UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

SATISFAÇÃO E MUDANÇA PERCEBIDA POR USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Rosana Ribeiro Tarifa

São Paulo
2015

Rosana Ribeiro Tarifa

SATISFAÇÃO E MUDANÇA PERCEBIDA POR USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível em acervo reservado da Biblioteca Wanda de Aguiar Hortana, situada na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que aloja o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

São Paulo

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Tarifa, Rosana Ribeiro

Satisfação e mudança percebida por usuários dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (Versão Corrigida) / Rosana Ribeiro Tarifa. São Paulo, 2014.

155 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Nome: Rosana Ribeiro Tarifa

Título: Satisfação e Mudança Percebida por usuários dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool E Outras Drogas

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em ___ / ___ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, Edmilson

Aos meus pais, Ivone e João

Aos meus amigos

Aos meus professores

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, minha orientadora, por me dar apoio e recursos para concretizar esse trabalho, além de me conduzir pelo caminho da ciência como amiga e professora.

Ao Prof. Dr. Ronny Francy Campos, meu orientador durante a graduação e apoiador, que me fez acreditar que tudo isso seria possível.

À Prof. Ms. Keila M Araújo, pelo incentivo, pelos ensinamentos, pelo apoio e amizade.

Aos demais professores, colegas de trabalho e companheiros da vida acadêmica, pelo apoio e pelos ensinamentos.

Aos membros e amigos do Grupo de Estudos e Pesquisas em Álcool e Outras Drogas pelas discussões pertinentes sobre a pesquisa.

Às minhas amigas e companheiras na jornada acadêmica, Heloísa Garcia Claro e Thaís Rojas, pelos incentivos, apoios e auxílios; pelas sugestões sempre pertinentes e por fazerem minhas horas de trabalho longe da família mais alegres.

Ao meu marido, Edmilson Rocha Marques, pela eterna paciência e compreensão pela minha ausência, por me apoiar e incentivar sempre, além de me acompanhar sempre que possível.

À minha mãe, Ivone Ribeiro Martins, por me ensinar que coisas fáceis não valem a pena.

Ao meu pai, João Bernardo Tarifa, pelo carinho e esforço em acompanhar tudo de perto.

Ao restante da minha família, por compreenderem minhas ausências e me apoiarem.

A todas as demais pessoas que, mesmo em silêncio, ajudam-me a seguir em frente.

“A maior recompensa para o trabalho do Homem não é o que ele ganha com isso, mas o que ele se torna com isso.” (*John Ruskin)*

TARIFA, RR. Satisfação e Mudança Percebida por usuários dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas [Dissertação]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014. 155 p.

RESUMO

Objetivo: Avaliar, em uma amostra de CAPSad das regiões Sul e Sudeste do município de São Paulo, a satisfação dos usuários com o serviço e a mudança percebida por esses usuários com relação à assistência recebida e investigar as variáveis associadas.

Metodologia: Pesquisa avaliativa, de método quantitativo transversal, descritivo e exploratório que integra um projeto matricial desenvolvido para avaliar medidas de impacto das políticas para ações em álcool e outras drogas. Coletaram-se 114 entrevistas em cinco CAPSad das regiões Sul e Sudeste do município de São Paulo; inicialmente foram sorteados 150 usuários para compor a amostra, por método aleatório simples sem reposição. A coleta foi realizada entre o ano de 2013 e o primeiro semestre de 2014. As variáveis dependentes foram a satisfação global com os serviços e mudança percebida após o tratamento; as variáveis independentes referiam-se às características socioeconômicas e clínicas dos usuários dos serviços e à satisfação global (para o caso de análise univariada e múltipla de correlação com a mudança percebida). Realizou-se análise descritiva, univariada e múltipla por meio de regressão de Mínimos Quadrados Ordinários. O nível de significância foi de 5%; sendo aceito o nível de significância de 30% para entrada das variáveis independentes no modelo múltiplo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Protocolo: 1.001/2011).

Resultados: As variáveis independentes, renda familiar no último mês ($p=0,043$; $\beta=0,190$) e escolaridade ($p=0,031$; $\beta=-0,203$), apresentaram correlação com a satisfação global; e a variável situação conjugal ($p=0,040$; $\beta=-0,196$) apresentou correlação com a mudança percebida. Pela análise múltipla, a variável escolaridade apresentou correlação com a satisfação global (p-valor≤0,05), e as variáveis etnia, renda familiar no último mês, internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad e presença de outro problema de saúde permaneceram

no modelo múltiplo como variáveis de controle (r^2=0,06). As variáveis situação conjugal e satisfação global apresentaram correlação com a mudança percebida (p-valor≤0,05) e as variáveis etnia, internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad, presença de outro problema de saúde e hábito de fumar permaneceram no modelo como variáveis de controle (r^2=0,13). A distribuição da satisfação e da mudança percebida pelos usuários apresentaram desvio à direita, indicando escores altos; com distribuição normal.

Conclusões: Poucos estudos correlacionam variáveis sóciodemográficas e clínicas com a satisfação global com o serviço e a mudança percebida, mas essas variáveis mostraram importante correlação no presente estudo. A satisfação global com o serviço mostra ser fator preditivo de maiores escores de mudança percebida, portanto é um fator importante de avaliação para que resultados clínicos objetivos sejam alcançados. São necessários mais estudos inferenciais sobre a satisfação com o serviço e a mudança percebida.

Descritores: Avaliação de Serviços de Saúde. Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

Objective: To evaluate, in a sample of CAPSad in Southern and Southeastern regions of São Paulo, the satisfaction of users about the services and change perceived, regarding the care received and to investigate the associated variables.

Methodology: an evaluative study, cross-sectional, descriptive and exploratory using quantitative methods. This study incorporates a matrix project developed to measure and assess the impact of the policy actions for alcohol and other drugs. Data was collected with 114 interviews in five CAPSad in Southern and Southeastern regions of São Paulo; 150 users initially were drawn for the sample by simple random method without replacement. Data collection was conducted between 2013 and the first half of 2014. The dependent variables were overall satisfaction with services and perceived change after treatment; the independent variables were related to socioeconomic and clinical characteristics of users of the services and overall satisfaction (in the case of univariate and multivariate analysis of correlation with the perceived change). It was conducted a descriptive, univariate model followed by multiple analysis, using the method of ordinary least squares. The significance level was 5%; the variables entered in the multiple model had a significance level of 30% or less. The study was approved by the Research Ethics Committee of the School of Nursing, University of São Paulo (Protocol: 1001/2011).

Results: The independent variables family income in the past month ($p = 0.043$; $\beta = 0.190$) and education ($p = 0.031$; $\beta = -0.203$) correlated with overall satisfaction; and the variable marital status ($p = 0.040$; $\beta = -0.196$) correlated with the perceived change. By multivariate analysis schooling variable correlated with overall satisfaction (p-value ≤ 0,05), and ethnicity variables, household income last month, previous psychiatric hospitalization and treatment at CAPSad presence of other health problems remained in the model multiple as control variables ($r2 = 0.06$). The variables marital status and overall satisfaction correlated with the perceived change (p-value≤0,05) and ethnicity variables, previous psychiatric hospitalization treatment at CAPSad, presence of other health problems and smoking variables remained in the model as control ($r2 = 0.13$). The distribution

of satisfaction and perceived by the users change showed a shift to the right, indicating higher scores; with approximately normal distribution.

Conclusions: Few studies have correlated sociodemographic and clinical variables and overall satisfaction with the service and the perceived change, but these variables showed significant correlation in the present study. Overall satisfaction with the service proves to be predictive of higher scores of perceived change, so it is an important evaluation factor for clinical outcome goals are achieved. More inferential studies on satisfaction with the service and the perceived changes are needed.

Descriptors: Health Services Evaluation. Alcohol-Related Disorders. Substance-Related Disorders. Mental Health Services.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis socioeconômicas dos entrevistados, conforme categorização, Brasil (São Paulo) – 2014 (n=114). 64

Tabela 2 - Frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis clínicas dos entrevistados. São Paulo, 2014 (n=114). 65

Tabela 3 - Análise descritiva dos fatores da escala SATIS-BR para o total da amostra, Brasil (São Paulo) – 2014 (n=114). 66

Tabela 4 - Análise descritiva dos fatores da EMP para o total da amostra, Brasil (São Paulo) – 2014 (n=114). 67

Tabela 5 - Análise univariada das variáveis socioeconômicas em correlação ao item global da escala SATIS-BR, Brasil (São Paulo), 2014 (n=114). 68

Tabela 6 - Análise univariada das variáveis clínicas em correlação ao item global da escala SATIS-BR, Brasil (São Paulo), 2014 (n=114). 69

Tabela 7 - Parâmetros da regressão linear múltipla entre a satisfação global com o serviço e as variáveis estudadas para o total da amostra, Brasil (São Paulo), 2014 (n=114)..... 70

Tabela 8 - Análise univariada das variáveis socioeconômicas em correlação ao item global da Escala de Mudança Percebida, Brasil (São Paulo), 2014 (n=114). 71

Tabela 9 - Análise univariada das variáveis clínicas em correlação ao item global da Escala de Mudança Percebida, Brasil (São Paulo), 2014 (n=114). 72

Tabela 10 - Parâmetros da regressão linear múltipla entre a mudança percebida global e as variáveis estudadas para o total da amostra, Brasil (São Paulo), 2014 (n=114)..... 73

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Amostra de usuários sorteada para compor o estudo e amostra de usuários entrevistados. Brasil (São Paulo) 2014. 52

Figura 2 - Gráfico de densidade de kernel para verificação da normalidade da variável Escala Global SATIS. 66

Figura 3 - Gráfico de densidade de kernel para verificação da normalidade da variável Escala Global EMP. 67

LISTA DE SIGLAS

AOD – Álcool e outras Drogas

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CMSM – Coordenação Municipal de Saúde Mental

CONFEN - Conselho Federal de Entorpecentes

DPF - Departamento de Polícia Federal

EEUSP – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

EMP – Escala de Mudança Percebida

FUNAD - Fundo Nacional Antidrogas

GEAD – Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

MS – Ministério da Saúde

PNAD – Política Nacional Antidrogas – posteriormente passou a denominar-se Política Nacional sobre Drogas

OLS – Ordinary Least Squares

OMS – Organização Mundial da Saúde

SATIS-BR – Escala de Avaliação da Satisfação em Serviços de Saúde Mental

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNODOC - United Nations Office on Drugs and Crime

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 23
1.1 JUSTIFICATIVA 24
1.2 REVISÃO DA LITERATURA 25
1.2.1 Políticas públicas em álcool e outras drogas 25
1.2.2 Serviços de saúde em álcool e outras drogas..... 31
1.2.3 Epidemiologia em uso de Álcool e outras Drogas..... 33
1.2.4 Avaliação de serviços de saúde..... 38
1.2.5 Objetivos e pergunta do estudo 42

2 HIPÓTESES, OBJETIVOS E FINALIDADE..... 45
2.1 HIPÓTESES 46
2.2 OBJETIVOS 46
2.2.1 Objetivo Geral 46
2.2.2 Objetivos Específicos..... 47
2.2.3 Finalidade..... 47

3 MÉTODO..... 49
3.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO 50
3.2 LOCAIS DE ESTUDO..... 50
3.3 AMOSTRA 51
3.4 ESTUDO PILOTO 52
3.5 CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE PARTICIPANTES 52
3.6 COLETA DE DADOS 53
3.7 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES 54
3.8 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS..... 55
3.9 VARIÁVEIS DO ESTUDO..... 56
3.9.1 Variáveis dependentes..... 56
3.9.2 Variáveis independentes..... 56
3.10 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS 58
3.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 60

4 RESULTADOS **63**
4.1 ANÁLISE DESCRITIVA 64
4.2 ESCALA DE SATISFAÇÃO (SATIS) 68
4.3 ESCALA DE MUDANÇA PERCEBIDA (EMP) 71

5 DISCUSSÃO **75**
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS 76
5.2 ESCALA DE SATISFAÇÃO (SATIS) 80
5.3 ESCALA DE MUDANÇA PERCEBIDA (EMP) 85

6 CONCLUSÕES **91**

REFERÊNCIAS **95**

APÊNDICES **103**
APÊNDICE A – CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO. 104
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 106
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 109

ANEXOS **153**
ANEXO A – PARECER EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO 154
ANEXO B – PARECER EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 155

1 INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa

Cerca de 5% da população mundial entre 15 e 64 anos, em 2012, declararou ter utilizado alguma droga ilícita ao menos uma vez no ano anterior[1]. Entre 2003 e 2012, a proporção de internações para tratamento pelo uso de substâncias psicoativas aumentou na Europa Ocidental e Central, no Oriente e Sudeste da Europa, na América Latina, no Caribe e na Oceania[1].

No *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil,* identificou-se que 22,8% dos brasileiros já fizeram uso de drogas na vida (com exceção do tabaco e do álcool) e 49,8% dos entrevistados consumiram bebidas alcoólicas pelo menos uma vez nos últimos 12 meses antecedentes à pesquisa.

O consumo abusivo e a dependência de álcool e outras drogas, nas últimas décadas, tem se configurado uma demanda de saúde pública com cenário marcado por acelerada transição socioeconômica em vários países[1]. Motivo que levou diferentes governos a desenvolver alternativas políticas para a questão, inicialmente num contexto de *guerra às drogas*[2].

A partir da década de 1980, debates sobre os direitos humanos provocaram iniciativas voltadas para a redução de danos associados ao uso de substâncias psicoativas, novos modelos assistenciais e políticas inclusivas[2]. Nessa mesma década foi instituída a Constituição Federal do Brasil[2; 3] e, a partir de então, as políticas de saúde foram reformuladas no país[3].

Já em 2010, instituiu-se o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas[4], desenvolvido com o objetivo[4] de articular e ampliar ações, buscando integração da família e atenção às populações vulneráveis[3]. O fortalecimento do trabalho em rede e de outras ações com olhar para as necessidades das populações em situação de vulnerabilidade também são as principais orientações d'*A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*[5].

Nessa lógica, a implantação de serviços de base comunitária, denominados Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)[6], os quais possuem várias modalidades de atendimento e, entre elas, a modalidade álcool e outras drogas, complementam a iniciativa de busca por ações inclusivas.

No entanto, o consumo das ações de saúde no mesmo instante em que acontecem, pode dificultar a análise do seu impacto na população usuária dos serviços de saúde[7], inclusive pela impossibilidade de se mensurar instantaneamente tal impacto. Mas se faz necessária a procura por métodos de avaliação dessas ações.

Cada usuário do sistema de saúde possui exigências e expectativas em relação ao serviço de saúde, portanto, a satisfação com o serviço e a mudança percebida com o tratamento são duas importantes medidas para avaliação dos resultados das ações desenvolvidas[8; 9].

Valorizar a visão do usuário fortalece o paradigma de humanização, direitos dos clientes/pacientes, direitos humanos e de cidadania, pois permite a expressão de sentimentos, percepções e expectativas relacionadas ao serviço[10].

Em princípio, sugere-se que a avaliação envolva três aspectos de um serviço: estrutura, processo e resultado[11]. Todavia, antes de se adentrar ao todo, poderia iniciar-se o processo de avaliação de forma mais delimitada, o que seria mais palpável[12].

A dimensão resultado integra aspectos subjetivos e o seu reconhecimento envolve questões éticas, que podem desenvolver-se somente quando se vê o outro *como interlocutor válido e agente social das próprias mudanças por meio da reflexão consciente e compartilhada do problema*[13]. Justifica-se, assim, a necessidade do desenvolvimento da presente pesquisa.

1.2 Revisão da Literatura

1.2.1 Políticas públicas em álcool e outras drogas

Compreender a produção de um governo sob a ótica das políticas públicas é uma das maneiras de entender seus desdobramentos, trajetórias e perspectivas[14]. Ao longo da História, o tema política pública foi estudado de formas diferentes em cada região geográfica. Na Europa, o estudo das políticas públicas iniciou-se pela análise do papel do Estado (e seu governo), enquanto

nos Estados Unidos (EUA), o estudo do tema enfatizou a ação dos governos dentro de um Estado[14].

Quatro pesquisadores consolidaram diferentes formas de se compreender o desenvolvimento do Estado por meio da análise de suas políticas públicas, a saber, H. Laswell (1936), H. Simon (1957), C. Lindblom (1959; 1979) e D. Easton (1965)[14]. A expressão *policy analysis* (análise política) deve-se a Laswell e tem o sentido de união entre o conhecimento científico e a produção empírica dos governos. Simon criou o conceito de *policy makers* (decisões públicas), alegando que a limitação da racionalidade, condicionada por informações incompletas e auto-interesse nas decisões, pode ser minimizada pelo conhecimento racional, com a criação de estruturas, regras e incentivos que modelem o comportamento dos atores políticos na direção dos resultados almejados, minimizando interesses particulares. As teorias de Laswell e de Simon foram questionadas por Lindblom, que propôs a incorporação das variáveis *relação de poder* e *integração das diferentes fases do processo decisório* à formulação e análise das políticas públicas, incluindo o papel das eleições, das burocracias, dos partidos políticos e dos grupos de interesse. Por fim, Easton definiu a política pública como o resultado da relação entre formulação, resultados e ambiente, portanto, como um sistema influenciado por grupos de interesse e pela mídia, o que altera seus efeitos e resultados[14].

Dentre os vários conceitos para o termo, Laswell propõe que a análise das políticas públicas responda às seguintes questões: *Quem ganha o quê?, Por quê?* e *Que diferença faz?*[14]. Outros pesquisadores definem que o papel das políticas públicas é a solução dos problemas sociais, mas excluem os limites e aspectos conflituosos que podem limitar a tomada de decisões dos governos, assim como as cooperações possíveis entre governos distintos[14]. Mas, de forma geral, tais teorias voltam nosso olhar para o caráter multidisciplinar das políticas públicas e para a atuação dos governos no sentido das necessidades públicas[14].

Se considerarmos que o campo das políticas públicas é holístico, sua análise dependerá da soma de várias disciplinas, teorias e modelos analíticos, podendo ser objeto de muitas áreas do conhecimento[14]. Ademais, como campo holístico, pode desdobrar-se em programas, projetos, bases de dados, sistema de informações, pesquisas, ficando submetida à sistemas de acompanhamento e avaliação[14].

As políticas públicas, nos Estados Modernos, codificam normas e valores sociais, induzindo a ação de pessoas e grupos, mas se constituem também em mecanismos de regulação e mudança social, promoção de bem-estar, defesa de direitos, inclusive o direito à saúde[14].

Em relação ao tema álcool e outras drogas, na tentativa de promover saúde, muitos governos elaboraram políticas de criminalização, medicalização, restrição da produção e da venda de substâncias com alto potencial para o desenvolvimento de abuso e dependência, como é o caso das substâncias psicoativas[2]. Tais ações colocam-se num contexto de *guerra às drogas* e tentam frear a mercantilização e a industrialização de substâncias psicoativas com caráter proibicionista[2].

Em 1924, face à influência internacional relacionada ao controle do consumo de substâncias psicoativas no Brasil, foram incluídos os Decretos 4.294 e 14.969 no Código Penal Brasileiro[2]. O Decreto 4.294 propunha pena de prisão às pessoas que vendessem cocaína, ópio e seus derivados, enquanto o Decreto 14.969 criava o *sanatório para toxicômanos[2].*

No entanto, registros históricos revelam que a primeira lei proibicionista relacionada ao tema das substâncias psicoativas, no Brasil, foi criada em 1830 pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro e sancionava penalidade aos negros que fossem pegos fumando maconha[2].

As medidas assistenciais praticadas no início do século XX e destinadas aos usuários de substâncias psicoativas possuíam caráter moralista e higienista através da atuação de sociedades de caráter privado, como a Liga Antialcoólica de São Paulo, a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, a Liga Brasileira de Higiene Mental e a União Brasileira Pró-Temperança[3].

Por volta do ano 1945, com o final da Segunda Guerra Mundial, o fenômeno de globalização da economia associou-se ao compartilhamento de leis de caráter político-criminoso em relação às substâncias psicoativas[3]. A preocupação atingiu a pauta de discussões da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas (ONU), que criaram comissões técnico-científicas para discutir o tema[3]. Foram, então, realizadas três convenções internacionais, em Nova Iorque (1961) e em Viena (1971 e 1988), nas quais foi reafirmada a concepção internacional repressiva de combate ao uso e tráfico de drogas[3].

Seguindo o mesmo raciocínio, no Brasil, foi aprovada a Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971, dispondo sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, além de outras providências[15]. Essa lei foi revogada pela lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, não muito diferente da lei anterior, e que dispunha sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, além outras providências[16]. A última lei mencionada foi revogada apenas mais recentemente pela Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), prescreve medidas para prevenção do uso indevido de substâncias psicoativas, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas, estabelece normas para repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas, define crimes e dá outras providências[17].

Debates sobre os direitos humanos, promovidos da década de 1980, provocaram iniciativas voltadas para a redução de danos associados ao uso de substâncias psicoativas, novos modelos assistenciais e políticas inclusivas[2]. Em 1988, o texto da Constituição Federal do Brasil, que permanece em vigor, destacou a saúde como um direito de todos, sendo condição essencial para uma vida digna e, portanto, um direito fundamental[2; 3]. A partir daí, as políticas de saúde formuladas no Brasil passaram a garantir preceitos constitucionais voltados para a defesa dos direitos humanos[3].

A operacionalização das diretrizes constitucionais ocorreu por meio das Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas do ano 1990, reguladoras do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei nº 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de outras providências[18]. A Lei nº 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além de outras providências[19].

Após a XX Assembleia Geral Especial da Nações Unidas (1998), na qual foram discutidos princípios diretivos para redução da demanda de usuários de drogas, o Brasil iniciou a construção de políticas nacionais mais específicas em relação ao uso de substâncias psicoativas[2]. O Conselho Federal de

Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)[2].

O SISNAD (criado pela Lei nº 11.343, conforme mencionado anteriormente) integra a SENAD[20]. O SISNAD tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de substâncias psicoativas, além de reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas, sendo regulamentado pelo Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006[20]. A SENAD foi criada pela Medida Provisória nº. 1.669 e Decreto nº. 2.632 de 19 de junho de 1998[3].

O CONAD, órgão normativo e deliberativo da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), até 2011, também fazia parte do SISNAD, no entanto, foi transferido para o Mistério da Justiça por meio do Decreto nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011[21]. Tal Decreto dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento dos cargos para a Defensoria Pública da União[21].

