipe que participa do seu tratamento. No caso da aplicação em pesquisa é possível registrar as percepções do sujeito e do pesquisador. Em sua aplicação o entrevistador deverá conhecer as dificuldades que podem estar envolvidas na avaliação de pessoas com transtornos mentais, como concentração prejudicada, desorganização e presença de sintomas psicóticos. A utilização da CAN para a avaliação da percepção de um profissional da equipe sobre um paciente ou participante de um estudo pode ser feita através de autoaplicação ou por um entrevistador. As respostas a todas as questões da CAN devem representar o ponto de vista da pessoa entrevistada, seja o usuário ou o membro da equipe. Não há respostas “certas” ou “erradas”. O

entrevistador deve estar atento às questões relativas à segurança e confidencialidade, e à necessidade da interrupção da entrevista antes do seu término, caso o entrevistado não se mostre confortável com a situação de entrevista.

2.4.4 Duração da aplicação da CAN

A aplicação da entrevista dura aproximadamente 10 minutos com o membro da equipe e 15 minutos com o usuário. As entrevistas podem ser mais longas quando realizadas com pessoas com dificuldades de concentração ou com pessoas que apresentem necessidades na maioria dos domínios avaliados.

2.4.5 A estrutura da CAN e sua pontuação

2.4.5.1 *Os domínios da CAN*

A CAN é estruturada em 22 áreas chamadas domínios (anexo 1).

1. Moradia. Refere-se à situação atual de moradia da pessoa em termos do quanto esta é considerada apropriada e à possibilidade de receber ajuda financeira para mantê-la.

2. Alimentação: Refere-se à condição para preparar, comprar ou receber alimentação adequada e à possibilidade de receber ajuda financeira para alimentar-se adequadamente.

3. Cuidados com a casa: Refere-se à habilidade para manter a moradia em razoável estado de limpeza.

4. Autocuidado: Refere-se à habilidade da pessoa em manter-se limpa e arrumada em relação ao corpo e às roupas.

5. Atividades diárias: Refere-se à estrutura do cotidiano da pessoa. Inclui atividades em casa, trabalho, estudo e atividades desenvolvidas em serviços como hospital dia, por exemplo.
6. Saúde física: Refere-se à saúde física em geral. São considerados utilização de medicação de uso contínuo, fisioterapia, cirurgias e efeitos colaterais de qualquer tipo de medicação.
7. Sintomas psicóticos: Refere-se a qualquer fenômeno psicótico experimentado pela pessoa. São consideradas as efetividades da medicação e de outras abordagens, como a psicológica.
8. Informações sobre doença e tratamento: Refere-se à qualidade da informação e à efetiva compreensão sobre a condição de saúde mental da pessoa e sobre o tratamento necessário.
9. Sofrimento emocional: Refere-se a qualquer sofrimento emocional experimentado pela pessoa como tristeza, solidão ou desespero.
10. Segurança para si: Refere-se a comportamento autoagressivo e a idéias ou tentativas de suicídio.
11. Segurança para os outros: Refere-se a comportamento agressivo ou ameaçador apresentado pela pessoa.
12. Álcool: Refere-se ao uso problemático de bebida alcoólica.
13. Drogas: Refere-se ao uso problemático de drogas.
14. Companhias: Refere-se aos contatos sociais e à capacidade de iniciar conversas e formar amizades.
15. Relações íntimas: Refere-se a relacionamentos próximos como, por exemplo, com cônjuge ou parceiro.

16. Expressão sexual: Refere-se a dificuldades que a pessoa possa estar experimentando com sua vida sexual ou seu funcionamento sexual.

17. Cuidados com filhos: Refere-se a dificuldades que a pessoa possa estar tendo com os cuidados com os filhos.

18. Educação básica: Refere-se a dificuldades com educação básica como problemas para ler, escrever ou contar o troco nas compras.

19. Telefone: Refere-se a dificuldades para usar e para ter acesso a um telefone quando necessário.

20. Transporte: Refere-se a dificuldades para utilizar meios de transporte, assim como no acesso a possíveis benefícios, como isenção do pagamento.

21. Dinheiro: Refere-se a dificuldades para manejar dinheiro e organizar o orçamento.

22. Benefícios: Refere-se a dificuldades para conhecer e receber os benefícios apropriados à situação ocupacional e de saúde.

2.4.5.2 *As seções da CAN*

Para cada domínio da CAN são respondidas quatro questões, divididas na escala como seções. São utilizados pontos-âncora ou parâmetros estabelecidos pelos autores da escala para responder a cada uma das seções. Quando um domínio não é aplicável deve ser pontuado “sem necessidade” (pontuação 0). Por exemplo, se o entrevistado não tem filhos, o domínio 17, referente a cuidados com os filhos, deve ser pontuado zero.

As quatro seções da CAN e sua pontuação são apresentadas a seguir.

Seção 1

Esta seção avalia se o sujeito apresenta ou não o problema ou a necessidade descrita naquele domínio e se a pessoa está recebendo ou não está recebendo alguma ajuda efetiva. Para cada um dos 22 domínios a aplicação inicia-se com algumas perguntas específicas sugeridas no próprio instrumento, ou outras que o entrevistador deseje acrescentar. A pontuação zero (0) é utilizada quando não existe o problema (sem necessidade no domínio) e neste caso o entrevistador encerra o questionamento deste domínio e passa a avaliar o domínio seguinte. A pontuação um (1) é utilizada quando um problema ou necessidade é identificado, o sujeito está recebendo ajuda, e a ajuda recebida atende as necessidades do sujeito ou o problema é apenas moderado devido à ajuda recebida. A pontuação dois (2) indica que o problema está presente e o entrevistado não está recebendo nenhuma ajuda, ou a ajuda recebida é considerada insuficiente ou inadequada. A pontuação nove (9) é usada quando o entrevistado não sabe responder a questão ou o entrevistador não tem elementos para estabelecer a pontuação.

Ao final da avaliação é possível saber quantos problemas ou necessidades a pessoa tem entre os 22 domínios e quantos problemas ou necessidades estão ou não atendidos. Os termos utilizados na versão original da CAN, em inglês, para identificar se o sujeito tem uma necessidade ou problema atendido ou não, são “met need” e “unmet need”.

Exemplo: domínio moradia, seção 1.

Você acha que tem algum problema de moradia?

O sujeito tem um lugar para morar?

| Pontuação | Significado | Exemplo (ponto-âncora) |
|------------------|---|---|
| 0 | Sem problemas | Sujeito tem um lar adequado (mesmo internado atualmente), mora com a família. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas, ou problemas moderados. | Sujeito vive em lar abrigado, albergue ou moradia assistida, mora com a família por causa da doença. Favela com infra-estrutura razoável. |
| 2 | Problemas sérios | Sujeito é morador de rua, com acomodações precárias ou não apresenta instalações básicas como água ou eletricidade. Mora em cortiços, barracos ou cômodo impróprio, por exemplo, dorme num colchão na cozinha ou divide lugar de dormir com mais de cinco pessoas. Favela sem infra-estrutura básica. |
| 9 | Não se sabe | |

Seção 2

O objetivo desta seção é registrar as percepções do entrevistado sobre o nível atual de apoio recebido de familiares ou amigos (recursos informais). A pontuação zero (0) é usada quando o sujeito avalia que não recebe nenhuma ajuda de familiares ou amigos, a pontuação um (1) corresponde à percepção do sujeito de estar recebendo pouca ajuda, a pontuação dois (2) corresponde à ajuda moderada recebida e a pontuação três (3) à percepção de estar recebendo muita ajuda de recursos informais.

0 = nenhuma ajuda

1 = pouca ajuda

2 = ajuda moderada

3 = muita ajuda

9 = não se sabe

Exemplo: domínio moradia, seção 2.

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes, com relação à moradia?

| Pontuação | Significado | Exemplo (ponto-âncora) |
|------------------|--------------------|---|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Ocasionalmente recebe alguma ajuda para melhorar a acomodação, como alguns móveis, objetos, decoração ou despesas de aluguel, condomínio, água e luz. |
| 2 | Ajudas moderada | Ajudas substancial para melhorar acomodações, como manutenção da moradia ou despesas de aluguel e condomínio, mesmo que receba todo o dinheiro. |
| 3 | Muita ajuda | Vive com parente porque suas acomodações próprias são insatisfatórias, ou não tem acomodação própria. |
| 9 | Não se sabe | |

Seção 3

Esta seção tem duas partes que são pontuadas separadamente. A primeira parte registra o nível de ajuda recebida de serviços de saúde ou outros serviços comunitários (recursos formais). A segunda parte avalia quanta ajuda a pessoa considera que necessita receber destes serviços. A pontuação das duas partes é feita utilizando-se os mesmos critérios. A pontuação zero (0) é usada quando o sujeito avalia que não recebe nenhuma ajuda formal. A pontuação um (1) é utilizada quando o sujeito considera que está recebendo pouca ajuda, a pontuação dois (2) é utilizada se a ajuda

recebida é considerada moderada e a pontuação três (3) é utilizada no caso de o entrevistado considerar que está recebendo muita ajuda de recursos formais.

0 = nenhuma ajuda

1 = pouca ajuda

2 = ajuda moderada

3 = muita ajuda

9 = não se sabe

Exemplo: domínio moradia, seção 3.

1) **Quanta ajuda o sujeito *recebe* dos serviços locais, com relação à moradia?**

2) **Quanta ajuda o sujeito *precisa* dos serviços locais, com relação à moradia?**

| Pontuação | Significado | Exemplo (ponto-âncora) |
|------------------|--------------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Pequena ajuda para móveis, objetos ou decoração, material de construção, ou endereço para procurar acomodação (imóvel, pensão) |
| 2 | Ajudas moderada | Melhorias importantes, encaminhado à secretaria de assistência social (por ex. albergue, casa de convivência). |
| 3 | Muita ajuda | Sendo re-locada, vivendo em moradia assistida, albergue. |
| 9 | Não se sabe | |

Seção 4

Esta seção tem duas partes que avaliam se a pessoa considera que o tipo de ajuda recebida é correto ou não, e se está satisfeito com a quantidade de ajuda recebida. A pontuação das duas seções é feita utilizando-se os

mesmos critérios. A pontuação zero (0) é utilizada quando o sujeito avalia que a ajuda recebida não esta correta ou quando não está satisfeito com a quantidade de ajuda recebida. A pontuação um (1) é utilizada quando o sujeito avalia que recebe o tipo correto de ajuda e está satisfeito com a ajuda recebida. A pontuação nove (9) é utilizada se o sujeito não sabe responder a pergunta.

Exemplo: domínio moradia, seção 4.

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda, com relação à moradia?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a quantidade de ajuda que recebe para sua moradia?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

2.4.5.3 O registro da avaliação da CAN

O registro da pontuação da CAN pode ser feito diretamente no próprio questionário ou em folhas próprias para este registro. A folha de respostas permite registrar as respostas do usuário e do membro da equipe separadamente. Ao final pode-se registrar o número total de necessidades e o número total de necessidades atendidas e não atendidas. A folha de respostas também permite registrar o volume total de ajuda recebida de recursos informais, volume total de ajuda recebida de recursos formais e o nível total de satisfação com a quantidade e tipo de ajuda recebida (anexo 2).

2.4.5.4 *Propriedades psicométricas*

A confiabilidade e a validade da CAN foram testadas com resultados satisfatórios para a língua inglesa (Phelan et al., 1995; Andresen et al., 2000) e para versões em outros idiomas (Hansson et al., 1995; Mc Crone et al., 2000; Arvidsson, 2003). Phelan e colaboradores (1995) realizaram o primeiro estudo de confiabilidade da CAN através de avaliações de confiabilidade entre avaliadores e de teste-reteste. A média de idade dos pacientes selecionados para o estudo (n=60) foi 48 anos, 62% eram do sexo feminino, 55% tinham diagnóstico de esquizofrenia e os demais de outros transtornos mentais. Pacientes e membros da equipe foram entrevistados separadamente por um entrevistador e um observador que anotaram a pontuação de modo independente. Foram calculadas as correlações entre as pontuações para estabelecer a confiabilidade entre avaliadores e de teste-reteste. Os resultados demonstraram um alto nível de concordância entre avaliadores: 0,99 para pacientes e 0,98 para a equipe. A concordância nas avaliações realizadas através de teste-reteste, com intervalo de uma semana entre as duas aplicações, foi moderada: 0,78 para pacientes e 0,71 para equipe. A avaliação da confiabilidade entre avaliadores do número de necessidades presentes (0 a 22) pontuados de acordo com as respostas de quarenta e nove pacientes, foi verificada através do coeficiente de correlação intraclassa (CCI) e mostrou um nível de concordância considerado muito alto (CCI = 0,99) (Phelan et al., 1995). O grupo EPSILON (McCrone et al., 2000) avaliou a confiabilidade das versões europeias da escala em estudos realizados em Londres, Santander, Verona, Amsterdã e Copenhague. Foram

incluídas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e com idade entre 18 e 65 anos. O número de sujeitos incluídos em cada um dos centros variou de 52 a 107, com um total de 404 participantes. A confiabilidade entre avaliadores dos resultados agrupados dos locais participantes, para cada domínio da escala (0 a 22), foi calculada através do coeficiente *kappa*. Para o total de necessidades (presença de necessidades no domínio) os valores de *kappa* variaram entre 0,75 e 0,99. Para necessidades atendidas resultaram entre 0,57 e 0,95 e para necessidades não atendidas os resultados ficaram entre 0,41 e 0,83. O mesmo tipo de avaliação realizado através de teste-reteste teve resultados de *kappa* entre 0,55 e 0,84 para o total de necessidades, entre 0,40 e 0,76 para necessidades atendidas e entre 0,34 e 0,85 para necessidades não atendidas. Nos testes de confiabilidade entre avaliadores houve concordância de 93% para os resultados agrupados do total de necessidades (0 a 22), medido com o coeficiente de correlação intraclassa (CCI) (Mc Crone et al., 2000). A confiabilidade da versão para o idioma sueco também foi testada através de aplicações de teste-reteste com resultados satisfatórios, o coeficiente de correlação intraclassa (CCI) para a soma total de necessidades para os 56 sujeitos incluídos neste estudo teve resultado 0,93, e para a soma total de necessidades atendidas e a soma total das necessidades não atendidas o resultado do CCI foi 0,80 (Arvidsson, 2003). No caso do estudo de confiabilidade da versão chinesa da CAN realizada com uma amostra de quarenta e um pacientes, os resultados de *kappa* de cada domínio variaram

entre 0,65 e 1,00 e os resultados para o total de necessidades verificados através do CCI variaram entre 0,82 e 0,98 (Yeh, 2006).