A SENAD, o Departamento de Polícia Federal (DPF) e agentes do SISNAD elaboraram, em 2001, a Política Nacional Antidrogas (PNAD)[22]. Tal política, instituída pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002, estabelece objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias voltadas para a prevenção, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, a redução de danos sociais e à saúde, a repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas[22].

Três pontos principais foram rediscutidos em 2003 com a finalidade de construir uma Agenda Nacional voltada para o tema do álcool e outras drogas, a integração das políticas públicas setoriais com a PNAD, a descentralização das ações (que deveriam passar a acontecer em nível municipal/ local) e a aproximação das discussões com a sociedade e a comunidade científica[3].

Com as mudanças sociais, políticas e econômicas ocorridas no Brasil e no mundo, foi necessário rediscutir itens da PNAD de forma a alinhá-la às necessidades da população[3]. Foi então aprovada, em 2005, a Política Nacional sobre Drogas[23].

Ocorreu realinhamento discursivo, passando a se falar em “Políticas sobre drogas” e não “Antidrogas”[23]. A questão do abuso de substâncias psicoativas passou a ser tratada, dentro da saúde pública, no sentido da necessidade por espaços de assistência e tratamento, recuperação e reinserção social dos usuários[23].

As principais diretrizes dessa política são: atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas; reconhecer o direito de toda pessoa receber tratamento para drogadição; reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante; priorizar ações de prevenção; incentivar ações integradas aos setores de educação, saúde e segurança pública; promover ações de redução de danos; garantir ações para reduzir a oferta de drogas no país, entre outras orientações[23].

Considerando a expansão do uso de álcool e outras drogas no Brasil, o aumento no uso dessas substâncias por crianças e adolescentes, a necessidade por expansão de serviços assistenciais pelo território nacional e o fortalecimento das políticas existentes sobre o tema, em 2009, entrou em vigor a Portaria nº 1.190[24], com a finalidade de favorecer a ampliação do acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas, diversificação das ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas, além da construção de respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas[24].

Em 2010, instituiu-se o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas[4], no intuito de fomentar ações de prevenção, tratamento, reinserção social e enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas[3]. O principal objetivo do Plano[4] é a articulação e ampliação das ações citadas, buscando integração da família e atenção às populações vulneráveis[3].

A grande mudança está no olhar menos punitivo e mais reflexivo acerca das necessidades das populações vulneráveis[25]. O consumo de drogas psicoativas vem aumentando e parece associar-se com situações de extrema vulnerabilidade social por parte dos usuários, que são representados por crianças, adolescentes e adultos jovens, especialmente pela população de rua[26].

1.2.2 Serviços de saúde em álcool e outras drogas

A evolução política em relação à temática álcool e outras drogas acompanhou movimentos sociais reacionários, marcados por debates e disputas de diferentes setores buscando cuidado mais digno, humanizado e que valorizem os direitos humanos[3]. Mudanças na legislação, como a implantação da Lei 10.216 (de 06 de abril de 2001)[27], possibilitaram a ratificação das diretrizes constituintes do Sistema Único de Saúde (SUS), o que garantiu aos usuários do serviço de saúde mental a universalidade de acesso e direito à assistência e a integralidade do cuidado[3]. A diretriz principal para o tema de álcool e outras drogas foi a publicação pelo Ministério da Saúde, em 2003, da *Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*[5].

A *Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*[5] está voltada para a especificidade de seu público-alvo e se embasa nos princípios do SUS e no Movimento de Reforma Psiquiátrica. Estabelecer e fortalecer o trabalho em rede, proporcionar atenção integral, facilitar e aumentar acesso aos serviços, incluir a participação dos usuários e da comunidade e criar serviços de atenção diária como alternativa ao Hospital Psiquiátrico são suas principais orientações[5].

Serviços denominados Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (CAPSad) foram implementados seguindo a lógica não manicomial e alternativa para oferecer assistência dentro da temática da saúde mental, mas com valorização aos direitos humanos[6]. As ações desses serviços centram-se na comunidade, são realizadas por equipe multiprofissional especializada e, na área de álcool e outras drogas, articula ações para redução de danos, prevenção, recuperação, tratamento e reinserção social dos usuários de drogas de abuso[5].

Existem várias modalidades de CAPS (I, II, III, infanto-juvenil e álcool/drogas), as diferenças principais estão no porte, na complexidade e na abrangência populacional dos serviços[28]. Cada modalidade de CAPS caracteriza-se por:

- **CAPS I -** capacidade para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, sob coordenação do gestor local, com funcionamento no período das 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana[28];

- **CAPS II -** capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; com funcionamento das 8 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até as 21 horas[28];

- **CAPS III** - capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com serviço ambulatorial de atenção contínua, inclusive feriados, oferecendo assistência durante 24 horas; sob coordenação do gestor local, estando referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica[28];

- **CAPSi II** – serviço destinado ao atendimento de crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes; o serviço deve destinar atenção diária a crianças e adolescentes com transtornos mentais; com funcionamento das 8 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21 horas[28];

- **CAPSad II e III** – serviços para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas; capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000; caráter ambulatorial de atenção diária; sob coordenação do gestor local; funcionamento das 8 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas para CAPSad II e funcionamento 24 horas durante todos os dias da semana para CAPSad III; existência de leitos para desintoxicação e repouso (conforme porte do serviço e determinação legal)[28].

Independentemente da modalidade de serviço, os CAPSs devem oferecer atendimento individual, em grupos, oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou médio, visitas e atendimentos domiciliares,

atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração na comunidade e inserção familiar e social, deve desenvolver ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça (para CAPSi), atendimento de desintoxicação (para CAPSad), acolhimento noturno (para modalidade III) nos feriados e finais de semana, sendo que a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados para um período de 30 (trinta) dias[28].

Em relação aos recursos humanos, o número de profissionais em cada serviço varia, também, conforme a modalidade do mesmo[28]. De forma geral, a equipe técnica é composta por[28]: médico com formação em saúde mental, enfermeiro, profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). No caso de acolhimento noturno, para plantões de 12 horas, a equipe deve ser composta por: técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, e profissional de nível médio da área de apoio[28]; para plantões de 12 horas diurnas aos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: profissional de nível superior (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico), técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, profissional de nível médio da área de apoio[28].

1.2.3 Epidemiologia em uso de Álcool e outras Drogas

Medicamentos, toxinas ou drogas de abuso que atuam no sistema nervoso central do indivíduo, alterando seu humor, sua consciência, senso-percepção, cognição e função cerebral são chamadas de *substâncias psicoativas*[29]. Tais substâncias são divididas em 11 classes: álcool, anfetamina ou simpaticomiméticos de ação similar, cafeína, canabinóides, cocaína, alucinógenos, inalantes, nicotina, opióides, fenciclidina (PCP) ou arilciclo-hexilaminas de ação similar e sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos[29].

Em 2012 aproximadamente 5,2% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos usou alguma droga ilícita ao menos uma vez no ano anterior[1]. Os homens estão de duas a três vezes mais propensos ao uso de substâncias psicoativas do que as mulheres, no entanto as mulheres fazem uso equivalente ou maior do que os homens de produtos farmacêuticos (sem prescrição médica)[1].

Desde 2009, vem ocorrendo aumento mundial no uso de opiáceos e maconha, embora se suponha que poucos países realizem pesquisas nacionais periodicamente sobre uso de drogas[1]. Estima-se que os dados coletados em 33 países e divulgados pelo relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 2012 sobre uso de drogas no mundo refiram-se a aproximadamente 12% da população mundial entre 15 e 64 anos[1], portanto o uso de substâncias psicoativas pode ser muito maior do que se tem notícia a nível mundial[1].

Entre 2003 e 2012, observou-se que em países como a África, Oceania e as Américas ocorreu maior uso de substâncias derivadas da *cannabis;* a proporção de internações para tratamento dessa substância aumentou na Europa Ocidental e Central (de 19 por cento para 25 por cento), no Oriente e Sudeste da Europa (de 8 por cento para 15 por cento), na América Latina e no Caribe (de 24 por cento para 40 por cento) e na Oceania (de 30 por cento para 46 por cento)[1].

A maior procura por tratamento no Sudeste da Europa Oriental e da Ásia acontece para o uso de *opióides*, enquanto nas Américas, principalmente América Latina e Caribe, a maior procura por tratamento ocorre para o uso de *cocaína* e derivados, como o crack; na Ásia e na Oceania ocorre maior uso de estimulantes do tipo anfetamina[1].

Na América Latina, Central e Sul, assim como no Caribe, o uso de *cocaína* é bastante elevado, com maior uso na América do Sul[1]. O uso de substâncias por estudantes dos países andinos (Colômbia, Bolívia, Equador e Peru), entre os anos 2009 e 2012, aumentou para cannabis (de 4,8% em 2009 para 7,9% em 2012) e para estimulantes do tipo anfetamina, enquanto se manteve estável para *cocaína;* entre estudantes universitários, identificou-se alta prevalência no uso de *Dietilamina do Ácido Lisérgico (LSD)*, principalmente na Colômbia[1].

Em relação ao consumo mundial de bebidas alcoólicas, em 2005, foi registrado consumo *per capta* de 6,13 litros de álcool puro por pessoas com 15 anos de vida ou mais[30]. Cerca de 28,6% desse consumo, o que equivale a 1,76 litros por pessoa, refere-se ao consumo estimado de bebida alcoólica produzida ilegalmente (bebida alcoólica caseira)[30]. Acredita-se que a bebida produzida ilegalmente ofereça risco aumentado de dano à saúde devido às impurezas e outros contaminantes que possam conter[30].

Mensurar com precisão o consumo mundial de bebidas alcoólicas é difícil devido à produção caseira da substância, que não é tributada e, muitas vezes, é desconhecida por órgãos governamentais[30]. Entre essas produções estão as fermentadas, feitas a partir de sorgo, milho, arroz, trigo ou frutas[30].

Países do hemisfério norte, junto com a Argentina, a Austrália e a Nova Zelândia, registram maior consumo de álcool, enquanto países como África do Sul, Namíbia, América do Norte e do Sul registram consumo médio[30]. Níveis mais baixos de consumo ocorrem nos países do norte da África e África subsaariana, região do Mediterrâneo Oriental, sul da Ásia e países próximos ao oceano Índico, locais com população seguidora do islamismo, religião que prega abstinência de álcool[30].

Em alguns países onde a produção industrializada de álcool é baixa, foi registrado elevado consumo da substância, o que leva à conclusão de maior consumo de álcool produzido de forma caseira[30]. Estima-se que no Mediterrâneo Oriental e no Sudeste Asiático o consumo de bebidas caseiras ou produzidas ilegalmente sejam de 56,2% e 69,0%, respectivamente[30].

Acredita-se que em países mais pobres ou em desenvolvimento, os quais registram baixo consumo do álcool industrializado, ocorra maior uso de álcool caseiro ou produzido ilegalmente e, portanto, mais barato; enquanto nos países desenvolvidos o consumo de álcool é maior, mas equivalente à produção industrial da substância[30].

Registra-se consumo mundial total de aproximadamente 46% de bebidas destiladas, 36% de cerveja, 9% de vinho e 10% de outras bebidas[30]. Mas existem diferenças geográficas relacionadas ao tipo de bebida alcoólica mais consumida em cada país[30]. O vinho, por exemplo, é a bebida mais consumida em países do norte europeu, na Suécia e nos países sul-americanos (Argentina e Chile)[30]. Na África Subsaariana consome-se vinho, cerveja e

destilados[30]. No norte europeu e no restante do mundo consome-se mais cerveja[30].

Segundo dados do *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil,* 22,8% dos brasileiros já fizeram uso de drogas na vida (com exceção de tabaco e álcool) e 49,8% dos entrevistados consumiram bebidas alcoólicas pelo menos uma vez nos últimos 12 meses antecedentes à pesquisa. O consumo de álcool, por região, nos últimos 12 meses, foi de 49,8% dos habitantes da região Centro-Oeste, 56,6% da região Sul, 56,3% da região Sudeste, 35,6% da região Norte e 49,8% da região Nordeste[31].

Na mesma pesquisa, identificou-se que 38,3% da população brasileira consumiu bebida alcoólica nos últimos 30 dias antecedentes à pesquisa[31]. O consumo pelos habitantes de cada região do país foi 32,8% na região Centro-Oeste, 41,9% na região Sul, 41,4% na região Sudeste, 12,5% na região Norte e 34,6% na região Nordeste, considerando o total de habitantes em cada região[31].

Em 2005, a proporção de dependentes de álcool era de 12% dos brasileiros com idade entre 12 e 65 anos[31]. A proporção de bebidas alcoólicas mais consumidas foi de 68% para cerveja e chope, 17% para vinho, 8% para cachaça e pinga, 3,5% para uísque, vodka e conhaque e 3,5% para outras bebidas[31]. O número de doses ingeridas no último ano foi de 1-2 doses/dia por 46,8% dos entrevistados, 3-4 doses/dia por 23,7%, 5-6 doses/dia por 12,0%, 7-10 doses/dia por 7,8% e de mais de 10 doses/dia por 9,9%[31].

De forma geral, aproximadamente 5.799.005 brasileiros, em 2005, eram dependentes de *álcool* e 4.700.635 eram dependentes de *tabaco*[31]. O uso de *maconha*, na vida, aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas mais consumidas (8,8% dos entrevistados)[31]. A prevalência de uso da *cocaína*, do *crack* e da *merla* foi, respectivamente, de 2,9%, 0,7%, 0,2%[31]. Para uso de medicamentos sem receita médica, os *benzodiazepínicos* (ansiolíticos) tiveram uso, na vida, de 5,6% e a dependência dessa substância atingiu 0,5% dos entrevistados[31].

Outro estudo, publicado em 2007, encontrou alto consumo de álcool entre adolescentes (9% dos entrevistados de 14 a 17 anos), que bebem mais do que 1(uma) vez por semana (12% meninos e 6% meninas)[32]. Quase 50% dos meninos relataram beber mais de 3 doses por situação habitual e cerca de 1/3 (um terço) relatou consumo de 5 doses ou mais[32].

Ao se entrevistar jovens adultos, com idade entre 15 e 18 anos, constatou-se que o uso de álcool iniciou-se, em média, aos 15,3 anos; no mesmo estudo, em contrapartida, adolescentes com idade entre 14 e 17 anos relataram início de uso de álcool aos 13,9 anos de idade, com uso regular a partir dos 14,8 anos[32]. Tais dados mostram tendência de consumo de álcool cada vez mais cedo pela população, sendo necessária a implementação de ações voltadas para tal população[32].

Cerca da metade dos usuários de álcool, no Brasil, relataram ter problemas relacionados a dependência[32]. Os problemas físicos foram citados por 38% dos entrevistados, seguidos dos problemas familiares (relatado por 18% dos entrevistados) e problemas com violência (mencionados por 23% da população mais jovem, de 18 a 24 anos)[32]. Os problemas ocorrem, principalmente, por padrão de consumo de alto risco[32].

Outro ponto relevante, no Brasil, é o hábito de beber e dirigir, dos adultos que dirigem, cerca de 25% dos homens relatam ter bebido ao menos 1 vez antes de dirigir e quase 2/3 (dois terços) dos adultos que dirigem alcoolizados relataram dirigir de 2 a 3 vezes no último ano após consumir pelo menos 3 doses de álcool[32]. Efeitos advindos do hábito de dirigir sob efeito de álcool podem afetar outras pessoas, além do motorista do veículo, caso ocorra acidente no trânsito[32].

O consumo abusivo e a dependência de álcool e outras drogas, nas últimas décadas, tem se configurado uma demanda de saúde pública, com cenário marcado por acelerada transição socioeconômica dos indivíduos em vários países[1]. Consumir drogas ilícitas implica um potencial prejuízo para o desenvolvimento econômico e social, contribui para a promoção do crime, a instabilidade, a insegurança e a propagação de doenças, como o HIV[1].

Tomando por base os dados apontados e a preocupação mundial com questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, no Brasil, em 2009, foi elaborado um Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), a partir de uma reunião da Comissão de Intergestores Tripartite, da qual participaram representantes dos municípios, dos estados e da união[33].

Estabeleceram-se três objetivos primordiais em relação ao uso de álcool e/ou outras drogas no país, referindo-se à necessidade por ampliação do acesso ao tratamento e as ações voltadas para a prevenção no uso de álcool e outras

drogas, a diversificação das ações praticadas no sentido da prevenção, e da promoção da saúde, do tratamento e da redução dos riscos e danos à saúde, assim como a busca e organização de respostas intersetoriais efetivas ao problema, e sensíveis ao meio cultural, aos direitos humanos e à complexidade da clínica com esta temática[33].

Na primeira etapa do PEAD, foram priorizados os 100 maiores municípios brasileiros, incluindo todas as capitais estaduais e municípios de fronteira; as primeiras ações praticadas teriam como foco as populações em maior situação de vulnerabilidade, ou seja, as crianças, os jovens e os adolescentes[33]. O grande desafio é atender as demandas considerando a extensão territorial do país, portanto, a ampliação do acesso aos serviços foi planejada junto à maior qualificação para o atendimento, articulação intra e intersetorial, promoção da saúde, dos direitos e melhora no enfrentamento do estigma relacionado ao alcoolismo e à drogadicção[33].

1.2.4 Avaliação de serviços de saúde

Na área da saúde, muitas das ações desenvolvidas são imediatamente consumidas pelo cliente/paciente, o que pode dificultar uma análise daquilo que é ofertado[7]. No entanto, é necessário que se busquem métodos de avaliação das ações desenvolvidas, a fim de evitar que o objetivo de tais ações não seja alcançado.

A construção do processo de avaliação dos serviços de saúde pode ter como guia alguns critérios, que são: a) objetivo da avaliação; b) posição do avaliador; c) enfoque priorizado; d) metodologia predominante; e) forma de utilização da informação produzida; f) contexto da avaliação; g) temporalidade da avaliação e h) tipo de juízo formulado[34].

Considerando a combinação dos critérios na formulação de um processo avaliativo, pode-se identificar quatro grandes tipos de avaliação: pesquisa de avaliação, investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão[34]. Sendo:

a) **Pesquisa avaliativa** – tem o objetivo de aumentar o conhecimento

sobre determinado assunto; prioriza o impacto das ações; desenvolve-se por método quantitativo (ou qualitativo); experimental ou quase experimental; seu contexto é controlado; formula hipótese pontual com avaliador externo ao serviço[34];

b) **Investigação avaliativa** – objetiva a tomada de decisão; prioriza a caracterização ou compreensão da realizada; desenvolve-se por método qualitativo e quantitativo situacional; em contexto natural; no intuito de formular recomendações com avaliador interno[34];

c) **Avaliação para gestão** – objetiva o aprimoramento das ações desenvolvidas; prioriza a caracterização e a quantificação das ações; desenvolve-se no contexto natural do acontecimento; utiliza a informação como instrumento para gestão do serviço; no intuito de formular normas com avaliador interno[34].

O objetivo principal da pesquisa de avaliação refere-se à produção de um conhecimento necessário para a comunidade científica; orientador da tomada de decisões diante de aspectos como a viabilidade, a disponibilidade de tempo e de recursos e demandas externas à pesquisa[34].

É necessário distância entre os avaliadores e a equipe responsável pelas principais decisões do serviço a ser avaliado para que o objetivo seja alcançado[34]. No geral, busca-se identificação dos impactos das ações a serem avaliadas[34].

Várias teorias científicas podem guiar uma pesquisa avaliativa[34]. Uma avaliação que permita estabelecer um julgamento, uma atribuição de valor a algo, permite identificação da qualidade de um serviço[34]. Um quadro conceitual bastante utilizado para avaliação dos serviços de saúde propõe direcionamento do olhar para as áreas de estrutura, processo e resultado[10; 11; 34].

A estrutura envolve informações como recursos físicos, humanos, materiais, formas de organização e funcionamento/normas e procedimentos, tipo e especialização dos equipamentos; o processo refere-se às atividades realizadas pelos provedores da assistência, podendo referir-se às relações interpessoais entre profissionais de saúde e clientes/pacientes; e a dimensão resultado, por sua vez, refere-se ao efeito das ações e procedimentos sobre o estado de saúde dos clientes/pacientes[11].

Autores como Donabedian[8] (1985) e Deming[9] (1990) apontam que cada

paciente, como ser único, possui suas exigências e expectativas em relação ao serviço de saúde, portanto, a satisfação com o serviço seria uma medida para avaliação de parte dos resultados, mas não avaliaria todo resultado da assistência empreendida.

A perspectiva do usuário, como medida de avaliação do serviço de saúde, é um parâmetro que mostra a reação que ele tem diante do contexto de prestação da assistência, do processo de trabalho e do resultado global de sua experiência em relação ao cuidado[8].

Outras medidas objetivas auxiliam a avaliação dos resultados na assistência em saúde, como o estado clínico do cliente/paciente antes e depois do tratamento, frequência e duração de internações, frequência de utilização de serviços de urgência ou de emergência, entre outras[35].

No final do século XX, a avaliação de resultados passou a utilizar, também, medidas subjetivas, relacionadas à percepção dos clientes/pacientes em relação à assistência oferecida[35]. As medidas subjetivas podem envolver percepções sobre autonomia em atividades cotidianas, qualidade de vida ou mudança na forma de agir e expressar-se[36]. Mensurar aspectos subjetivos relacionados ao resultado das ações pode ser um meio de calibrar as medidas objetivas de resultados do tratamento e constituir um indicador de validade social das ações desenvolvidas[35].

Metodologias que valorizam a visão dos usuários do serviço de saúde fortalecem o paradigma de humanização, direitos dos clientes/pacientes, direitos humanos e de cidadania, pois permitem a expressão de sentimentos, percepções e expectativas relacionadas ao serviço[10].

Para sistematizar a coleta de dados para avaliação de um serviço de saúde, pode-se dispor de escalas elaboradas com algum intuito específico[37]. Escalas validadas para uso no Brasil e que podem ser utilizadas com a finalidade de avaliar os resultados das ações desenvolvidas nos serviços de saúde avaliam: grau de satisfação com o serviço, necessidades percebidas de tratamento, relação terapêutica, sintomas, conhecimento sobre a doença e sobre o tratamento, efeitos colaterais, qualidade da comunicação com o terapeuta e mudanças percebidas[35; 38; 39]. Duas escalas validadas para uso no Brasil têm a finalidade específica de avaliar a satisfação dos usuários com o serviço e a mudança percebida: a) Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de

Saúde Mental (SATIS-BR) e b) Escala de Mudança Percebida (EMP).

1.2.4.1 Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental

Originalmente, a escala SATIS-BR foi elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS)[40], como parte de um projeto de construção de instrumentos de avaliação de serviços de saúde mental. O objetivo era construir um instrumento de avaliação que englobasse pacientes, familiares e profissionais no processo de avaliação de serviço[40].

A adaptação cultural e validação do instrumento foram feitas por Bandeira e outros[41; 42] (1999 e 2000), baseando-se em escala canadense, anteriormente validada[37]. Inicialmente, continha 13 questões e respostas dispostas em uma escala *Likert* de 5 pontos, sendo que o valor 1 indicava o menor grau de satisfação e o valor 5 indicava o maior grau de satisfação com o serviço[37].

A escala original, organizada pela OMS, possui um questionário mais completo, contendo 44 questões, que incluem itens quantitativos, qualitativos, descritivos e sociodemográficos[37] e estão disponíveis no *site* do Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPSAM) da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ).

Na análise de contingência interna, por meio do cálculo de alfa de Cronbach, para a escala global e as subescalas da escala canadense, obtiveram-se bons índices psicométricos[37]. Na primeira tentativa de validação do instrumento a amostra reduzida constituiu limitação do estudo e impossibilitou a realização de análise fatorial da escala[37]. Posteriormente o estudo foi replicado e, em 2012, publicaram-se os resultados da análise fatorial da escala, comprovando consistência interna tanto para a escala global, quanto para as subescalas[37].

1.2.4.2 Escala de Mudança Percebida

A versão original da Escala de Mudança Percebida intitula-se "*Questionaire or Perceived Changes*"[35] e foi elaborada por pesquisadores canadenses no intuito de avaliar a percepção de mudança de clientes/pacientes com o tratamento recebido em serviços de saúde mental[37].

Bandeira e outros[37] desenvolveram estudo de adaptação cultural e validação da escala para uso no Brasil. A versão brasileira contém 19 itens, que avaliam a percepção do paciente sobre as mudanças ocorridas em sua vida, como resultado do tratamento recebido[37]. É uma escala do tipo *Likert* de 3 pontos, sendo que: 1 indica que o usuário sente-se *pior do que antes;* 2 indica *sem mudança* e 3 indica *melhor do que antes*[37].

O 19º item da escala avalia, de forma global, como o usuário percebe os efeitos do tratamento recebido; os demais itens compõem as três dimensões da escala: 1) Ocupação e saúde física; 2) Aspectos psicológicos e sono; e 3) Relacionamentos e estabilidade emocional[37]. A escala apresentou consistência interna, estabilidade temporal e validade convergente, sendo de adequada fidedignidade para mensuração da mudança percebida pelos usuários de serviços em saúde mental.

1.2.5 Objetivos e pergunta do estudo

Tendo em vista essas considerações, o presente estudo teve por objeto o nível de satisfação dos usuários dos CAPSad com tais serviços e a mudança percebida por eles com a assistência recebida.

Buscou-se responder as seguintes questões:

- Qual o nível de satisfação dos usuários dos CAPSad com relação às práticas assistenciais destinadas a eles pelo serviço; as características socioeconômicas e clínicas influenciam a satisfação global com o serviço?

- Quais variáveis estão associadas à satisfação global dos usuários dos CAPSad?

- Os usuários dos CAPSad percebem mudanças durante o tratamento no serviço; as características socioeconômicas, clínicas e o nível de satisfação influenciam a percepção de mudança?

- Quais variáveis estão associadas à percepção de mudança dos usuários dos CAPSad?

2. HIPÓTESES, OBJETIVOS E FINALIDADE

2.1 Hipóteses

a) As variáveis *idade, sexo, etnia, situação conjugal, com quem vive, sabe ler, escolaridade, renda familiar no último mês, internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad, internação psiquiátrica posterior ao tratamento no CAPSad, uso de psicofármacos, hábito de fumar, consumo de bebida alcoólica nas últimas quatro semanas, consumo de droga ilegal nas últimas quatro semanas, modalidade atual de tratamento e presença de outro problema de saúde* **não** estão associadas (não influenciam) os níveis de satisfação com o serviço por parte dos usuários dos CAPSad avaliados.

b) As variáveis *idade, sexo, etnia, situação conjugal, com quem vive, sabe ler, escolaridade, renda familiar no último mês, internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad, internação psiquiátrica posterior ao tratamento no CAPSad, uso de psicofármacos, hábito de fumar, consumo de bebida alcoólica nas últimas quatro semanas, consumo de droga ilegal nas últimas quatro semanas, modalidade atual de tratamento, presença de outro problema de saúde e satisfação global com o serviço* **não** estão associadas (não influenciam) as percepções de mudança por parte dos usuários dos CAPSad avaliados.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo Geral

Avaliar, em uma amostra de CAPSad das regiões Sul e Sudeste do município de São Paulo, a satisfação dos usuários com o serviço e a mudança percebida por esses usuários com relação à assistência recebida e investigar as variáveis associadas.

2.2.2 Objetivos Específicos

a) Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos usuários dos CAPSad das regiões Sul e Sudeste do município de São Paulo, assim como a satisfação com o serviço e a mudança percebida por esses usuários, por meio das escalas SATIS-BR[37] e EMP[43];

b) Avaliar a influência das variáveis socioeconômicas e clínicas em relação à satisfação dos usuários com os CAPSad em estudo;

c) Avaliar a influência da satisfação com o serviço e das variáveis socioeconômicas e clínicas com relação à mudança percebida com a assistência recebida nos CAPSad em estudo.

2.2.3 Finalidade

Pretende-se que os resultados contribuam para identificação dos fatores relacionados com a satisfação global dos usuários dos CAPSad com o serviço, bem como fatores relacionados à percepção de mudança com as ações desenvolvidas nos CAPSad.

Espera-se que a descrição da satisfação global com o serviço, da mudança percebida e das variáveis associadas com esses fatores auxiliem na avaliação dos resultados obtidos por meio das ações desenvolvidas nos CAPSad e ofereça subsídios aos gestores de saúde para análise sobre as práticas desenvolvidas.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento metodológico

Este estudo integra o projeto matricial intitulado “Metodologias de avaliação e medidas de impacto das políticas para ações em álcool e outras drogas”, que foi delineado para avaliar o serviço oferecido pelos CAPSad do estado de São Paulo por meio da análise da estrutura, do processo e do resultado das ações realizadas, tendo como foco realizar entrevista com coordenadores de serviço, profissionais da equipe, usuários do serviço e familiares dos usuários do serviço.

O presente estudo trata-se, portanto, de uma pesquisa avaliativa que utilizou métodos quantitativos transversais, descritivos e exploratórios para coletar e analisar dados referentes aos resultados das ações desenvolvidas por CAPSad. A amostra do estudo compreendeu os CAPSad das regiões Sul e Sudeste do município de São Paulo e analisou a satisfação dos usuários com o serviço e a mudança percebida pelos usuários durante o tratamento.

3.2 Locais de estudo

O estudo foi desenvolvido em cinco CAPSad pertencentes à área de abrangência das Coordenações Regionais de Saúde Sul e Sudeste do município de São Paulo. A escolha dos locais de estudo ficou condicionada à existência de pesquisadores vinculados ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Álcool e Outras Drogas na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com disponibilidade para coordenar a pesquisa nos possíveis campos de coleta.

Em cada CAPSad o tempo de coleta de dados variou conforme a rotina do serviço e a necessidade do cumprimento de etapas previstas para a coleta. Foram entrevistados usuários dos CAPSad II: Vila Mariana, Ipiranga, Jabaquara, Santo Amaro e Sacomã. Os pesquisadores permaneceram em cada CAPSad por até seis meses; considerava-se por encerrada a coleta quando os recursos

disponíveis para contatar os usuários (que compunham a amostra) se esgotavam.

3.3 Amostra

A amostragem de usuários foi do tipo “simples” e aleatório, sem reposição, calculada com base no estudo piloto, conforme domínios da escala SATIS-BR, utilizando nível de significância de 5%.

O cálculo da amostragem foi realizado com base nos dados do estudo piloto. Os escores da escala de satisfação SATIS-BR variam de 1 a 5. O desvio padrão mais alto dos domínios do questionário SATIS-BR foi estimado em 0,8, valor este a partir do qual estimamos o tamanho adequado da amostra.

Definimos a precisão da estimação com um intervalo de confiança de 95% em um erro padrão de 0,0215. Assim, para a estimativa da média de satisfação da avaliação dos serviços dos CAPSad calculou-se uma amostra de 150 usuários (30 para cada um dos cinco CAPSad das zonas selecionadas da cidade de São Paulo). O cálculo para definir o tamanho amostral foi tomado a partir da circunscrição municipal. A fórmula foi baseada em cálculo em que a margem de erro é representada como Z *Erro Padrão, definida pelos autores[44].

$$Tamanho\ da\ Amostra = \left(\frac{Desvio\ Padrão}{Z\ *Erro\ Padrão} \right)^2$$

Para a obtenção dos 30 usuários e familiares de cada CAPSad, foi realizada uma amostra aleatória simples, definida como *uma amostra tamanho n, que consiste em n indivíduos de uma dada população que são escolhidos de forma que cada conjunto de indivíduos tem uma chance igual de ser selecionado*[45].

Para que a escolha dos usuários fosse aleatória utilizou-se o aplicativo online *Stat Trek*. Embora nenhum algoritmo de computador possa produzir números verdadeiramente aleatórios, o gerador de números aleatórios *Stat Trek* produz números aproximadamente aleatórios[46].

A *Figura 1* ilustra a participação dos sujeitos de pesquisa no estudo.

Figura 1 - Amostra de usuários sorteada para compor o estudo e amostra de usuários entrevistados. Brasil (São Paulo) 2014.

Os motivos para perda de sujeitos incluem: recusa em participar da pesquisa e a impossibilidade em contatá-los, considerando o mínimo de três tentativas.

3.4 Estudo piloto

O estudo piloto foi desenvolvido entre os meses de setembro e novembro de 2012, os pesquisadores realizaram-no junto ao CAPSad da Vila Madalena, em São Paulo, para teste dos instrumentos avaliativos e calculo da amostra. Para isso, fez-se coleta de dados com o coordenador do serviço, com a equipe de profissionais, os usuários do serviço, os prontuários dos usuários entrevistados e os familiares dos usuários entrevistados, aplicando-se os instrumentos que compõem a pesquisa matricial.

3.5 Critérios para inclusão e exclusão de participantes

Foram incluídos no estudo os usuários dos CAPSad portadores de transtornos mentais graves e persistentes, decorrentes do uso e da dependência de álcool e/ou outras drogas, com idade acima de 18 anos. Foram excluídos da

amostra os usuários que foram cadastrados ou iniciaram a participação nas atividades dos CAPSad há menos de seis meses.

3.6 Coleta de dados

Iniciou-se a coleta de dados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo Secretário da Saúde/Coordenador de saúde mental do município. Os coordenadores dos CAPSad foram, então, contatados para agendamento de uma reunião explicativa sobre a pesquisa, direcionada a toda equipe de profissionais dos serviços.

Contou-se com a colaboração de pesquisadores membros do GEAD para contatar as coordenações dos CAPSad e dirigir a reunião de apresentação da pesquisa às equipes de saúde. Sanadas as dúvidas, foi solicitada uma lista dos usuários ativos no serviço, conforme critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, para sorteio da amostra.

Assim que o pesquisador obtinha a lista de usuários ativos nos serviços, a mesma era encaminhada para um dos membros do GEAD para sorteio. Optou-se por um pesquisador (membro do GEAD) ser responsável pelo sorteio da amostra no intuito de padronizar a forma de realização do sorteio (utilizou-se o programa Stat-Trek).

A lista dos 30 usuários sorteados para compor a amostra foi encaminhada aos profissionais do setor administrativo de cada CAPSad, que retornava ao pesquisador dados para contato de cada usuário. O primeiro contato com os usuários foi por telefone ou pessoalmente no CAPSad. Usuários que frequentavam o serviço uma vez por mês foram logo de início contatados via telefone e os que frequentavam o serviço todos os dias foram contatados ali mesmo, conforme a estada dos pesquisadores no campo de coleta.

A maior parte dos usuários (88 sujeitos) optou por ser entrevistado no próprio espaço do CAPSad, 1 sujeito foi entrevistado no próprio domicílio e 25 sujeitos foram entrevistados por telefone, após autorização para gravação da entrevista. Todos os CAPSad disponibilizaram um local para realização das entrevistas, livre de barulhos e circulação de pessoas; as entrevistas realizadas

em domicílio foram realizadas sempre na presença de um segundo pesquisador e as entrevistas realizadas por telefone contaram com a infraestrutura da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A coleta de dados foi realizada por pesquisadores envolvidos no estudo, estudantes de graduação e pós-graduação selecionados a partir do Grupo de Estudos em Álcool e Outras Drogas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e que receberam treinamento prévio adequado ministrado pelos proponentes do projeto.

Considerou-se amostra perdida a impossibilidade, após no mínimo três tentativas, de agendar horário para a entrevista com o usuário. Nos casos em que o contato foi efetuado, porém, ocorreu cancelamento da entrevista, por parte do cliente/paciente por, pelo menos, 3 agendamentos, também foi considerada perda de amostra. Quando os pesquisadores e os profissionais do CAPSad não conseguiam contatar o usuário por via telefônica ou pessoalmente no serviço, era feita tentativa de contato por visita domiciliária (quando se dispunha de autorização prévia do usuário, escrita no prontuário, para realização da mesma).

Parte do instrumento de coleta de dados refere-se a informações contidas no prontuário. A entrevista iniciava-se face-a-face ou por telefone e, após consentimento para coleta de dados no prontuário, realizava-se coleta dos dados necessários (conforme questionário disponível no Apêndice C). Não ocorreu negação por parte de nenhum usuário em relação à coleta de dados no prontuário.

3.7 Seleção e treinamento dos entrevistadores

Pessoas que manifestaram interesse em coletar dados foram treinadas pelos pesquisadores. Os pesquisadores que exerceram o papel de coordenadores dos campos de coleta de dados eram vinculados ao Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas (GEAD) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

3.8 Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos utilizados para realização da coleta de dados foram a Escala de Satisfação dos Pacientes com o serviço de saúde mental (SATIS-BR)[37] e a Escala de Mudança Percebida (EMP)[43].

A escala SATIS-BR possui um total de 44 questões, dentre as quais estão questões quantitativas, que visam avaliar o grau de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental, questões descritivas e qualitativas, referentes à percepção dos usuários sobre diversos aspectos dos serviços, e questões referentes aos dados socioeconômicos.

Quanto maior a média dos escores obtidos na escala SATIS-BR, que é uma escala do tipo Likert de 5 pontos, maior é o grau de satisfação do paciente com o serviço (Apêndice C). Os resultados obtidos na análise de alfa de Cronbach para a escala global e seus subfatores mostram que ela possui elevada consistência interna[37].

A escala SATIS-BR global tem 12 itens distribuídos em 3 fatores ou subescalas[37]:

- Primeiro fator ou subescala: contém 7 itens que avaliam a satisfação dos pacientes com relação à competência da equipe e do terapeuta principal, a capacidade de escuta dos profissionais e a compreensão dos profissionais da equipe a respeito do problema apresentado por ele[37];

- Segundo fator ou subescala: contém 3 itens que avaliam a satisfação do paciente com a ajuda recebida no serviço, a qualidade da acolhida dos profissionais, o respeito e a dignidade da equipe ao relacionar-se com o paciente[37];

- Terceiro fator ou subescala: contém 2 itens que avaliam a satisfação do paciente com as condições físicas do serviço, incluindo o conforto e a aparência e as condições das instalações[37].

A EMP, que visa avaliar mudanças percebidas pelos pacientes como resultado do tratamento recebido por eles em serviço de saúde mental, possui 19 itens, sendo que 18 deles estão agrupados em três subescalas[43]:

- Primeira subescala: atividades e saúde física[43];

- Segunda Subescala: aspectos psicológicos e sono[43];

- Terceira Subescala: relacionamentos e estabilidade emocional[43].

O 19° item é global e avalia como o paciente está se sentindo, em geral, desde que iniciou o tratamento psiquiátrico[43]. As alternativas de resposta estão dispostas em uma escala do tipo Likert de 3 pontos e mostram se o paciente considera estar: 1 - pior do que antes; 2 - sem mudança; e 3 - melhor do que antes, como resultado do tratamento recebido[43]. Essa escala (EMP) apresenta adequadas propriedades psicométricas de fidedignidade e validade. Apresenta boa consistência interna e estabilidade temporal[43] (Apêndice C).

3.9 Variáveis do estudo

3.9.1 Variáveis dependentes

As variáveis dependentes do estudo foram a *satisfação global* com o serviço de saúde, obtida através do cálculo de média da Escala Satis-BR[48] e a *mudança percebida* após início do tratamento no CAPSad, obtida pelo cálculo de média da Escala de Mudança Percebida[43].

3.9.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram divididas em três grupos: características socioeconômicas, características clínicas e satisfação global com o serviço. A variável satisfação global foi analisada como variável dependente em relação às características socioeconômicas e clínicas, mas também foi testada como variável independente em relação à mudança percebida.

As variáveis socioeconômicas coletadas foram:

- idade: em anos;

- **sexo:** feminino ou masculino;

- **etnia:** brancos, mulatos e pardos ou negros;

- **situação conjugal:** sem companheiro (solteiro, separado, divorciado, viúvo) ou com companheiro (casado ou vivendo com alguém como se estivesse casado);

- **com quem vive:** sozinho ou com alguém (cônjuge ou companheiro, membro da família, amigo ou qualquer outra pessoa);

- **sabe ler:** não ou sim;

- **escolaridade:** sem escolaridade ou com ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto, ensino médio completo ou curso técnico completo ou nível superior completo ou incompleto;

- **renda familiar no último mês:** < 2 salários mínimos, ≥ 2 e < 4 salários mínimos ou ≥ 4 a 10 salários mínimos.

As variáveis clínicas coletadas foram:

- internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad: não ou sim;

- internação psiquiátrica durante o tratamento no CAPSad: não ou sim;

- uso de psicofármaco: não ou sim;

- hábito de fumar: não ou sim;

- consumiu bebida alcoólica nas últimas 4 semanas: não ou sim;

- consumiu droga ilegal nas últimas 4 semanas: não ou sim;

- modalidade atual de tratamento: abstinência total, redução de danos, as duas modalidades ou não sei;

- presença de outro problema de saúde: não e não sei ou sim.

No momento da análise dos dados, as variáveis: *etnia, com quem vive atualmente, escolaridade, renda familiar no último mês* e *presença de outro problema de saúde,* foram recategorizadas no intuito de diminuir a quantidade de opções em cada uma delas e, consequentemente, perder menos graus de liberdade e aumentar a significância do modelo.

3.10 Processamento e análise dos dados

Foi elaborado um formulário eletrônico no Google Drive com o instrumento de coleta de dados. As entrevistas que foram realizadas com digitação simultânea no formulário eletrônico online ou foram digitalizadas após a entrevista. As respostas foram processadas no software Microsoft Excel® 2010 para limpeza e adequação de dados. Os dados, então, foram codificados para posterior análise (por exemplo: Gênero feminino = 1, Gênero masculino = 0).

Ao término do processamento do banco de dados, foi realizada análise com o Programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20,0 para Windows®. O desenho amostral, a elaboração do banco de dados e as análises estatísticas foram realizadas com assessoria de estatístico da EEUSP.

Fez-se análise descritiva dos dados, bem como cálculos de médias e medianas para cada uma das variáveis quantitativas. Para mensurar o grau de satisfação do paciente a partir da escala SATIS-BR, calculou-se para a[37]:

- escala global: a média das respostas obtidas nos 12 itens que compõem a escala propriamente dita, que correspondem às questões de números 5, 6, 8, 9, 11, 14, 16,17, 20, 21,25 e 26[37];

- primeira subescala: a média das respostas obtidas para as questões 6, 8, 9, 11, 14, 20 e 21[37];

- segunda subescala: a média das respostas obtidas para as questões 5, 16 e 17[37];

- terceira subescala: a média das respostas obtidas para as questões 25 e 26[37].

Da mesma forma, para avaliar o grau de mudança percebida pelos pacientes, calculou-se para o[43]:

- escore global: a média dos escores de todos os 18 itens que formam as subescalas[43];

- atividades e saúde física: a média dos escores obtidos nos itens 7, 8, 10, 11, 15, 16, 17 e 18 da escala[43];

- aspectos psicológicos e sono: a média dos escores obtidos nos itens 1, 2, 4, 5, 6 e 9 da escala[43];

- relacionamentos e estabilidade emocional: a média dos escores obtidos nos itens 3, 12, 13 e 14 da escala[43].

Para verificar as associações entre as variáveis, elaboraram-se modelos de regressão linear univariada e múltipa pelo método de mínimos quadrados ordinários (*Ordinary Least Squares – OLS*). A regressão *OLS* objetiva traçar uma linha que prevê a variável de resposta (variável dependente) a partir de uma ou mais variáveis explicativas (variáveis independentes) de forma que minimize a soma do quadrado dos erros [44].

Uma das condições necessárias para uma análise de regressão *OLS* é a existência de uma relação linear representada por $y_i = \alpha + \beta \boldsymbol{x_i} + e_i$, que mostra como uma resposta média (variável dependente y_i) varia de acordo com um vetor de variáveis independentes $\boldsymbol{x_i}$ com um intercepto α, uma inclinação (*slope*) β e um termo de erro e_i[44].

Como pressuposto básico para o uso da *OLS*, temos a distribuição aproximadamente normal das variáveis dependentes[44]. Esse pressuposto foi verificado por meio da proximidade das médias e medianas das variáveis, como também pelo gráficos de estimativa de densidade de *kernel,* como pode ser verificado na seção resultados deste estudo. As 2 variáveis dependentes do estudo permitiram assumir uma distribuição aproximadamente normal.