2.5 O conceito e a avaliação de confiabilidade

A confiabilidade pode ser definida como o grau de concordância entre múltiplas medidas de um mesmo objeto, ou seja, a reprodutibilidade, estabilidade ou consistência que uma medida apresenta quando repetidamente aplicada (Armstrong, 1992; Menezes & Nascimento, 2000). A utilização de uma escala ou instrumento de avaliação pode envolver algumas fontes de viés. O *viés de informação* ocorre quando existem erros na fase de obtenção das informações, seja porque o sujeito não compreendeu as perguntas, seja porque o entrevistador não as formulou adequadamente, ou não entendeu bem as respostas. O *viés de situação* pode ocorrer se o fenômeno investigado sofre mudanças ao longo do tempo. O *viés de critério* ocorre quando entrevistadores trabalham com conceitos e parâmetros diferentes sobre o que está sendo avaliado (Altman, 1991; Menezes & Nascimento, 2000). Fontes de viés como essas podem diminuir a confiabilidade de um instrumento e influenciar nos resultados obtidos com o mesmo.

Outra questão para os estudos de confiabilidade refere-se ao momento mais adequado para sua realização. Esta questão está diretamente relacionada aos objetivos do estudo. Quando um novo instrumento é criado para um estudo epidemiológico, o estudo de confiabilidade deve ocorrer antes do

início do estudo principal em um estudo piloto que terá como objetivos verificar a aplicabilidade do novo instrumento e ajustá-lo aos objetivos do estudo principal. Em situações que o instrumento já foi utilizado em estudos anteriores o estudo de confiabilidade pode ser realizado durante o estudo principal, para verificar questões relativas à sua aplicação e aprimorá-lo. Em estudos de confiabilidade entre avaliadores realizados durante um estudo principal é possível avaliar dificuldades específicas que determinados entrevistadores apresentem, ou dúvidas que ocorram em relação a algum item da escala. Deste modo, novos treinamentos e ajustes podem ser providenciados para melhorar a obtenção dos dados no decorrer do estudo (Armstrong, 1992).

2.5.1 Medidas de concordância

O grau de concordância entre as avaliações é medido por um coeficiente de confiabilidade, que pode ser calculado de várias formas. Para variáveis contínuas a medida estatística considerada mais adequada é o coeficiente de correlação intraclassa (CCI), que analisa a variância de respostas de vários sujeitos entre vários avaliadores. Para a análise de variáveis dicotômicas, o coeficiente *kappa* é considerado por diversos autores como a medida indicada (Bartko, 1976; Armstrong, 1992). Para variáveis ordenadas, a avaliação pode ser feita através do coeficiente *kappa* ponderado. Essas medidas estatísticas levam em consideração a probabilidade de concordância devido ao acaso e por isso são consideradas mais adequadas do que o coeficiente de correlação de *Pearson* ou a proporção de confiança,

que também já foram utilizadas em estudos de confiabilidade. (Bartko, 1976; Altman, 1991; Armstrong, 1992; Menezes, 1996).

Os valores do *kappa* podem variar de $-1,00$ a $1,00$. Os valores negativos indicam que a concordância observada foi menor do que a concordância esperada pela chance; o valor zero, obtido como resultado significa que a concordância observada foi igual à concordância esperada; os valores de *kappa* positivos significam que a concordância encontrada foi maior do que a chance; um resultado de *kappa* igual a $1,00$ mostra uma concordância total (Bartko,1976). Para a interpretação dos resultados pode-se utilizar a tabela de Landis & Kock (1977), que atribui faixas de concordância para os valores possíveis.

Tabela 1. Grau de concordância para faixas de valores de *kappa* segundo critério de Landis e Kock

| Valor da medida de confiabilidade | Grau de Concordância |
|-----------------------------------|----------------------|
| 0,00 | Pobre |
| 0,01-0,20 | Leve |
| 0,21-0,40 | Discreto |
| 0,41-0,60 | Moderado |
| 0,61-0,80 | Substancial |
| 0,81-0,90 | Quase perfeito |

Em geral são utilizadas duas metodologias para a avaliação da confiabilidade de um instrumento: a confiabilidade de teste-reteste e a confiabilidade entre avaliadores. No primeiro modelo, um grupo de sujeitos é avaliado em dois momentos diferentes, com o objetivo de estabelecer o grau de reprodutibilidade dos resultados do instrumento. No segundo modelo, os mesmos sujeitos são avaliados por dois ou mais avaliadores independentes, para averiguar a concordância de aplicação e/ou interpretação entre os avaliadores.

2.5.2 Métodos para avaliação de confiabilidade entre avaliadores

2.5.2.1. Entrevistas gravadas ou filmadas

Neste modelo, o entrevistador aplica o instrumento gravando ou filmando a aplicação e posteriormente outro pesquisador, que não participou da entrevista, estabelece as pontuações de modo independente, através dos registros gravados ou filmados. Este sistema apresenta vantagens do ponto de vista prático e econômico, já que o segundo pesquisador que irá avaliar a entrevista não precisa estar no local onde ela foi realizada. As entrevistas filmadas têm a vantagem de permitir a observação da comunicação não verbal do entrevistado e as variações no modo dos entrevistadores conduzirem a entrevista.

2.5.2.2. Registros escritos

Neste método, o investigador faz a pontuação do instrumento e posteriormente um outro pesquisador que não participou da entrevista

estabelece a pontuação de modo independente, utilizando as anotações do investigador responsável pela entrevista. Este sistema apresenta limitações pois a transcrição da entrevista dificilmente será fidedigna ao conteúdo da entrevista.

2.5.2.3. Registros ao vivo

Neste modelo, dois pesquisadores estão presentes no momento da aplicação do instrumento. Um dos pesquisadores aplica o instrumento e faz sua avaliação enquanto o outro pesquisador faz sua avaliação independente. Esta metodologia tem a vantagem de permitir que ambos os pesquisadores observem o entrevistado, mas é um sistema que requer maior investimento operacional e financeiro.

3. OBJETIVOS

Traduzir e adaptar para uso no Brasil a Escala Camberwell de Avaliação de Necessidades (CAN).

Avaliar a confiabilidade entre entrevistadores da versão brasileira da Escala Camberwell de Avaliação de Necessidades (CAN) em uma amostra de casos incidentes (primeiro contato com serviços de saúde) de psicoses funcionais na cidade de São Paulo.

4. MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Estudo de corte transversal. O presente estudo “*Confiabilidade entre avaliadores da Escala Camberwell de Avaliação de Necessidades*” está inserido em um estudo epidemiológico de corte transversal – “*Estudo de casos incidentes (primeiro contato com serviços de saúde) de psicoses funcionais no Brasil*”, que investigou a incidência das psicoses funcionais em várias regiões da cidade de São Paulo e os fatores de risco para o desenvolvimento das psicoses. Este estudo epidemiológico será referido neste texto como o *estudo principal*.

4.2 Amostra

4.2.1 Crítérios de inclusão

Para a inclusão neste estudo foram selecionados aleatoriamente participantes do estudo principal. Foram consideradas elegíveis para o estudo principal pessoas com as seguintes características:

- a) Ter diagnóstico de esquizofrenia, outras psicoses do espectro da esquizofrenia, mania ou depressão psicótica, de acordo com critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – quarta revisão (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994);
- b) Idade entre 18 e 64 anos;

c) Ter entrado em contato pela primeira vez com serviços de saúde, em função do problema psiquiátrico definido acima no período compreendido entre maio de 2003 e janeiro de 2005;

d) Residir em um dos seguintes distritos administrativos da cidade de São Paulo por pelo menos seis meses antes do contato com o serviço de saúde: Alto de Pinheiros, Barra Funda, Bela Vista, Butantã, Casa Verde, Consolação, Lapa, Liberdade, Mandaqui, Pinheiros, Rio Pequeno, Santa Cecília, Santana, Vila Leopoldina. Estas regiões geográficas da cidade de São Paulo foram escolhidas com base na organização de serviços de saúde mental disponíveis, na heterogeneidade de condições habitacionais e socioeconômicas e em aspectos logísticos para a realização do trabalho de campo. Moradores de rua foram excluídos pelas dificuldades operacionais para a aplicação de um protocolo que poderia envolver vários momentos de entrevistas e pelos problemas para comparação dos dados entre essa população e a que tem residência fixa.

4.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos sujeitos com impossibilidade de responder ao instrumento de necessidades devido a intensidade de sintomas como negativismo, comportamento e/ou discurso desorganizado ou sintomas catatônicos. Também não foram incluídos sujeitos com sintomas paranóicos intensos quando o entrevistador considerou que o pedido para a gravação da entrevista era inadequado.

4.3 Instrumentos

Foi utilizado questionário padronizado para avaliar características sociodemográficas e socioeconômicas como sexo, idade, nível educacional, ocupação, renda do sujeito e renda *per capita* da família.

A avaliação de sintomas e o diagnóstico foram estabelecidos com a aplicação da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV – eixo I – versão para pacientes (SCID-I ; Spitzer et al., 1992).

4.3.1 Avaliação de Necessidades

A versão utilizada neste estudo foi a CAN para uso em pesquisa (CAN-R; Phelan et al.,1995), que aqui será chamada de CAN, como é feito em outros estudos. Para cada participante do estudo foram aplicados os 22 domínios da escala. Para o estudo de confiabilidade foi utilizada a seção 1 de cada domínio, que avalia se o sujeito apresenta ou não o problema ou necessidade descrita naquele domínio e se a pessoa está recebendo ou não alguma ajuda efetiva.

4.3.1.1 Tradução e adaptação da CAN para uso no Brasil

A versão da CAN utilizada neste estudo foi traduzida pela equipe de coordenação e pesquisadores do estudo principal, com a autorização dos autores. Foi discutida com os idealizadores da escala em Londres a adequação de sua utilização com uma amostra de casos incidentes, já que

esta escala tem sido utilizada principalmente com indivíduos com longo tempo de transtorno mental. Os autores da escala não apontaram nenhuma razão para que a escala não pudesse ser utilizada com casos incidentes de psicoses.

A escala foi traduzida do inglês para o português e depois re-traduzida para o inglês para averiguar a adequação da tradução. As discrepâncias encontradas nesta fase foram discutidas e resolvidas através de consenso por profissionais da área de saúde mental bilíngües. Após a tradução foi realizado um estudo piloto com a aplicação da escala a vinte e um participantes do estudo principal. O objetivo deste estudo foi colher informações sobre a aplicabilidade da CAN na população que seria incluída no estudo de confiabilidade. Depois desta etapa mais algumas pequenas adaptações para a versão em português foram realizadas e a versão final da CAN utilizada no presente estudo foi concluída (anexo 1). Estas adaptações foram realizadas após a discussão de cada um dos 22 domínios da escala pela equipe de coordenação e de pesquisadores participantes do estudo principal. Este grupo era composto por profissionais das áreas de enfermagem, medicina, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e ciências sociais. A utilização de uma amostra de casos incidentes e não prevalentes não resultou em nenhuma mudança ou alteração na estrutura e nos domínios propostos pela CAN, pois a escala original não pressupõe nenhum tempo específico de duração do transtorno mental.

4.3.1.2 *Adaptações para a versão brasileira*

Após a tradução para o português e a realização das entrevistas utilizadas como estudo piloto, algumas adaptações foram realizadas, especialmente nas perguntas que servem de guia para a pontuação (pontos-âncora):

Moradia: foram acrescentadas perguntas referentes à possibilidade de residir com familiares, pois ao contrário do que ocorre em outros países, no Brasil é culturalmente aceito, mesmo para adultos, residir com familiares. Além disso, foram acrescentados outros tipos de habitação existentes em São Paulo como barracos e cortiços, para o estabelecimento dos parâmetros (pontos-âncora) e a possibilidade do recebimento de ajuda financeira para despesas com moradia. Na versão original não é mencionada a possibilidade de residir com familiares e os pontos-âncora para pontuação de problemas moderados referem-se à possibilidade de residir em abrigo (*hostel*) ou moradia protegida, mas não sobre os tipos de moradia encontrados em São Paulo.

Alimentação: foram acrescentadas perguntas sobre a disponibilidade financeira do entrevistado para manter uma alimentação adequada, ou se recebia ajuda financeira para garantir esta alimentação, o que não está incluído na versão original.

Sintomas psicóticos: foi incluída na pergunta referência aos sintomas de mania.

Relações íntimas: foram utilizadas expressões empregadas no Brasil para a tradução do original - Você está namorando, é casado (a) ou vive com alguém? (*Do you have a partner?*)

Expressão sexual: foi alterado o modo de formulação da questão original -
Você tem algum problema em relação à sua vida sexual? (*How is your sexual
life?*)

Transporte: foi acrescentada pergunta referente à utilização de bilhetes ou
passes especiais concedidos a pessoas com necessidades especiais, entre
as quais se incluem pessoas com determinados diagnósticos psiquiátricos,
conforme previsto pela legislação local.

Benefícios: foi acrescentada pergunta que avalia se o sujeito recebe algum
tipo de benefício social ao qual teria direito, já que no Brasil os benefícios
não estão garantidos para todas as pessoas com transtornos mentais, ao
contrário do que é previsto no local de origem da escala.

As expressões utilizadas nos exemplos (pontos-âncora) dos diferentes
domínios da escala foram traduzidas por expressões correspondentes na
língua portuguesa de acordo com a realidade local como “CAPs” e “Centro
de Convivência”, por exemplo.

4.3.1.3 *Treinamento para aplicação da CAN*

O treinamento para uso da CAN foi estruturado com as seguintes etapas.

- I) Leitura e discussão da escala por todos os participantes da equipe do estudo principal;
- II) Aplicação da escala por um membro da equipe, em pacientes com transtornos psicóticos não participantes do estudo, com a presença dos

demais membros da equipe; após cada aplicação foram discutidos a técnica de aplicação da escala e os escores adequados para cada situação;

III) Discussão sobre a utilização da escala com pessoas com psicose incidentes, que poderiam ter pouco conhecimento sobre os serviços de saúde mental, formas de tratamento e direitos decorrentes de ser portador de um transtorno mental;

IV) Utilização da escala de forma padronizada.

4.4 Procedimentos

Os mesmos procedimentos para inclusão, agendamento da entrevista e entrevista com os sujeitos incluídos no estudo principal foram utilizados no presente estudo. Foram seguidas as seguintes etapas para a inclusão e entrevistas dos participantes do estudo.