A análise inferencial foi feita em duas etapas:

- Primeira etapa: fez-se análise univariada de cada variável e separação das variáveis com p-valor ≤ 0,3, para serem incluídas no modelo múltiplo. Optou-se pelo p-valor mais permissivo (≤0,3) para reduzir a possibilidade de excluir variáveis que sejam significantes para modelo múltiplo;

- Segunda etapa: montou-se o modelo múltiplo a partir das variáveis selecionadas após análise univariada (variáveis com p-valor ≤ 0,3). Os erros-padrão são robustos à heterocedasticidade de acordo com o método proposto por White[49].

3.11 Considerações Éticas

O projeto de Avaliação dos CAPSad do Estado de São Paulo foi submetido e aprovado pelo CEP – EEUSP (ANEXO A), com o protocolo número: 1.001/2011.

Antes do início da coleta de dados foram seguidos os seguintes procedimentos éticos:

- ✓ Envio de uma carta-explicativa sobre o estudo para o secretário de saúde do município de São Paulo, com uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo Coordenador Estadual de Saúde Mental. Este procedimento foi realizado antes que o Coordenador do CAPSad fosse contatado, a fim de respeitar-se a hierarquia existente na estrutura de recursos humanos do SUS;
- ✓ Contato com os coordenadores dos CAPSad (onde a pesquisa seria realizada) para o agendamento uma reunião entre eles, os membros das equipes técnicas e os pesquisadores, para facilitar a explicação dos objetivos da pesquisa, esclarecer dúvidas e combinar com os profissionais como seria organizada a coleta de dados;
- ✓ Coleta das autorizações do coordenador de cada um dos CAPSad para realização da pesquisa;
- ✓ Contato com os usuários sorteados para compor a amostra, telefônico ou pessoalmente, através dos funcionários do CAPSad, durante alguma atividade;
- ✓ Esclarecimento sobre a pesquisa com os clientes/pacientes;
- ✓ Coleta das assinaturas nos TCLs (APÊNDICE B);
- ✓ Início da coleta de dados.

A carta explicativa acerca do estudo (APÊNDICE A) continha: título, objetivos do estudo, relevância para a execução, isenção de ônus financeiro ou sanções a quem não participasse ou desistisse de participar.

Parte das entrevistas foi realizada por telefone, mediante autorização dos entrevistados, com consentimento verbal gravado, após leitura dos termos do TCLE e esclarecimento de dúvidas sobre os objetivos do estudo.

4 RESULTADOS

4.1 Análise descritiva

Os entrevistados tinham entre 19 e 76 anos; idade média de 45,4 anos, com mediana igual de 45,0 anos, intervalo de confiança (95%) de 43,05 a 47,76 e desvio padrão 12,69.

No que diz respeito às características socioeconômicas, a maioria dos entrevistados declarou: sexo masculino, raça branca, sem companheiro(a), viver com alguém, saber ler, ensino médio ou curso técnico completo e renda de até dois salários mínimos no último mês. A Tabela 1 detalha a quantidade de entrevistados para as variáveis socioeconômicas.

Tabela 1 - Frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis socioeconômicas dos entrevistados, conforme categorização, Brasil (São Paulo) – 2014 (n=114).

Variáveis	Frequência	
	n	%
Sexo		
Feminino	25	21,9
Masculino	89	78,1
Etnia		
Brancos	65	57,0
Mulatos e pardos	38	33,3
Negros	11	9,6
Situação conjugal		
Sem companheiro	77	67,5
Com companheiro	37	32,5
Com quem vive		
Sozinho	16	14,0
Com alguém*	84	86,0
Sabe ler		
Não	4	3,5
Sim	110	96,5
Escolaridade		
Sem escolaridade ou com Ensino Fundamental Incompleto	27	23,7
Ensino Fundamental Completo ou Ensino Médio Incompleto	27	23,7
Ensino Médio Completo ou Curso Técnico Completo	37	32,5
Nível superior completo ou incompleto	23	20,2
Renda Familiar no último mês		
< 2 salários mínimos	55	48,2
≥ 2 e < 4 salários mínimos	35	30,7
≥ 4 a 10 salários mínimos	24	21,1

*Considerou-se que o entrevistado mora com qualquer outra pessoa.

Em relação ao tratamento, a maioria dos entrevistados relatou nunca ter passado por internação psiquiátrica (antes ou depois do tratamento no CAPSad), a maioria faz uso de algum psicofármaco, fuma, não consumiu bebida alcoólica ou droga ilegal nas últimas 4 semanas e tem a *abstinência total* como modalidade atual de tratamento; aproximadamente metade dos entrevistados tem algum outro problema de saúde, conforme especificado na *Tabela 2*.

Tabela 2 - Frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis clínicas dos entrevistados. São Paulo, 2014 (n=114).

Variáveis	Frequência	
	n	%
Internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad		
Não	67	58,8
Sim	47	41,2
Internação psiquiátrica durante o tratamento no CAPSad		
Não	91	79,8
Sim	23	20,2
Uso de Psicofármaco		
Não	22	19,3
Sim	92	80,7
Hábito de fumar		
Não	50	43,9
Sim	64	56,1
Consumiu bebida alcoólica nas últimas 4 semanas		
Não	77	67,5
Sim	37	32,5
Consumiu droga ilegal nas últimas 4 semanas		
Não	97	85,1
Sim	17	14,9
Modalidade atual de tratamento		
Abstinência total	40	35,1
Redução de danos	11	9,6
As duas modalidades	34	29,8
Não sei	29	25,4
Presença de outro problema de saúde		
Não ou Não sei	56	49,1
Sim	58	50,9

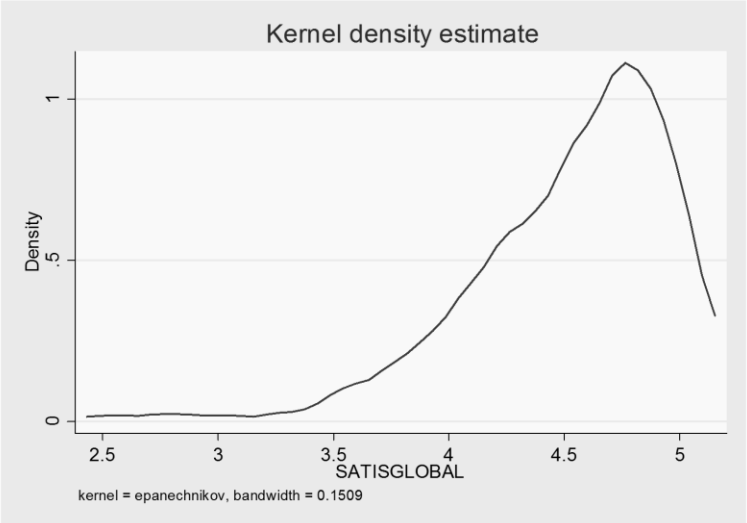
Foi calculada a satisfação dos entrevistados para cada um dos fatores que compõem a escala SATIS-BR, como também para a escala global. Observou-se leve assimetria entre os dados, com a maioria das médias mais próximas de 5 pontos, o que equivale a maior satisfação com o serviço frequentado, conforme detalhado na Tabela 3.

Tabela 3 - Análise descritiva dos fatores da escala SATIS-BR para o total da amostra, Brasil (São Paulo) – 2014 (n=114).

Variáveis	Média	Mediana	Desvio padrão	Intervalo de Confiança (95%)
Fator 1 – SATIS-BS	4,5	4,7	0,5	4,5-4,6
Fator 2 – SATIS-BS	4,7	5,0	0,5	4,6-4,8
Fator 3 – SATIS-BS	4,2	4,0	0,6	4,1-4,3
SATIS-BS - Global	**4,5**	**4,7**	**0,4**	**4,4-4,6**

Para os fatores da escala SATIS-BR e para a escala Global, os valores de média e mediana são próximos, levando a interpretação de normalidade da distribuição dos dados. Na *Figura 2* pode ser visualizado o gráfico de densidade de kernel para a escala SATIS, que mostra distribuição aproximadamente normal; o leve deslocamento para a direita demonstra maior tendência da população a graus mais elevados de satisfação.

Figura 2 - Gráfico de densidade de kernel para verificação da normalidade da variável Escala Global SATIS.



Fonte: dados da pesquisa, 2014.

Para mensurar o grau de *mudança percebida* pelos entrevistados após o início de seu tratamento no CAPSad foram calculadas as médias dos escores obtidos nos itens que compõem cada uma das subescalas da EMP e a média global da EMP, tais valores encontram-se descritos na Tabela 4. As médias estão mais próximas do valor 3, o que indica maior percepção de mudança.

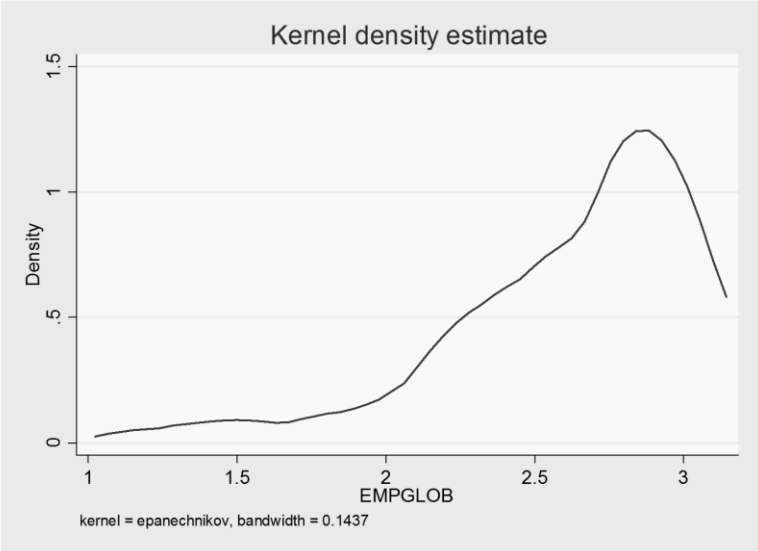
Tabela 4 - Análise descritiva dos fatores da EMP para o total da amostra, Brasil (São Paulo) – 2014 (n=114).

Variáveis	Média	Mediana	Desvio Padrão	Intervalo de Confiança (95%)
Fator 1* – EMP	2,6	2,8	0,5	2,5 – 2,7
Fator 2* – EMP	2,7	2,8	0,4	2,6 – 2,8
Fator 3* – EMP	2,6	2,8	0,5	2,5 – 2,7
EMP Global	**2,6**	**2,8**	**0,4**	**2,5 – 2,7**

*Fator 1 (atividade física e saúde), Fator 2 (Aspectos psicológicos e sono), Fator 3 (relacionamento e estabilidade emocional).

Para todos os fatores da escala EMP e para a escala Global, observa-se proximidade entre os valores de média e mediana, portanto pode-se afirmar que essas variáveis possuem distribuição normal. A *Figura 3* mostra o gráfico de densidade de kernel para a escala EMP, comprovando distribuição aproximadamente normal, pois a curva está levemente deslocada para a direita. O deslocamento da curva para a direita mostra tendência da população em ter graus mais elevados de percepção de mudança ao tratamento.

Figura 3 - Gráfico de densidade de kernel para verificação da normalidade da variável Escala Global EMP.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

4.2 Escala de Satisfação (SATIS)

Na análise univariada das variáveis socioeconômicas, a escolaridade - Ensino Médio ou técnico completo, comparada à satisfação daqueles sem escolaridade ou com Ensino Fundamental Incompleto, apresentou correlação negativa em relação ao item *satisfação global* da escala SATIS-BR (p<0,05; p=0,031). A renda familiar no último mês – de 4 a 10 salários mínimos, comparada à satisfação daqueles com renda familiar no último mês de menos de 2 salários, apresentou correlação positiva com a *satisfação global* (p<0,05; p=0,043).

Tabela 5 - Análise univariada das variáveis socioeconômicas em correlação ao item global da escala SATIS-BR, Brasil (São Paulo), 2014 (n=114).

Variáveis	β	r^2	p-valor
Idade (anos)			
Total da amostra	0,007	0,000	0,943
Sexo			
Feminino	Referência		
Masculino	0,037	0,001	0,698
Etnia			
Brancos	Referência		
Mulatos, pardos e negros	-0,098	0,010	0,300*
Situação conjugal			
Sem companheiro	Referência		
Com companheiro	0,088	0,008	0,352
Saber ler			
Não	Referência		
Sim	-0,084	0,007	0,375
Escolaridade			
Sem escolaridade ou com Ensino Fundamental Incompleto	Referência		
Ensino Fundamental incompleto ou Médio incompleto	0,018	0,000	0,849
Ensino Médio ou técnico completo	-0,203	0,041	0,031**
Nível superior completo ou incompleto	0,002	0,000	0,987
Renda familiar no último mês –			
< 2 salários mínimos	Referência		
≥ 2 e < 4 salários mínimos	-0,058	0,003	0,537
≥ 4 a 10 salários mínimos	0,190	0,036	0,043**
Com quem vive			
Sozinho	Referência		
Com alguém	0,011	0,000	0,909

r^2 = Coeficiente de determinação
*Significância p<=0,30 / ** Significância p<=0,05

Portanto, quanto menor for a escolaridade, menor será a *satisfação global* (tal interpretação não pode ser feita ao se analisar as demais variáveis de escolaridade – p>0,05)*;* e quanto maior a renda familiar no último mês, maior a satisfação com o serviço (Tabela 5).

Não foram observadas correlações entre as variáveis independentes clínicas estudadas e a *satisfação global* (valor p<=0,05). No entanto duas variáveis apresentaram valor p<= 0,30 e foram incluídas no modelo de regressão múltipla *(internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad* e presença de outro problema de saúde) (*Tabela 6*).

Tabela 6 - Análise univariada das variáveis clínicas em correlação ao item global da escala SATIS-BR, Brasil (São Paulo), 2014 (n=114).

Variável Independente	β	r^2	p-valor
Internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad			
Não	Referência		
Sim	- 0,107	0,012	0,255*
Internação psiquiátrica durante o tratamento no CAPSad			
Não	Referência		
Sim	0,010	0,000	0,917
Uso de Psicofármaco			
Não	Referência		
Sim	-0,748	0,005	0,456
Hábito de fumar			
Não	Referência		
Sim	-0,033	0,000	0,974
Consumiu bebida alcoólica nas últimas 4 semanas			
Não	Referência		
Sim	-0,059	0,003	0,533
Consumiu droga ilegal nas últimas 4 semanas			
Não	Referência		
Sim	0,017	0,000	0,859
Modalidade atual de tratamento			
Abstinência total	Referência		
Redução de danos	0,056	0,003	0,554
As duas modalidades	0,030	0,001	0,752
Não sabe	0,031	0,001	0,740
Presença de outro problema de saúde			
Não	Referência		
Sim	0,141	0,020	0,133*

r^2 = Coeficiente de determinação
*Significância p<=0,30 - indica possibilidade da variável ser incluída em modelo de regressão múltipla.

Apresenta-se na *Tabela 7* os resultados da análise múltipla para o total da amostra em relação à *satisfação global* dos entrevistados. A ordem de entrada das variáveis no modelo múltiplo foi: etnia, escolaridade, renda familiar no último mês, internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad e presença de outro problema de saúde. O modelo final explicou 6% da variância da satisfação global com o serviço.

Tabela 7 - Parâmetros da regressão linear múltipla entre a satisfação global com o serviço e as variáveis estudadas para o total da amostra, Brasil (São Paulo), 2014 (n=114).

Variável Independente	β	Erro-padrão	p-valor
Etnia			
Brancos	Referência		
Mulatos, pardos e negros	-0.119	0,085	0.222
Escolaridadde			
Sem escolaridade ou com Ensino Fundamental Incompleto	Referência		
Ensino Fundamental Completo ou Ensino Médio Incompleto	-0.065	0,123	0.587
Ensino Médio Completo ou Curso Técnico Completo	-0.284	0,112	0.021*
Nível superior completo ou incompleto	-0.208	0,128	0.081
Renda familiar no último mês			
< 2 salários mínimos	Referência		
≥ 2 e < 4 salários mínimos	-0.017	0,094	0.865
≥ 4 a 10 salários mínimos	0.175	0,115	0.107
Internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad			
Não	Referência		
Sim	-0.070	0,084	0.463
Presença de outro problema de saúde			
Não ou Não sei	Referência		
Sim	0.107	0,082	0.259

R^2ajustado=0,058
*Significância estatística, com p<=0,05.

A etnia não apresentou efeito sobre a satisfação global, independente das outras variáveis incluídas no modelo (p=0,222), porém foi mantida como variável de controle. A escolaridade Ensino Médio completo ou Curso Técnico completo apresentou correlação com a satisfação global (respectivamente) em relação aos entrevistados que não tinham escolaridade ou tinham Ensino Fundamental incompleto, com média -0,284. As variáveis *renda familiar no último mês*, *internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad* e

presença de outro problema de saúde não apresentaram efeito sobre a satisfação global dos entrevistados, mas foram mantidas no modelo como variáveis de controle.

4.3 Escala de Mudança Percebida (EMP)

No modelo univariado a variável *situação conjugal* mostrou correlação negativa com a mudança percebida (p=0,04), indicando que pessoas *sem companheiro(a)* percebem maior mudança ao tratamento (Tabela 8). A situação conjugal justifica 4% da mudança percebida.

Tabela 8 - Análise univariada das variáveis socioeconômicas em correlação ao item global da Escala de Mudança Percebida, Brasil (São Paulo), 2014 (n=114).

Variáveis	β	r^2	p-valor
Idade (anos)			
Total da amostra	-0,063	0,004	0,510
Sexo			
Não	Referência		
Sim	0,126	0,016	0,180*
Etnia			
Brancos	Referência		
Mulatos, pardos e negros	0,050	0,002	0,600
Situação conjugal			
Sem companheiro	Referência		
Com companheiro	-0,196	0,040	0,040**
Saber ler			
Não	Referência		
Sim	-0,082	0,007	0,380
Escolaridade			
Sem escolaridade ou com Ensino Fundamental Incompleto	Referência		
Ensino Fundamental incompleto ou Médio incompleto	0,013	0,000	0,890
Ensino Médio ou técnico completo	-0,103	0,011	0,280*
Nível superior completo ou incompleto	-0,097	0,009	0,300*
Renda familiar no último mês –			
< 2 salários mínimos	Referência		
≥ 2 e < 4 salários mínimos	-0,001	0,000	0,930
≥ 4 a 10 salários mínimos	-0,009	0,000	0,930
Com quem vive			
Sozinho	Referência		
Com alguém	-0,052	0,003	0,580

r^2 = Coeficiente de determinação
*Significância p<=0,30 (variável a ser incluída no modelo múltiplo) / ** Significância p<=0,05

Pela análise univariada das variáveis clínicas não foram identificadas correlações com a mudança percebida. As variáveis com p-valor<0,3 foram incluídas no modelo múltiplo (Tabela 9).

Tabela 9 - Análise univariada das variáveis clínicas em correlação ao item global da Escala de Mudança Percebida, Brasil (São Paulo), 2014 (n=114).

Variável Independente	β	r^2	p-valor
Internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad			
Não	Referência		
Sim	-0,106	0,011	0,262*
Internação psiquiátrica durante o tratamento no CAPSad			
Não	Referência		
Sim	-0,009	0,000	0,925
Uso de Psicofármaco			
Não	Referência		
Sim	-0,036	0,001	0,703
Hábito de fumar			
Não	Referência		
Sim	-0,121	0,015	0,199*
Consumiu bebida alcoólica nas últimas 4 semanas			
Não	Referência		
Sim	-0,004	0,000	0,965
Consumiu droga ilegal nas últimas 4 semanas			
Não	Referência		
Sim	0,017	0,000	0,854
Modalidade atual de tratamento			
Abstinência total	Referência		
Redução de danos	0,097	0,009	0,303*
As duas modalidades	-0,904	0,009	0,318
Não sabe	0,070	0,005	0,460
Presença de outro problema de saúde			
Não	Referência		
Sim	0,136	0,018	0,149*

r^2 = Coeficiente de determinação
*Significância p<=0,30 (variável a ser incluída no modelo múltiplo)

Identificou-se associação positiva entre a satisfação global com o serviço e a mudança percebida. A significância do modelo foi de p=0,002 (p<0,05). Podendo-se explicar 8% da mudança percebida com base na maior satisfação global com o serviço.

Com base na análise univariada, as variáveis com p-valor<0,30 foram incluídas no modelo múltiplo. A ordem de entrada das variáveis no modelo múltiplo foi: *etnia, situação conjugal, internação psiquiátrica anterior ao*

tratamento no CAPSad, presença de outro problema de saúde, hábito de fumar e satisfação global com o serviço.

Embora a *etnia* não tenha apresentado efeito sobre a mudança percebida, a mesma foi mantida no modelo como variável de controle. As variáveis *internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad*, *presença de outro problema de saúde* e *hábito de fumar* também não mostram associação com a mudança percebida, mas foram mantidas como variáveis de controle. Ocorreu associação entre as variáveis situação conjugal e satisfação global com a mudança percebida, com médias respectivamente iguais a 0,233 e 0,301. Essa associação indica que pessoas sem companheiro (β<0) e mais satisfeitas com o serviço (β>0) tendem a perceber maior mudança com o tratamento. O modelo explicou 13% da mudança percebida pelos entrevistados (Tabela 10).

Tabela 10 - Parâmetros da regressão linear múltipla entre a mudança percebida global e as variáveis estudadas para o total da amostra, Brasil (São Paulo), 2014 (n=114).

Variável Independente	β	Erro-padrão	p-valor
Etnia			
Brancos	Referência		
Mulatos, pardos e negros	0,091	0,074	0,309
Situação conjugal			
Sem companheiro	Referência		
Com companheiro	-0,233	0,078	0,010*
Internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad			
Não	Referência		
Sim	-0,073	0,075	0,416
Presença de outro problema de saúde			
Não ou Não sei	Referência		
Sim	0,078	0,074	0,387
Hábito de Fumar			
Não	Referência		
Sim	-0,127	0,073	0,154
SATIS-Global			
Total da amostra	0,301	0,085	0,001*

R^2ajustado=0,125
*Significância estatística, com p≤0,05.

5 DISCUSSÃO

5.1 Características socioeconômicas

Ao comparar o perfil clínico e socioeconômico dos entrevistados na presente pesquisa com os dados de um estudo[50] que analisou o perfil dos usuários que aderiram e não aderiram ao tratamento no CAPSad de Campo Grande (MS) identificou-se as seguintes semelhanças: a maioria dos entrevistados eram do sexo masculino e não passaram por internação psiquiátrica antes do tratamento no CAPSad[50]. Ocorreram diferenças em relação à idade dos entrevistados (a média da idade dos entrevistados no estudo[50] foi de 35,2 anos, um pouco diferente da média de 45,0 anos referente a presente pesquisa); a escolaridade dos entrevistados (7,9 anos em média) também é menor do que a encontrada nesta pesquisa (ensino médio ou técnico completo, o que equivaleria a aproximadamente 12 anos ou mais de estudo)[50].

No Piauí, estudo[51] que objetivou levantar o perfil socioeconômico e a adesão ao tratamento de dependentes do álcool em um CAPSad, identificou predominância de dependentes do sexo masculino (88,9%), solteiros (50,2%), com idade entre 19 e 59 anos (87,6%), empregados (48,6%) e com escolaridade até ensino fundamental (40%). Dos 227 entrevistados, observou-se que 129 (56,8%) interromperam o tratamento e a população de faixa etária mais baixa (15 e 18 anos) foi a que permaneceu no CAPSad por menos tempo para tratamento[51]; a faixa etária dos usuários do CAPSad mais assíduos variou entre 19 e 59 anos, a maioria era solteiro, estava empregado e estudou até o ensino fundamental[51].

As características socioeconômicas dos estudos[50; 51] condiz com as identificadas no presente estudo. Dos 114 sujeitos entrevistados, 89 eram do sexo masculino, com idade média de 45 anos, sem companheiro, mas vivendo com outra pessoa, com ensino médio ou curso técnico completo e renda no último mês de até dois salários mínimos.

O perfil dos usuários de substâncias psicoativas em João Pessoa[52] é de maioria do sexo masculino (86,68%), com idade entre 18 e 80 anos (a maioria de 21 a 30 anos), fundamenta completo (56,8%), solteiros (64,02%) e pardos (66,15%), seguidos de brancos (19,26%), sem renda (55,81%) e que vive sozinho[52].

A ocorrência de mais sujeitos do sexo masculino pode ter relação com o perfil dos usuários de substâncias psicoativas no Brasil, como mostram alguns estudos[53; 54; 55]. No levantamento domiciliar[31] realizado em 2005 também identificou-se que a maioria dos usuários de substâncias psicoativas no Brasil era do sexo masculino, o que corrobora com os achados do presente estudo.

Com relação ao estado civil, estudo desenvolvido com a finalidade de identificar redes sociais de apoio e vínculo de usuários de substâncias[56] revelou que o consumo de substâncias psicoativas fragiliza o convívio social das pessoas, o que corrobora com os achados de diferentes estudos[53; 54; 55; 57], assim como da presente pesquisa, de que a maioria dos entrevistados está solteiro.

Embora estejam solteiros, a maioria dos entrevistados convive com alguém (parente ou amigo próximo), assim como em outros estudos[56; 57]. Independente das razões pelas quais essas pessoas convivem com alguém, é importante que seja analisado o vínculo entre aqueles que residem juntos, pois pode estar permeado por ambiguidade e estresse[56], requerendo ações por parte da equipe multiprofissional. Daí decorre o valor de ações de apoio e orientações aos familiares de usuários de substâncias psicoativas[57].

Um dado que difere do identificado por levantamento domiciliar[31] realizado no Brasil refere-se à escolaridade dos entrevistados. Segundo o estudo[31], a maioria dos usuários de substâncias possui escolaridade de nível fundamental incompleto, no entanto a presente pesquisa identificou maioria com escolaridade de nível médio ou técnico, ainda que incompleto. Tal diferença pode ter relação com as diferentes características dos municípios do Brasil, inclusive pela necessidade em capacitar-se para conseguir melhor colocação no mercado de trabalho.

A baixa renda dos entrevistados corrobora com os achados de outro estudo[57]. Considerando que a faixa etária da maioria dos entrevistados refere-se ao período do início da vida adulta, em que grande parte das pessoas exerce atividade laborativa, pode ser que o uso da substância psicoativa esteja dificultando tais sujeitos de cumprir com obrigações e horários de serviço[57].

Considerando as diretrizes da Política do Ministério da Saúde de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas[5], espera-se que os serviços de atenção a essa população consigam dispor de diferentes modalidades de tratamento, seguindo a lógica de humanização da assistência, pela qual se

busca atender a demanda e não impor o cuidado. Na presente pesquisa os entrevistados revelaram dispor das seguintes modalidades de tratamento: abstinência total (35,1% dos entrevistados), redução de danos (9,6% dos entrevistados), as duas modalidades (29,8% dos entrevistados); parte dos entrevistados (25,4%) revelou não saber qual a modalidade de seu tratamento.

Preocupa identificar que quase um quarto dos entrevistados não sabe informar a modalidade de seu tratamento, pois seria de se esperar que o Projeto Terapêutico Singular fosse resultado de pactuação entre o serviço e o usuário de substância psicoativa[5]. A ocorrência de maior modalidade de tratamento do tipo abstinência total, somada à existência de entrevistados que desconhecem sua modalidade de tratamento levanta dúvidas acerca da forma com que são acordadas as atividades a serem desenvolvidas com o usuário.

O relato de que a modalidade de tratamento seguida é a abstinência total acompanha outros achados da presente pesquisa no sentido de que a maioria dos entrevistados não consumiu bebida alcoólica ou droga ilegal nas últimas 4 semanas. No entanto, muitos usuários podem não conseguir alcançar a abstinência total da substância psicoativa e desenvolver sentimentos como a frustração e a raiva, por desacreditar de sua capacidade em usar a substância de forma equilibrada, sem que a mesma cause impacto negativo em sua vida[57]. Por não ter sua singularidade valorizada tais sujeitos podem abandonar o tratamento ou nem mesmo procurá-lo[57].

O olhar para as singularidades representa tentativa de compreender de forma diferente a recaída, pois se a meta é a abstinência total, a recaída pode ser interpretada como fraqueza, fracasso, insistência em um erro, portanto, passível de gerar vergonha e culpa[58].

A maioria dos entrevistados no presente estudo nunca passou por internação psiquiátrica antes ou depois do tratamento no CAPSad, como encontrado em outro estudo[52], no qual 57,65% nunca passaram por internação. Espera-se, justamente, que o recurso de internação seja utilizado somente quando outras ações forem insuficientes[5]. Portanto, possivelmente, há esforço das equipes de saúde em procurar alternativas à internação psiquiátrica.

Os CAPSad que compuseram a amostra da pesquisa eram de modalidade II, nos quais a legislação prevê existência de dois a quatro leitos para recuperação e repouso[28]. A identificação de que os entrevistados não

necessitaram de internação psiquiátrica mostra a necessidade pela permanência de leitos para recuperação e repouso nos CAPSad, pois certamente haverá necessidade pelos mesmos, o que geraria menor custo para a assistência com o cuidado dessa população e menor impacto negativo, na vida dessas pessoas, como acontece no casos de internações desnecessárias[58].

Sobre a característica clínica *uso de psicofármaco*, pode estar relacionada à necessidade em auxiliar o usuário de substância psicoativa a diminuir a sintomatologia e os comportamentos problemáticos[59]. Entretanto, os psicofármacos podem afetar áreas da vida dos usuários de substâncias psicoativas, diminuindo o desejo sexual, alterando a saúde física e a energia para realizar atividades[59]. Mesmo diante da possibilidade de melhora da sintomatologia com o uso de psicofármacos, ter cautela em relação às dosagens significaria manter foco na qualidade de vida dos usuários, que possivelmente esperam recuperar-se do uso de drogas, mas não substituí-lo pelo uso de psicofármacos.

Pouco mais da metade dos entrevistados (56,1%) revelou ter hábito de fumar, o que corrobora com levantamento domiciliar[31], no qual identificou-se que o tabaco está entre as substâncias psicoativas mais consumidas. O fato de tal substância ser de uso legal contribui para o livre acesso da mesma e para uma percepção social de que a substância não oferece tantos riscos à saúde como as substâncias ilegais.

No Pronto Socorro do Hospital Universitário da região central do Rio Grande do Sul, estudo quantitativo que analisou o grau de satisfação dos usuários internados[60] identificou médias de 4,35 a 4,63 relacionadas à equipe médica, 3,59 a 4,34 para recepção, 4,41 a 4,69 para equipe de enfermagem, 3,25 a 4,54 para nutrição e ambiente. No estudo[60] utilizou-se escala Likert de 5 pontos, em que, quanto mais perto de 1, menos a pessoa está satisfeita com o serviço e, quanto mais perto de 5, mais satisfeita. O perfil dos entrevistados[60] era de maioria do sexo masculino, com 40 a 60 anos, casados, com ensino fundamental e empregados.

Na presente pesquisa obteve-se média 4,5 para o primeiro fator da escala SATIS-BR, que avalia a satisfação dos pacientes com relação à competência da equipe e do terapeuta principal, a capacidade de escuta dos profissionais e a compreensão dos profissionais da equipe em relação ao

problema apresentado por ele; média 4,7 para o segundo fator, que avalia a satisfação com a ajuda recebida no serviço, a qualidade da acolhida dos profissionais e o respeito e dignidade da equipe ao relacionar com o paciente; média 4,2 para o terceiro fator, que avalia a satisfação do paciente com as condições físicas do serviço, incluindo o conforto e a aparência do serviço e as condições das instalações do serviço; além da média global 4,5.

As menores médias encontradas referem-se ao ambiente, seguido da competência da equipe, enquanto a maior média refere-se ao acolhimento dos profissionais. Ocorreu pouca diferença em relação a outro estudo[60], no qual os itens recepção, nutrição e ambiente receberam as menores médias. Mas as médias ultrapassaram 3 pontos, o que indica maior satisfação geral com o serviço.

Em relação ao escore de mudança percebida global, estudo realizado em Divinópolis (MG), com usuários de um Serviço de Referência em Saúde Mental obteve média de 2,46, muito próximo do valor 2,6 encontrado nesta pesquisa; já as médias das subescalas variaram de 2,3 (ocupação e saúde física) a 2,6 (aspectos psicológicos e sono)[61], não muito diferentes também dos escores 2,6 e 2,7, respectivamente, obtidos para as mesmas subescalas na presente pesquisa. O perfil dos entrevistados[61] foi semelhante, a maioria era do sexo masculino, com ensino fundamental incompleto, vive sem companheiro e tem renda familiar inferior a 2 salários mínimos.

5.2 Escala de Satisfação (SATIS)

Na presente pesquisa foi mensurada a satisfação de usuários com o serviço de saúde conforme os fatores da escala SATIS-BR[37], os quais mostraram satisfação global dos usuários com o serviço. Outros estudos[37; 57; 62; 63; 64] também revelaram satisfação dos usuários com o serviço de saúde mental.

Tomando por base diferentes dimensões de satisfação com o serviço, estudo[65] realizado com sujeitos de 30 a 69 anos de idade, de diferentes níveis de escolaridade, identificou que as dimensões mais citadas de satisfação com o

serviço de saúde são: acesso/disponibilidade, organização, relação profissional com o usuário, longitudinalidade e coordenação do cuidado.

A satisfação pode ser compreendida como um fenômeno bastante complexo, pois refere-se a aspectos subjetivos, relacionados à experiência de vida da pessoa[66]. Com base nisso buscou-se correlacionar variáveis socioeconômicas e clínicas com o nível de satisfação dos usuários. Dessa correlação observou-se influência negativa entre a variável escolaridade e a satisfação global com o serviço; e influência positiva entre a variável renda familiar no último mês com a satisfação. Obteve-se escores maiores de satisfação entre as pessoas com menor nível de escolaridade e maior renda familiar no último mês.

Escores altos de satisfação dos usuários nos estudos desenvolvidos em serviços públicos de saúde indicam necessidade de definição mais aprofundada do construto satisfação[57]. Independente de quais são as expectativas em relação ao serviço de saúde, outros fatores como a gratuidade do serviço podem contribuir para o aumento na satisfação pelo mesmo[13]. Tal afirmação pode justificar a correlação entre maior renda familiar no último mês e maiores escores de satisfação com o serviço, conforme identificado no presente estudo.

Supostamente, pessoas com maior renda familiar têm maior poder aquisitivo e podem optar por serviços de saúde públicos ou privados. No Brasil, a saúde é considerada um direito para todos e dever do Estado, portanto qualquer cidadão pode optar pelo serviço público de saúde se assim desejar[67]. Desta feita, pode-se levantar a hipótese de que a gratuidade do serviço é mais reconhecida por aqueles que possuem condições financeiras para usufruir de serviços de saúde privados, mas optam pelos serviços públicos de saúde.

Teoricamente, a gratuidade do tratamento é considerada argumento para maior satisfação com o serviço de saúde, porque as pessoas teriam medo em perder o direito pelo mesmo[13]. No presente estudo, a correlação positiva entre renda familiar e satisfação com o serviço de saúde mostra, em princípio, necessidade de aprofundamento do tema a fim de evitar suposições falsas.

Por outro lado, um possível viés do presente estudo pode ser o fato de avaliar-se a satisfação somente de usuários de serviços públicos de saúde[57]; medidas de satisfação global também podem indicar elevada satisfação com o serviço quando, na realidade, camuflam baixos escores de satisfação[57]. No

entanto, buscou-se minimizar estes vieses pela utilização de instrumento de medida multidimensional, com medidas padronizadas, propriedades psicométricas avaliadas e validade dos construtos medidos[37; 57].

Num modelo teórico centrado nas expectativas dos usuários[68], acredita-se que os usuários possuam expectativas em relação ao serviço que pretendem utilizar[13]. As expectativas referem-se ao que é desejado e ao que é adequado às necessidades das pessoas[13]. Então a manifestação de satisfação ou insatisfação com tal serviço decorreria do desempenho acima ou abaixo do nível de tolerância estabelecido pela pessoa para o desejável e o adequado para ela própria[13].

Em outra teoria[69] a satisfação decorreria da relação entre a realidade e a avaliação individual baseada em aspectos subjetivos, de ordem cognitiva e afetiva. Tal critério combina o ideal de um serviço, noções de merecimento, experiências anteriores e nível mínimo subjetivo de atribuição de qualidade[69].

Teorias sobre satisfação ou insatisfação de usuários pelos serviços[68; 69] e estudos sobre métodos de avaliação[8; 13] revelam a complexidade do tema. Para corresponder a tamanha complexidade é necessária a utilização de instrumentos multidimensionais de avaliação da satisfação e tentativa de análise dos fatores relacionados aos maiores escores de satisfação[37; 69].

Weiss (1988), citado por Esperidião (2006), apresentou quatro grupos de determinantes da satisfação dos usuários que podem direcionar estudos dessa natureza: 1) características dos usuários do serviço; 2) características dos prestadores da assistência; 3) aspectos da relação médico-paciente e 4) fatores estruturais e ambientais[13].

Nesse sentido, outro estudo[70] buscou identificar, por meio de análise fatorial, a força de correlação entre as variáveis relacionadas aos usuários e a satisfação deles com o serviço. Os resultados mostraram que 90% a 95% das variações da satisfação resultavam de variáveis relacionadas aos pacientes e 5% tinham relação com as características dos serviços e dos prestadores da assistência[70].

Sendo assim, considerar que a satisfação é uma medida subjetiva e centrada no usuário é plausível e embasa a escolha metodológica deste estudo em utilizar instrumento centrado no usuário para análise de sua satisfação. Seguindo esse raciocínio, foi feito teste de correlação múltipla entre as variáveis

socioeconômicas e clínicas dos usuários com relação à satisfação global com o serviço.

No modelo de regressão múltipla foram incluídas variáveis que mostraram nível de significância de 30% ao modelo univariado em relação à satisfação global. As variáveis foram: etnia, escolaridade, renda familiar no último mês, internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad e presença de outro problema de saúde. A escolaridade apresentou correlação negativa com a satisfação global e as demais variáveis permaneceram no modelo como variáveis de controle.

No que diz respeito às variáveis que entraram no modelo múltiplo, a presença de maiores escores de satisfação entre pessoas de raça branca poderia levantar questões acerca da possibilidade de diferenciação no atendimento de saúde destinado às pessoas com diferentes raças. No entanto não foi identificada significância estatística (p-valor ≤ 0,05) entre a variáveil raça e a variável satisfação global.

Estudo realizado num CAPSad de João Pessoa[71], no qual a maior parte dos usuários do serviço eram de raça parda, não identificou associação entre raça e abandono da terapêutica. O critério de abandono da terapêutica pode ser um fator de análise da satisfação com o serviço, embora com ressalvas[13]. Considerando o resultado da presente pesquisa podemos afirmar que a associação entre raça e satisfação global com o serviço, por não ser significativa no modelo múltiplo, sugere pouquíssima diferença na assistência destinada a essa população e, com base em outro estudo[71], possivelmente não interfere em sua adesão ao tratamento.

A correlação entre a renda familiar no último mês e a satisfação global com o serviço mostrou-se significativa à análise univariada e perdeu significância no modelo múltiplo, embora persista a correlação positiva entre maior renda e maiores escores de satisfação global.

Por fim, a variável presença de outro problema de saúde, que também não se mostrou significante (p-valor ≤ 0,05) ao modelo múltiplo, não permitiu a identificação de diferença entre a satisfação global das pessoas com outro problema de saúde e as pessoas sem outro problema de saúde. O atendimento das questões clínicas de saúde corresponde ao esperado para os CAPSad no que se refere à atenção integral de saúde[5; 28], no entanto a presente pesquisa

não permitiu associação entre assistência a outros problemas de saúde com nível de satisfação com o serviço.

Com relação à variável escolaridade, que apresentou correlação negativa com a satisfação global, pessoas de menor escolaridade podem não expressar insatisfação com a qualidade dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde[72]. Pode ser que haja associação entre maior nível de escolaridade e maiores expectativas em relação ao serviço de saúde. As pessoas com maior escolaridade também podem ter maior conhecimento acerca de seus direitos[67], desenvolvendo reflexão crítica sobre a assistência oferecida pelo serviço de saúde.

Com relação às pessoas que passaram por internação psiquiátrica antes do tratamento no CAPSad, não foi identificada significância na associação com a satisfação global, mas a literatura científica[73] levanta a hipótese de que, muitas vezes, os usuários do serviço de saúde mental que já passaram por internação psiquiátrica estão entre aqueles considerados crônicos, com sintomas persistentes, perda significativa de habilidades e que frequentam o serviço diariamente.

Os usuários considerados crônicos[73] costumam ser incluídos em poucas atividades, passando longos períodos sem atendimento ou supervisão, não recebem muita atenção e, em alguns casos, não possuem plano terapêutico devidamente definido. O aumento da demanda nos serviços pode ser uma justificativa para a diminuição de ações personalizadas, que resgatem a dignidade e promovam a autonomia[73].

Alguns conceitos chave para a proposta de reabilitação psicossocial seriam o resgate da identidade e do cuidado personalizado, suprimindo a visão sintomatológica das questões de saúde apresentadas e aumentando o olhar para o ser humano que se coloca na figura do usuário do serviço de saúde[73].

Aqueles que não se inserem nas atividades, por serem considerados *casos crônicos*, permanecem longos períodos sentados, assistindo televisão, dormindo ou caminhando pelo serviço de saúde; seu projeto terapêutico não inclui atividades junto à comunidade, em cooperativa de trabalho e ou em algum centro de convivência[73]. Dessa forma corre-se o risco dos CAPS se tornarem meros intermediários entre o hospital psiquiátrico e a comunidade[73].

Em síntese, vários aspectos podem inferir nos maiores ou menores escores de satisfação dos usuários, no entanto o presente estudo identificou, no modelo múltiplo, a influência de apenas uma variável com a satisfação global (variável escolaridade). Poucos estudos fazem avaliação dos determinantes da satisfação, sendo necessário o desenvolvimento de estudos com métodos e técnicas padronizadas para coleta e análise de dados, para que se possa inferir mais sobre o assunto[13]. Algumas sugestões seriam a realização de pesquisas que testem hipóteses ou teorias (*theory-testing studies*), ou que construam uma teoria (theory-building studies), além de estudos sobre os aspectos cognitivos relacionados à satisfação[13].

5.3 Escala de Mudança Percebida (EMP)

Estudo qualitativo desenvolvido no Rio de Janeiro (Brasil) com utilização da técnica de grupo focal para coleta de dados verificou que pessoas com idade de 50 a 69 anos e maior nível de escolaridade (nível médio ou superior), comparadas a pessoas com idade entre 30 e 49 anos e menor nível de escolaridade, tendem a avaliar mais negativamente seu estado de saúde[65].

Outros estudos[43; 57; 59; 63; 74] indicam que a maioria dos usuários de serviços de saúde avaliam estar melhor do que antes do início do tratamento. Tais resultados fornecem indicativos sobre os resultados do tratamento[57] e englobam as expectativas dos usuários em relação ao serviço de saúde, ou seja, o que seria esperado obter com a assistência[13].

Mensurar a mudança percebida seria um meio de validar e avaliar os resultados da assistência de saúde[59; 75]. No presente estudo as médias obtidas para cada um dos fatores da EMP foram semelhantes e mais próximos de 3, indicando maior percepção de mudança. Esse achado difere de outros estudos nos quais os itens de maior mudança percebida foram o interesse pela vida, a confiança em si mesmo e o interesse em trabalhar ou se ocupar[57] ou relacionados a problemas pessoais, humor e sono[59]. A diferença de resultados pode ter relação com as características socioeconômicas e clínicas dos usuários, características dos serviços de saúde e modalidades de tratamento[57].

Usuários de serviços que oferecem, basicamente, tratamento medicamentoso, parecem perceber maior mudança em relação aos problemas pessoais, humor e sono[59]. Enquanto usuários atendidos em um serviço com maior quantidade de atividades terapêuticas perceberam maior mudança em relação ao interesse pela vida, confiança em si mesmos e vontade de trabalhar[57]. No entanto, pelos resultados da presente pesquisa podemos inferir que os CAPSad que compuseram a amostra desenvolvem equilibradamente atividades terapêuticas e de assistência medicamentosa, pois foram identificados escores iguais de mudança percebida em todos os fatores da EMP, embora seja uma análise superficial dos fatos.