I. Contato com serviços psiquiátricos na cidade de São Paulo

Foram levantados todos os serviços com atendimento psiquiátrico que poderiam atender moradores da área de abrangência do estudo e contatados os comitês de ética ou outros órgãos reguladores destas instituições para autorização da realização do estudo.

II. Rastreamento de sujeitos para inclusão no estudo

Foram visitados os serviços de saúde selecionados para rastrear os possíveis casos para o estudo. A frequência destas visitas dependeu do tipo de serviço. Por exemplo, serviços de emergência foram visitados semanalmente e clínicas privadas mensalmente. O rastreamento foi feito

através da leitura das fichas ou prontuários dos pacientes atendidos nos serviços e das informações coletadas com profissionais destes serviços. Foram verificados todos os registros de pacientes que referissem a presença de sintomas psicóticos e mencionassem que o primeiro contato ocorrera no período de duração do estudo. Quando as fichas ou prontuários não mencionavam as informações necessárias para a seleção do sujeito, o rastreamento do caso era realizado para posterior checagem de informações com o próprio sujeito ou seus informantes.

III. Checagem das informações colhidas no rastreamento

Foram realizados contatos telefônicos ou visitas às pessoas localizadas nos serviços de saúde para confirmar se o indivíduo realmente preenchia todos os critérios para inclusão no estudo. Quando necessário também foram realizados contatos com serviços de saúde, médicos e/ou profissionais da equipe para obtenção de novos esclarecimentos que permitissem decidir sobre a inclusão ou não do sujeito no estudo. Após o levantamento das informações através da checagem dos dados, era discutido com o grupo de pesquisadores se o sujeito preenchia os critérios de inclusão para participar do estudo.

IV. Entrevista

Os sujeitos eram contados por telefone ou pessoalmente para o agendamento da entrevista de acordo com sua disponibilidade. As entrevistas eram marcadas na casa do sujeito, no escritório do projeto ou em outro local indicado pelo sujeito. A avaliação de necessidades com a CAN foi realizada durante a aplicação do protocolo do estudo principal. Este

protocolo incluiu a avaliação de sintomas, funcionamento social, uso de substâncias psicotrópicas, avaliação neuropsicológica e neurológica. Os mesmo pesquisadores que aplicaram o protocolo do estudo principal foram treinados para realizar as entrevistas com a CAN. Antes de iniciar a aplicação da CAN era perguntado ao participante sobre a possibilidade de fazer a gravação desta parte da entrevista e eram fornecidas informações sobre os objetivos e aspectos éticos do presente estudo. Após os esclarecimentos, todos os participantes assinaram consentimento para participar da entrevista e sua gravação.

4.5 Análise

Os dados foram digitados duas vezes utilizando-se o programa EPIDATA 3.0. Após a segunda digitação foram checados erros de digitação e a consistência dos dados. As análises estatísticas foram realizadas com o programa estatístico STATA versão 8.2.

4.5.1 Variáveis utilizadas para a descrição da amostra

Sexo: masculino, feminino.

Faixa etária: 18 a 24 anos, 25 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 64 anos.

Escolaridade: nenhuma a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 11 anos, 12 ou mais anos de estudo.

Ocupação fora de casa: sim, não.

Renda do sujeito: nenhuma a R\$240, 00, R\$241,00 a R\$500, 00, R\$501,00 a R\$1000, 00, R\$1001,00 ou mais. ¹

Renda familiar: nenhuma a R\$240, 00, R\$241,00 a R\$500, 00, R\$501,00 a R\$1000, 00, R\$1001,00 ou mais.

Diagnóstico: transtornos psicóticos não afetivos (esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno esquizoafetivo, transtorno psicótico breve, transtorno delirante) ou transtornos psicóticos afetivos (transtorno afetivo bipolar, transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos). Os códigos do DSM-IV que correspondem a estes transtornos são 295.10, 295.90 e 296.24, e os códigos correspondentes da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) são F20, F29 e F30-F39.

4.5.2 Análises da confiabilidade

4.5.2.1 *Pontuação da entrevista*

A aplicação da escala foi realizada utilizando-se todos os 22 domínios. Para todos os domínios foram registradas as respostas de acordo com o relato do participante. Somente a seção 1, que registra a presença ou ausência do problema no domínio, foi utilizada para o presente estudo. As respostas de cada domínio foram registradas de acordo com a pontuação estabelecida pelos autores, zero (0) para ausência de problema, um (1) para problema moderado devido à ajuda recebida, dois (2) para problema sério devido à falta de ajuda ou à ajuda inadequada, e nove (9) se o entrevistado não sabia responder ou o entrevistador não podia estabelecer uma pontuação devido à

¹ Salário mínimo no período variou entre R\$240,00 e R\$260,00.

falta de informações. O total de necessidades presentes foi registrado somando-se o número de domínios que não tiveram resposta zero (0) ou nove (9). A amplitude de total de necessidades variou de 0 a 22. Todas as perguntas referiram-se ao período de um mês até a data da entrevista, de acordo com o que propõem os autores da escala.

4.5.2.2 *Entrevistadores*

Cinco entrevistadores treinados aplicaram a escala de forma independente. Em outro momento e local a autora deste estudo fez a pontuação da escala ouvindo a gravação da entrevista de cada sujeito, sem nenhum conhecimento da pontuação estabelecida anteriormente.

4.5.2.3 *Análise estatística*

Para avaliar a confiabilidade entre avaliadores foram utilizados o coeficiente *kappa* e o coeficiente de correlação intraclassa (CCI). O coeficiente *kappa* foi utilizado para avaliar a concordância de cada domínio da escala entre o avaliador *A* (a autora do estudo) e os outros cinco avaliadores (*B,C,D,E,F*) agrupados (*A / B,C,D,E,F*), utilizando as pontuações 0 (sem necessidade), 1 (necessidade atendida), 2 (necessidade não atendida) e 9 (não se sabe). Do mesmo modo foi realizada a comparação das pontuações dos avaliadores *B* e *C* com o avaliador *A* (*A/B, A/C*). O coeficiente de correlação intraclassa (CCI) foi utilizado para avaliar a concordância do número total de necessidades (soma de domínios com presença de necessidade - amplitude 0 a 22) para cada sujeito, identificadas como presentes pelos cinco

avaliadores agrupados (avaliadores *B,C,D,E,F*) comparado ao total de necessidades identificado pelo avaliador *A* ($A / B,C,D, E, F$). Também foi calculado o CCI comparando-se o total de necessidades pontuado pelos entrevistadores *B* e *C* com o pontuado pelo avaliador *A* ($A/B, A/C$). Os resultados do coeficiente *kappa* foram interpretados através da tabela de Landis & Kock (1977).

4.6 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 10 de novembro de 2003, como um subprojeto do *"Estudo de casos incidentes (primeiro contato com serviços de saúde) de psicoses funcionais no Brasil"* (Protocolo de Pesquisa nº985/00) (anexo 3).

Os objetivos deste estudo e todos os procedimentos da entrevista foram informados aos participantes e somente após estas explicações os consentimentos foram solicitados. Foi requerida a todos os participantes do estudo principal a assinatura do termo de consentimento pós-informação, após os devidos esclarecimentos sobre o seu conteúdo (anexo 4). Para os participantes deste estudo também foi solicitada a assinatura de termo de consentimento para a gravação da entrevista após os devidos esclarecimentos (anexo 5). Foi informado a todos os participantes que suas identidades e suas informações eram absolutamente confidenciais e que

estava assegurado a todos os participantes o direito de interromper sua participação no estudo a qualquer momento. As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes. O arquivamento do material das entrevistas e gravações referentes a este estudo é de responsabilidade dos coordenadores do estudo principal.

5. RESULTADOS

5.1 Características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos incluídos no estudo de confiabilidade

Cinqüenta e dois participantes foram incluídos no estudo. Vinte e sete (52%) eram do sexo feminino (tabela 2). Trinta e oito (73%) entrevistados estavam na faixa etária de 18 a 39 anos. A idade média dos participantes foi 32,7 anos, a mediana 31 anos e a amplitude de idades variou de 19 a 59 anos. Onze (21%) participantes tinham entre 0 e 4 anos de estudo e entre estes apenas seis (11,5%) haviam completado a 4ª série do ensino fundamental. Trinta e três (63,5%) tinham de 5 a 11 anos de escolaridade. Oito (15,4%) participantes tinham freqüentado ou freqüentavam a universidade. A renda mensal de vinte e nove (55,7%) participantes era de até R\$500,00 (quinhentos reais) mensais. Entre os participantes com rendimentos até R\$240,00 (duzentos e quarenta reais) mensais, quatorze (27%) não tinham nenhum rendimento próprio. Vinte e sete (52%) pessoas entrevistadas pertenciam a famílias com renda mensal na faixa de R\$1001,00 (mil e um reais) ou mais. Na ocasião da entrevista trinta (57,7%) sujeitos estavam trabalhando, os demais 22 (42,3%) participantes não trabalhavam ou eram donas de casa. Trinta e três (63,5%) participantes tinham diagnósticos de esquizofrenia ou outras doenças do espectro da esquizofrenia. Os outros dezenove entrevistados receberam diagnósticos de psicoses afetivas.

As características dos participantes do estudo principal e dos participantes do estudo de confiabilidade (subamostra do estudo principal) estão na tabela 2. Os participantes do estudo principal e do estudo de confiabilidade têm características semelhantes. Os participantes do estudo de confiabilidade apresentaram uma tendência a ter renda pessoal menor do que a dos participantes do estudo principal. (Tabela 2)

Tabela 2. Características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo de confiabilidade (n=52) e do estudo principal (n=148)

| | Estudo de confiabilidade | Estudo principal |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Sexo | N (%) | N (%) |
| Feminino | 27(52,0) | 82(55,4) |
| Idade (anos) | | |
| 18-24 anos | 15(29,0) | 45(30,4) |
| 25-30 anos | 9(17,0) | 25(16,9) |
| 30-39 anos | 14(27,0) | 36(24,3) |
| 40-64 anos | 14(27,0) | 42(28,3) |
| Escolaridade (anos) | | |
| Nenhum a 4 anos | 11(21,0) | 39(26,3) |
| 5-8 anos | 17(32,7) | 32(21,6) |
| 9-11 anos | 16(30,8) | 43(29,0) |
| 12 ou mais anos | 8(15,4) | 34(23,0) |
| Renda do sujeito (R\$) | | |
| Nenhuma a 240,00 | 18(34,6) | 76(51,3) |
| 241,00 a 500,00 | 11(21,1) | 23(15,5) |
| 501,00 a 1000,00 | 16(30,8) | 26(17,5) |
| 1001,00 ou mais | 6(11,5) | 23(15,5) |
| Não sabe | 1(1,9) | |

Continuação tabela 2

| Renda familiar (R\$) | | |
|------------------------------|----------|----------|
| Nenhuma a 240,00 | 3(5,8) | 12(8,0) |
| 241,00 a 500,00 | 6(11,5) | 17(11,4) |
| 501,00 a 1000,00 | 11(21,1) | 40(27,0) |
| 1001,00 ou mais | 27(52,0) | 74(50,0) |
| Não sabe | 5(9,6) | 5(3,3) |
| Ocupação fora de casa | | |
| Sim | 30(57,7) | 62(42,0) |
| Diagnóstico* | | |
| Não afetivo | 33(63,5) | 90(60,8) |

* Transtornos psicóticos não afetivos: esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno psicótico breve, transtorno psicótico não especificado, transtorno delirante.

Transtornos afetivos: transtorno afetivo bipolar, depressão grave com sintomas psicóticos.

5.2 Análises de confiabilidade

Cinco sujeitos inicialmente selecionados para participar do estudo de confiabilidade foram excluídos após avaliação dos sintomas. Um apresentava quadro de negativismo, dois apresentavam discurso e comportamento desorganizado, um apresentava sintomas persecutórios intensos e o quinto não autorizou a gravação.

O número de entrevistas aplicadas por cada um dos entrevistadores do estudo de confiabilidade foi: o entrevistador *B* aplicou a escala a 20 participantes, o entrevistador *C* a 21 participantes, o entrevistador *D* a 7

participantes, o entrevistador *E* a 3 participantes e o entrevistador *F* a 1 participante.

A entrevistadora responsável por fazer a segunda pontuação através das gravações das entrevistas (avaliadora *A*) pontuou as entrevistas realizadas com os 52 participantes do estudo de confiabilidade.

Todos os participantes responderam aos vinte e dois domínios da escala.

5.2.1 Análise da confiabilidade para os 22 domínios da escala

Na comparação da pontuação de cada um dos 22 domínios da escala entre o avaliador *A* e os outros cinco avaliadores agrupados (*B, C, D, E, F*) a concordância foi total (*kappa*: 1,00) nos domínios 3 e 19 (cuidados com a casa e telefone). Houve concordância quase perfeita (*kappa*: 0,81-0,90) em sete domínios: 6, 9, 10, 11, 15, 16 e 18 (saúde física, sofrimento psicológico, segurança para si, segurança para os outros, relações íntimas, expressão sexual, educação, respectivamente). Foi encontrada concordância substancial (*kappa* : 0,61-0,80) em dez domínios: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 12, 13, 14 e 21 (moradia, alimentação, autocuidado, atividades diárias, sintomas psicóticos, informação sobre condição e tratamento, álcool, drogas, companhias, dinheiro, respectivamente). A concordância no domínio 22 (benefícios) foi considerada moderada (*kappa*: 0,41-0,60), no domínio 20 (transporte) foi discreta (*kappa*: 0,21-0,40) e foi aleatória (*kappa*: 0) no

domínio 17 (cuidado com filhos). (Landis & Kock, 1977; Bartko, 1976)
(Tabela 3).

Tabela 3. Confiabilidade entre avaliador A e avaliadores B,C,D,E,F agrupados para os 22 domínios da escala (N=52 participantes)

| Domínio | Avaliador A | Pontuação | Avaliadores B,C,D,E,F agrupados | | | | Kappa (I.C. 95%) |
|---------------------------|----------------|-----------|---------------------------------------|---|---|---|-----------------------|
| | | | 0 | 1 | 2 | 9 | |
| 1. Moradia | A | 0 | 43 | 1 | 0 | 0 | 0,70 (0,32 - 0,90) |
| | | 1 | 0 | 5 | 1 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 2 | 0 | 0 | 0 | |
| 2. Alimentação | A | 0 | 43 | 0 | 0 | 0 | 0,70 (0,68 - 0,81) |
| | | 1 | 2 | 5 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| 3. Cuidados com a casa | A | 0 | 48 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00 - 1,00) |
| | | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 4. Autocuidado | A | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0,74 (0,06 - 1,00) |
| | | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 5. Atividades | A | 0 | 42 | 0 | 0 | 0 | 0,75 (0,67 - 0,90) |
| | | 1 | 1 | 5 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 3 | 1 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 6. Saúde física | A | 0 | 43 | 0 | 0 | 0 | 0,87 (0,84 - 0,93) |
| | | 1 | 0 | 7 | 1 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Continuação Tabela 3

| Domínio | Avaliador A | Pontuação | Avaliadores B,C,D,E,F agrupados | | | | Kappa (I.C. 95%) |
|--|----------------|-----------|---------------------------------------|----|---|---|-----------------------|
| | | | 0 | 1 | 2 | 9 | |
| 7. Sintomas psicóticos | A | 0 | 18 | 0 | 1 | 1 | 0,77 (0,76 - 0,84) |
| | | 1 | 1 | 24 | 3 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 3 | 0 | |
| | | 9 | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| 8. Informações sobre doença e tratamento | A | 0 | 26 | 0 | 0 | 1 | 0,75 (0,68 - 0,87) |
| | | 1 | 1 | 12 | 2 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 3 | 0 | |
| | | 9 | 4 | 0 | 0 | 3 | |
| 9. Sofrimento psicológico | A | 0 | 41 | 1 | 0 | 0 | 0,82 (0,74 - 0,92) |
| | | 1 | 1 | 6 | 1 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 10. Segurança para si | A | 0 | 45 | 0 | 0 | 0 | 0,83 (0,38 - 0,88) |
| | | 1 | 1 | 4 | 1 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 11. Segurança para os outros | A | 0 | 49 | 0 | 0 | 0 | 0,83 (0,49 - 1,00) |
| | | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 12. Álcool | A | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0,74 (0,05 - 1,00) |
| | | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Continuação Tabela 3

| Domínio | Avaliador A | Pontuação | Avaliadores B,C,D,E,F agrupados | | | | Kappa (I.C. 95%) |
|---------------------------|----------------|-----------|---------------------------------------|---|---|---|-----------------------|
| | | | 0 | 1 | 2 | 9 | |
| 13. Drogas | A | 0 | 49 | 0 | 0 | 0 | 0,65 (0 - 1,00) |
| | | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 14. Companhias | A | 0 | 42 | 0 | 0 | 0 | 0,80 (0,73 - 0,89) |
| | | 1 | 2 | 7 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 15. Relações íntimas | A | 0 | 38 | 0 | 0 | 0 | 0,85 (0,65 - 0,92) |
| | | 1 | 2 | 9 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 1 | 0 | 0 | 2 | |
| 16. Expressão sexual | A | 0 | 46 | 0 | 0 | 0 | 0,90 (0,82 - 1,00) |
| | | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 1 | 0 | 0 | 1 | |
| 17. Cuidado com filhos | A | 0 | 51 | 1 | 0 | 0 | 0,00 |
| | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 18. Educação | A | 0 | 45 | 0 | 0 | 0 | 0,81 (0,56 - 1,00) |
| | | 1 | 2 | 5 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Continuação Tabela 3

| Domínio | Avaliador A | Pontuação | Avaliadores B,C,D,E,F agrupados | | | | Kappa (I.C. 95%) |
|----------------|----------------|-----------|---------------------------------------|---|---|---|-----------------------|
| | | | 0 | 1 | 2 | 9 | |
| 19. Telefone | A | 0 | 52 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00 - 1,00) |
| | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 20. Transporte | A | 0 | 49 | 0 | 0 | 0 | 0,38 (0 - 0,94) |
| | | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 21. Dinheiro | A | 0 | 47 | 1 | 0 | 0 | 0,76 (0,40 - 1,00) |
| | | 1 | 0 | 3 | 1 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 22. Benefícios | A | 0 | 33 | 0 | 2 | 3 | 0,52 (0,41 - 0,66) |
| | | 1 | 0 | 4 | 3 | 0 | |
| | | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

A tabela 4 apresenta os resultados da comparação da pontuação de cada um dos 22 domínios da escala entre os entrevistadores A e B. Os valores de *kappa* para esta comparação variaram de 0,68 e 1,00, ou entre substancial, quase perfeito e total (Landis & Kock,1977). Houve 100% de concordância entre os avaliadores A e B em treze domínios: cuidados com a casa (domínio 3), autocuidado (domínio 4), atividades diárias (domínio 5), saúde física (domínio 6), sintomas psicóticos (domínio 7), segurança para si (domínio 10), segurança para outros (domínio 11), companhias (domínio 14), relações íntimas (domínio 15), expressão sexual (domínio 16), educação (domínio 18), transporte (domínio 20) e dinheiro (domínio 21). Não foi realizado o teste estatístico para os domínios sobre problemas com álcool (domínio 12), drogas (domínio 13), cuidados com filhos (domínio 17) e telefone (domínio 19), porque os dois avaliadores não pontuaram necessidades para nenhum sujeito. A maior diferença de pontuação entre as avaliações realizadas pelos entrevistadores A e B foi no domínio informações sobre a doença (domínio 8), onde o valor de *kappa* foi 0,68 (IC95% 0,37 - 0,84). Na comparação entre A e B dos domínios 20 e 22, que tiveram os resultados de *kappa* mais baixos na análise da comparação entre A e todos os pesquisadores agrupados, apresentaram resultados 1,00 (IC95% 1,00 - 1,00) e 0,77 (IC95% 0,45 - 1,00) (Tabela 4).

Tabela 4. Confiabilidade entre avaliador A e avaliador B para os 22 domínios da escala (N=20 participantes)

| Domínio | Avaliador | | Avaliador | | | | <i>Kappa</i> (I.C. 95%) |
|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|----------|---|---|-----------------------------------|
| | A | Pontuação | 0 | 1 | 2 | 9 | |
| 1. Moradia | A | 0 | 15 | 1 | 0 | 0 | 0,86 (0,59-1,00) |
| | | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 2. Alimentação | A | 0 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0,86 (0,59-1,00) |
| | | 1 | 1 | 4 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 3. Cuidados com a casa | A | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 4. Autocuidado | A | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 5. Atividades | A | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 6 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 6. Saúde física | A | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 6 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Continuação Tabela 4

| Domínio | Avaliador | | Avaliador | | | | Kappa (I.C. 95%) |
|--|-----------|-----------|-----------|----|---|---|---------------------|
| | A | Pontuação | B | 0 | 1 | 2 | |
| 7. Sintomas psicóticos | A | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 13 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 8. Informações sobre doença e tratamento | A | 0 | 8 | 0 | 0 | 1 | 0,68 (0,37-0,84) |
| | | 1 | 1 | 6 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 2 | 0 | 0 | 2 | |
| 9. Sofrimento psicológico | A | 0 | 15 | 1 | 0 | 0 | 0,86 (0,59-1,00) |
| | | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 10. Segurança para si | A | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 11. Segurança para os outros | A | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 12. Álcool | A | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | — |
| | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Continuação Tabela 4

| Domínio | Avaliador | | Avaliador | | | | Kappa (I.C. 95%) |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|----------|---|----------|-----------------------------------|
| | A | Pontuação | B | 0 | 1 | 2 | |
| 13. Drogas | A | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | — |
| | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 14. Companhias | A | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 6 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 15. Relações íntimas | A | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 8 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| 16. Expressão sexual | A | 0 | 16 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 17. Cuidado com filhos | A | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | — |
| | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 18. Educação | A | 0 | 16 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Continuação Tabela 4

| Domínio | Avaliador | Pontuação | Avaliador | | | | Kappa (I.C. 95%) |
|----------------|-----------|-----------|-----------|----------|---|----------|-----------------------------------|
| | A | | B | 0 | 1 | 2 | |
| 19. Telefone | A | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | — |
| | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 20. Transporte | A | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 21. Dinheiro | A | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 22. Benefícios | A | 0 | 13 | 0 | 0 | 1 | 0,77 (0,45-1,00) |
| | | 1 | 1 | 5 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Na comparação da pontuação dos 22 domínios, para todos os sujeitos, entre os avaliadores A e C, os valores de *kappa* variaram entre 0,46 e 1,00. Em nove domínios a concordância entre os avaliadores A e C foi total: cuidados com a casa (domínio 3), autocuidado (domínio 4), atividades diárias (domínio 5), saúde física (domínio 6), informações sobre a doença (domínio 8),

segurança para si (domínio 10), segurança para outros (domínio 11), drogas (domínio 13), e dinheiro (domínio 21). Nos domínios sobre cuidado com filhos (domínio 17) e sobre acesso a telefone (domínio 19) os dois avaliadores não pontuaram necessidades para nenhum sujeito e por isso não foi possível realizar o teste estatístico. O menor valor de *kappa* foi 0,46 (IC95% 0 - 1,00) e corresponde à comparação entre os dois avaliadores para o domínio sobre companhias (domínio 14). Os resultados para o *kappa* na comparação entre os avaliadores A e C para os domínios 20 e 22, que foram os domínios que receberam os menores resultados na comparação entre avaliador A e os outros cinco avaliadores agrupados, foram 0,64 (IC 95% 0,01 – 1,00) e 0,60 (IC 95% 0,17 – 1,00), respectivamente. (Tabela 5)

Tabela 5. Confiabilidade entre avaliador A e avaliador C para os 22 domínios da escala (N=21 participantes)

| Domínio | Avaliador | | Avaliador | | | | <i>Kappa</i> (I.C. 95%) |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|----------|---|---|-----------------------------------|
| | A | Pontuação | 0 | 1 | 2 | 9 | |
| 1. Moradia | A | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0,47 (0-1,00) |
| | | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 2 | 0 | 0 | 0 | |
| 2. Alimentação | A | 0 | 17 | 0 | 0 | 0 | 0,62 (0,47-1,00) |
| | | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| 3. Cuidados com a casa | A | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 4. Autocuidado | A | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 5. Atividades | A | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 6. Saúde física | A | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Continuação Tabela 5

| Domínio | Avaliador | Pontuação | Avaliador | | | | Kappa (I.C. 95%) |
|--|-----------|-----------|-----------|----|---|---|---------------------|
| | A | | C | 0 | 1 | 2 | |
| 7. Sintomas psicóticos | A | 0 | 6 | 1 | 0 | 1 | 0,72 (0,59-0,85) |
| | | 1 | 0 | 12 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| 8. Informações sobre doença e tratamento | A | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 8 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| 9. Sofrimento psicológico | A | 0 | 16 | 0 | 0 | 0 | 0,86 (0,59-1,00) |
| | | 1 | 1 | 4 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 10. Segurança para si | A | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 11. Segurança para os outros | A | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 12. Álcool | A | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0,73 (0,02-1,00) |
| | | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Continuação Tabela 5

| Domínio | Avaliador | | Avaliador | | | | Kappa (I.C. 95%) |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|----------|---|----------|-----------------------------------|
| | A | Pontuação | 0 | 1 | 2 | 9 | |
| 13. Drogas | A | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 14. Companhias | A | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0,46 (0-1,00) |
| | | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 15. Relações íntimas | A | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0,65 (0,47-1,00) |
| | | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| 16. Expressão sexual | A | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0,64 (0,01-1,00) |
| | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 1 | 0 | 0 | 1 | |
| 17. Cuidado com filhos | A | 0 | 21 | 0 | 0 | 0 | — |
| | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 18. Educação | A | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| | | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Continuação Tabela 5

| Domínio | Avaliador A | Pontuação | Avaliador C | | | | Kappa (I.C. 95%) |
|----------------|----------------|-----------|----------------|---|---|---|---------------------|
| | | | 0 | 1 | 2 | 9 | |
| 19. Telefone | A | 0 | 21 | 0 | 0 | 0 | — |
| | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 20. Transporte | A | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0,64 (0,01-1,00) |
| | | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 21. Dinheiro | A | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 1,00 (1,00-1,00) |
| | | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 22. Benefícios | A | 0 | 13 | 1 | 0 | 2 | 0,60 (0,17-1,00) |
| | | 1 | 0 | 4 | 0 | 1 | |
| | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Não foi possível calcular o valor de *kappa* para a comparação entre as pontuações de cada domínio pelo entrevistador A e os entrevistadores D, E e F devido ao pequeno número de entrevistas que cada um destes entrevistadores realizou.

5.2.2 Análise de confiabilidade para o escore total da escala

A comparação entre o número total de necessidades (0 A 22) referidas por cada sujeito, registradas pelo avaliador *A* e pelos demais avaliadores agrupados (*B,C,D,E,F*) foi realizada através do coeficiente de correlação intraclasse (CCI). O valor do CCI encontrado para esta comparação foi 0,95 (IC95% 0,90 - 1,00). A comparação do número total de necessidades (0 a 22) entre os avaliadores *A* e *B* foi realizada da mesma forma que a comparação entre *A* e todos os avaliadores agrupados, com resultado do valor de CCI 0,97 (IC95% 0,94 – 1,00). Para o avaliador *A* e o avaliador *C* a mesma comparação resultou no valor 0,97 (IC95% 0,92 – 1,00). Assim como ocorreu nas comparações realizadas através do coeficiente *kappa*, a comparação do total de necessidades pontuadas pelo avaliador *A* e os pesquisadores *D*, *E* e *F* não foi possível devido ao pequeno número de entrevistas que realizaram.

6. DISCUSSÃO

6.1 Resumo dos resultados

Foram incluídos 52 sujeitos aleatoriamente selecionados do *"Estudo de casos incidentes (primeiro contato com serviços de saúde) de psicoses funcionais no Brasil"*.

Os participantes do presente estudo têm características sociodemográficas e clínicas semelhantes aos participantes do estudo principal. Vinte e sete (52%) participantes do estudo eram mulheres, 15 (29%) tinham entre 18 e 24 anos de idade e 33 (63,5%) tinham diagnósticos de esquizofrenia ou outras doenças do espectro da esquizofrenia.

A confiabilidade entre o avaliador A e os cinco avaliadores agrupados (B,C,D,E,F), para cada um dos 22 domínios da escala, avaliada através do coeficiente *kappa*, variou de 0,38 a 1,00. O valor do coeficiente de correlação intraclasse (CCI), para a comparação do número total de necessidades (0 a 22) das pontuações atribuídas pelo avaliador A com as pontuações atribuídas pelos cinco avaliadores agrupados, foi 0,95 (IC95% 0,90 - 1,00).

6.2 Limitações metodológicas

A seguir serão apresentadas as principais limitações metodológicas do presente estudo. Estas limitações estão relacionadas ao número de participantes do estudo, ao número de avaliadores que participam do estudo e a forma de registro das entrevistas.