Em relação à vontade de trabalhar e se ocupar, num estudo em que 80% dos usuários relataram perceber mudança quanto à vontade de trabalhar e se ocupar, havia predominância de pessoas do sexo masculino e usuários de drogas em tratamento na amostra[59]. Os CAPSad, como mostram alguns estudos[50; 51; 52; 53; 54; 55], possuem maior público do sexo masculino, portanto precisam desenvolver atividades coerentes com os anseios de tal população, promover reintegração social, promover atividades com oficinas que desenvolvam novas habilidades e novas formas de se inserir no mercado através do trabalho[57].

Outro importante fator é a sexualidade, que pode sofrer prejuízo em decorrência do efeito colateral de psicofármacos, além do possível impacto na libido, na energia e na saúde física[59]. O fator sexualidade apresentou média semelhante aos demais fatores no presente estudo e isso pode indicar adequado monitoramento por parte da equipe de saúde com relação aos efeitos colaterais da medicação em seus usuários[59; 76], além de possível esforço por ações de fortalecimento dos vínculos sociais[57].

Na presente pesquisa, da correlação univariada entre variáveis sóciodemográficas e clínicas com a mudança percebida foi significante somente a correlação entre situação conjugal e mudança percebida, a qual se mostrou negativa. Esse achado mostra que pessoas com companheiro percebem menos mudança com o tratamento do que pessoas sem companheiro. Uma hipótese seria a percepção de si mesmo a partir da percepção do companheiro.

Outra correlação significante foi identificada entre a satisfação com o serviço e a mudança percebida, sendo que as pessoas com maior satisfação

com o serviço apresentaram maiores escores de mudança. A satisfação costuma ser estudada enquanto variável dependente da mudança percebida, partindo-se do pressuposto de que pode ser identificada pela reação do usuário diante do contexto em que as ações de saúde se desenvolvem, do processo de trabalho e do resultado das ações desenvolvidas[8]. No presente estudo optou-se por analisar correlação contrária, no intuito de verificar a influência de aspectos subjetivos, como a satisfação, na percepção de mudança.

A relação entre satisfação com o serviço e mudança percebida é pouco estudada[63], mas indica correlação positiva entre os construtos[57; 76]. Estudos [57; 63; 76] mostram que a satisfação dos usuários com os serviços era maior quando eles apresentavam maior percepção global de mudança. Percebe-se, portanto, que o conceito de satisfação envolve a percepção de mudança.

No sentido contrário, estudo[76] que analisou a relação entre a satisfação e a mudança percebida revelou que pessoas mais satisfeitas com o serviço, percebem mais mudanças em relação às atividades e à saúde física; também identificou associação entre percepção de mudança e a satisfação com a equipe do CAPSad, com as condições gerais do serviço e a qualidade do atendimento. Pode-se dizer que a satisfação com a equipe do CAPSad, com as condições gerais do serviço e a qualidade do atendimento motiva as pessoas a desenvolverem mais atividades e a cuidarem mais de sua saúde física.

Essa relação entre satisfação com o serviço e mudança percebida é bem menos abordada pela literatura científica do que a relação contrária[35; 39], assim como a relação entre variáveis socioeconômicas e clínicas e a mudança percebida[57]. No presente estudo, as variáveis etnia, situação conjugal, internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad, presença de outro problema de saúde, hábito de fumar e satisfação global apresentaram significância (p-valor ≤ 0,30) no modelo univariado, sendo incluídas no modelo múltiplo.

No modelo múltiplo as variáveis etnia, internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad, hábito de fumar e presença de outro problema de saúde exerceram o papel de variáveis de controle. Apresentaram significância estatística (p-valor ≤ 0,05) as variáveis situação conjugal e satisfação global com o serviço.

Comparando-se a significância dessas variáveis ao modelo univariado com a significância dessas mesmas variáveis ao modelo múltiplo, observou-se aumento na significância das variáveis etnia, situação conjugal, hábito de fumar e satisfação global; enquanto a significância das variáveis internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad e presença de outro problema de saúde diminuiu.

No presente estudo o uso de álcool ou outras drogas nas últimas quatro semanas não apresentou relação com a mudança percebida, mas outro estudo[57] identificou que as pessoas que não fizeram uso de drogas nos últimos 30 dias percebem mais mudanças com o tratamento. Supõe-se que esse achado esteja relacionado aos efeitos negativos do consumo de substâncias psicoativas, que causariam impacto em vários aspectos da vida das pessoas[57].

Para compreender os fatores relacionados às maiores percepções de mudança seria necessário considerar as expectativa dos usuários em relação ao tratamento[57]. Pois o fato de não conseguir alcançar uma meta, ainda que estipulada para si mesmo, pode influenciar negativamente na percepção de mudança[57].

A presente pesquisa não estudou a relação entre o uso de diferentes tipos de substância psicoativa e a mudança percebida, mas outro estudo[57] identificou que usuários de cocaína apresentam menores índices de mudança percebida. Esses dados mostram a necessidade por atenção às singularidades, pois algumas drogas, por seus efeitos e consequências físicas e psicossociais, podem dificultar a percepção de mudanças ao tratamento[57]. No entanto, permanece a consideração de que são necessários mais estudos a respeito da percepção de mudança entre usuários[57].

O uso de medicação também foi um fator que, na presente pesquisa, não revelou associação com a mudança percebida, no entanto outro estudo identificou que os usuários que não fazem tratamento medicamentoso apresentaram maior percepção de mudança com o tratamento do que aqueles que fazem uso de medicamentos[57]. Pode ser que, nesse caso, a crítica que fazem sobre si mesmos seja prejudicada pelo não uso de medicação; ou o uso de medicação, pelos efeitos colaterais, faz com que surjam outros problemas para o usuário, que então perceberia menor mudança ao tratamento[57].

Por fim, são necessários mais estudos correlacionando o impacto de variáveis socioeconômicas e clínicas com a percepção de mudança, assim como estudos que considerem a satisfação global com o serviço como fator preditivo de percepção de mudança com o tratamento, dada a elevada significância encontrada entre essas duas variáveis no presente estudo.

6 CONCLUSÕES

De acordo com o objetivo geral do estudo e os objetivos específicos, verificou-se que os entrevistados:

a) tinham as seguintes características socioeconômicas: idade entre 19 e 76 anos; sendo a maioria do sexo masculino, de raça branca, sem companheiro, vivendo com alguém, que sabe ler, tem ensino médio ou curso técnico completo e renda de até dois salários mínimos no último mês;
b) tinham, em sua maioria, as características clínicas: sem internação psiquiátrica anterior ou posterior ao tratamento no CAPSad, em uso de algum psicofármaco atualmente, fumante, não consumiu bebida alcoólica ou droga ilegal nas últimas 4 semanas e tinha a *abstinência total* como modalidade atual de tratamento; e aproximadamente metade dos entrevistados tem algum outro problema de saúde;
c) estão satisfeitos com o serviço;
d) percebem mudança após o tratamento;
e) Pela análise univariada, a variável renda familiar no último mês apresentou correlação estatisticamente significante e positiva; e a variável escolaridade apresentou correlação estatisticamente significante e negativa com a satisfação global;
f) Pela análise univariada, a variável situação conjugal apresentou correlação estatisticamente significante e negativa com a mudança percebida. A variável satisfação global apresentou correlação estatisticamente significante e positiva com a mudança percebida
g) Para a Satisfação Global, no modelo múltiplo foram incluídas as variáveis: etnia, escolaridade, renda familiar no último mês, internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad e presença de outro problema de saúde, pois apresentaram nível de significância no modelo univariado (p-valor ≤ 0,3). Dessas variáveis, a escolaridade apresentou significância estatística (p-valor ≤ 0,05) e correlação negativa com a satisfação global. As demais variáveis permaneceram no modelo como variáveis de controle;
h) Para a Mudança Percebida, no modelo múltiplo foram incluídas as variáveis etnia, situação conjugal, internação psiquiátrica anterior ao tratamento no CAPSad, presença de outro problema de saúde,

hábito de fumar e satisfação global, pois apresentaram significância ao modelo univariado (p-valor ≤ 0,3). Dessas variáveis, apresentaram significância estatística (p-valor ≤ 0,05) as variáveis situação conjugal (correlação negativa) e satisfação global (correlação positiva). As demais variáveis foram mantidas no modelo como variáveis de controle.

Já em relação às hipóteses do estudo:

a) A hipótese nula presumia não haver associação entre as variáveis socioeconômicas e clínicas do estudo com a satisfação global. Verificou-se associação entre a variável *escolaridade* e a satisfação global com o serviço; portanto, **a hipótese nula foi rejeitada para essas variáveis** (aceitando-se a hipótese alternativa).

b) Da mesma forma, para a mudança percebida, as variáveis *situação conjugal e satisfação global* mostraram associação com a percepção de mudança por parte dos usuários dos CAPSad avaliados; sendo assim, **rejeitou-se a hipótese nula para essas variáveis**.

Pela existência de poucos estudos correlacionando variáveis sóciodemográficas e clínicas com a satisfação global com o serviço e a mudança percebida, como identificado pelos autores de outro estudo[57], sugere-se ponderação na utilização dos resultados do estudo para a tomada de decisões em saúde.

Ademais, os instrumentos adaptados para o desenvolvimento desta pesquisa serão disponibilizados para outros pesquisadores e instituições de ensino e pesquisa que desejarem e manifestarem interesse pelos mesmos.

Serão também disponibilizados os resultados da pesquisa avaliativa aos interessados; além da publicação dos resultados em periódicos nacionais e/ou internacionais; e divulgação dos mesmos em eventos científicos.

REFERÊNCIAS

1 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, OMS, . **World Drug Report 2014**. 2014. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2014/06/World_Drug_Report_2014_web_embargoed.pdf>

2 ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 25: 2309-2319 p. 2009.

3 SANTOS, J.A.T.; OLIVEIRA, M.L.F.D. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **J Nurs Health.** Pelotas (RS). 1**:** 82-93 p. 2012.

4 BRASIL; CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010** 2010.

5 SILVEIRA, C. et al. **Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 52.5 (2003): 349-354.

6 BRASIL. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006**. Secretaria De Atenção à Saúde/DAPE, M. D. S. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

7 de ARAÚJO, I.C. **Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da Universidade Federal do Pará** (Dissertação). Universidade de São Paulo, 2003.

8 DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment** (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol 1). 1985.

9 DEMING, EW. **Qualidade: a revolução na produtividade**. Rio de Janeiro, 1990.

10 DIAS, O.V.; RAMOS, L.H.; de MELO COSTA, S. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da satisfação dos usuários. **Revista Pró-univer SUS,** Vassouras, v. 1, n. 1, p. 11-26, 2010.

11 DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. In: (Ed.). **La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación**: <La> Prensa Medica Mexicana, 1984.

12 TANAKA, O.Y.; MELO,C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. Edusp, 2001.

13 ESPERIDIÃO, M.A.; TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais User satisfaction assessment: theoretical and conceptual concerns. **Cad. Saúde Pública,** v. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006.

14 SOUZA, C. et al. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

15 BRASIL. **Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971.** 1971.

16 _____. **Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976**. 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm#art46 >.

17 _____. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm#art75>.

18 BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 8.080, de 19 de dezembro de 1990.** 1990.

19 BRASIL; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** 1990.

20 BRASIL. **Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006.** 2006.

21 _____. **Decreto nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011**. 2011. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7426.htm#art6 >.

22 BRASIL; SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **Política Nacional Antidrogas**. Brasília: Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas 2001.

23 BRASIL; . **Política Nacional Sobre Drogas.** 2004.

24 BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009** 2009.

25 MORETTI-PIRES, R.O.; CARRIERI, C.G.; CARRIERI, G.G.O Estado frente à temática das drogas lícitas e ilícitas: avanços da nova legislação e desafios frente ao Sistema Único de Saúde. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas,** v. 4, n. 2, p. 1-13, 2008.

26 CARVALHO, J. **Brasil tem 870 mil usuários de cocaína; relatório da ONU indica aumento no número de usuários de drogas**. Rio de Janeiro: O Globo Online, 2010.

27 BRASIL. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001:** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. SAÚDE, M. D. 2001.

28 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial. 2002.

29 ASSOCIATION, A.P. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado (DSM-IV-TR)**. Artmed, 2004.

30 ORGANIZATION, W.H. Global status report on alcohol and health. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf>.

31 CARLINI, E.S. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina 2006.

32 LARANJEIRA, R. et al. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf>.

33 BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009**. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html >.

34 NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública,** v. 34, n. 5, p. 547-549, 2000.

35 MERCIER, L. et al. Measuring clients perception as outcome measurement. In: ROBERTS, A. R. e YEAGER, K. R. E. (Ed.). **Evidence-based Practice Manual: Research an outcome Measures in Health and Human Services**. New York: Oxford University Press, 2004. p.904-909.

36 FOOD AND DRUG ADMINISTRATION et al. Guidance for industry: Patient-reported outcome measures: Use in medical product development to support labeling claims. **Federal Register**, v. 74, n. 235, p. 65132-65133, 2009.

37 BANDEIRA, M.; SILVA, M. A. D. Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** v. 61, n. 3, p. 124-132, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852012000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

38 MCCABE, R.; SAIDI, M.; PRIEBE, S. Patient-reported outcomes in schizophrenia. **The British Journal of Psychiatry,** v. 191, n. 50, p. s21-s28, 2007.

39 HOLCOMB, W.R. et al. Customer satisfaction and self-reported treatment outcomes among psychiatric inpatients. **Psychiatric Services,** v. 49, n. 7, p. 929-934, 1998. ISSN 1075-2730.

40 ORGANIAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Who-satis Consumer's and caregivers' satisfaction with Mental Health Services: a Multisite Study. **Geneva: Mental Health World Organization**, 1996.

41 BANDEIRA, M.; PITTA, A.M.F.; MERCIER, C. Escalas da OMS de avaliaçäo da satisfaçäo e da sobrecarga em serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versäo brasileira. **J. bras. psiquiatr,** v. 48, n. 6, p. 233-44, 1999. ISSN 0047-2085.

42 _____. Escala de avaliaçäo da satisfaçäo dos usuários em serviçosde saúde mental: SATIS-BR. **J. bras. psiquiatr,** v. 49, n. 8, p. 293-300, 2000.

43 BANDEIRA, M.D.B. et al. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. **Psicologia: Reflexão e Crítica,** v. 24, n. 2, p. 236-244, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

44 BALDI, B.; MOORE, D.S. **The practice of statistics in the life sciences**. WH Freeman, 2014.

45 MOORE, D.; MCCABE, G. Introduction to the practice of statistics. 2006.

46 TREK, S. Random number generator. **Retrieved April,** v. 27, 2009.

47 BRASIL; IBGE. **Censo demográfico, 2010**. ESTATÍSTICA, I. B. D. G. E. Rio de Janeiro**:** 156 p. 2013.

48 BANDEIRA, M. et al. Escala Brasileira de Avaliação da Satisfação dos Familiares em Serviços de Saúde Mental: SATIS-BR. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 51**:** 31-38 p. 2002.

49 WHITE, H. A heteroskedasticity-consistent covariance matrix estimator and a direct test for heteroskedasticity. **Econometrica: Journal of the Econometric Society**, p. 817-838, 1980.

50 PEIXOTO, C. et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J Bras Psiquiatr,** v. 59, n. 4, p. 317-21, 2010.

51 MONTEIRO, C.F. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Esc Anna Nery Rev Enferm,** v. 15, n. 1, p. 90-5, 2011.

52 de ALMEIDA, R.A. et al. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. **Revista co Centro Brasileiro de Estudos de Saúde,** v. 38, n. 102, p. 526-538, 2014.

53 de FARIA, J.G.; SCHNEIDER, D.R. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade,** v. 21, n. 3, p. 324-333, 2009. ISSN 0102-7182.

54 JORGE, A.C.R. **Analisando o perfil dos usuários de um CAPS AD**. 2010. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

55 BATISTA, L.S.S., BATISTA, M.; CONSTANTINO, P. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas do CAPSad em 2000 e 2009, Campo dos Goytacazes, RJ. **Persp. Online: Biol. & Saúde,** v. 7, n. 2, p. 15, 2012.

56 SOUZA, J.; KANTORSKI, L.; MIELKE, F. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em um CAPSad. **SMAD Revista eletrônica, saúde mental, álcool e drogas**. 2 2006.

57 LIMA, F. C. **Avaliação da mudança percebida e da satisfação de usuários de CAPS-AD** (Dissertação). Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/107594/318770.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

58 MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 121-133, 2008. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017&nrm=iso>.

59 COSTA, C.S. et al. A percepção de pacientes e familiares sobre os resultados do tratamento em serviços. **Cad. Saúde Pública,** v. 27, n. 5, p. 995-1007, 2011.

60 SCHMIDT, S.M.S. et al. Análise da satisfação dos usuários em um hospital universitário. **Saúde em Debate, Rio de Janeiro,** v. 38, n. 101, p. 305-317, 2014.

61 CESARI, L.; BANDEIRA, M. Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. **J Bras Psiquiatr,** v. 59, n. 4, p. 293-301, 2010.

62 KANTORSKI, L.P. et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública,** v. 43, p. 29-35, 2009.

63 PERREAULT, M. et al. Relationship between perceived improvement and treatment satisfaction among clients of a methadone maintenance program. **Evaluation and program planning,** v. 33, n. 4, p. 410-417, 2010.

64 CAMILO, C.A. et al. Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. **Cien Saude Colet,** v. 20, n. 1, p. 82-92, 2012.

65 MORAES, V.D.; CAMPOS, C.E. A.; BRANDÃO, A.L. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. **Physis (Rio J.),** v. 24, n. 1, p. 127-146, 2014.

66 JOIA, L.C.; RUIZ, T. Satisfação com a Vida na Percepção dos Idosos. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde,** v. 16, n. 6, 2013.

67 BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Centro Gráfico do Senado Federal Brasília 1988.

68 NEWSOME, P.; WRIGHT, G. A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. **Br Dent J,** v. 186, p. 161-165, 1999.

69 PASCOE, G. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. **Eval Program Plann,** v. 6, p. 185-210, 1983.

70 SIXMA, H.; SPREEUWENBERG, P.; VAN DER PASCH, M. Patient satisfaction with the general practitioner: a two-level analysis. **Med Care.** 36**:** 212-229 p. 1998.

71 ALMEIDA, R.A.D. **Fatores associados ao abandono do tratamento por usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas em João Pessoa,** (Dissertação), 2013. 117f. Centro de Ciências Exatas e da NaturezaPrograma de Pós-Graduação em modelos de decisão e saúde, Universidade Federal da Paraíba.

72 PAIVA, S.; GOMES, E. Assistência Hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.15, 2007.

73 WETZEL, C. et al. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 16, p.2133-2143. 2011.

74 DA SILVA, G.M. et al. O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental,** v. 15, n. 2, p. 309-322, 2012.

75 PERREAULT, M. et al. Information as a distinct dimension for satisfaction assessment of outpatient psychiatric services. **International Journal of Health Care Quality Assurance,** v. 14, n. 3, p. 111-120, 2001.

76 SILVA, M.A.D. et al. Patients' satisfaction with mental health services: the perception of changes as predictor. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** v. 61, n. 2, p. 64-71, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852012000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

APÊNDICES

Apêndice A – Carta Convite para participação no estudo.

CARTA-CONVITE DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

São Paulo, de de 20 .

Prezado(a) Sr(a),

Venho por meio desta, convidá-lo a participar de uma pesquisa intitulada: "METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO E MEDIDAS DE IMPACTO DAS POLÍTICAS PARA AÇÕES EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS", sob a coordenação da Profª Drª Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, vinculada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A pesquisa tem por finalidade avaliar a qualidade do tratamento oferecido nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPSad, que atendem dependentes de álcool e outras drogas, a fim de contribuir para a melhoria da atenção em saúde que é oferecida nesses serviços.

Assim, os objetivos gerais da pesquisa são: verificar se o número de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas que atendem pessoas dependentes de álcool e outras drogas no Estado de São Paulo é suficiente; se esses serviços possuem estrutura física, equipamentos, profissionais e funcionários em quantidades necessárias para dar um atendimento de qualidade os usuários; verificar se os Centros de Atenção Psicossocial que atendem as pessoas dependentes de álcool e outras drogas – CAPSad do Estado de São Paulo dão um atendimento de qualidade aos seus usuários; e por fim, os autores da pesquisa elaborarão um questionário para a avaliação da qualidade do tratamento que os CAPSad do estado de São Paulo oferecem aos seus usuários.

Você é livre para expressar suas idéias e poderá fazer questionamento acerca do estudo e sobre a sua participação nele. Se tiver alguma dúvida procuraremos esclarecê-la em qualquer fase da pesquisa.

A sua participação é voluntária, sendo assim você não é obrigado(a) a participar do estudo. Você tem o direito de abandonar a pesquisa em qualquer

etapa, e em momento algum isto lhe trará prejuízos ou constrangimentos. Se você se negar a participar da pesquisa ou interrompê-la, não sofrerá nenhum prejuízo.

A sua participação na pesquisa, não oferece a você nenhum risco e o benefício que ela trará a você, seus familiares e trabalhadores do CAPS ad está relacionado à melhoria do atendimento e tratamento no CAPSad, uma vez que os resultados do estudo ajudarão a melhorar o trabalho que é realizado no CAPSad, no sentido de melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos.

Os dados da presente pesquisa serão registrados e gravados; posteriormente, no momento em que forem publicados em revista de enfermagem, seus nome não constarão nos registros. Assim, a identidade de vocês não será revelada em nenhum momento, nem mesmo na fase de publicação do estudo.

Agradecemos antecipadamente, e nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento que lhe seja necessário.

_____

Rosana Ribeiro Tarifa
Mestranda no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da USP
Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Álcool e Outras Drogas

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP - edipesq@usp.br

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

I – Dados de identificação:

Nome do entrevistado _____

II - Dados sobre a pesquisa

Título da Pesquisa: **"METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO E MEDIDAS DE IMPACTO DAS POLÍTICAS PARA AÇÕES EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS".**

Coordenadora da Pesquisa:

Profª. Dr.ª Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira – Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo marciaap@usp.br.

Pesquisadores:

Maria Odete Pereira: Pós-Doutoranda no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – SP Fone: (11) 8080-4722; email: mariaodete@usp.br.

Paula Hayasi Pinho – Doutoranda no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Fone: (11) 9802-9686; e-mail: phpinho@terra.com.br.