6.2.1 Número de participantes incluídos no estudo

O número de sujeitos incluídos neste estudo (n=52) é semelhante ao de outros estudos de confiabilidade da CAN (Phelan et al.,1995; McCrone et al.,2000; Arvidsson,2003; Yeh,2006). O estudo da confiabilidade entre avaliadores feito pelos autores da escala, por exemplo, teve uma amostra total de 49 entrevistados (Phelan et al.,1995). Os centros que integram o grupo EPSILON Study 6 verificaram a confiabilidade entre avaliadores com uma amostra total de 274 sujeitos sendo 79 em Londres, 47 em Amsterdã, 40 em Copenhague, 50 em Santander e 58 em Verona (McCrone et al.,2000). A amostra do estudo de confiabilidade da versão chinesa da escala foi de 41 participantes (Yeh et al.,2006).

O tamanho da amostra de estudos de confiabilidade interfere na variância das respostas e na prevalência das respostas positivas (Bartko, 1994;Saito et al.,2005). Uma limitação deste estudo, devido ao tamanho de sua amostra, foi a realização do estudo de confiabilidade apenas da seção 1 da CAN. O motivo para a não realização do estudo das outras seções do instrumento foi o número pequeno de necessidades (não atendidas especialmente) referidas pelos participantes na maior parte dos domínios da seção 1, o que fez com que as outras seções da escala fossem aplicadas para poucos participantes. A amostra do estudo também interferiu na precisão da estimativa de confiabilidade dos domínios da escala que tiveram baixa prevalência de respostas positivas. O domínio bebida alcoólica, por exemplo, apresentou

uma estimativa de confiabilidade satisfatória (*kappa*: 0,74), porém o intervalo de confiança de 95% foi amplo (IC95% 0,05-1,00). Uma amostra maior aumentaria a precisão da estimativa de confiabilidade dos domínios com baixa prevalência de respostas positivas.

6.2.2 Número de avaliadores que participam do estudo

Em estudos de confiabilidade, um dos fatores que indica a proporção mais adequada entre o número de sujeitos e o número de avaliadores é a variância estimada entre avaliadores (Saito et al., 2005). Quando o treinamento é adequado, esta variância tende a ser baixa e um desenho de estudo com um menor número de avaliadores do que de sujeitos permite que a variância entre os sujeitos seja verificada com maior precisão (Saito et al., 2005). No presente estudo o treinamento aplicado aos entrevistadores foi intenso. Com este treinamento esperava-se que todos os entrevistadores apresentassem a mesma capacidade para a aplicação da escala. Os resultados do estudo mostraram uma variância pequena entre as pontuações dos entrevistadores, sugerindo que o pequeno número de avaliadores não implicou em limitações importantes para o estudo de confiabilidade.

Outra limitação está relacionada ao diferente número de entrevistas aplicadas pelos cinco pesquisadores. Somente os entrevistadores *B* e *C* integraram a equipe em todo o período do estudo e por isso realizaram mais entrevistas que os outros avaliadores. Por este motivo, além da comparação da pontuação estabelecida pelo avaliador *A* com a pontuação dos

avaliadores *B, C, D, E, F* agrupados, só foi possível fazer a comparação das pontuações do avaliador *A* com as pontuações individuais do avaliador *B* e do avaliador *C*, limitando a verificação de problemas específicos que todos os pesquisadores poderiam ter apresentado para o uso da escala.

6.2.3 Forma de registro das entrevistas

Neste estudo a confiabilidade foi avaliada através de gravações da aplicação das entrevistas. Uma das limitações para este método é que o avaliador que não está presente na entrevista, e que estabelece as pontuações ouvindo a gravação, não pode observar a linguagem corporal, estado físico e forma de apresentação dos sujeitos. A maior parte das entrevistas foi gravada nas casas dos participantes e a falta de observação das condições de moradia e do contexto local também pode ter limitado a compreensão das respostas, para o avaliador que realizou as pontuações posteriormente. Apesar destas possíveis limitações do método utilizado para a documentação das entrevistas, os domínios que poderiam ser mais afetados pela observação do contexto, como por exemplo, moradia, cuidados com a casa, autocuidado e saúde física, apresentaram bons resultados de confiabilidade.

A estrutura da CAN permite estabelecer a pontuação de acordo com a avaliação do entrevistado (ou usuário) e do entrevistador (ou membro da equipe). Neste estudo foram utilizadas somente as pontuações estabelecidas de acordo com o a avaliação do participante, não sendo realizado o estudo de confiabilidade para as pontuações estabelecidas segundo a visão do

entrevistador. O estudo da confiabilidade das respostas atribuídas de acordo com o ponto de vista dos entrevistadores só seria possível se no momento da entrevista dois entrevistadores estivessem presentes. Desta forma, o segundo avaliador poderia fazer suas pontuações segundo suas observações e julgamento sobre as condições de vida e necessidades do entrevistado, o que não foi possível com a utilização de entrevistas gravadas. Porém estudos que verificaram também a confiabilidade das respostas dadas pelos profissionais tinham como objetivo a avaliação dos serviços e das diferenças entre as percepções da equipe e dos usuários, para o estabelecimento de metas de tratamento adequadas (Andresen et al.,2000; McCrone et al.,2000).

6.3 Interpretação dos resultados

6.3.1 Comparação com outros estudos de confiabilidade entre avaliadores

Em geral os resultados encontrados na avaliação da confiabilidade da versão brasileira da CAN, para a pontuação de cada um dos 22 domínios da escala e para a sua pontuação total, são semelhantes aos de outros estudos de confiabilidade entre avaliadores que estabeleceram a pontuação de acordo com as respostas fornecidas pelos usuários (Phelan et al., 1995; Hansson et al., 1995; McCrone et al., 2000; Yeh et al., 2006). Existe uma pequena diferença entre o estudo brasileiro e os estudos realizados em outros países, no valor da estimativa de concordância (*kappa*) de alguns domínios. No estudo de Phelan e colaboradores (1995) a pior concordância entre avaliadores foi obtida no domínio sobre segurança para os outros (*k*: 0,65),

enquanto no presente estudo o valor de *kappa* para este domínio foi 0,83, o que deve estar relacionado ao pequeno número (3) de pessoas que referiram problemas nesta área no estudo brasileiro. A confiabilidade para os domínios transportes e benefícios foi muito alta no estudo de Phelan (*k*: 0,93, ambos), e no estudo de McCrone (*k*: 0,99 e *k*: 0,86, respectivamente), ao contrário do que ocorreu no presente estudo (*k*: 0,38 e *k*: 0,52, respectivamente). (Phelan et al.,1995; McCrone et al., 2000). Estas diferenças serão comentadas a seguir.

6.3.2 Resultados do coeficiente *kappa* para a comparação entre o avaliador

A e os outros avaliadores agrupados (B,C,D,E,F)

Os valores do coeficiente *kappa* para os 22 domínios da escala variaram de 0,38 a 1,00. Os domínios que apresentaram menor valor de *kappa* foram os domínios transporte e benefícios. O domínio transporte (domínio 20) foi o que apresentou menor concordância entre os avaliadores (*kappa*: 0,38 - IC95%0,00-0,94). Uma possibilidade para esta baixa concordância pode ter sido a dificuldade para o estabelecimento da pontuação de acordo com os parâmetros (pontos-âncora) propostos. Embora todos os domínios e suas pontuações tenham sido discutidos pela equipe, é possível que tenha ocorrido viés de critério, devido a alguns parâmetros descritos pelos pontos-âncora não terem sido apresentados no texto de forma suficientemente clara. Outra possibilidade para a baixa concordância neste domínio pode estar relacionada a problemas de informação sobre os benefícios existentes nesta

área, especialmente sobre critérios para isenção do pagamento de transporte coletivo.

No domínio benefícios (domínio 22) a concordância entre avaliadores foi moderada ($kappa$: 0,52-IC95%0,41-0,66). Da mesma forma que no domínio transportes, podem ter ocorrido problemas com as informações sobre os benefícios existentes, o que pode ter dificultado a pontuação. Neste domínio devem ser verificados problemas na obtenção de benefícios sociais ou previdenciários, como auxílio-doença para beneficiários da Previdência Social ou “Benefício da Prestação Continuada” (amparo assistencial ao idoso e ao deficiente) para pessoas com baixa renda e determinados diagnósticos psiquiátricos. A escala original investiga se o entrevistado está recebendo todos os benefícios aos quais tem direito, pressupondo que os benefícios para pessoas com transtornos psicóticos estejam garantidos, o que de fato ocorre no Reino Unido. Em nossa realidade os benefícios não são amplamente garantidos e muitas vezes os potenciais beneficiários não têm conhecimento de seus direitos. Apesar das discussões ocorridas no treinamento, em algumas situações os entrevistadores ainda apresentaram dúvidas sobre quais benefícios seriam adequados para aquela pessoa, o que pode ter repercutido no resultado da confiabilidade.

O domínio cuidado com os filhos teve resultado de $kappa$ zero. Neste item os participantes que não tinham filhos ou que só tinham filhos maiores que 18 anos receberam a pontuação “sem necessidade” (pontuação 0), de acordo

com os parâmetros propostos pela escala. Como a maior parte dos entrevistados não tinha nenhum filho, ou tinha filhos maiores de 18 anos, a pouca variância de respostas resultou que a concordância observada foi idêntica à concordância esperada (98%). Nestes casos o valor de *kappa* é igual a zero.

Nos demais domínios os resultados da confiabilidade entre avaliadores foram muito altos, variando entre 0,77 e 1,00, evidenciando a condição de reprodutibilidade da versão brasileira da escala.

6.3.3 Resultados do coeficiente *kappa* para a comparação entre o avaliador

A e o avaliador B

Na maior parte dos domínios comparados individualmente a concordância foi total ($k: 1,00$) ou muito alta. Este nível de concordância ocorreu em treze domínios. O menor valor de *kappa* (0,68) foi obtido no domínio informação sobre doença e tratamento. Discussões posteriores sobre a entrevista mostraram que ocorreram dúvidas sobre o período a ser avaliado. Em casos nos quais o participante não estava em tratamento nos 30 dias anteriores à aplicação da entrevista, o entrevistador B referiu-se às informações fornecidas pelo serviço em relação à condição e tratamento do participante, mesmo que o último atendimento tivesse ocorrido em período superior a um mês. O avaliador que estabeleceu as pontuações através das gravações utilizou a pontuação “não se sabe” (9) para aqueles que não estavam em tratamento no período no mês anterior à entrevista. De todo modo o valor de

$kappa$ 0,68 mostra uma concordância substancial (Landis & Kock 1977) e os resultados gerais da comparação da pontuação de cada domínio entre o avaliador *B* e o avaliador *A* revelam uma concordância muito boa, indicando que o treinamento foi satisfatório.

6.3.4 Resultados do coeficiente $kappa$ para a comparação entre o avaliador *A* e o avaliador *C*

A concordância da pontuação de cada domínio entre as entrevistas gravadas pelo avaliador *C* e a pontuação realizada posteriormente pelo avaliador *A* foi moderada em dois domínios e igual ou superior a substancial nos demais. A concordância entre estes dois avaliadores foi um pouco menor do que entre os avaliadores *A* e *B*, havendo coincidência total (k : 1,00) em nove domínios. A concordância mais baixa ocorreu nos domínios companhias (k : 0,46) e autocuidado (k : 0,47) indicando possivelmente alguma diferença de assimilação no treinamento ou mesmo de critérios entre um avaliador e outro. É possível que suas diferentes formações implicassem em pequenas diferenças de critério já que a avaliadora *B* é terapeuta ocupacional e o avaliador *C* é médico. Assim como ocorreu nos resultados da confiabilidade entre *A* e *B*, os resultados das comparações entre *A* e *C* foram em sua maior parte bastante satisfatórios.

6.3.5 Resultados do coeficiente de correlação intraclasse para a confiabilidade do total de necessidades

Os resultados do CCI foram muito altos tanto para a concordância entre *A* e os pesquisadores agrupados, como entre *A* e *B* e *A* e *C* mostrando que houve menor divergência sobre a presença ou ausência de necessidade nos domínios, do que sobre o tipo de ajuda recebida. O mesmo tipo de resultado foi encontrado nos estudos de confiabilidade da escala realizados em outros países (Phelan et al., 1995; Hansson et al., 1995; McCrone et al., 2000; Yeh et al., 2006).

6.4. Sugestões para a aplicação da versão brasileira da CAN

A partir do estudo de confiabilidade podemos oferecer algumas sugestões para a utilização da escala. Estas sugestões relacionam-se a partes do texto da escala que geraram dúvidas de entendimento para entrevistadores e entrevistados, ou que consideramos que poderiam conter informações um pouco mais detalhadas sobre o que é perguntado.

- I. Introduzir instruções para o entrevistado sobre a estrutura do instrumento, objetivos das seções, explicando que para cada domínio poderão ser repetidas as perguntas que abrem cada seção. A utilização de um cartão que mostre estas alternativas pode facilitar a aplicação da escala.
- II. Definir previamente para o participante o que significa ajuda informal e ajuda formal, através de exemplos.

*“A gente não quer só comida,
a gente quer comida, diversão e arte “
Arnaldo Antunes, Marcelo Fromer e Sergio Britto*

7. CONCLUSÕES

Este é o primeiro estudo que avaliou a confiabilidade da CAN com uma amostra de casos de psicose funcionais incidentes. A escala mostrou boa aplicabilidade e reprodutibilidade com indivíduos que tiveram o primeiro contato com um serviço de saúde devido a um episódio psicótico. A utilização da CAN em estudos com populações diversas de pessoas com transtornos mentais, em diferentes níveis de atenção e comunidades variadas pode auxiliar na compreensão dos determinantes das necessidades de cuidados e no planejamento de serviços e programas. O uso de instrumentos padronizados como a CAN em serviços de saúde mental deve contribuir para a avaliação da efetividade das ações e para o cuidado individualizado das pessoas com transtornos mentais.

Em São Paulo, habitualmente o serviço social integra equipes de serviços de saúde mental. Em sua atuação o assistente social busca a garantia de acesso dos cidadãos a todos os seus direitos, e a projetos terapêuticos individualizados que permitam o atendimento do maior número possível de necessidades. Na rotina de atendimentos do serviço social nem sempre a avaliação sobre as situações onde este acesso está prejudicado é realizada através de instrumentos padronizados, o que prejudica a avaliação da efetividade das intervenções. Nos últimos anos vêm se desenvolvendo,

também na área de serviço social, propostas de práticas baseadas em evidências, sistematizadas através de pesquisas, como uma tentativa para conectar sistematicamente a prática e dados empíricos (Webb, 2001, Jenson, 2005).

A CAN é um instrumento muito adequado para utilização de assistentes sociais que atuam na saúde mental, pois avalia de modo abrangente as necessidades dos usuários, verifica a ajuda que recebem de cuidadores informais e seu nível de acesso aos serviços comunitários e públicos indicados para atender suas necessidades. A utilização da escala de modo sistemático nos serviços de saúde irá permitir aos assistentes sociais e a outros profissionais de saúde a avaliação das metas estabelecidas em vários momentos do desenvolvimento dos projetos terapêuticos.

No Brasil grande parte da população não tem suas necessidades básicas atendidas. Para as pessoas que enfrentam problemas de saúde e de saúde mental a situação é ainda mais grave. Atuando como assistente social na área de saúde mental há muitos anos tenho assistido alguns avanços nas políticas públicas de atendimento. Algumas questões, porém, continuam sendo repetidamente discutidas, sem que ocorram de fato encaminhamentos adequados. Há ainda um longo caminho a ser percorrido até que possamos considerar que as pessoas que sofrem ou convivem com transtornos mentais estejam satisfatoriamente atendidas. A realização do presente estudo tem como maior sentido o objetivo de contribuir para que um dia isto ocorra.

8. ANEXOS

Anexo 1

Escala Camberwell de Avaliação de Necessidades – CAN

Camberwell Assessment of Needs

1. Moradia

Você acha que tem algum problema de moradia?

O sujeito tem um lugar para morar?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|--|
| 0 | Sem problemas | Sujeito tem um lar adequado (mesmo internado atualmente), mora com a família. |
| 1 | Devido à ajuda com problemas moderados, ou sem problemas. | Sujeito vive em lar abrigado, albergue ou moradia assistida, mora com a família por causa da doença. Favela com infra-estrutura razoável. |
| 2 | Problemas sérios | Sujeito é morador de rua, com acomodações precárias ou não apresenta instalações básicas como água ou eletricidade. Mora em cortiços, barracos ou cômodo impróprio, por exemplo, dorme num colchão na cozinha ou divide lugar de dormir com mais de cinco pessoas. Favela sem infra-estrutura (chão, janela, luz, água, etc) |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes, com relação à moradia?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|---|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Ocasionalmente recebe alguma ajuda para melhorar a acomodação, como alguns móveis, objetos, decoração ou despesas de aluguel, condomínio, água e luz. |
| 2 | Ajuda moderada | Ajuda substancial para melhorar acomodações, como manutenção da moradia ou despesas de aluguel e condomínio, mesmo que receba todo o dinheiro. |
| 3 | Muita ajuda | Vive com parente porque suas acomodações próprias são insatisfatórias ou não tem acomodação própria. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais, com relação à moradia?

Quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais, com relação à moradia?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Pequena ajuda para móveis, objetos ou decoração, material de construção, ou endereço para procurar acomodação (imóvel, pensão) |
| 2 | Ajuda moderada | Melhorias importantes, encaminhado à secretaria de assistência social (por ex. albergue, casa de convivência). |
| 3 | Muita ajuda | Sendo re-allocada, vivendo em moradia assistida, albergue. |
| 9 | Não se sabe | |

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda, com relação à moradia?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a quantidade de ajuda que recebe para sua moradia?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

2. Alimentação

Como é a sua alimentação (tipo de comida)? Quantas refeições por dia você costuma fazer? Você é capaz de preparar suas próprias refeições e fazer suas próprias compras? Você tem dinheiro para comprar a sua comida ou para ajudar nas despesas de alimentação da casa (ver adequação socioeconômica)

O sujeito tem dificuldade para conseguir o suficiente para comer?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|---|
| 0 | Sem problemas | Capaz de comprar e preparar refeições consegue preparar refeições simples quando necessário ou vive num local que tem as refeições. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | É incapaz de preparar alimentos (mesmo se precisasse) e recebe refeições da família ou serviços, ou recebe ajuda financeira para alimentação. |
| 2 | Problemas sérios | Dieta muito restrita, alimentação culturalmente inapropriada. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes, com relação à alimentação?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma | |
| 1 | Pouca ajuda | Recebe refeições semanalmente ou menos, ou ajuda financeira ocasional. |
| 2 | Ajuda moderada | Ajuda semanal com compras ou recebe refeições mais que uma vez por semana, mas não diariamente, ou ajuda financeira freqüente. |
| 3 | Muita ajuda | Recebe refeições diariamente ou depende totalmente da família (financeiramente). |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais com relação à alimentação?

Quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais com relação à alimentação?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Recebe uma a quatro refeições por semana ou assistido, por ex. ajuda para comprar ou preparar uma refeição por dia, ou recebe vale gás, cesta básica, vale refeição. |
| 2 | Ajuda moderada | Recebe mais do que quatro refeições por semana ou assistido, por ex. ajuda para comprar ou preparar todas as refeições. |
| 3 | Muita ajuda | Recebe todas as refeições. |
| 9 | Não se sabe | |

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda com relação à alimentação?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a quantidade de ajuda que recebe para sua alimentação?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

3. Cuidados com a casa

Você é capaz de cuidar da sua casa? Se mora com a família, é capaz de cuidar de seu próprio quarto? Recebe a ajuda de alguém?

O sujeito tem dificuldade para cuidar da casa?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|---|
| 0 | Sem problemas | Casa pode estar em desordem, mas a pessoa a mantém basicamente limpa. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Incapaz de cuidar da casa e recebe ajuda doméstica regularmente. |
| 2 | Problemas sérios | Casa está suja e apresenta perigo potencial à saúde. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes com relação ao cuidado da casa?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|---|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Recebe ocasionalmente estímulo ou ajuda para limpeza ou arrumação. |
| 2 | Ajuda moderada | Recebe estímulo ou ajuda para limpeza pelo menos uma vez por semana. |
| 3 | Muita ajuda | Recebe supervisão mais que uma vez por semana, para lavar toda roupa e limpar a casa. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais com relação ao cuidado da casa?

Quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais com relação ao cuidado da casa?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Recebe estímulo da equipe. |
| 2 | Ajuda moderada | Recebe alguma assistência com tarefas domésticas. |
| 3 | Muita ajuda | Maioria das tarefas domésticas feitas pela equipe. |
| 9 | Não se sabe | |

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda, com relação ao cuidado da casa?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe no cuidado da casa?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

4. Autocuidado

Como você costuma se cuidar quanto a banho, barba, cabelo, roupa, etc.?
Você precisa ser lembrado, por quem? Precisa de ajuda?

O sujeito tem dificuldade com o autocuidado?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|--|
| 0 | Sem problemas | Aparência pode ser excêntrica ou desarrumada, mas basicamente limpa. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Precisa e recebe ajuda com o autocuidado. |
| 2 | Problemas sérios | Higiene pessoal pobre, cheira mal. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes, com relação ao autocuidado?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|---|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Pessoa recebe estímulo ocasional para mudar de roupa. |
| 2 | Ajuda moderada | Alguém precisa ligar o chuveiro ou banheira e insistir no seu uso, estímulo diário. |
| 3 | Muita ajuda | Recebe assistência diária em vários aspectos de cuidado. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais, com relação ao autocuidado?

Quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais, com relação ao autocuidado?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|---|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Estímulo ocasional. |
| 2 | Ajuda moderada | Supervisionado para se lavar ocasionalmente. |
| 3 | Muita ajuda | Supervisionado em vários aspectos do autocuidado, frequenta programas de habilidades do auto-cuidado. |
| 9 | Não se sabe | |

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda, com relação ao autocuidado?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para seu autocuidado?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

5. Atividades diárias

Como você passa seu dia?
O que você faz?

O sujeito tem dificuldades com atividades diárias regulares e apropriadas?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|--|
| 0 | Sem problemas | Emprego em tempo integral, parcial, bico ou adequadamente ocupada com atividades domésticas ou sociais, estudante. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Incapaz de se ocupar, então frequenta centro de convivência, hospital dia, trabalho protegido. |
| 2 | Problemas sérios | Sem qualquer tipo de emprego e não adequadamente ocupada com atividades domésticas ou sociais. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes, com relação às atividades diárias?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|---|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Ocasionalmente é orientado sobre atividades diárias. |
| 2 | Ajuda moderada | Conseguiu atividades diárias como programa de educação para adultos ou centro de convivência. Ocasionalmente é acompanhado nestas atividades. |
| 3 | Muita ajuda | Ajuda diária com atividades. Sempre necessita ser acompanhado nas atividades. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais, com relação às atividades diárias?

Quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais, com relação às atividades diárias?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Treinamento para trabalho/programa de educação para adultos. |
| 2 | Ajuda moderada | Trabalho protegido diariamente. Centro de convivência 2- 4 vezes por semana. |
| 3 | Muita ajuda | Frequente hospital-dia ou centro de convivência diariamente. |
| 9 | Não se sabe | |

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda, com relação as atividades diárias?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe nas suas atividades diárias?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

6. Saúde física

Como está a sua saúde física?

Você está recebendo algum tratamento médico para problemas de saúde?

O sujeito tem algum problema físico ou doença?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|--|
| 0 | Sem problemas | Fisicamente bem. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Problemas físicos como hipertensão arterial, diabetes, recebendo tratamento apropriado. |
| 2 | Problemas sérios | Problemas físicos não tratados, inclusive efeitos colaterais de qualquer medicação (inclusive psiquiátrica). |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes, com relação à saúde física?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Estimulado a ir ao médico. |
| 2 | Ajuda moderada | Acompanhado ao médico. |
| 3 | Muita ajuda | Ajuda diária para ir ao banheiro, comer ou se locomover. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais, com relação à saúde física?

Quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais, com relação à saúde física?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Recebe orientação, por exemplo, dietética ou sobre planejamento familiar. |
| 2 | Ajuda moderada | Recebe tratamento como medicação, visto regularmente por clínico, ou outro profissional de atenção primária. |
| 3 | Muita ajuda | Visitas frequentes a serviços especializados de saúde. Adaptação da casa. |
| 9 | Não se sabe | |

Para problemas físicos, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para seus problemas físicos?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

7. Sintomas psicóticos

Você ouve vozes ou tem problemas com seu pensamento? Você tem se sentido eufórico ou expandido? Você toma alguma medicação? Para que? Você me falou sobre sintomas (psicóticos). Isso é um problema para você? Precisa de alguma ajuda, como por exemplo, medicação?

O sujeito tem algum problema com sintomas psicóticos?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|--|
| 0 | Sem problemas | Sem sintomas positivos, sem risco de sintomas e não está usando medicação. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Sintomas melhoram com medicação ou outro tipo de auxílio. |
| 2 | Problemas sérios | Atualmente com sintomas ou sob risco. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes, com relação aos sintomas psicóticos?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Algum apoio como lembrar a data da consulta. |
| 2 | Ajuda moderada | Cuidador estimula ou lembra o indivíduo de tomar a medicação, ou o acompanha às consultas. |
| 3 | Muita ajuda | Cuidadores oferecem ou administram a medicação e supervisionam a ingestão. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais, com relação aos sintomas psicóticos?

Quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais, com relação aos sintomas psicóticos?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|---|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Recebe medicação até três vezes por mês ou menos, participa de grupos de apoio. |
| 2 | Ajuda moderada | Medicação revista mais que três vezes por mês, terapia psicológica estruturada. |
| 3 | Muita ajuda | Medicação e cuidados hospitalares 24 horas ou cuidado de crise em casa. |
| 9 | Não se sabe | |

Com relação aos sintomas psicóticos, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para os sintomas psicóticos?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

8. Informação sobre doença e tratamento

Você recebeu informações claras sobre seu problema de saúde mental, sua medicação ou outros tratamentos?

Você entendeu?

Quanto esta informação foi útil pra você?

O sujeito recebeu informação verbal ou escrita sobre seu problema e tratamento mental?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|---|
| 0 | Sem problemas | Recebeu e entendeu a informação adequada de forma clara. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Recebeu pouca informação ou não entendeu toda informação. |
| 2 | Problemas sérios | Não recebeu nenhuma informação. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes, para obter tal informação?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|---|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Tem algum tipo de orientação de amigos e parentes. |
| 2 | Ajuda moderada | Recebe folhetos ou colocado em contato com grupos de auto-ajuda por amigos e parentes. |
| 3 | Muita ajuda | Ligação regular com médicos ou grupos (exemplo: psicóticos anônimos) por intermédio de amigos e parentes. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais para obter tal informação?

Quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais para obter tal informação?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Informação verbal ou escrita breve sobre a doença, problemas ou tratamento. |
| 2 | Ajuda moderada | Recebe detalhes sobre grupos de auto-ajuda, orientações completas sobre medicações e tratamentos alternativos. |
| 3 | Muita ajuda | Recebeu informação detalhada por escrito ou recebeu instrução pessoal específica. |
| 9 | Não se sabe | |

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda para obter informações?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para obter informações?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

9. Sofrimento emocional

*Recentemente você tem se sentido muito triste ou para baixo?
Você tem se sentido exageradamente ansioso ou amedrontado?*

O sujeito apresenta sofrimento psicológico?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|---|
| 0 | Sem problemas | Sofrimento ocasional ou leve. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Precisa e recebe apoio contínuo. |
| 2 | Problemas sérios | Apresentou ideação suicida no último mês ou se expôs a um perigo sério. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes, para este sofrimento?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Algum apoio. |
| 2 | Ajuda moderada | Tem a oportunidade de conversar sobre o sofrimento com amigo ou parente pelo menos uma vez por semana. |
| 3 | Muita ajuda | Apoio e supervisão constantes. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito *recebe* dos serviços locais para este sofrimento?

Quanta ajuda o sujeito *precisa* dos serviços locais para este sofrimento?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|---|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Avaliação do estado mental ou apoio ocasional. |
| 2 | Ajuda moderada | Tratamento social ou psicológico específico para ansiedade, recebe atendimento da equipe pelo menos uma vez por semana. |
| 3 | Muita ajuda | Cuidados hospitalares por 24h ou controle de crise. |
| 9 | Não se sabe | |

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda para este sofrimento?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para este sofrimento?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

10. Segurança para si mesmo

Você tem tido pensamentos de fazer algo contra você mesmo ou chegou a fazer algo contra você mesmo?
Você se coloca em perigo de outras maneiras?