Heloísa Garcia Claro – Doutoranda no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Fone: (11) 99263-2161; e-mail: heloisa.claro@usp.br.

Rejane Alves de Abreu – Doutoranda no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Fone: (34) 99960-1531; e-mail: rejane.abreu@usp.br.

Gilberto Prates – Doutoranda no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Fone: (11) 98433-1526; e-mail: gilbertoprates@usp.br.

Ricardo Soares – Doutorando no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Fone: (34) 99902-4030; e-mail: rh.soares@usp.br.

Rosana Ribeiro Tarifa – Mestranda no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Fone: (19) 98289-3085; e-mail rosanart@usp.br.

Thaís Rojas – Mestranda no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Fone: (11) 97563-0930; e-mail thaisrojas@usp.br.

III – Registro das explicações acerca da pesquisa ao participante:

Os objetivos gerais da pesquisa são: verificar se o número de Centros de Atenção Psicossocial que atendem pessoas dependentes de álcool e outras drogas no Estado de São Paulo é suficiente; se esses serviços possuem estrutura física, equipamentos, profissionais e funcionários em quantidades necessárias para dar um atendimento de qualidade os usuários; verificar se os Centros de Atenção Psicossocial que atendem as pessoas dependentes de álcool e outras drogas – CAPSad do Estado de São Paulo dão um atendimento de qualidade aos seus usuários; e por fim, os autores da pesquisa elaborarão um questionário para a avaliação da qualidade do tratamento que os CAPSad do estado de São Paulo oferecem aos seus usuários.

IV – Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias do sujeito da pesquisa:

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

2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.
3. Salvaguardar da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. Não sofrerá qualquer prejuízo, caso se negue a participar do estudo ou interrompa sua participação.

Nota: Este documento deverá ser assinado em duas vias, ficando uma com o (a) senhor (a) e outra com as pesquisadoras.

V – Consentimento Livre e Esclarecido:

"Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa".

São Paulo, _____de _____ de 20____.

_____ _____

Assinatura do colaborador da Pesquisa **Assinatura do Pesquisador Responsável**

Registro Geral do Participante:
_____

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP - edipesq@usp.br

Apêndice C – Instrumento de coleta de dados

Coleta Usuários Parte 1

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Ad do município de São Paulo Questionário para o Usuário do CAPS ad

Este questionário será mantido em segredo. Sua participação é muito importante para conhecermos o universo da atenção em Saúde Mental do município de São Paulo.

*Obrigatório

1. **Número de identificação:** *
   O número deve ser composto pelo nome do CAPS + número do prontuário (Ex: SACOMÃ1235)

   _____

2. **1a. Cidade:** *
   Cidade do local de coleta

   _____

3. **1b Estado:** *
   Estado do local da coleta

   _____

4. **2. Entrevistador:** *
   Nome do entrevistador

   _____

5. **2a. Data da entrevista:** *

   _____

6. **2b. Horário de início** *

   _____

7. **3. Em que local foi realizada a coleta dos dados?** *
   Marcar apenas uma oval.

   - ( ) No CAPS ad
   - ( ) Parte no CAPS ad, parte no domicílio
   - ( ) No domicílio
   - ( ) Por telefone
   - ( ) Outro: _____

8. **4. Tipo de CAPSad** *
   Marcar apenas uma oval.
   - CAPS II ad
   - CAPS II ad horário estendido
   - CAPS III ad

9. **5. Qual a sua data de nascimento?** *

10. **5b. Qual a sua idade?** *

11. **6.a Naturalidade:** *
    Estado onde nasceu

12. **6 b. Cidade onde reside:** *

13. **7. Sexo** *
    Marcar apenas uma oval.
    - Feminino
    - Masculino

14. **8. Etnia** *
    Marcar apenas uma oval.
    - Branca
    - Mulata
    - Negra
    - Pardo
    - Outro: _____

15. **9. Qual o seu peso (aproximadamente)** *
    Em quilos, somente números

16. **10. Qual é a sua altura? (aproximadamente)?** *
    em metros e centímetros

Página sem título

17. **11. Qual seu atual estado civil?** *
Marcar apenas uma oval.

- Solteiro
- Casado ou vive com companheiro
- separado
- divorciado
- viúvo
- Outro: _____

18. **12. O(a) Sr. (a) sabe ler?** *
Se não, passar para a questão 14
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

19. **13. Se sim, até que série o(a) Sr. (a) estudou?**
Marcar apenas uma oval.

- Sem escolaridade
- Ensino fundamental completo
- ensino fundamental incompleto
- ensino médio completo
- ensino médio incompleto
- curso técnico completo
- curso técnico incompleto
- ensino superior completo
- ensino superior incompleto
- pós graduação completa
- pós graduação incompleta

20. **14. Qual sua principal fonte de renda?** *

Marcar apenas uma oval.

- emprego
- seguro-desemprego
- renda do cônjuge
- aposentadoria
- renda familiar
- auxílio-doença
- pensionista
- LOAS
- Não tem renda
- Outro: _____

21. **15. Se o(a) Sr. (a) atualmente está trabalhando, explique como é sua jornada de trabalho:**

Marcar apenas uma oval.

- jornada integral remunerada
- jornada parcial remunerada
- jornada integral não remunerada
- jornada parcial não remunerada
- não trabalha
- trabalho eventual
- Outro: _____

22. **17. Qual a sua renda familiar no último mês?** *

Marcar apenas uma oval.

- Até 2 salários mínimos
- Entre 2 a 4 salários mínimos
- Entre 4 a 10 salários mínimos
- Entre 10 a 20 salários mínimos
- Acima de 20 salários mínimos

23. **18. Qual o número de membros/ pessoas na família ?** *

_____

24. **19. Com quem o(a) Sr. (a) vive atualmente?** *
Marcar apenas uma oval.

- ( ) sozinho(a)
- ( ) cônjuge/companheiro
- ( ) com filho(a)
- ( ) cônjuge/companheiro(a) e filhos
- ( ) outro membro da família
- ( ) mãe, pai, irmãos, filhos e companheiro
- ( ) mãe, pai
- ( ) mãe, pai, irmãos
- ( ) amigo(a)
- ( ) Outro: _____

25. **20. Com quem o(a) Sr. (a) gostaria de viver?** *
Marcar apenas uma oval.

- ( ) sozinho(a)
- ( ) cônjuge/companheiro
- ( ) com filho(a)
- ( ) cônjuge/companheiro(a) e filhos
- ( ) outro membro da família
- ( ) mãe, pai, irmãos, filhos e companheiro
- ( ) mãe, pai
- ( ) mãe, pai, irmãos
- ( ) amigo(a)
- ( ) Outro: _____

Página sem título

26. **21. Que tipo de moradia o(a) Sr. (a) tem atualmente?** *
Marcar apenas uma oval.

- ( ) casa/apartamento próprio
- ( ) casa/apartamento alugado
- ( ) casa de amigos
- ( ) hospital ou instituição
- ( ) rua
- ( ) abrigo de emergência
- ( ) pensão (alimentação e moradia)
- ( ) Outro: _____

27. **22a. Possui automóvel? Quantos** *
Somente números. Se nenhum , escreva 0.

28. **22b. Possui TV em cores?**
Somente números. Se nenhum , escreva 0.

29. **22c. Possui banheiro na residência ?** *
Somente números. Se nenhum , escreva 0.

30. **22d. Possui empregada doméstica?** *
Somente números. Se nenhum , escreva 0.

31. **22e. Possui rádio?** *
Somente números. Se nenhum , escreva 0.

32. **22f. Possui máquina de lavar roupa?** *
Somente números. Se nenhum , escreva 0.

33. **22g. Possui DVD ?** *
Somente números. Se nenhum , escreva 0.

34. **22h. Possui aspirador de pó?** *
Somente números. Se nenhum , escreva 0.

35. **22i. Possui geladeira comum ou freezer?** *
Somente números. Se nenhum , escreva 0.

36. **22j. Possui computador?** *
Somente números. Se nenhum , escreva 0.

Página sem título

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o CAPS ad

37. **C1. Trata-se de sua primeira admissão a este serviço?** *
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

38. **C2. Há quanto tempo o(a) Sr. (a) frequenta este serviço?** *
Marcar apenas uma oval.

- 6 meses
- de 7 a 12 meses
- de 1 a 2 anos
- de 3 a 5 anos
- mais de 5 anos

39. **C3. O(a) Sr. (a) sabe o seu diagnóstico?** *
Se não, passar para a questão 5
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

40. **C4. Se Sim, qual é o diagnóstico?**
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Transtorno Bipolar do Humor		
Transtorno Depressivo Maior		
Esquizofrenia		
Uso de tabaco		
Uso de álcool		
Uso de drogas		
Transtorno da ansiedade		
Outro		

41. **C4a. Se outro, qual é o diagnóstico?**

_____

42. **C4a1. Se uso de drogas, qual(is)?**
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Maconha	◯	◯
Cocaína	◯	◯
Crack	◯	◯
Solventes	◯	◯
Heroína	◯	◯
Anfetaminas	◯	◯
LSD	◯	◯
Ecstasy	◯	◯
Hipnóticos	◯	◯
Sedativos	◯	◯
Alucinógenos	◯	◯
Opióides	◯	◯
Outros	◯	◯

43. **C4a2. Se outras drogas, qual(is)?**

_____

44. **C5. Que idade o(a) Sr. (a) tinha quando percebeu o uso abusivo/dependência da substância que usa?** *
em anos

_____

45. **C6. O(a) Sr.(a) já teve alguma internação psiquiátrica ANTES do tratamento no CAPS ad?** *
Se não, passe para a questão 8
Marcar apenas uma oval.

◯ Não
◯ Sim

46. **C7a. Se sim, quantas vezes? Hospital Geral**
Hospital Geral

_____

47. **C7a1. Tempo de duração? Hospital Geral**
Hospital Geral (Converter para número de dias. Ex: 3 anos = 365 X 3 = 1095)

_____

48. **C7b. Se sim, quantas vezes? Hospital Psiquiátrico**
Hospital Psiquiátrico (Converter para número de dias. Ex: 3 anos = 365 X 3 = 1095)

_____

49. **C7b1. Tempo de duração? Hospital Psiquiátrico**
Hospital Psiquiátrico (Converter para número de dias. Ex: 3 anos = 365 X 3 = 1095)

_____

50. **C7c. Se sim, quantas vezes? Comunidade Terapêutica**
Comunidade terapêutica (Converter para número de dias. Ex: 3 anos = 365 X 3 = 1095)

_____

51. **C7c1. Tempo de duração? Comunidade Terapêutica**
Comunidade terapêutica (Converter para número de dias. Ex: 3 anos = 365 X 3 = 1095)

_____

52. **C7d. Se sim, quantas vezes? Clínica de reabilitação**
Clínica de reabilitação (Converter para número de dias. Ex: 3 anos = 365 X 3 = 1095)

_____

53. **C7d1. Tempo de duração? Clínica de reabilitação**
Clínica de reabilitação (Converter para número de dias. Ex: 3 anos = 365 X 3 = 1095)

_____

54. **C8. DURANTE o seu tratamento no CAPS ad houve necessidade de você ser internado alguma vez?** *
Marcar apenas uma oval.

- ( ) Não
- ( ) Sim

55. **C8b. Se sim, onde você foi internado?**
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Hospital geral	◯	◯
Comunidade terapêutica	◯	◯
Hospital Psiquiátrico	◯	◯
CAPS ad III	◯	◯
Outro	◯	◯

56. **C8b1. Se outro, onde você foi internado?**

_____

57. **C8c. Quantas vezes você foi internado DURANTE o seu tratamento no CAPS ad?**
Somando todas as internações em todos os locais

_____

58. **C8d. Data da última internação?**

_____

59. **C8e. Tempo de duração da última internação?**

_____

60. **C9. Você já apresentou desmaios, hipertensão, hiper/hipoglicemia, convulsão, etc, que houve necessidade de urgência nesse CAPS ad?** *
Marcar apenas uma oval.

◯ Não
◯ Sim

61. **C9a. Se sim, para onde foi encaminhado**

_____

62. **C10. O(a) Sr. (a) tem algum outro problema de saúde?** *
Se não, passar para a questão 18
Marcar apenas uma oval.

◯ Não
◯ Sim
◯ Não sei

Página sem título

63. **C11. Se Sim, qual?**
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Hipertensão Arterial		
Diabetes		
Obesidade		
Problemas oncológicos		
DST/AIDS		
Outro		

64. **C11a. Se outro, qual?**

_____

65. **C12. Atualmente, o(a) Sr. (a) usa medicação para este problema?**
Se não, passar para a questão 14
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

66. **C13. Se sim, qual(is)?**

_____

67. **C14. Onde o(a) Sr. (a) é atendido para estes outros problemas?**
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde		
Estratégia Saúde da Família		
Pronto atendimento		
Pronto socorro		
Ambulatório de especialidades		
Convênio Médico		
Outro		

68. **C14a. Caso marcado "outros", descreva**

_____

69. **C15. O CAPS ad encaminha ou já encaminhou o(a) Sr. (a) para algum serviço por causa destes problemas?**
Se não, passar para 18
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

70. **C16. O(a) Sr. (a) já internou por causa destes problemas?**
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

71. **C17. Se Sim, onde ocorreu a última internação?**
Marcar apenas uma oval.

- Hospital Geral
- Pronto-socorro
- Pronto-atendimento
- Outro: _____

72. **C18. O(a) Sr. (a) possui plano de saúde particular?** *
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

73. **C19. O(a) Sr. (a) faz uso de algum psicofármaco?** *
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

74. **C20. Quais os psicofármacos que o(a) Sr. (a) está usando atualmente?**

_____

Página sem título

75. **C21. Como o(a) Sr. (a) consegue os psicofármacos na maioria das vezes?**
Marcar apenas uma oval.

- No CAPS ad
- Na Secretaria Municipal de Saúde/Farmácia Municipal
- Tem que comprar
- Outro: _____

76. **C22. Em algumas situações o(a) Sr. (a) precisa comprar os psicofármacos?**
Se "Não", passar para questão 24
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

77. **C23. Se SIM, quanto o(a) Sr.(a) gastou no último mês para esta compra?**
Escrever "não sei" caso não lembre

_____

78. **C24. O(a) Sr. (a) segue a prescrição médica?**
Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	De forma irregular	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Segue prescrição médica					

79. **C25. O(a) Sr. (a) fuma?** *
Se "NÃO" passar para questão 28
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

80. **C26. Se Sim, há quanto tempo?**

_____

81. **C27. Quantos cigarros o(a) Sr. (a) fuma por dia?**

_____

82. **C28. O(a) Sr. (a) consumiu bebida alcoólica nas 4 últimas semanas?** *
Se "NÃO" passar para questão 34
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

83. **C29. Com que frequência durante o último ano o(a) Sr. (a) sentiu culpa ou remorso por beber?**
Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Menos que 1 vez ao mês	1 vez ao mês	1 vez por semana	Todos ou quase todos os dias
Culpa ou remorso por beber					

84. **C30. Com que frequência durante o último ano, o Sr. (a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?**
Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Menos que 1 vez ao mês	1 vez ao mês	1 vez por semana	Todos ou quase todos os dias
Não se lembrou					

Página sem título

85. **C31. Alguma vez na vida o(a) Sr. (a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de o(a) Sr. (a) ter bebido?**
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim, mas não no último ano
- Sim, durante o último ano

86. **C32. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o(a) Sr. (a) por causa da bebida ou lhe disse para parar de beber?**
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim, mas não no último ano
- Sim, durante o último ano

87. **C33. O que o(a) Sr. (a) acha do seu consumo de bebida alcoólica?**
Marcar apenas uma oval por linha.

	É um grande problema	É um pequeno problema	Ajuda-lhe, mas é um problema	Não é um problema	Ajuda-lhe um pouco	Ajuda-lhe muito
O que acha do consumo?	◯	◯	◯	◯	◯	◯

88. **C34. O(a) Sr. (a) fez uso de alguma droga ilegal nas últimas 4 semanas?** *
Se "NÃO" passar para questão 36
Marcar apenas uma oval.

◯ Não
◯ Sim

89. **C35a. Se Sim, quantos dias usou cocaína?**
Somente números, quantidade de dias

_____

90. **C35b. Se Sim, quantos dias usou maconha?**
Somente números, quantidade de dias

_____

91. **C35c. Se Sim, quantos dias usou heroína?**
Somente números, quantidade de dias

_____

92. **C35d. Se Sim, quantos dias usou solventes?**
Somente números, quantidade de dias

_____

93. **C35e. Se Sim, quantos dias usou crack?**
Somente números, quantidade de dias

_____

94. **C35f. Se Sim, quantos dias usou ecstasy?**
Somente números, quantidade de dias

_____

95. **C35g. Se Sim, quantos dias usou Hipnóticos?**
Somente números, quantidade de dias

_____

96. **C35h. Se Sim, quantos dias usou Sedativos?**
Somente números, quantidade de dias

_____

97. **C35i. Se Sim, quantos dias usou Alucinógenos?**
Somente números, quantidade de dias

_____

98. **C35j. Se Sim, quantos dias usou Opióides?**
Somente números, quantidade de dias

_____

99. **C35k. Se Sim, quantos dias usou outras drogas?**
Somente números, quantidade de dias

_____

100. **C35h. Que outras drogas usou?**
Nome de outras drogas que usou

_____

101. **C36. O(a) Sr. (a) tem profissional/técnico de referência dentro do CAPS ad?** *
Se "NÃO", passar para questão 38
Marcar apenas uma oval.

- ( ) Não
- ( ) Sim

102. **C37. Se Sim, quem é este profissional?**
Marcar apenas uma oval.

- ( ) Enfermeiro
- ( ) Psiquiatra
- ( ) Assistente Social
- ( ) Psicólogo
- ( ) Educador físico
- ( ) Terapeuta Ocupacional
- ( ) Técnico de Enfermagem
- ( ) Outro: _____

103. **C38. Quantas vezes por semana ou mês você vem ao CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval.

- 7 dias por semana
- de 3 a 6 dias por semana
- de 1 a 2 dias por semana
- 2 a 3 vezes por mês
- 1 vez ao mês
- 1 vez a cada 2 ou 3 meses
- Outro: _____

104. **C39. Você considera essa frequência suficiente?** *

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

105. **C40a. Participou de atendimento em Grupo no CAPSad no último mês?** *

Se não, vá para 40b

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

106. **C40a1 Quais atividades / atendimentos o(a) Sr. (a) participou no CAPS ad no último mês?**

Marcar todas que se aplicam

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Grupos terapêuticos		
Atividades esportivas		
Atividades de suporte social		
Grupos de leitura e debate		
Grupos de confecção de jornal		
Grupos de orientação		
Grupos de família		
Outros		

107. **C40a2 Se outros, quais?**

_____

108. **C40b. Participou de oficinas no CAPSad no último mês?**
Se não, vá para 40c
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

109. **C40b1 Quais oficinas o(a) Sr. (a) participou no CAPS ad no último mês?**
Marcar todas que se aplicam
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Oficinas terapêuticas		
Oficinas expressivas		
Oficinas geradoras de renda		
Oficinas de alfabetização		
Oficinas culturais		
Oficinas de atividades manuais		
Oficinas de trabalho		
Outros		

110. **C40b2 Se outros, quais?**

_____

111. **C40c. Participou de atendimento individual no CAPSad no último mês?** *
Se não, vá para 40d
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

112. **C40c1 Quais atendimentos individuais o(a) Sr.(a) participou no CAPS ad no último mês?**
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Consulta médica	◯	◯
Psicoterapia	◯	◯
Orientação	◯	◯
Consulta de enfermagem	◯	◯
Consulta com outros técnicos	◯	◯
Procedimentos técnicos	◯	◯
Acompanhamento do uso de medicação	◯	◯

113. **C40c2 Se outros, quais?**

_____

114. **C40d. Participou de atividades na comunidade com o CAPSad no último mês?** *
Se não, vá para 40e
Marcar apenas uma oval.

◯ Não
◯ Sim

115. **C40d1 Quais atividades na comunidade o(a) Sr.(a) participou no CAPS ad no último mês?**
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Festas comunitárias	◯	◯
Caminhadas com grupos da comunidade	◯	◯
Participação em eventos e grupos dos centros comunitários	◯	◯

116. **C40e. Participou de outras atividades no CAPSad no último mês?** *
Se não, vá para 41
Marcar apenas uma oval.

◯ Não
◯ Sim

117. **C40e1 Se sim, quais**
Outras atividades não mencionadas nos itens de 40a a 40d

_____

Powered by
Google Drive

Coleta Usuários Parte 2

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Ad do município de São Paulo Questionário para o Usuário do CAPS ad

Este questionário será mantido em segredo. Sua participação é muito importante para conhecermos o universo da atenção em Saúde Mental.

*Obrigatório

Continuação da entrevista com o Usuário

1. **1. Identificação** *
   O número deve ser composto pelo nome do CAPS + número do prontuário (Ex: SACOMÃ1235)

   _____

2. **2. Iniciais do entrevistador** *
   Suas iniciais

   _____

Página sem título

3. **C41. O(a) Sr. (a) já recebeu visita domiciliária dos profissionais do CAPS ad?** *
   Se "Não", passar para questão 43
   Marcar apenas uma oval.

   - Não
   - Sim

4. **C42. Se sim, em que situação ocorreu esta visita?**

   _____
   _____
   _____
   _____
   _____

5. **C43. O(a) Sr. (a) já participou de alguma atividade de geração de renda?** *

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

6. **C43a. Se sim, que atividade?**

_____

_____

_____

_____

_____

7. **C44. Desde que você iniciou seu tratamento neste CAPS ad que modalidade de tratamento a equipe trabalhou com você?** *

Marcar apenas uma oval.

- Redução de danos
- Abstinência total
- As duas modalidades
- Não sei
- Outro: _____

8. **C45. Em outras necessidades, como moradia, educação, lazer, etc, esse serviço lhe ajuda?** *

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

9. **C45a. Se sim, como?**

_____

_____

_____

_____

_____

10. **C46 (SATIS 1). Quem encaminhou o(a) Sr. (a) ao CAPS ad?** *
Marcar apenas uma oval.

- ( ) Minha própria decisão
- ( ) Uma pessoa da família
- ( ) Um amigo
- ( ) Ordem judicial
- ( ) Um médico/terapeuta/técnico
- ( ) Um serviço de referência
- ( ) A polícia
- ( ) Outro: _____

11. **C46a * Nota ao Entrevistador: se foi uma ordem judicial, indicar quem a pediu**

_____

12. **C47 (SATIS 2). Que tipo de transporte o(a) Sr. (a) usa para chegar a este serviço?** *
Marcar apenas uma oval.