O sujeito é um perigo para ele mesmo?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|--|
| 0 | Sem problemas | Sem pensamentos suicidas. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Risco de suicídio monitorado pela equipe, recebe atendimento ou orientação, ou se expõe a situações de risco. |
| 2 | Problemas sérios | Sofrimento afeta a vida de maneira significativa, tal como ser impedido de sair, tentou suicídio ou feriu-se em situação de risco. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes para reduzir o risco de auto-agressão? Ex: suicídio, exposições em situação de risco.

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | É capaz de contatar amigos ou parentes quando se sente inseguro. |
| 2 | Ajuda moderada | Amigos ou parentes estão geralmente em contato e provavelmente sabem se a pessoa se sente insegura. |
| 3 | Muita ajuda | Amigos ou parentes em contato regular e muito provavelmente sabem e dão ajuda se a pessoa se sente insegura. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais para reduzir o risco de auto-agressão?

Quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais para reduzir o risco de auto-agressão?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|---|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Alguém para contatar quando se sente inseguro. |
| 2 | Ajuda moderada | Checkagem pela equipe pelo menos uma vez por semana, atendimento de apoio regularmente. |
| 3 | Muita ajuda | Supervisão diária, internação. |
| 9 | Não se sabe | |

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda para reduzir o risco de auto-agressão?

(0=não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para reduzir o risco de auto-agressão?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

11. Segurança para com os outros

No último mês você perdeu o controle e bateu em alguém?

Você acha que poderia colocar em perigo a segurança de outras pessoas?

O sujeito representa um risco atual ou potencial para a segurança de outras pessoas?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|---|
| 0 | Sem problemas | Sem história de violência ou comportamento ameaçador. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Sob risco devido a problemas com álcool ou outras substâncias, ou por pensamentos frequentes e por receber ajuda. |
| 2 | Problemas sérios | Atos de violência ou ameaças recentes. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes, com relação ao risco de segurança de outros?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Ajuda semanal ou menos para comportamento ameaçador. |
| 2 | Ajuda moderada | Ajuda mais do que uma vez por semana para comportamento ameaçador. |
| 3 | Muita ajuda | Ajuda quase constante com comportamento ameaçador persistente. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais, com relação ao risco de segurança de outros?

Quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais com relação ao risco de segurança de outros?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|---|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | É controlado quanto ao comportamento semanalmente ou menos. |
| 2 | Ajuda moderada | Supervisão diária. |
| 3 | Muita ajuda | Supervisão constante. Internação. |
| 9 | Não se sabe | |

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda para reduzir o risco de segurança de outros?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para reduzir o risco de segurança de outros?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

12. Álcool

*Você tem algum problema devido ao uso de bebida alcoólica?
Você gostaria de diminuir a quantidade de bebida?*

O sujeito bebe excessivamente ou tem um problema para controlar a quantidade de bebida?

| pontuação | significado | exemplo |
|------------------|---|--|
| 0 | Sem problemas | Sem problemas, com quantidade controlada. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Sob supervisão devido a risco potencial. |
| 2 | Problemas sérios | Hábito de bebida atual nocivo ou sem controle. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes, com relação à bebida?

| pontuação | significado | exemplo |
|------------------|--------------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Orientado a diminuir. |
| 2 | Ajuda moderada | Aconselhado sobre os Alcoólicos Anônimos ou a buscar tratamento. |
| 3 | Muita ajuda | Monitorado diariamente quanto ao álcool. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais, com relação à bebida?

Quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais, com relação à bebida?

| pontuação | significado | exemplo |
|------------------|--------------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Orientado sobre riscos. |
| 2 | Ajuda moderada | Recebe detalhes sobre serviços e grupos de apoio. |
| 3 | Muita ajuda | Frequenta serviços de álcool, programa de retirada supervisionada. |
| 9 | Não se sabe | |

Com relação à bebida, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe com relação à bebida?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

13. Drogas

*Você tem problemas com o uso de drogas ou alguma medicação não prescrita?
Existe alguma droga que você acharia difícil largar, inclusive medicações não prescritas?*

O sujeito tem problemas com abuso de drogas?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|---|
| 0 | Sem problemas | Sem dependência ou abuso de drogas. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Recebendo ajuda para dependência ou abuso. |
| 2 | Problemas sérios | Dependência ou abuso de drogas prescritas, não prescritas ou ilegais. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes, com relação ao abuso de drogas?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|---|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Aconselhamento ou apoio ocasional. |
| 2 | Ajuda moderada | Aconselhamento constante, posto em contato com serviços ou grupos de ajuda. |
| 3 | Muita ajuda | Supervisão, ligação com outros serviços ou grupos de ajuda. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito *recebe* dos serviços locais, com relação ao abuso de drogas?

Quanta ajuda o sujeito *precisa* dos serviços locais, com relação ao abuso de drogas?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Orientação de profissional de saúde. |
| 2 | Ajuda moderada | Serviço de dependência de drogas. |
| 3 | Muita ajuda | Programa de retirada supervisionada, internação. |
| 9 | Não se sabe | |

Com relação ao abuso de drogas, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe com relação ao abuso de drogas?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

14. Companhias

Você gostaria de ter mais contato com outras pessoas?
Você está satisfeito com sua vida social?

O sujeito precisa de ajuda para contatos sociais?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|--|
| 0 | Sem problemas | Capaz de organizar contatos sociais ou tem amigos suficientes. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Frequente hospital-dia ou centro de convivência, ou sai acompanhado, ou ocasionalmente se sente solitário e isolado. |
| 2 | Problemas sérios | Freqüentemente se sente solitário e isolado. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes, com relação ao contato pessoal?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Contato social menos que uma vez por semana. |
| 2 | Ajuda moderada | Contato social uma vez por semana ou mais. |
| 3 | Muita ajuda | Contato social pelo menos quatro vezes por semana. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito *recebe* dos serviços locais, com relação a organizar contatos sociais?

Quanta ajuda o sujeito *precisa* dos serviços locais, com relação a organizar contatos sociais?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Recebe orientação sobre reuniões, eventos, centros sociais. |
| 2 | Ajuda moderada | Centro de convivência ou grupo comunitário ou CAPS até três vezes por semana. |
| 3 | Muita ajuda | Frequente hospital dia, centro de convivência ou CAPS quatro vezes por semana ou mais. |
| 9 | Não se sabe | |

Com relação a organizar contato social, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para organizar contatos sociais?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

15. Relações íntimas

Você está namorando, é casado (a) ou vive com alguém?
Você tem problemas no seu relacionamento/casamento?

O sujeito tem dificuldade em encontrar um parceiro ou manter um relacionamento satisfatório?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|---|
| 0 | Sem problemas | Relação satisfatória ou feliz não tendo parceiro. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Freqüentando terapia de casal, ou insatisfeito com a relação. |
| 2 | Problemas sérios | Violência doméstica, gostaria de ter parceiro. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes, com relação a fazer ou manter relacionamentos satisfatórios?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Algum suporte emocional. |
| 2 | Ajuda moderada | Várias conversas, apoio regular. |
| 3 | Muita ajuda | Conversas freqüentes e apoio para lidar com sentimentos. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais, com relação a fazer ou manter relacionamentos satisfatórios?

Quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais, com relação a fazer ou manter relacionamentos satisfatórios?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|---|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Algumas conversas. |
| 2 | Ajuda moderada | Várias conversas, terapia regular. |
| 3 | Muita ajuda | Terapia de casal, treinamento de habilidades sociais. |
| 9 | Não se sabe | |

Com relação a fazer ou manter relacionamentos satisfatórios, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?
(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe com relação a fazer ou manter relacionamentos satisfatórios?
(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

16. Expressão sexual

Você tem algum problema em relação à sua vida sexual?

O sujeito tem problemas com sua vida sexual?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|--|
| 0 | Sem problemas | Feliz com a vida sexual atual. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Beneficia-se com terapia sexual ou está insatisfeito. |
| 2 | Problemas sérios | Dificuldade sexual séria como impotência (perda da libido) ou comportamento sexual de risco. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes, com relação à problemas na vida sexual?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Algum aconselhamento. |
| 2 | Ajuda moderada | Várias conversas, recebe material informativo, contraceptivos etc. |
| 3 | Muita ajuda | Estabelece contato com locais de orientação e pode acompanhar a pessoa no local. Sempre é acessível para falar sobre o problema. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais, com relação a problemas na vida sexual?

Quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais, com relação a problemas na vida sexual?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Recebe informação sobre contracepção, sexo seguro, impotência induzida por drogas. |
| 2 | Ajuda moderada | Conversas regulares sobre sexo. |
| 3 | Muita ajuda | Terapia sexual ou outro tipo de tratamento. |
| 9 | Não se sabe | |

Com relação a problemas na vida sexual, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para problemas na vida sexual?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

17. Cuidados com filhos

Você tem filhos com menos de 18 anos?

Você tem alguma dificuldade para cuidar deles?

O sujeito tem dificuldade para cuidar de seus filhos?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|--|
| 0 | Sem problemas | Não tem filhos menores de 18 anos, ou sem problemas para cuidar deles. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Dificuldades para cuidar e recebendo ajuda. |
| 2 | Problemas sérios | Sérias dificuldades para cuidar dos filhos, o filho está sob guarda judicial de outro parente, ou vivem em casas separadas por causa da dificuldade. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes, com relação a cuidar dos filhos?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Ajuda ocasional, menos que uma vez por semana. |
| 2 | Ajuda moderada | Ajuda na maioria dos dias. |
| 3 | Muita ajuda | Filhos morando com amigos ou parentes. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito *recebe* dos serviços locais, com relação a cuidar dos filhos?

Quanta ajuda o sujeito *precisa* dos serviços locais, com relação a cuidar dos filhos?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|---|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Usa creche. |
| 2 | Ajuda moderada | Recebe ajuda para habilidades de ser pai/mãe. |
| 3 | Muita ajuda | Filhos em casa adotiva ou sob tutela. |
| 9 | Não se sabe | |

Com relação a cuidar dos filhos, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para cuidar dos filhos?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

18. Educação básica

Você tem dificuldades para ler, escrever ou compreender o português?
Você consegue contar seu troco em uma loja?

O sujeito apresenta dificuldades com habilidades básicas de leitura, escrita ou contas?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|---|
| 0 | Sem problemas | Capaz de ler, escrever e entender português. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Dificuldade com leitura e contas e recebe ajuda de outras pessoas. |
| 2 | Problemas sérios | Dificuldade com habilidades básicas de leitura, escrita e contas, falta de fluência no português. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda com letras e números o sujeito recebe de amigos e parentes?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Ajuda ocasional para ler, escrever, ou lidar com dinheiro. |
| 2 | Ajuda moderada | Colocado em contato com aulas de alfabetização, ou recebe ajuda freqüente. |
| 3 | Muita ajuda | Alguém ensina a pessoa a ler, ou faz tudo por ela. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda com letras e números o sujeito recebe dos serviços locais?

Quanta ajuda com letras e números o sujeito precisa dos serviços locais?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|-----------------------------------|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Ajuda para preencher formulários. |
| 2 | Ajuda moderada | Recebe orientação sobre aulas. |
| 3 | Muita ajuda | Freqüente educação para adultos. |
| 9 | Não se sabe | |

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda com educação básica?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe com educação básica?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

19. Telefone

*Você tem alguma dificuldade para usar o telefone?
É fácil achar um telefone que você possa usar?*

O sujeito tem alguma dificuldade para o acesso ou para usar o telefone?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|--|
| 0 | Sem problemas | Tem telefone funcionando em casa, ou acesso fácil a um telefone público. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Precisa pedir para usar um telefone. |
| 2 | Problemas sérios | Sem acesso a um telefone ou incapaz de usá-lo. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes para fazer ligações?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Recebe ajuda para fazer ligações, mas menos que uma vez por mês ou somente para emergências. |
| 2 | Ajuda moderada | Recebe ajuda mais que uma vez por mês. |
| 3 | Muita ajuda | Recebe ajuda sempre que necessário. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito *recebe* dos serviços locais, para fazer ligações?

Quanta ajuda o sujeito *precisa* dos serviços locais, para fazer ligações?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|---|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Acesso a telefone quando solicitado. |
| 2 | Ajuda moderada | Recebe cartão telefônico. |
| 3 | Muita ajuda | Consegue a instalação de um telefone em casa. |
| 9 | Não se sabe | |

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda para fazer ligações?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para fazer ligações?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

20. Transporte

Você utiliza transporte público? Tem alguma dificuldade para andar de ônibus, metrô ou trem?

Você tem passe gratuito?

Tem carro? Tem algum problema para utilizá-lo?

O sujeito tem algum problema para usar o transporte público?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|---|
| 0 | Sem problemas | Capaz de usar o transporte público, ou tem acesso a um carro. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Tem passe de ônibus ou outro tipo de auxílio para transporte. |
| 2 | Problemas sérios | Incapaz de usar transporte público ou carro próprio. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes, com relação ao transporte?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|---|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Encorajado a se deslocar. |
| 2 | Ajuda moderada | Freqüentemente acompanhado no transporte. |
| 3 | Muita ajuda | É levado para todos os compromissos. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais, com relação ao transporte?

Quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais, com relação ao transporte?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Recebe passe de ônibus, metrô, trem (transporte público) ocasionalmente. |
| 2 | Ajuda moderada | Dinheiro para táxi ou isenção de pagamento de transporte público. |
| 3 | Muita ajuda | Transporte para compromissos com ambulância. |
| 9 | Não se sabe | |

Para seu transporte, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para seu transporte?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

21. Dinheiro

Você mesmo organiza o seu dinheiro para pagar contas ou fazer compras?

O sujeito tem problemas para fazer seu orçamento?

| pontuação | significado | exemplo |
|------------------|---|--|
| 0 | Sem problemas | Capaz de comprar itens essenciais e pagar contas. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Beneficia-se de ajuda com orçamento. |
| 2 | Problemas sérios | Freqüentemente não tem dinheiro para itens essenciais ou contas, porque é desorganizado. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes para gerenciar seu dinheiro?

| pontuação | significado | exemplo |
|------------------|--------------------|---|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Ajuda ocasional para organizar contas domésticas. |
| 2 | Ajuda moderada | Cálculo semanal ou mensal do orçamento. |
| 3 | Muita ajuda | Controle completo das finanças. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito *recebe* dos serviços locais para gerenciar seu dinheiro?