- ( ) Transporte próprio
- ( ) Transporte da família
- ( ) Transporte de amigos
- ( ) Transporte público
- ( ) Caminhada
- ( ) Outro: _____

13. **C48 (SATIS 3). Quanto tempo o(a) Sr. (a) gasta para vir de sua casa até o CAPS ad?** *
Marcar apenas uma oval.

- ( ) 0-15 min
- ( ) 16-30 min
- ( ) 31-45 min
- ( ) 46-60 min
- ( ) mais que 60 min

14. **C49 (SATIS 4). Como é para o(a) Sr. (a) chegar ao CAPS ad?** *
Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito difícil	Difícil	Mais ou menos	Fácil	Muito fácil
Como é chegar ao CAPS ad	( )	( )	( )	( )	( )

15. **C50 (SATIS 5). Qual a sua opinião sobre a maneira como o(a) Sr. (a) é tratado, em termos de respeito no CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca me senti respeitado	Geralmente não me senti respeitado	Mais ou menos	Geralmente me senti respeitado	Sempre me senti respeitado
Como é tratado	◯	◯	◯	◯	◯

Página sem título

16. **C51 (SATIS 6). Quando o (a) Sr. (a) falou com a pessoa que lhe admitiu/acolheu no CAPS ad, ela lhe ouviu?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não, não ouviu de forma alguma	Não ouviu	Mais ou menos	Ouviu	Ouviu muito
Pessoa ouviu?	◯	◯	◯	◯	◯

17. **C52 (SATIS 7). O que o (a) Sr(a) pensava ser o seu problema quando foi admitido/acolhido no CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Um problema físico de saúde
- ◯ Um problema psicológico
- ◯ Um problema familiar
- ◯ Um problema social
- ◯ Um problema financeiro
- ◯ Um problema no trabalho
- ◯ Não sei
- ◯ Outro: _____

18. **C53 (SATIS 8). A pessoa que admitiu/acolheu o (a) Sr. (a) no CAPS ad pareceu compreender o seu problema?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não me compreendeu de forma alguma	Não me compreendeu muito	Mais ou menos	Compreendeu bem	Compreendeu muito bem
Pessoa acolheu?	◯	◯	◯	◯	◯

19. **C54 (SATIS 9). Em geral, como o(a) Sr. (a) acha que a equipe do CAPS ad compreendeu a sua necessidade?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não me compreendeu de forma alguma	Não me compreendeu muito	Mais ou menos	Compreendeu bem	Compreendeu muito bem
O que acha da equipe					

20. **C55 (SATIS 10). A assistência que o(a) Sr. (a) recebe no CAPS ad satisfaz suas necessidades?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfatória	Insatisfatória	Mais ou menos	Satisfatória	Muito Satisfatória
Assistência satisfaz?					

21. **C56 (SATIS 11). Qual a sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você pelo CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Parece que eles pioraram as coisas	Não obtive nenhuma ajuda	Não fez diferença	Senti que obtive alguma ajuda	Senti que obtive muita ajuda
Opinião sobre ajuda					

22. **C57 (SATIS 12). A assistência que o (a) Sr. (a) recebeu o ajuda a lidar mais eficazmente com seus problemas?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não, eles parecem piorar as coisas	Não, eles não ajudam muito	Não fez diferença	Sim, eles me ajudam um pouco	Sim, eles me ajudam muito
Ajuda para lidar					

23. **C58 (SATIS 13). O(a) Sr. (a) teve alguma dificuldade para obter informações da equipe do CAPS ad quando pediu por elas?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muita dificuldade	Alguma dificuldade	Não fez diferença	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade	Nunca pedi informações
Informações da equipe						

24. **C59 (SATIS 13.1) Se o(a) Sr. (a) teve alguma dificuldade para obter informações da equipe, de que tipo foi?** *

Marcar apenas uma oval.

- ( ) Falta de disponibilidade da equipe/profissional
- ( ) Descaso dos profissionais
- ( ) Não sabiam fornecer informações
- ( ) Outro: _____

25. **C60 (SATIS 14). O(a) Sr. (a) está satisfeito com a discussão feita com o(a) Sr. (a) sobre o seu tratamento no CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Mais ou menos	Satisfeito	Muito satisfeito
Satisfeito com discussão	( )	( )	( )	( )	( )

Página sem título

26. **C61 (SATIS 15). O(a) Sr. (a) obteve no CAPS ad o tratamento que o(a) Sr. (a) achava que precisava?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	De forma alguma	Não muito	Mais ou menos	Em geral sim	Sim, com certeza
Satisfeito com discussão	( )	( )	( )	( )	( )

27. **C62 (SATIS 16). O(a) Sr. (a) considera que a equipe do CAPSad está lhe ajudando?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Raramente	Mais ou menos	Frequentemente	Sempre
Ajuda da equipe	( )	( )	( )	( )	( )

28. **C63 (SATIS 17). Em geral, como o (a) Sr. (a) classificaria a recepção/acolhida dos usuários pelos profissionais do CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada amigável	Pouco amigável	Mais ou menos	Amigável	Muito amigável
Acolhida dos usuários	( )	( )	( )	( )	( )

29. **C64. (SATIS 18) Por que o (a) Sr. (a) escolheu o CAPS ad? (Marcar até 3 itens)** *
Marcar Sim em até 3 itens
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
No passado eu já estive aqui		
O serviço foi fortemente recomendado por alguém		
Eu conhecia alguém que estava em tratamento aqui		
Eu confiei na recomendação de quem me referiu este serviço		
A localização é muito conveniente		
Estava dentro de minhas possibilidades financeiras		
Eu não tive outra escolha		
Outro		

30. **C64a. Se outros, descreva**

_____

31. **C65 (SATIS 19). O(a) Sr. (a) está de acordo que sua família ou seus parentes sejam envolvidos no seu tratamento?** *
Marcar apenas uma oval por linha.

	Discordo totalmente	Discordo	Indiferente/mais ou menos	Concordo	Concordo totalmente
Participação da família					

32. **C66 (SATIS 20). Na sua opinião, que grau de competência tem a pessoa que lhe assiste mais de perto (técnico de referência)?** *
Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito incompetente	Incompetente	Mais ou menos	Competente	Muito competente
Competência da referência					

33. **C67 (SATIS 21). Como o(a) Sr. (a) classificaria a competência da equipe do CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito incompetente	Incompetente	Mais ou menos	Competente	Muito competente
Competência da equipe	◯	◯	◯	◯	◯

34. **C68. O(a) Sr. (a) participa do processo de avaliação das atividades** *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Não
- ◯ Sim

35. **C69 (SATIS 22). O que o(a) Sr. (a) acha de participar do processo de avaliação das atividades deste serviço?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	De acordo	Totalmente de acordo
Avaliação do serviço	◯	◯	◯	◯	◯

36. **C70. (SATIS 23) Como o(a) Sr. (a) classifica a qualidade da assistência que o (a) Sr. (a) recebeu no CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Péssima	Ruim	Regular	Boa	Excelente
Qualidade da Assistência	◯	◯	◯	◯	◯

Página sem título

37. **C71. (SATIS 24) Como o (a) Sr. (a) se sente com relação à quantidade de ajuda que recebeu no CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente/mais ou menos	Satisfeito	Muito satisfeito
Quantidade de ajuda	◯	◯	◯	◯	◯

38. **C72. (SATIS 25) O(a) Sr. (a) ficou satisfeito com o conforto e a aparência do CAPS ad ?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente/mais ou menos	Satisfeito	Muito satisfeito
Conforto e aparência	◯	◯	◯	◯	◯

39. **C73. (SATIS 26) Como o(a) Sr. (a) classificaria as condições gerais das instalações (p. ex., instalações de banheiro/cozinha, refeitório, prédio, etc.)?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Péssimas	Ruins	Regulares	Boas	Excelentes
Condições instalação					

40. **C74. (SATIS 27) Se o(a) Sr. (a) precisasse de ajuda novamente, o(a) Sr. (a) voltaria a esse CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não, certamente que não	Não, acho que não	Não sei	Sim, acho que sim	Sim, com certeza
Voltaria ao CAPS ad					

41. **C75. (SATIS 28) Se um amigo(a) ou parente seu estivesse precisando deste mesmo tipo de ajuda, o(a) Sr. (a) recomendaria a ele (a) esse CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não, certamente que não	Não, acho que não	Não sei	Sim, acho que sim	Sim, com certeza
Indicaria a alguém					

42. **C75a. (SATIS 28.1) Por quê?**

_____

43. **C76. (SATIS 29) De forma geral e global, qual é o seu grau de satisfação com relação à assistência que o(a) Sr. (a) recebeu nesse CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Mais ou menos	Satisfeito	Muito satisfeito
Grau de satisfação					

44. **C77. (SATIS 30) De que o(a) Sr. (a) mais gosta no CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval.

- Atendimento
- Estrutura física
- Horários
- Regime terapêutico
- Atividades
- Colegas
- Relacionamento com a equipe
- Assembléias
- Outro: _____

45. **C78. (SATIS 31) De que o(a) Sr. (a) menos gosta no CAPS ad?** *

Marcar apenas uma oval.

- Atendimento
- Estrutura física
- Horários
- Regime terapêutico
- Atividades
- Colegas
- Relacionamento com a equipe
- Assembléias
- Nada
- Distância
- Outro: _____

46. **C79. (SATIS 32) Na sua opinião, o CAPS ad poderia ser melhorado?** *

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim
- Não sei

47. **C80. (SATIS 32.1) Se Sim, de que maneira?**

_____

Página sem título

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre como você se

sente em relação a alguns aspectos de sua vida e você pode responder utilizando as seguintes possibilidades:

D1.Como o(a) Sr. (a) se sente em relação a maneira com que gasta seu tempo? *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito insatisfeito	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

D2. Como o(a) Sr. (a) se sente quando está sozinho? *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito insatisfeito	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

D3. Como o(a) Sr. (a) se sente em relação a sua moradia? *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito insatisfeito	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

D4. Como o(a) Sr. (a) se sente em relação à vizinhança do lugar onde o(a) Sr. (a) mora? *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito insatisfeito	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

D5. Como o Sr(a). se sente em relação à comida que o(a) Sr. (a) come? *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito insatisfeito											

D6. Como o(a) Sr. (a) se sente em relação à roupa que o(a) Sr. (a) veste? *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito insatisfeito											

D7. Como o(a) Sr. (a) se sente em relação a sua vida afetiva? *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito insatisfeito											

D8. Como o(a) Sr. (a) se sente em relação a sua vida sexual? *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito insatisfeito											

D9. Como o senhor se sente em relação ao seu ciclo de amizades? *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito insatisfeito											

D10. Como o senhor se sente no que se refere ao relacionamento com sua família? *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito insatisfeito	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

D11. Como o senhor se sente com relação às pessoas com quem o(a) Sr. (a) mora? *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito insatisfeito	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

D12. Como o senhor se sente no que diz respeito ao seu relacionamento com as outras pessoas? *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito insatisfeito	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Página sem título

Escala de Mudança Percebida

Agora, eu vou lhe perguntar, para cada aspecto da sua vida, se você acha que você teve mudanças desde que começou a se tratar aqui no CAPS ad e se estas mudanças foram para pior ou para melhor.
Nota ao entrevistador: Para os itens abaixo, dizer : "Desde que você começou a se tratar aqui, ... está(ão).....".

60. **M. Desde que começou a se tratar aqui** *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Pior do que antes	Sem mudanças	Melhor do que antes
1. Os problemas pessoais			
O humor			
A estabilidade das emoções			
O sentimento de confiança em si próprio			
O sentimento de interesse pela vida			
A capacidade de suportar situações difíceis			
O apetite			
A energia (disposição para fazer as coisas)			
O sono			
A saúde física (dores, tremores)			
A sexualidade (satisfação sexual			
A convivência com a família			
A convivência com os amigos ou amigas			
A convivência com as outras pessoas			
O interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma coisa			
As atividades de lazer (as coisas que você gostava de fazer)			
As tarefas de casa (ex: cozinhar, fazer compras para a casa, lavar roupa, arrumar o quarto ou a casa, consertar coisas, etc)			
A capacidade de cumprir as obrigações e tomar decisões			
Impressão geral, finalizando, gostaria de saber se desde que começou a se tratar, em geral, está			

Página sem título

Agora serão coletados dados do prontuário do usuário

Agradeça o usuário pelo tempo da entrevista e diga que acabaram as perguntas. Colete sozinho os dados do prontuário.

61. **P1. Número de identificação**

62. **P2. Cidade**

63. **P3. Estado**

64. **P4. Data da coleta**

65. **P5. Tipo de CAPSad**
Marcar apenas uma oval.
- CAPS II ad
- CAPS II ad estendido
- CAOS III ad

66. **P6. Número de prontuário**

67. **P6a. Nome do usuário**

68. **P7. Data de ingresso no serviço pela 1ª vez** *

69. **P8. Data de ingresso no serviço pela última vez** *

70. **P9. Modalidade de acompanhamento atual** *

Marcar apenas uma oval.

- Intensivo
- Semi-intensivo
- Não intensivo

71. **P10. Essa informação foi buscada na Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC)?**

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

Página sem título

72. **P11. Ingresso na modalidade atual de atendimento:**

_____

73. **P12. Data do último registro de atendimento**

_____

74. **P13. CID**

_____

75. **P14. Essa informação foi buscada na Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC)?**

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

76. **P15. No registro, quem fez acolhimento inicial do usuário?**

Marcar apenas uma oval.

- Enfermeiro
- Médico
- Psicólogo
- Assistente Social
- Terapeuta Ocupacional
- Outro: _____

77. **P16. Encaminhado por:**
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Unidade Básica de Saúde	◯	◯
Estratégia Saúde da Família	◯	◯
Hospital Geral	◯	◯
Emergência	◯	◯
Ambulatório especializado	◯	◯
Hospital psiquiátrico	◯	◯
Outro	◯	◯

78. **P16a. Encaminhado por:**
Se outro, qual?

79. **P17. Internações Psiquátricas**
Marcar apenas uma oval.

◯ Não
◯ Sim

80. **P18. Número de internações psiquiátricas anteriores ao ingresso no CAPS ad em hospital geral:**

81. **P19. Número de internações psiquiátricas anteriores ao ingresso no CAPS ad no hospital psiquiátrico:**

82. **P20. Número de internações psiquiátricas anteriores ao ingresso no CAPS ad em Comunidade Terapêutica:**

Página sem título

83. **P21. Número de internações psiquiátricas anteriores ao ingresso no CAPS ad em Clínicas de Reabilitação:**

84. **P22. Número de internações psiquiátricas após o ingresso no CAPS ad em hospital geral:**

85. **P23. Número de internações psiquiátricas após o ingresso no serviço em hospital psiquiátrico:**

86. **P24. Número de internações psiquiátricas após o ingresso no CAPS ad em Comunidade Terapêutica:**

87. **P25. Número de internações psiquiátricas após ao ingresso no CAPS ad em Clínicas de Reabilitação:**

88. **P26. Data da ultima internação:**

89. **P27. Tempo que durou a última internação?**
Em meses e dias

Verificar a existência de registro dos seguintes itens:

90. **P28a. Atendimentos Individuais**
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

91. **P28b. Data do último atendimento**

92. **P28c. Qual atendimento**

93. **P29a. Atendimento grupal**
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

94. **P29b. Data do último atendimento**

_____

95. **P29c. Qual atendimento**

_____

96. **P30a. Projeto terapêutico singular - PTS**
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

97. **P30b. Data do último PTS**

_____

Página sem título

98. **P31a. Intercorrências**
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

99. **P31b. Data da última intercorrência**

_____

100. **P31c. Qual atendimento**

_____

101. **P32a. Visitas domiciliarias**
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

102. **P32b. Data da última visita domiciliária**

_____

103. **P33a. Atendimento/Orientações aos familiares**

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

104. **P33b. Data da última orientação aos familiares**

_____

105. **P34a. Número de avaliações medicamentosas clínica nos últimos três meses**

_____

106. **P34b. Data da última avaliação medicamentosa clínica**

_____

107. **P35a. Número de avaliações medicamentosas psiquiátrica nos últimos três meses**

_____

108. **P35b. Data da última avaliação medicamentosa psiquiátrica**

_____

109. **P36a. Número de VDs pelo enfermeiro no último mês**

_____

110. **P36a1. Data da última visita**

_____

111. **P36b. Número de VDs pelo médico no último mês**

_____

112. **P36b1. Data da última visita**

_____

113. **P36c. Número de VDs pelo assistente social no último mês**

_____

114. **P36c1. Data da última visita**

115. **P36d. Número de VDs pelo psicólogo no último mês**

116. **P36d1. Data da última visita**

117. **P36e. Número de VDs por outro profissional no último mês**

118. **P36e1. Especificar qual profissional**

119. **P36e2. Data da última visita**

Página sem título

120. **P. Caracterização da última história clínica:**
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
P37. Sinais e Sintomas		
P38. História familiar		
P39. Uso de medicação		
P40. Avaliação das funções psíquicas		
P41. Apoio familiar		
P42. Adesão às atividades propostas		
P43. Perfil sócio econômico		

121. **P44 Caracterização do último PTS:**
Espaço de definição do PTS
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Reunião de equipe		
Consulta individual		
Acolhimento		
Outro		

122. **P44a. Se outro, qual?**

_____

123. **P45. Quem participa da definição do PTS**
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Enfermeiro		
Médico		
Psicólogo		
Assistente social		
Terapeuta Ocupacional		
Outro		

124. **P45a. Se outro, qual?**

_____

125. **P46. Identifique se os seguintes itens fazem parte do PTS**
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Inserção no trabalho voluntário		
Inserção no trabalho remunerado		
Iniciativas de geração de renda		
Inserção comunitária		
Cuidados pessoais com o corpo		
Grupo de conversação		
Oficinas		
Acompanhamento aos familiares		
Atendimento individual		
Atividades escolares		
Prescrição de fármacos		
Visita domiciliária		
Assinatura de concordância do usuário		

126. **P47. Psicofármacos em uso e / ou indicados na última prescrição:**
Caso não saiba a classe do medicamento, favor perguntar a algum profissional do serviço.
Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Estimulantes		
Antipsicóticos		
Antiparkisonianos		
Antidepressivos		
Reguladores de humor		
Anticonvulsivantes		
Ansiolíticos		
Medicamentos para doenças físicas		
Medicamentos para doenças crônicas		
Terapia agonista		
Outros		

ANEXOS

Anexo A – Parecer emitido pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 24 de maio de 2011.

Ilm.ª Sr.ª
Maria Odete Pereira

Ref.: Processo nº 1001/2011/CEP-EEUSP - - SISNEP - CAAE: 0005.0.196.000-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "**Metodologias de avaliação e medidas políticas de impacto para ações em álcool e outras drogas**", a ser desenvolvido no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrico desta Instituição, sob a responsabilidade da Professora Doutora Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Anexo B – Parecer emitido pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0145.0.196.162-11
São Paulo, 03 de Abril de 2012.
PARECER Nº 054/12 – CEP/SMS

Ilma. Sra.
Maria Odete Pereira

Projeto de Pesquisa: Metodologias de avaliação e medidas de impacto das políticas para ações em álcool e outras drogas nos centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas do município de São Paulo
Pesquisador Responsável: Maria Odete Pereira
Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Local onde os dados serão coletados: Todos os centros de Atenção Psicossocial – AD do município de São Paulo
Patrocinador: CAPES (Programa de Pós- Doutoramento)

1 - Sumário Geral do Protocolo

Projeto de pesquisa vinculado ao "Grupo de Estudos Relacionados ao Uso Prejudicial do Álcool e Outras Drogas" – GEAD, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, cadastrado no Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq, que vem desenvolvendo estudos acerca dos efeitos prejudiciais do álcool e outras drogas e, busca, ao longo do tempo, novas estratégias de enfrentamento e fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação psicossocial e inserção social dos mesmos, bem como a redução de danos e inclusão social.

Objetivos do Grupo de Estudos Relacionados ao Uso Prejudicial do Álcool e Outras Drogas:

- Produzir conhecimento acerca do processo de avaliação da qualidade da assistência oferecida nos Centros de Atenção Psicossocial que atendem usuários de álcool e outras drogas – CAPS AD;
- Oferecer subsídios para a avaliação de CAPS ad no Estado de São Paulo;
- Oferecer subsídios para o ensino de enfermagem em saúde mental da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

* Objetivo específico deste sub-projeto.

Avaliar quantitativamente e qualitativamente os Centros de Atenção Psicossocial II ad da cidade de São Paulo.

Justificativa: Gerar subsídios para mudanças na atenção em saúde mental nos CAPS ad

Metodologia:

Os dados serão coletados pela psicóloga doutoranda Paula Hayasi Pinho, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP.

A avaliação quantitativa se dará em três perspectivas.

(1)Avaliação da estrutura dos CAPS: da área física, dos recursos humanos e dos materiais dos CAPS ad;

Descrição da área física dos serviços (número de cômodos e sua finalidade, tamanho da construção em metros quadrado, tamanho da área interna e externa úteis para as atividades terapêuticas); descrição do mobiliário existente nos serviços; e número de funcionários e profissionais da equipe técnica.

(2) Avaliação do processo: a) da organização da atenção em saúde mental e b) do processo de trabalho.

a) A organização da atenção psicossocial, desenvolvida nos CAPS, será avaliada por meio de uma auditoria dos registros dos usuários com verificação do conteúdo relativo ao projeto terapêutico do serviço; plano terapêutico individual do usuário; normas e atividades padronizadas; sistema de referência e contra-referência; e registro de atendimentos em prontuários.

b) O processo de trabalho será avaliado por meio da aplicação de questionários, aos trabalhadores de saúde mental, sobre: satisfação e sobrecarga dos trabalhadores de saúde para identificar prevalência de problemas psiquiátricos menores; problemas por consumo de álcool; perfil dos trabalhadores e condições de trabalho.

(3) A avaliação quantitativa dos resultados da atenção em saúde mental será realizada por meio da aplicação de questionários aos usuários e familiares, sendo que o padrão de saúde do usuário será avaliado a partir

* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/