Quanta ajuda o sujeito *precisa* dos serviços locais para gerenciar seu dinheiro?

| pontuação | significado | exemplo |
|------------------|--------------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Ajuda ocasional com orçamento. |
| 2 | Ajuda moderada | Supervisão para pagar aluguel, recebe dinheiro para gastos semanalmente. |
| 3 | Muita ajuda | Recebe dinheiro diariamente, supervisão diária quanto ao orçamento. |
| 9 | Não se sabe | |

Para gerenciar seu dinheiro, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?

(0=não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para gerenciar seu dinheiro?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

22. Benefícios

Você conhece os benefícios correspondentes à sua atual condição?
Você recebe algum tipo de benefício?

O sujeito definitivamente recebe todos os benefícios que deveria?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|---|---|
| 0 | Sem problemas | Recebe todos os benefícios. |
| 1 | Devido à ajuda sem problemas ou com problemas moderados | Recebe ajuda apropriada para pedir os benefícios. |
| 2 | Problemas sérios | Não tem certeza/não recebe todos os benefícios. |
| 9 | Não se sabe | |

Se a pontuação for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes para obter todos os benefícios?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|--|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Ocasionalmente pergunta se o sujeito está recebendo algum benefício. |
| 2 | Ajuda moderada | Ajuda para obter informações ou preencher formulários. |
| 3 | Muita ajuda | Ajuda completa para obter benefícios. |
| 9 | Não se sabe | |

Quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais para obter todos os benefícios?

Quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais para obter todos os benefícios?

| pontuação | significado | exemplo |
|-----------|----------------|---|
| 0 | Nenhuma ajuda | |
| 1 | Pouca ajuda | Orientação ocasional sobre benefícios. |
| 2 | Ajuda moderada | Ajuda para requerer outros benefícios. |
| 3 | Muita ajuda | Ajuda abrangente para requerer os benefícios. |
| 9 | Não se sabe | |

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda para obter todos os benefícios?

(0=não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para obter todos os benefícios?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

Anexo 2

CAN

Folha de Respostas

| | Necessidade | | Ajuda Informal | | Ajuda formal recebida | | Ajuda formal necessária | | Tipo de ajuda | | Quantidade de ajuda | |
|--|----------------|--|------------------|--|--------------------------|--|----------------------------|--|------------------|--|------------------------|--|
| Pontuação | 0,1,2,9 | | 0,1,2,3,9 | | 0,1,2,3,9 | | 0,1,2,3,9 | | 0,1,9 | | 0,1,9 | |
| 1.Moradia | | | | | | | | | | | | |
| 2.Alimentação | | | | | | | | | | | | |
| 3.Cuidado casa | | | | | | | | | | | | |
| 4.Autocuidado | | | | | | | | | | | | |
| 5.Atividades | | | | | | | | | | | | |
| 6.Saúde física | | | | | | | | | | | | |
| 7.Sintomas psicóticos | | | | | | | | | | | | |
| 8.Informações | | | | | | | | | | | | |
| 9.Sofrimento psicológico | | | | | | | | | | | | |
| 10.Segurança si | | | | | | | | | | | | |
| 11.Segurança outros | | | | | | | | | | | | |
| 12.Álcool | | | | | | | | | | | | |
| 13.Drogas | | | | | | | | | | | | |
| 14.Companhias | | | | | | | | | | | | |
| 15.Relações íntimas | | | | | | | | | | | | |
| 16.Expressão sexual | | | | | | | | | | | | |
| 17.Cuidado com filhos | | | | | | | | | | | | |
| 18.Educação | | | | | | | | | | | | |
| 19.Telefone | | | | | | | | | | | | |
| 20.transporte | | | | | | | | | | | | |
| 21.Dinheiro | | | | | | | | | | | | |
| 22.Benefícios | | | | | | | | | | | | |
| Nºnecessidades atendidas | | | | | | | | | | | | |
| Nº necessidades ã atendidas | | | | | | | | | | | | |
| Nº total necessidades | | | | | | | | | | | | |
| Nível total de ajuda necessária e recebida e satisfação | | | | | | | | | | | | |

Anexo 3

Anexo 4

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO SUJEITO :

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ? F ?

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO.....Nº.....APTO:

.....

BAIRRO:.....CIDADE

CEP:.....TELEFONE:DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M ? F ?

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO:CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS A SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA . **ESTUDO DE CASOS INCIDENTES (PRIMEIRO CONTATO COM SERVIÇOS DE SAÚDE) DE PSICOSES FUNCIONAIS NO BRASIL**

.....
PESQUISADOR: Paulo Rossi Menezes

CARGO/FUNÇÃO: Professor Doutor INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 43.248

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO ? RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO ?

RISCO BAIXO ? RISCO MAIOR ?

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 3 anos

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO SUJEITO OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa

Ainda não se sabe quantas pessoas são acometidas por esquizofrenia e outras doenças mentais, quais são as necessidades dessas pessoas e suas famílias em termos de serviços de saúde, e quais são as causas dessas doenças. Esse estudo pretende responder essas importantes questões.

2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais

Gostaríamos que você respondesse a uma série de perguntas sobre como você tem se sentido, e sobre coisas que podem ter ocorrido com você recentemente. Também queremos entrevistar um familiar seu, para perguntar sobre coisas de sua infância. Alguns participantes serão sorteados para fazerem um exame de ressonância magnética.

3. desconfortos e riscos esperados

A entrevista pode ser um pouco cansativa. O exame de ressonância magnética é demorado, e algumas pessoas acham desconfortável.

4. benefícios que poderão ser obtidos

O estudo pode trazer conhecimentos muito importantes para ajudar pessoas com o mesmo tipo de problema.

5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

Sim.

2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.

Sim.

3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

Sim.

4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.

Sim.

5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Dr. Paulo Rossi Menezes – Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.
Av. Dr. Arnaldo 455, São Paulo – SP. CEP 01246-903. Tel: 3062-6822.
Dr. Geraldo Busatto – Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP.
Trav. Ovídio Pires de Campos S/N, São Paulo – SP. CEP 05403-010. Tel: 30815411.
Dra. Marcia Sczufca – Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.
Av. Dr. Arnaldo 455, São Paulo – SP. CEP 01246-903. Tel: 3062-6822.

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 20 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

Anexo 5

TERMO DE CONSENTIMENTO

Venho através desta declarar o meu consentimento para a gravação da entrevista sobre necessidades de cuidados (CAN) referentes ao estudo "*Estudo de casos incidentes (primeiro contato com serviços de saúde) de psicoses funcionais no Brasil*".

O conteúdo desta gravação será mantido em sigilo e não serão apresentados ou publicados nomes ou outros dados de identificação das pessoas que participam das gravações.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 20 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

9. REFERÊNCIAS

Alptekin K, Erkoç S, Gögüs AK, Kültür S, Mete L, Üçok A, Yazici KM. *Disability in schizophrenia: Clinical correlates and prediction over 1-year follow-up*. Psychiatry Research. 2005; 135: 103-111.

Altman DG. *Practical statistics for mental research*. London: Chapman & Hall; 1991.

Alves DSN, Seidl EMF, Schechtman A, Silva RC. *Elementos para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 1992; 41(8): 423-426.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM IV*. 4th ed. Washington (DC): APA; 1994.

Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. *Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil*. Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology. 2002; 37(7): 316-25.

Andresen R, Caputi P, Oades LG. *Interrater reliability of the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2000; 34: 856-861.

Armstrong BK, White E, Saracci R. *Validity and reliability studies. In: Principles of exposure measurement in epidemiology.* London: Oxford University Press. 1992; p. 78-112.

Arvidsson, H. *Test-retest reliability of the Camberwell Assessment of Need (CAN).* Nordic Journal of Psychiatry. 2003; 57(4): 279-283.

Bartko J & Carpenter W. *On the methods and theory of reliability.* The Journal of Nervous and Mental Disease. 1976; 163(5): 307-317.

Bartko J. *General Methodology II. Measures of agreement: a single procedure.* Statistics in Medicine. 1994; 13:737-745.

Bradshaw J. *A taxonomy of social need. In: Problems and Progress in Medical Care: Essays on Current Research.* London: Oxford University Press; 1972.

Brewin C, Wing J, Mangan S, Brugha TS, MacCarthy B. *Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment.* Psychological Medicine. 1987; 17: 971-981.

Brewin C, Wing J, Mangan S, Brugha TS, MacCarthy & Lesage A. *Needs for care among the long-term mentally ill: a report from the Camberwell High Contact Survey.* Psychological Medicine. 1988; 18: 457-468.

Carter M, Crosby C, Geerthuis S. *Developing Reliability in client-centred mental health needs assessment*. Journal of Mental Health. 1996; 5: 233-243.

Censo Demográfico 2000 - Características gerais da população – resultados da amostra. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/>

Faraco CE & Moura FM. *Gramática*. São Paulo: Editora Ática; 1998.

Foldemo A & Bogren L. *Need assessment and quality of life in outpatients with schizophrenia: a 5-year follow-up study*. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2002; 16: 393-398.

Gallagher J & Teeson M. *Measuring disability, need and outcome in Australian community mental health services*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2000; 34: 850-855.

Hansson L, Bjorkman T, Svensson B. *The assessment of needs in psychiatric patients. Interrater reliability of the Swedish version of the Camberwell Assessment of Needs instrument and results from a cross-sectional study*. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1995; 92: 285-293.

Issakidis C & Teesson M. *Measurement of need for care: a trial of the Camberwell Assessment of Need and the Health of the Nation Outcome Scales*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1999; 33: 754-759.

Jenson JM. *Connecting science to intervention: Advances, challenges, and the promise of Evidence-Based Practice*. Social Work Research. 2005; 29(3): 131-135.

Joska J & Flisher AJ. *The assessment of need for mental health services*. Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology. 2005; 40: 529-539.

Kilian R, Bernert S, Matschinger H, Mory C, Roick C, Angermeyer MC. *The standardized assessment of the need for treatment and support in severe mental illness: development and testing of the German version of the Camberwell Assessment of Need –EU*. Psychiatrische Praxis. 2001; 28 (2): 79-83.

Korkeila J, Heikkilä J, Hansson L, Sørgaard K, Vahlberg T, Karlsson H. *Structure of needs among persons with schizophrenia*. Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology. 2005; 40:233-239.

Landis JR & Kock GG. *The measurement of observer agreement for categorical data*. Biometrics.1977; 33: 159-174.

Lasalvia A, Ruggeri M, Mazzi MA, Dall'Agnola RB. *The perception of needs of care in staff and patients in community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 3.* Acta Psychiatrica Scandinavica. 2000; 102: 366-375.

Marshall, M. *How should we measure need?* Philosophy, Psychiatry and Psychology. 1994; 1: 27-36.

Legislação – saúde mental. Disponível em <http://www.camara.gov.br>

Maslow, A. *Motivation and personality.* New York: Harper and Row; 1954.

McCrone P, Leese M, Thornicroft G, Schene A, Knudsen HC, Vásquez-Barquero JL, Lasalvia A, Padfield S, White I, Griffiths G. *Reliability of the Camberwell Assessment of Needs – European version.* EPSILON Study 6. *European psychiatry services: input linked to outcome domains and needs.* British Journal of Psychiatry. 2000; 177 (39): 34-40.

McCrone P, Leese M, Thornicroft G, Schene A, Knudsen HC, Vásquez-Barquero JL, Tansella M, Becker T for the EPSILON Study Group. *A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON Study.* Acta Psychiatrica Scandinavica. 2001; 103: 370-379.

Menezes P. *Princípios de epidemiologia psiquiátrica*. In: eds Almeida OP, Dratcu, L, Laranjeira, R. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1996; p. 43-54.

Menezes PR & Nascimento AF. *Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria*. In: eds Gorenstein C, Andrade LHSG & Zuarde AW. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos. 2000; p. 23-28.

Morgan VA, Mitchell PB, Jablensky AV. *The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders*. *Bipolar Disorders*. 2005; 7: 326-337.

Mueser,K & McGurk S. *Schizophrenia*. *The Lancet*. 2004; 363(19): 2063-2072.

Ochoa S, Haro JM, Autonell J, Pendas A, Teba F, Marquez M. NEDES Group. *Met and unmet needs of schizophrenia patients in a Spanish sample*. *Schizophrenia Bulletin*.2003; 29 (2): 201-210.

Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wikes T, Strathdee G, Loftus L, McCrone P, Hayward P. *The Camberwell Assessment of Need (CAN). The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness*. British Journal of Psychiatry. 1995; 167: 589-595.

Prince M. *Measurement in psychiatry*. In: eds Prince M, Stewart R, Ford T & Hotopf M. *Practical psychiatric epidemiology*. London: Oxford University Press. 2003; p. 13-41.

Rössler W, Salize HJ, van Os J, Rössler AR. *Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders*. European Neuro-Psychopharmacology. 2005; 15: 399-409.

Ruggeri M, Lasalvia A, Nicolaou S, Tansella M. *The Italian version of the Camberwell Assessment of Need (CAN), an interview for the identification of needs of care*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale. 1999; 8: 135-167.

Ruggeri M, Leese M, Slade M, Bonizzato P, Fontecedro L, Tansella M. *Demographic, clinical, social and services variables associated with higher needs for care in community psychiatric service patients*. Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology. 2004; 39: 60-68.

Saito Y, Sozu T, Hamada C, Yoshimura I. *Effective number of subjects and number of raters for reliability studies*. *Statistics in Medicine*. 2006; 25:1547-1560.

Slade M, Phelan M, Thornicroft G. *A comparison of needs assessed by staff and by an epidemiologically representative sample of patients with psychosis*. *Psychological Medicine*. 1998; 28: 543-550.

Slade M, Thornicroft G, Loftus L, Phelan M, Wykes T. *Camberwell Assessment of Need*. London: Gaskell; 1999.

Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. *The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description*. *Archives of General Psychiatry*. 1992; 49: 624-629.

Stevens A & Gabbay J. *Needs assessment needs assessment*. *Health Trends*. 1991; 23: 20-23.

Trauer T & Tobias G. *The Camberwell Assessment of Need and behavior and symptom identification scale as routine outcome measures in a psychiatric disability rehabilitation and support service*. *Community Mental Health Journal*. 2004; 40(3): 211-221.

Tucci A, Kerr-Correa F, Dias R. *Social disability of Brazilian mood disorder patients*. Brazilian Journal of Medical and Biological Research. 2004; 37(11): 1713-1720.

Webb AS. *Some consideration of the validity of Evidence-based practice in Social Work*. British Journal of Social Work. 2001; 31: 57-79.

Yeh HS, Luh RL, Lee YC, Slade M. *Reliability of the Camberwell assessment of need (Chinese version) for patients with schizophrenia at a daycare center of Taiwan*. Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology. 2006;41(1):75-80.